

СТОМАТОЛОГИЯ ДЛЯ ВСЕХ

International Dental Review

ISSN 1999-172X

№ 2 – 2012

Распространенность
инфекционных агентов
у пациентов
с периимплантатами

Функциональные
нарушения
при краниосиностозах

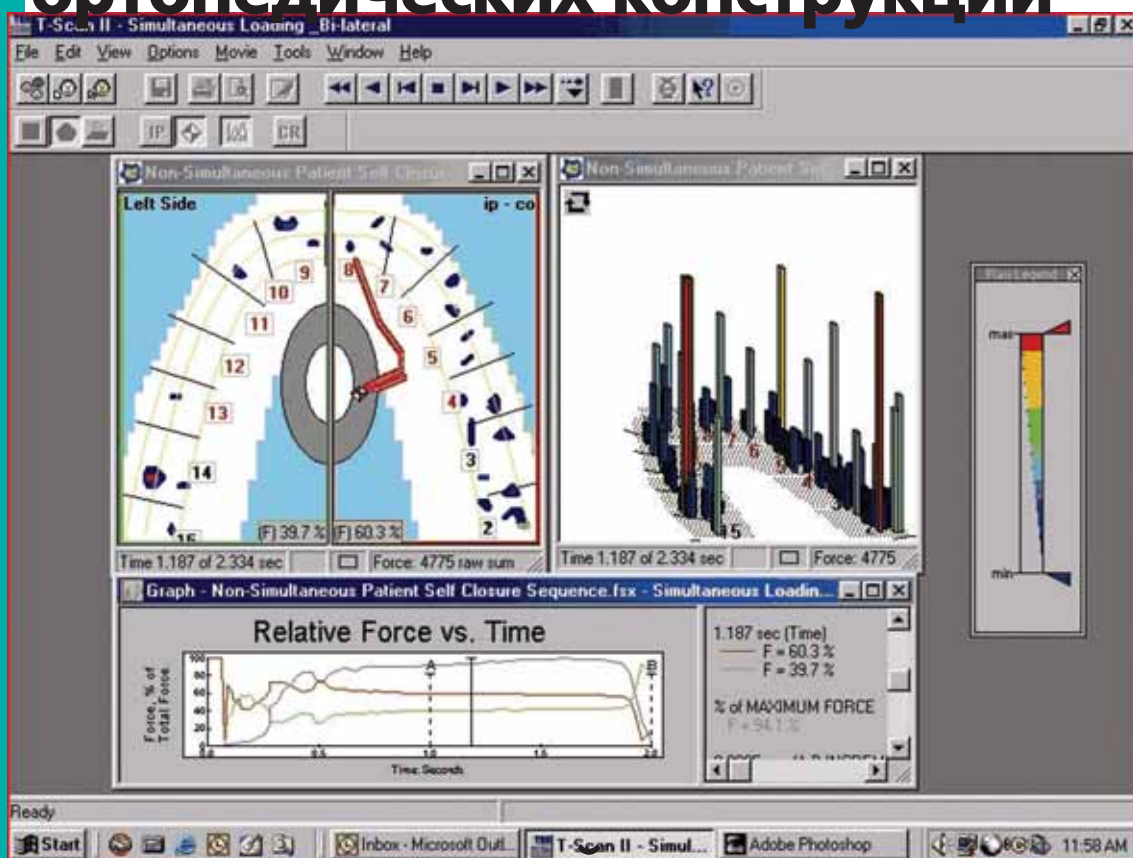
Устранениептоза
глазного яблока
с использованием
материалов с памятью
формы

Экспериментальное
определение регенера-
торного потенциала
клеток костного мозга

Состояние
и динамика научных
исследований
по организации
стоматологической
помощи

Кластерный анализ
в прогнозировании
кариозного процесса
у детей

Использование ортопедических конструкций



с опорой на имплантат
при бруксизме

sdv.ru

ПРЕДОТВРАЩАЕТ ПОЯВЛЕНИЕ И УМЕНЬШАЕТ ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРОБЛЕМ С ДЁСНАМИ ЧЕРЕЗ 4 НЕДЕЛИ



blend-a-med

Oral-B



CLINIC LINE
СИСТЕМА ЗАЩИТЫ ДЁСЕН

Рекомендуйте использовать систему защиты дёсен Blend-a-med Oral-B Clinic Line

Клинически доказано, что система эффективна в предотвращении появления и уменьшении выраженности проблем с дёснами уже через 4 недели. Система защиты дёсен blend-a-med Oral-B Clinic Line сочетает в себе мощное влияние стабилизированного олова и фторида, эффективное действие ополаскивателя, превосходное механическое очищение зубной щёткой Pro-Flex, дополненное использованием зубной нити.

Всё это прекрасно поддерживает эффективность стоматологического лечения.

истинная забота о пациенте не заканчивается в кресле стоматолога



32-й Московский
международный
стоматологический форум
Международная выставка



Дентал-Экспо

17-20 сентября 2012

Москва, Крокус Экспо
павильон 2, залы 6, 7, 8
Проезд: м. "Мякинино"



www.dental-expo.com
DENTALEXPO®

Генеральные информационные партнеры





СОДЕРЖАНИЕ

International Dental Review



**Стоматологическая
Ассоциация
России**

Редакционный совет:

Алимский А.В., 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., Рабинович С.А.,

Рожков И.А., Сахарова Э.Б.,

Сорокоумов Г.Л., Сохов С.Т.,

И. Хен, Янушевич О.О.

Редакционная коллегия:

Конарев А.В.

Леонтьев В.К.

Садовский В.В.

Главный редактор:

Конарев А.В.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Терапевтическая стоматология

Морфологические особенности репаративных процессов в слизистой оболочке десны у больных с хроническим генерализованным пародон-титом в условиях применения бензофуурокаина. К.А. Бедросова, П.А. Галенко-Ярошевский, В.К. Леонтьев, В.Л. Попков, Л.А. Фаустов, Н.Л. Сычева

4

Эстетическая стоматология

"Сургитрон" — новые возможности в эстетической стоматологии. Т.И. Ибрагимов, А.Л. Кития

10

Ортопедическая стоматология

Использование ортопедических конструкций с опорой на имплантат при бруксизме. С.И. Абакаров, Д.В. Сорокин, А.В. Басов, Е.В. Егоров, П.С. Степанов, М.З. Мерзаев

14

Микробиология и экология полости рта

Исследование распространенности инфекционных агентов у пациентов с периимплантатами. М.В. Хитаришвили, Е.Н. Николаева, В.Н. Царёв, А.М. Панин, В.И. Чувишкин, Т.В. Царёва, С.В. Сайкова
Клинико-микробиологические аспекты стоматологического здоровья у курильщиков табака. Чжан Лэй, В.М. Гринин, В.Н. Царёв

16

20

Челюстно-лицевая хирургия

Функциональные нарушения при краниосиностозах. В.А. Бельченко, А.Г. Притыко, А.П. Иманилов
Устранение птоза глазного яблока с использованием материалов с памятью формы. А.А. Радкевич, В.Э. Гюнтер, А.А. Гантимуров, В.Г. Галонский

24

28

Имплантология

Экспериментальное определение регенераторного потенциала клеток костного мозга. С.В. Сирак, А.А. Слетов, Р.В. Переверзев, И.М. Ибрагимов, Б.А. Кодзоков
Возможности дентальной имплантации и синус-лифтинга у пациентов с хроническими верхнечелюстными синуситами. С.П. Сысолятин, М.В. Солоп, М.О. Палкина, И.П. Ашурко

29

32

Обезболивание в стоматологии

Лечиться без боли и страха — эффективно, безопасно, комфортно

38

Экономика и организация в стоматологии

Анализ качества стоматологической помощи, оказываемой населению России с заболеваниями тканей пародонта. К.В. Умарова
Состояние и динамика научных исследований по организации стоматологической помощи. А.В. Алимский, И.С. Селахов

42

48

Детская стоматология

Использование кластерного анализа в прогнозировании кариозного процесса у детей. Г.И. Скрипкина

51

Онкология

- 54 Онкологическая настороженность при заболеваниях губ.
И.М. Макеева, М.В. Матавкина

СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ

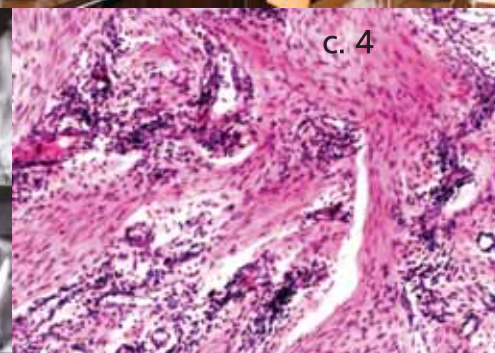
- 60 На конференции "Опережая время. Вопросы пародонтологии"
- 61 Круглый стол "Настоящее и будущее российской стоматологии"
- 61 Симпозиум "Квинтэссенция в Сколково"
- 62 Визит в Москву президента Всемирной федерации стоматологов (FDI) г-на Орландо да Силва



с. 61



с. 16



с. 4



с. 10

с. 38



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

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

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

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.



Терапевтическая стоматология

Морфологические особенности репаративных процессов в слизистой оболочке десны у больных с хроническим генерализованным пародонти- том в условиях применения бензофуурокаина

Резюме

У больных с хроническим генерализован- ным пародонти- том в стадии обострения бензофуурокаин в сочетании с традиционной медикаментозной терапией стимулировал ангиогенез, увеличивал васкуляризацию регенерата, при этом возрастала способ- ность поврежденных тканей десны к полной регенерации в сочетании с нормализацией морфофункционального состояния эпители- ального покрова. Под воздействием только традиционной медикаментозной терапии (без бензофуурокаина) регенерация характе- ризовалась главным образом развитием в десне фиб- розно-склеротических изменений, что отрицательно влияло на состояние покрывающего десну многослой- ного плоского эпителия.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонит, регенерация, бензофуурокаин.

Morphological features of reparative processes in mucous sheath gums to patients with chronic periodonti- tis in the conditions of use benzofurokain

K.A. Bedrosova, P.A. Galenko-Yaroshevsky, V.K. Leon- tiev, V.L. Popkov, L.A. Faustov, N.L. Sychova

Summary

To patients with chronic periodontitis in exacerbation benzofurokain in combination with traditional drug thera-



К.А. Бедросова*, аспирант



П.А. Галенко-Ярошевский*, член-корр. РАМН, д.м.н., профессор



В.К. Леонтьев**, академик РАМН, д.м.н., профессор



В.Л. Попков*, член-корр. РАЕ, д.м.н., про- фессор



Л.А. Фаустов***, акаде-мик РАМН, д.м.н., профессор



Н.Л. Сычева***, к.м.н., зав. лабораторией

*ГБОУ ВПО "Кубанский государственный медицинский университет" Минздравсоцразвития РФ, г. Краснодар

**ГБОУ ВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет" Минздравсоцразвития РФ, г. Москва

***НОЧУ ВПО "Кубанский медицинский институт" Минобрнауки РФ, г. Краснодар

Для переписки:

350000, Краснодар, ул. Кирова, д. 75

Тел.: +7 (861) 253-17-93, +7 (928) 427-00-31

E-mail: popkov.victor@rambler.ru

py stimulated angiogenesis, increased vascularization of the regenerate, with increased ability to damaged tissues gums to complete regeneration in combination with the normalization of the status morfofunkcional epithelial sheet. Under the influence of traditional drug therapy alone (without benzofurokain) regeneration was charac- terized mainly by development in desna fibrozno-sclerotic changes that adversely affect the state covering the gum of laminated flat epithelium.

Keywords: chronic generalized periodontitis, regenera- tion, benzofurokain.

Бензофуурокаин (БФ) был рекомендован к приме- нению в стоматологической практике в качестве препара- та, обладающего местно-анестезирующим и централь- ным анальгезирующим действием. Он предложен для



инфильтрационной анестезии при лечении пульпитов, периодонтитов, при вскрытии абсцессов, послеоперационных болях. Как анальгезирующее средство препарат рекомендован при панкреатите, перитоните, печеночной и почечной колике, остром плеврите, заболеваниях и травмах периферической нервной системы, а также в качестве противоишемического средства, улучшающего метаболические процессы в миокарде, головном мозге, почках, для лечения постгипоксической энцефалопатии и других сосудистых поражений головного и спинного мозга [7].

Эффективность применения БФ связывается с тем, что он обладает антигипоксическим и антиоксидантным действием, оказывает положительный эффект на процессы энергообразования в клетке, уменьшая продукцию свободных радикалов и восстанавливая активность ферментов антиоксидантной системы [2, 17]. Кроме того, было установлено, что БФ обладает стимулирующим влиянием на микрогемодиализацию и репаративные процессы при воспалении [17]. Однако в доступной литературе сведения о применении БФ в терапии больных с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) отсутствуют. Способность БФ устранять гипоксический градиент регенерирующих тканей, а также подавлять токсическое действие свободных кислородных радикалов послужило веским аргументом в пользу проведения наших исследований для обоснования применения его в стоматологической практике, в частности при лечении ХГП. В этой связи важными представляются морфологические исследования по выяснению эффективности влияния БФ на регенерацию поврежденных тканей десны при обострении хронической патологии пародонта. Важное место в проблеме регенерации тканей отводится оптимизации условий протекания репаративных процессов, сокращающих сроки их завершения и улучшающих качественные характеристики окончательного регенерата [14, 15, 20]. В этом отношении очевидна значимость результатов, получаемых на основе анализа морфологических критериев как наиболее достоверных [5, 11, 20].

Материал и методы исследования

У 68 больных в возрасте от 45 до 60 лет с диагнозом ХГП в стадии обострения при их первом обращении и на 24-й день от начала лечения из области десневого края был взят и исследован биопсийный материал.

С учетом проводимых лечебных мероприятий больные были разделены на 2 группы: группу сравнения (34 пациента) и основную группу (34 пациента).

Группе сравнения был проведен 15-дневный курс традиционной медикаментозной терапии (ТМТ). Применили антибактериальные, противовоспалительные, иммуномодулирующие, десенсибилизирующие и общеукрепляющие средства медикаментозной тера-

пии. В местное лечение входило удаление зубных отложений, закрытый кюретаж, орошение пародонтальных карманов и аппликации на десны 0,05% раствором хлоргексидин биглюконата.

Основной группе в комплекс лечебных мероприятий дополнительно к ТМТ был включен препарат БФ, который вводили внутримышечно в область переходной складки по 5 мл 1% раствора ежедневно в течение 15 дней. Кроме того, местно применяли раствор БФ в виде аппликаций на десны (20 мин.).

Биоптаты десны фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина и заливали в парафин по общепринятой методике [9]. Парафиновые срезы толщиной 5–7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином. Кроме того, применили комплекс гистохимических методов окраски и обработки гистологических срезов. Так, для селективного окрашивания коллагеновых и эластических волокон, тучных клеток, гликопротеидов, мышечной ткани, эритроцитов применили оригинальный способ комбинированной окраски альдегид-фуксин, хромотропом и анилиновым синим [18]. Дополнительно применили окраску гистологических срезов альтиановым синим и нейтральным красным после предварительного их окисления кислым раствором перманганата калия [19]. Кислые гликозаминогликаны выявляли альтиановым синим при pH 2,5 [6]. Нейтральные гликозаминогликаны окрашивали методом Мак Мануса-Хочкисса [12].

Изучение микропрепаратов осуществляли на микроскопе МБИ 15 ЛОМО, а для их микрофотографирования использовали систему анализа изображения Nikon eclipse E200 с цветной цифровой камерой Olympus DR 10. Весь иллюстративный материал в виде цветных микрофотографий является оригинальным.

Для объективизации результатов исследования применили морфометрию и статистическую обработку количественных показателей. Так, на окрашенных вертикальных срезах десны окуляр-микрометром измеряли толщину эпителиального покрова. В соединительнотканной основе десны с помощью окулярной измерительной сетки Г.Г. Автандилова [1] определяли относительную площадь, занимаемую воспалительными клеточными инфильтратами, участками склероза, а также площадь, восстановленную по типу реституции (полной регенерации). Оценку васкуляризации регенерата проводили на основании определения процентной доли площади собственной пластинки десны, приходящейся на кровеносные сосуды.

Цифровые результаты исследования обработали разностным методом вариационной статистики [10]. Достоверными считали различия при значениях $p < 0,05$.

Результаты исследования

Обострение ХГП характеризовали островоспали-

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Рис. 1. Морфологическая характеристика изменений тканей слизистой оболочки десны при обострении ХГП

а, в, г — окраска гематоксилином и эозином;
б, е — окраска альтиановым синим и нейтральным красным;
д — окраска альдегид-фуксином, хромотропом и анилиновым синим;

а — ув. 100х; д — ув. 200х; б, в, г, е — ув. 400х

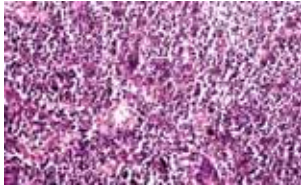


Рис. 1а. Густой полиморфноклеточный воспалительный инфильтрат в сетчатом слое

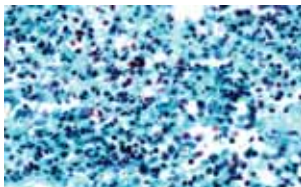


Рис. 1б. Нейтрофильные лейкоциты и макрофаги в составе воспалительного инфильтрата

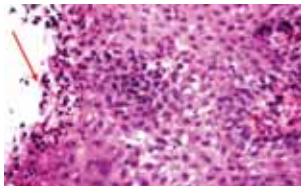


Рис. 1в. Гнойное расплавление поверхностного участка эпителиального слоя с его изъязвлением (↑)

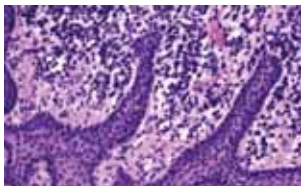


Рис. 1г. Ветвящиеся акантотические тяжи в контакте с густым воспалительным полиморфным клеточным инфильтратом

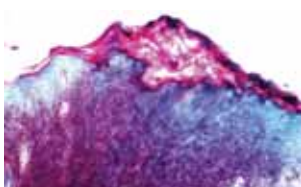


Рис. 1д. Гиперкератоз (роговые массы окрашены хромотропом в красный цвет). Утолщение эпителиального покрова

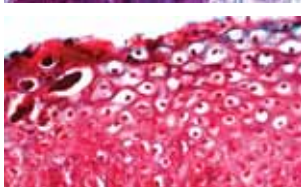


Рис. 1е. Вакуольная дистрофия эпителиальных клеток. Участок гиперкератоза с кератинизацией отдельных эпителиальных клеток (слева сверху рис.)

участков слизистой оболочки (рис. 1в). Наличие густого воспалительного инфильтрата в сетчатом слое сочеталось с акантозом эпителиального пласта. Акантотические тяжи из пролиферирующих эпителиальных клеток углублялись в подлежащие ткани собственной оболочки десны и контактировали с воспалительным клеточным инфильтратом (рис. 1г). Изменения эпителиального покрова в виде акантоза с лейкодиapedезом традиционно связывают с элиминативной функцией эпителия [3].

В многослойном плоском эпителии, покрывающем десну, обычно выявлялись участки нарушенного кератинообразования с накоплением рогового вещества. Роговые массы отличались оксифилией, окрашиваясь хромотропом в красный цвет (рис. 1д). В эпителиальных клетках часто выявлялась гидропическая и даже баллонная дистрофия. Отмечались явления дискератоза, т.е. патологического ороговения отдельных клеток (рис. 1е).

Морфологическим фоном для обострения процесса были склеротические изменения в сетчатом слое слизистой оболочки, где выявлялись очаги гистиолимфоцитарных инфильтратов. В рубцах отмечалась редукция капиллярного русла, а также склеротические изменения стенок мелких артерий. Все это создавало предпосылки к гипоксии тканей, делая их уязвимыми к воздействию факторам, в том числе и аутоиммунного характера. И в этом смысле регенерат при хроническом воспалении оказывался неполноценным, с чем обычно и связывают очередную волну обострения хронического воспаления [4, 8, 16]. Отражением неполноценности тканевого комплекса собственной оболочки десны при обострении хронического пародонтита были акантоз с погружным ростом эпителиальных тяжей в подлежащую соединительнотканную основу десны, а также дистрофические изменения в эпителиальном покрове и нарушения процессов кератинообразования.

Таким образом, результаты нашего исследования позволили морфологически охарактеризовать период обострения ХГП, который сменил этап доклинического течения болезни.

Анализируя результаты проведенной ТМТ ХГП на 24 сутки от начала лечения обострения болезни, следует отметить эффективность терапии в отношении ликвидации островоспалительных явлений в тканях десны и развертывания репаративных процессов. При этом на значительной территории соединительнотканной основы десны произошло замещение воспалительного клеточного инфильтрата тяжами созревающей и грубоволокнистой соединительной ткани (рис. 2а), в связи с этим площадь, занимаемая воспалительным клеточным инфильтратом, уменьшилась почти в 2 раза (табл. 1). Напротив, восстановление структуры поврежденной соединительной ткани по типу реституции про-

Рис. 2. Морфологические особенности регенерации тканей слизистой оболочки десны у больных с ХГП после проведения курса ТМТ

а, г — окраска гематоксилином и эозином;
б — окраска альтиановым синим и нейтральным красным;
в, д — окраска альдегид-фуксином, хромотропом и анилиновым синим;
е — окраска по Мак Манусу-Хочкиссу и гематоксилином;
а, б, г — ув. 200х; в, д, е — ув. 400х

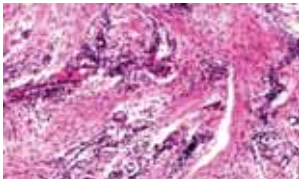


Рис. 2а. Тяжи многоклеточной и волокнистой соединительной ткани и сохранившиеся очаговые клеточные инфильтраты на территории сетчатого слоя

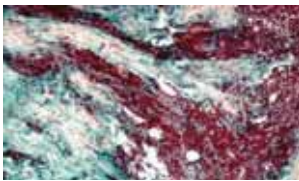


Рис. 2б. Тяжи волокнистой соединительной ткани, замесившие на значительной площади воспалительный клеточный инфильтрат

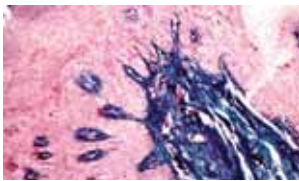


Рис. 2в. Склероз ткани сосочков (коллагеновые волокна синего цвета)

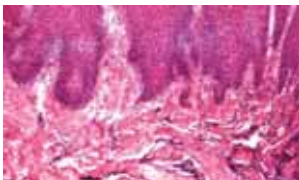


Рис. 2г. Фиброзно-склеротическая трансформация соединительнотканной основы десны



Рис. 2д. Усиленное ороговение поверхности эпителиального покрова. Вакуольная дистрофия эпителиальных клеток придает вид "плетеной корзины"

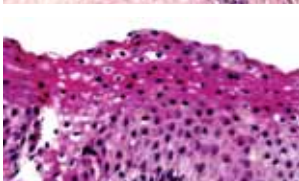


Рис. 2е. Вакуольная дистрофия эпителиальных клеток. Накопление ШИК-положительных веществ. Окраска по Мак Манусу-Хочкиссу и гематоксилином

изошло на незначительной территории, составившей, по данным морфометрии, около 4,9% (см. табл. 1).

Изменился клеточный состав воспалительного инфильтрата. Резко уменьшилось содержание в нем нейтрофильных лейкоцитов. Увеличилось количество гистиоцитов, эндотелиальных клеток и фибробластов. Редко обнаруживались новообразованные капилляры. Макрофагальная реакция оставалась слабо выраженной.

Таким образом, сетчатый слой в результате значительного развития волокнистой соединительной ткани

на большом протяжении оказался склерозирован. В участках склероза капиллярная сеть была редуцирована. В стенках большинства из имеющихся капилляров отмечались продуктивные, склеротические изменения, часто приводящие к облитерации их просвета. Среди полей склероза сохранялись очаги гистиолимфоцитарных инфильтратов (рис. 2б). Ткань некоторых сосочков также была склерозирована (рис. 2в). В отдельных случаях произошло полное фиброзно-склеротическое превращение соединительнотканной основы десны (рис. 2г).

Наряду с выраженными фиброзно-склеротическими изменениями подэпителиального слоя отмечались нарушения кератинообразования с накоплением оксифильных (рис. 2д) и ШИК-положительных веществ в поверхностном слое (рис. 2е), а также альтеративные изменения в виде гидропической дистрофии эпителиальных клеток. Вакуольная дистрофия придавала поверхностному слою эпителиального пласта вид "плетеной корзины" (рис. 2д). Диапедез нейтрофилов в эпителиальный покров не отмечался.

Таким образом, морфологическими исследованиями установлено, что 15-дневная ТМТ больных с обострением ХГП привела к ликвидации островоспалительных (экссудативных) явлений и разворачиванию регенераторных продуктивных процессов в собственной оболочке десны. На территории воспалительных инфильтратов формировались тяжи и поля многоклеточной и грубо-волокнистой соединительной ткани. Таким образом, регенерационные процессы при традиционной терапии характеризовались замещением участков воспалительных клеточных инфильтратов многоклеточной и грубо-волокнистой соединительной тканью. В целом ткани, подвергшиеся фиброзно-склеротическим изменениям, занимали около 41,2% площади соединительнотканной основы десны (см. табл. 1).

На незавершенность репаративных процессов указывали сохранившиеся рубцующиеся клеточные инфильтраты (рис. 2д), а также акантоз эпителиального покрова десны (рис. 2е), хотя выраженность последнего достоверно уменьшилась (см. табл. 1).

Таблица 1. Результаты морфометрических исследований биоптатов десны до лечения и на 24 день от начала лечения больных с обострением ХГП ($M \pm m$)

Метод лечения	Число биоптатов	Средняя толщина эпителиального покрова десны, мм	Площадь сосудистого русла в собственной оболочке десны, %	Суммарная площадь клеточных инфильтратов в соединительнотканной основе десны, %	Суммарная площадь склеротических изменений тканей в десне, %	Суммарная площадь соединительнотканной основы десны, %
До лечения (1)	68	594±22	6,6±0,3	84,2±8,5	7,3±1,6	—
Курс ТМТ (2)	34	418±32	7,1±0,5	40,2±3,1	41,2±3,5	4,9±0,9
		$p_{1-2} < 0,001$		$p_{1-2} < 0,001$	$p_{1-2} < 0,001$	
Курс ТМТ+БФ (3)	34	317±31	13,3±1,4	30,8±2,8	30,0±3,6	19,3±2,7
		$p_{1-3} < 0,001$	$p_{1-3} < 0,001$	$p_{1-3} < 0,001$	$p_{1-3} < 0,001$	$p_{2-3} < 0,001$
		$p_{2-3} < 0,05$	$p_{2-3} < 0,001$	$p_{2-3} < 0,05$	$p_{2-3} < 0,05$	

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Рис. 3. Морфологические особенности регенерации тканей слизистой оболочки десны у больных с обострением ХГП после проведения курса лечения бензофуракаином в сочетании с ТМТ

а, б, г, д — окраска гематоксилином и эозином;
в, е — окраска альдегид-фуксином, хромотропом и анилиновым синим;

д — ув. 200х; а, б, в, г — ув. 400х; е — ув. 800х



Рис. 3а. Восстановленная по типу реституции гистологическая структура сосочков

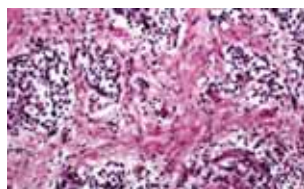


Рис. 3б. Рыхлая неоформленная волокнистая соединительная ткань, заместившая воспалительный клеточный инфильтрат

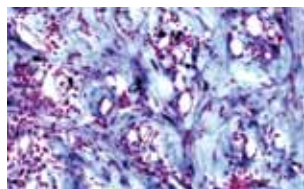


Рис. 3в. Интенсивная васкуляризация новообразованной рыхлой соединительной ткани

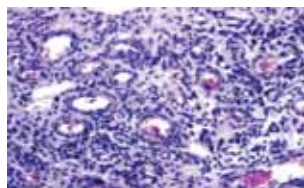


Рис. 3г. Многочисленные кровеносные сосуды в клеточном инфильтрате

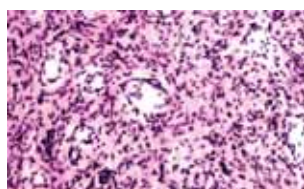


Рис. 3д. Участок сетчатого слоя под покровным эпителием, восстановленный по типу реституции (полной регенерации)

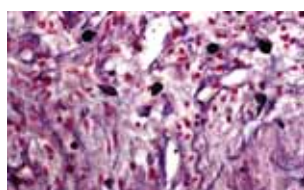


Рис. 3е. Тучные клетки в участке реституции сетчатого слоя

Дополнительное включение препарата БФ в комплекс лечебных мероприятий позволило улучшить качественные показатели состояния тканей десны на 24-дневном сроке наблюдения. Так, в сосочковом и сетчатом слое на смену островоспалительным явлениям пришли регенераторные процессы. Нормализовалась гистологическая структура ткани сосочков (рис. 3а). На значительной территории сетчатого слоя массивный воспалительный клеточный инфильтрат был замещен рыхлой неоформленной

соединительной тканью (рис. 3б). Среди полей разросшейся волокнистой соединительной ткани сохранились небольшие гнездные клеточные скопления. В инфильтратах присутствовали в основном лимфоциты и гистиоцитарные клеточные элементы. Площадь, занятая клеточными инфильтратами, сократилась и составила около 30,8% против 84,2% до проведения терапии. Этот показатель у больных, получавших БФ, также достоверно отличался от значений, характерных только для ТМТ (см. табл. 1).

В отличие от предшествующей группы сосудистая сеть в очагах новообразованной соединительной ткани не подверглась редукции. Напротив, они выглядели васкуляризированными (рис. 3в). Очаги грубого фиброза нигде не встречались. В рыхлых клеточных инфильтратах также выявлялись многочисленные мелкие сосуды (рис. 3г).

Склеротические изменения были характерны для глубоких слоев сетчатого слоя десны. Суммарно на склеротически измененные ткани приходилось около 30% территории собственного слоя слизистой оболочки. Этот показатель был достоверно меньше такового для базисной терапии без БФ (см. табл. 1).

По направлению к поверхностным отделам сетчатого слоя выраженность склеротических изменений уменьшалась, соединительная ткань становилась более рыхлой, менее тяжистой, возрастал объем основного вещества в межклеточном матриксе. Здесь же выявлялись пролиферирующие молодые фибробласты веретенообразной формы, имеющие своим клеточным источником адвентициальные клетки мелких кровеносных сосудов.

Ткань сетчатого и сосочкового слоя под покровным эпителием, как правило, не была склерозирована. Напротив, она часто имела характеристику рыхлой неоформленной соединительной ткани (рис. 3д), в которой определялись кровеносные капилляры, фибробласты, единичные лимфоциты, основное вещество соединительной ткани и рыхлая сеть тонких коллагеновых волокон. Здесь же выявлялись тучные клетки (рис. 3е). Таким образом, стало очевидным, что на месте бывшего воспалительного клеточного инфильтрата в процессе регенерации на значительной территории (до $19,3 \pm 2,7\%$) произошло восстановление собственного слоя десны по типу реституции, то есть сформировалась ткань, идентичная той, что была до ее повреждения.

Это нашло свое отражение и в морфометрических показателях, характеризующих распространенность клеточных инфильтратов и очагов склероза в тканях десны (см. табл. 1). Так, при применении БФ площадь воспалительных клеточных инфильтратов сократилась в 2,73 раза, тогда как при лечении без БФ только в 2,09 раза. Прирост склеротически измененных тканей без БФ составил 33,9%, тогда как с БФ этот показатель

составил 22,7%. При ТМТ восстановление собственно-го слоя слизистой оболочки десны произошло на площади 4,9%, тогда как БФ обусловил возрастание этого показателя до 19,3%.

Все это отразилось на состоянии эпителиального покрова десны. Так, показатель средней толщины достоверно уменьшился в сравнении с аналогичным показателем для базисной терапии (см. табл. 1). Альтеративные изменения эпителиального покрова в виде вакуольной и баллонной дистрофии ликвидировались, нарушения кератинообразования не определялись. Была характерна неполная кератинизация (паракератоз) с наличием палочковидных ядер в клетках поверхностных участков эпителиального покрова. Лейкодиapedез нейтрофилов в эпителиальный покров не наблюдался.

Таким образом, под влиянием БФ уже через 24 дня от начала лечения качественные и количественные морфологические характеристики состояния регенерирующих тканей слизистой оболочки десны оказались более благоприятными, чем при применении только ТМТ.

Очевидно, что отмеченный благоприятный эффект обязан оптимизации условий протекания регенераторных процессов в связи с тем, что БФ стимулирует ангиогенез и проявляет способность устранять гипоксический градиент регенерирующих тканей. По-видимому, это как раз и повлияло на активизацию синтетической функции специализированных фибробластов [14, 16], способных продуцировать основное вещество соединительной ткани и его волокнистые структуры, характерные для интактной соединительнотканной основы десны, то есть восстанавливать поврежденные подэпителиальные ткани по типу реституции (полной регенерации).

Полученные нами результаты являются еще одним свидетельством справедливости известного положения в учении о регенерации, согласно которому кровеносным сосудам принадлежит ключевая роль в восстановительных процессах [14], которая определяется не только доставкой регенерирующим тканям необходимых веществ, но и тем, что клетки сосудов выступают основным источником формирования в регенерате клеточного ансамбля, участвующего в восстановлении тканевых структур.

Таким образом, нами установлена способность БФ значительно увеличивать долю полной регенерации с восстановлением типичного строения соединительнотканной основы десны при переходе хронического воспаления из фазы обострения в фазу ремиссии и добиваться нормализации структуры эпителиального покрова десны.

Заключение

У больных с обострением ХГП на основании морфологических критериев установлено, что БФ в сочетании

с ТМТ стимулировал ангиогенез, увеличивал васкуляризацию регенерата, при этом возрастала способность поврежденных тканей десны к полной регенерации в сочетании с нормализацией морфофункционального состояния эпителиального покрова. Без БФ регенерация характеризовалась развитием в десне, главным образом, фиброзно-склеротических процессов, что отрицательно влияло на состояние покрывающего десну многослойного плоского эпителия.

Литература

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. — М.: Медицина, 1990. — 380 с.
2. Галенко-Ярошевский П.А. Изыскание нейротропных, кардиотропных, спазмолитических и окситоических средств среди некоторых производных бензофурана: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1978. — 37 с.
3. Головин Д.И. Ошибки и трудности гистологической диагностики опухолей. — Л.: Медицина, 1982. — 304 с.
4. Давыдовский И.В. Общая патология человека. — М.: Медицина, 1969. — 611 с.
5. Иванов В.С. Заболевания пародонта. — М.: Медицина, 1989. — 272 с.
6. Лилли Р. Патогистологическая техника и практическая гистохимия. — М.: Мир, 1969. — 645 с.
7. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Пособие для врачей. — Изд-е 16-е, перераб., исправлен. и доп. — М.: "Новая Волна", 2011. — 1216 с.
8. Маянский Д.Н. Хроническое воспаление. — М.: Медицина, 1991. — 272 с.
9. Меркулов Г.А. Курс патолого-гистологической техники. — Л.: Медицина, 1969. — 423 с.
10. Ойвин И.А. Статистическая обработка результатов экспериментальных исследований // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. — 1960. — № 4. — С. 76–85.
11. Пальцев М.А. Патологическая анатомия и ее место среди медико-биологических дисциплин // Патологическая анатомия. Курс лекций / Под ред. В.В. Серова и М.А. Пальцева. — М.: Медицина, 1998. — С. 5–11.
12. Пирс Э. Гистохимия теоретическая и прикладная. — М.: Мир, 1962. — 963 с.
13. Репаративная регенерация: эффекты метаболической фармакотерапии при стоматологической патологии / Под ред. Л.А. Фаустова. — Краснодар: КМИ, 2009. — 256 с.
14. Саркисов Д.С. Сосуды // Структурные основы адаптации и компенсации нарушенных функций: Руководство / Под ред. Д.С. Саркисова. — М.: Медицина, 1987. — С. 295–306.
15. Саркисов Д.С., Пальцын А.А., Музыкант Л.И. и др. Морфология раневого процесса // Раны и раневая инфекция: руководство для врачей / Под ред. М.И. Кузина и Б.М. Костюченко. — М.: Медицина, 1990. — С. 38–89.
16. Серов В.В. Воспаление, регенерация и дисрегенерация // Патологическая анатомия. Курс лекций / Под ред. В.В. Серова и М.А. Пальцева. — М.: Медицина, 1998. — С. 181–194.
17. Степанюк Г.И. Противовоспалительные, анальгетические и вазоактивные свойства производных бензофурана: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Киев, 1989. — 40 с.
18. Сычева Н.Л. Методические аспекты собственных морфологических исследований // Репаративная регенерация / Под ред. Л.А. Фаустова. — Краснодар: КМИ, 2009. — С. 27–32.
19. Сычева Н.Л., Сычев В.А. Способ дифференцированной окраски биологической ткани альциановым синим. Материалы 18 Всероссийской научной конференции с международным участием "Физиология и патология пищеварения". — Краснодар, 2002. — С. 239–240.
20. Фаустов Л.А. Основы клинической патоморфологии: лекции для студентов и врачей по курсу патологической анатомии. — Краснодар: КМИ, 2007. — 336 с.



Эстетическая стоматология

"Сургитрон" — новые возможности в эстетической стоматологии

Резюме

В представленном обзоре приведены сведения о современном методе коррекции десневого края (ДК) — радиоволновой хирургии. Проведен анализ 17 источников отечественной литературы и 15 источников иностранной литературы; описаны принципы работы, показания и варианты использования радиохирургического скальпеля "Сургитрон™". Отмечены основные преимущества данной методики коррекции десневого края.

Ключевые слова: рецессия десневого края, радиоволновая хирургия, скальпель "Сургитрон™", электрод, слизистая оболочка рта.

"Surgitron" — new possibilities in esthetic stomatology
T.I. Ibragimov, A.L. Kitiya

Summary

In the presented review provides information on a modern method of gingival correction — radiowave surgery. The analysis of 17 sources of the domestic literature and 15 sources of the foreign literature is carried out; the principles of work, indication and variants of use of radio surgical scalpel "Surgitron™" are in detail described. The basic advantages of this method gingival are indicated.

Keywords: gingival edge recession, radiowave surgery, "Surgitron™", electrode, oral mucosa.

На сегодняшний день проблема эстетики является одной из актуальных в стоматологии. Требования пациентов, предъявляемые к красоте в любом разделе стоматологии, заметно возросли [11], что учитывается врачами-стоматологами в соответствии с принципом: не только лечить, но и повышать качество жизни пациентов.

Сегодня развитие эстетической стоматологии заставляет уделять еще более пристальное внимание дизайну зубочелюстной системы. Недостаточно знать пропорции зубов относительно элементов лица и других зубов. Естественный зуб является совершенным творением природы, и для того, чтобы описать его внешний вид, необходимо оперировать такими понятиями, как величина, форма, рельеф, цветовая гамма, прозрачность и блеск поверхности зуба. Восстанавливая зуб при его поражении, следует уметь имитировать эти параметры. Морфометрической оценке должны быть подвергнуты как отдельные зубы, так и весь зубной ряд в целом. Структуру зубного ряда следует рассматривать как



Т.И. Ибрагимов, д.м.н.,
профессор



А.Л. Кития,
врач-аспирант

Кафедра ортопедической стоматологии ФПДО
МГМСУ, Москва

Для переписки:

Тел.: +7 (903) 729-73-52; +7 (968) 267-44-34

единую систему, в которой каждый зуб является неотъемлемым элементом и служит эффективному выполнению своих функциональных задач. Таким образом, утрата или же изменение одного из элементов зуба влекут за собой соответствующее изменение всей зубочелюстной системы в целом [3, 4, 7, 9, 11].

Отправной точкой в дизайне улыбки являются центральные резцы верхней челюсти. Это те зубы, на которые в первую очередь бросается взгляд. Критическими факторами для них являются ширина, длина, отношение к косметическому центру, соотношение с боковыми резцами, а также симметричность десневого края центральных резцов верхней челюсти. При определении оптимального положения резцов необходимо принимать во внимание такие факторы, как фонетика, линия улыбки и ориентация зубов относительно верхней губы [4].

Десневые асимметрии — это наиболее часто встречающееся явление при эстетическом протезировании передней группы зубов. К ним можно отнести рецессию и окклюзионное смещение десневого края [9, 12].

Большой проблемой при лечении ортопедическими методами является гипертрофия десневых сосочков и слизистой оболочки альвеолярных отростков, обусловленная различными факторами неэндогенного характера:

- * нарушением гигиены;
- * хронической травмой;
- * нависанием краев реставраций;
- * несоответствием требованиям ранее изготовленных конструкций и др.

При данных клинических ситуациях для достижения более успешного результата протезирования стало необходимым включение пародонтологической подготовки в план ортопедического лечения [11].

Хирургический инструментарий для коррекции мягких тканей пародонта разнообразен и представлен различными видами скальпелей, микроскальпелей, микроножниц,



хирургическими и анатомическими микропинцетами, держателями микроигл и др. [2, 3].

Радиоволновая хирургия — один из современных методов коррекции десневого края. Преимущества данного метода перед другими состоят в точности и контроле желательного воздействия на ткань, возможности осуществлять надрез любой конфигурации, не оказывая на ткань давления, возможности разреза и коагуляции мелких кровеносных сосудов одновременно, отсутствии термического повреждения в тканях, "прилипания" ткани к биполярному электроду, а также в коагуляции электродом [6, 16].

История радиоволновой хирургии берет свое начало с 1978 г., с публикации Манесом с соавт. книги "Гистологическая оценка электрохирургии при использовании разной рабочей чистоты и разных форм волны". В этой книге автор экспериментально доказал, что оптимальная частота для разреза мягких тканей составляет 3,8 МГц. В этом же году выпускается прибор "Сургитрон", работающий на радиоволнах высокой частоты. С этого момента метод получает широкое распространение за рубежом. Также в 1978 г. после многолетних исследований было установлено, что оптимальная частота для разреза мягких тканей составляет 3,8 МГц [10].

Радиохирургия — это новый атравматичный метод разреза и коагуляции мягких тканей, осуществляемый в частности, с помощью нового прибора "Сургитрон™" (рис. 1). Доктор Irving Ellman спроектировал и создал портативный прибор, генерирующий "полностью выпрямленную" волну с частотой строго 3,8 млн циклов в секунду. Во всем мире он применяется уже давно и прекрасно себя зарекомендовал как удачным техническим решением (длина волны и рабочие режимы), так и наличием большого выбора электродов, позволяющих проводить самые разнообразные операции, в том числе и на тканях пародонта [5, 6].

Эффект разреза обеспечивается с помощью тепла, выделяемого тканями при сопротивлении проникновению высокочастотных волн, которые исходят из хирургического электрода в виде тончайшей иглы. Под действием тепла клетки, находящиеся на пути волн, подвергаются распаду и испаре-

Рис. 1. Прибор радиоволновой хирургии "Сургитрон™"



нию, в результате происходит раздвижение тканей в стороны — как в случае разреза острым скальпелем [5, 6, 16].

Прибор радиоволновой хирургии "Сургитрон™" обеспечивает проведение нескольких видов воздействия на ткани: разрез, разрез с коагуляцией, коагуляцию и фульгурацию. Имеет три разные формы волны, фульгурационный ток и биполярный режим. Формы волны следующие: фильтрованная волна, полностью выпрямленная волна и частично выпрямленная волна. Этим формам волн соответствуют чистый разрез (90% разрез и 10% — коагуляция), одновременно разрез и коагуляция (50% и 50%) и гемостаз (90% коагуляция) соответственно. Поверхностное прижигание осуществляется искрой переменного тока (фульгурация) [16].

Наличие большого выбора аксессуаров позволяет производить разнообразные операции. Для разреза и шлифовки ткани используются петлевые и скальпельные электроды; шариковые электроды используются для коагуляции; для фульгурации и рассечения применяются игольчатые электроды.

К каждому прибору прилагается сводная таблица по применению электродов и режимов работы для разных видов операции [15].

К преимуществам использования радиохирургической техники относятся:

- * быстрота операции;
- * свободное от крови операционное поле;
- * незначительная послеоперационная боль;
- * быстрое заживление.

Применение радиоволновой хирургической технологии позволяет существенно расширить показания к выполнению лоскутных операций, увеличить их объем и снизить до минимума вероятность развития осложнений [6].

Радиохирургия позволяет избежать риска электрического ожога пациента, так как вместо пластины заземления используется "антенна", фокусирующая на себе радиоволну. В отличие от электрохирургических установок, "антенна" не должна соприкасаться с телом пациента, она должна находиться в близости от зоны операции.

Показания к применению данного метода при лечении заболеваний пародонта определяются тем, что ткани пародонта, ослабленные длительно текущим воспалительным процессом, в этом случае не подвергаются дополнительной травме в процессе вмешательства. При этом длительность самого вмешательства сокращается приблизительно на 30%. Далее при контакте с активным электродом происходит стерилизация и коагуляция оперируемых тканей, вследствие чего в послеоперационном периоде коллатеральный отек почти отсутствует, а заживление раны происходит первичным натяжением и в более короткие сроки. Отмеченные преимущества прибора радиоволновой хирургии перед традиционными методами послужили основанием для применения его при хирургическом лечении воспалительных заболеваний пародонта [5, 6, 15].

Анализ результатов позволил выделить следующие преимущества прибора "Сургитрон™" перед механическим

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

скальпелем и другими физическими приборами подобного предназначения.

1. Механическая и термическая травма тканей и органов минимальна и несравнима по своему малому повреждающему воздействию с действием других средств для рассечения. Радиоскальпель обеспечивает разрез любой конфигурации без коагуляции и без приложения к нему заметного мануального усилия независимо от тургора кожи и тканей, наличия складок и анатомической локализации.

2. Радиоскальпель не вызывает ожогов ткани в процессе рассечения при соприкосновении электрода с металлическими инструментами, что очень важно при папиллотомии.

3. Применение прибора для остановки кровотечения и фульгурации не сочетается с глубокой коагуляцией и некрозом подлежащих тканей.

4. Применение прибора способствует ускоренному заживлению тканей анастомозов и кожи первичным натяжением. Разрезы на коже заживают без тенденции к формированию келоидного рубца с высоким косметическим эффектом [8].

Многолетний опыт работы Л.Н. Никогды с лазерным скальпелем при иссечении "капюшона" демонстрирует, что послеоперационное лечение углекислотным лазером и радионожом клинически отличается мало, но применение радионожки значительно упрощает и сокращает саму манипуляцию, метод полностью исключает повреждение тканей зуба, не требует длительного освоения и доступен врачу-стоматологу любой квалификации.

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что имеющиеся в арсенале хирурга электроинструменты и методы хирургического вмешательства хоть и распространены повсеместно, не лишены определенных недостатков. Развитие физики выразилось в появлении нового хирургического прибора — радиоскальпеля. Применение последнего отличается меньшей травматизацией тканей, быстротой проведения операции, меньшими кровопотерями, отеком и болезненностью; простотой и экономичностью использования.

1. Минимальное повреждение тканей:

- степень термического повреждения до 10 раз меньше по сравнению с традиционным электрохирургическим воздействием и в 2–3 раза меньше по сравнению с большинством лазеров;

- отсутствие кровяного сгустка в ране после разреза;

- минимальный некроз в области операционной раны и прилежащих тканей;

- отсутствие лейкоцитарной инфильтрации в ране и, как следствие — снижение риска развития воспаления.

2. Ускорение процессов регенерации кожи:

- ранний неогенез;

- выраженная ранняя (с 3-х суток) регенерация и эпителизация тканей и их восстановление;

- снижение болезненности тканей за счет коагуляции нервных окончаний.

3. Стерилизующий эффект радиоволн с частотой 3,5–4,0 МГц, что снижает риск послеоперационных осложнений.

4. Работа в "сухом" послеоперационном поле.

5. Высочайший косметический эффект:

- ювелирная точность разреза;

- раннее полное заживление тканей без образования грубого рубца.

Поскольку используемая частота очень высока, ток, производимый прибором, проходит через тело, не вызывая болезненных сокращений мышц или стимуляции нервных окончаний (эффект Фарадея). Радиоволновой хирургический разрез производится без давления на ткань, легким движением, сводя к минимуму механическое и термическое повреждение ткани [5, 6].

Литература

1. Васильев В.Г. Влияние препарирования зубов на ткани пародонта и сроки ортопедического лечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Иркутский гос. мед. ин-т. Иркутск., 1987. — С. 36.
2. Григорьянц Л.А. Использование латерально-перемещенного лоскута для закрытия локальной рецессии десны / Л.А. Григорьянц, С.Г. Або, В.А. Бадалян // Клиническая стоматология. — 2002. — № 1. — С. 54–56.
3. Григорьянц Л.А. Хирургические методы, используемые при устранении локальной рецессии десны / Л.А. Григорьянц, С.Г. Або, Т.Н. Модина // Стоматология. — 2003. — № 2. — С. 31–35.
4. Гольдштейн Р. Эстетическая стоматология. — М.: Stbook, 2003. — Том. I. — 355 с.
5. Грудянов А.И. Обследование лиц с заболеванием пародонта // Пародонтология. — 1998. — № 3 (9). — С. 8–13.
6. Грудянов А.И. Применение радиохирургического метода при хирургическом лечении воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, А.П. Безрукова, А.И. Ерохин // Передовые мед. технологии: материалы науч.-практ. конф., 20–21 декабря 2001 г. — М., 2001. — С. 160–161.
7. Горбунова И.Л. Клиническая анатомия зубов. — М., 2006. — 136 с.
8. Лапкин К.В., Мальярчук В.И., Климов А.Е. и др. Первый опыт применения радиохирургического прибора "SurgitronTM" в хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: материалы 5-й конф. хирургов-гепатологов. — Томск, 1997.
9. Лебеденко И.Ю. Эстетические аспекты работы врача-стоматолога в "красной зоне" / И.Ю. Лебеденко, А.Б. Перегудов // Панорама ортопедической стоматологии. — 2002. — № 3. — С. 18–19.
10. Манес У.Л. Гистологическая оценка электрохирургии при использовании разной рабочей чистоты и разных форм волны. Материалы конгресса "Радиоволновая хирургия на современном этапе". — М., 2004. — С. 19–26.
11. Перегудов А.Б. Диагностика эстетических нарушений и планирование комплексной реабилитации в клинике ортопедической стоматологии: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. МГМСУ. — М., 2006. — С. 33–34.
12. Переверзев В.А. Эстетические закономерности строения лица и формы зубов при ортогнатическом прикусе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. ММСИ. — М., 1975. — С. 22.
13. Hannon Stephen M. Особенности изготовления металлокерамических коронок и мостовидных протезов при рецессиях десны и альвеолярного отростка. Клинические наблюдения / Stephen M. Hannon, Charles J. Colvin, Dennis J. Zurec // Квинтэссенция. — 1997. № 5/6. — С. 5–10.
14. Hetz Gerhard F. "Эстетическая стоматология" — что это такое // Новое в стоматологии. — 2002. — № 4. — С. 11–15.
15. John L., Pfenninger M.D., Grant C., Fowler M.D. Procedures for Primary Care, 2003.
16. Jeffrey A. Sherman. Radiosurgery: The Cutting Edge // Contemporary Esthetics and Restorative Practice. — September 2002.



**Работа с LEICA NM 500 –
ПОЛНАЯ СВОБОДА перемещения!**

Leica
MICROSYSTEMS



**Микроскоп, смотрящий
в одном направлении с ВАМИ!**

**Первый и единственный в мире
операционный микроскоп
с напольным креплением!**



**Радикально новый подход к работе микроскопа –
нет необходимости «донастраивать» фокус!**

**LEICA NM500 – это не только экономия пространства в операционной,
это возможность перемещения его в различные кабинеты**

- Автофокус в диапазоне 300–700 мм
- Оптический ZOOM
- Ширина поля зрения 224 мм
- Плавное увеличение до 26 раз
- Идеальная балансировка крепления



Стома-Денталь

Москва: (495) 781-00-36, 781-00-76. E-mail: info@dent.ru; Хабаровск: (4212) 460-070, 460-071. E-mail: mail@dent.ru;
www.dent.ru, www.depoforese.ru, www.satelec.ru



Ортопедическая стоматология

Использование ортопедических конструкций с опорой на имплантат при бруксизме

Резюме

В данной статье авторы изучают методы лечения ортопедическими конструкциями с опорой на имплантат у больных бруксизмом, исследуя межокклюзионные взаимоотношения и состояние жевательной мускулатуры с использованием электромиографии и компьютерного анализа окклюзии.

Ключевые слова: бруксизм, имплантация, электромиография, Т-скан 3.

Orthopedic treatment with the implant abutment in bruxism

S.I. Abakarov, D.V. Sorokin, A.V. Basov, E.V. Egorov, P.S. Stepanov, M.Z. Merzaev

Summary

In this article the authors research the methods of treatment of the patients with bruxism by using the orthopedic constructions with implant abutment, analyzing interocclusal relations and the state of the masticatory musculature with the electromyography and computer analysis of the occlusion.

Keywords: bruxism, implantation, electromyography, T-scan 3.

По данным отечественных и зарубежных авторов, распространенность бруксизма в среднем составляет от 6% до 20%. В зависимости от возраста, пола, работы и т.д. данные варьируются до 70%.

В связи с развитием дентальной имплантации и все большего применения имплантатов при замещении дефектов зубных рядов изучение данного метода лечения, выполняемого при относительных противопоказаниях и связанного с возможными осложнениями, вызывает существенный интерес как в практическом, так и теоретическом отношении, особенно малоизученные методики, где данные разных источников зачастую противоречат друг другу. Применение дентальной имплантации и дальнейшее протезирование ортопедическими конструкциями у больных бруксизмом как раз является такой темой.

Исследования, проводимые у больных бруксизмом при протезировании и тем более при имплантации, указывают на факторы риска и относят заболевание к относительным противопоказаниям. Выявляют возможные осложнения, такие как постоянные перегрузки с повреж-

дением, потерей супраструктуры или нарушением остеоинтеграции самого имплантата. В то же время нет данных, подтверждающих более высокий риск утраты имплантатов вследствие бруксизма. Многие авторы не считают бруксизм противопоказанием, указывая на более тщательный выбор конструкции, размер и количество имплантатов, внимательный анализ взаимодействия антагонизирующих окклюзионных поверхностей.

Важным этапом является соблюдение хирургического протокола при проведении имплантации и отсроченная нагрузка имплантата, через 5–6 месяцев после операции. Рекомендуется протезирование на временном абатменте с использованием коронок из твердых акриловых пластмасс для изучения фасеток стирания и выдвижения и боковых движений нижней челюсти. При положительной динамике через полгода возможно протезирование "постоянной" долговременной конструкцией на основе металлокерамики с использованием артикулятора и лицевой дуги. Для контроля лечения использовалось электромиографическое исследование мышц челюстно-лицевой области, так как данный метод является одним из ведущих и позволяет быстро и точно диагностировать изменения в функциональном состоянии мышц челюстно-лицевой области, выявляя малейший нейромышечный дисбаланс, а также объективно оценивать функциональность окклюзии на этапах лечения. При коррекции и контроле окклюзионных взаимоотношений наравне с артикуляционной бумагой для более точного анализа использовался метод компьютерного определения окклюзии.

На основании вышесказанного целью работы было исследование межокклюзионных взаимоотношений и изменений в жевательной мускулатуре при протезировании с опорой на имплантат у больных бруксизмом; определение факторов риска, лечение бруксизма, улучшение симптомов заболевания, возможные рекомендации по применению данного метода.

Для поставленной задачи нами было обследовано 47 человек больных бруксизмом с дефектами зубных рядов в возрасте от 20 до 65 лет. 29 человек уже были протезиро-

С.И. Абакаров, зав. кафедрой, д.м.н., профессор
Д.В. Сорокин, доцент, к.м.н.
А.В. Басов, доцент, к.м.н.
Е.В. Егоров, аспирант
П.С. Степанов, аспирант
М.З. Мерзаев, аспирант
ГОУ ДПО РМАПО, кафедра ортопедической и общей стоматологии

Для переписки:
129090, Москва, 2-й Троицкий пер., д. 6а, стр. 13, 3-й этаж
Тел.: +7 (495) 681-85-73, +7 (495) 681-96-27, +7 (495) 631-05-34
E-mail: stom.rmapo@mail.ru



ваны с применением имплантатов. 18 человек имели дефекты зубного ряда, связанные с частичным отсутствием зубов. При обращении у пациентов были выявлены дефекты керамической облицовки у 13 человек, у 5 — переимплантиты; жалобы на ночное скрежетание зубами, произвольное стискивание челюстей во время бодрствования.

Исследование изменений биоэлектрической активности жевательных мышц, характерных для бруксизма, проводилось с использованием электромиографа "Нейромиан" фирмы "Медиком", Россия. Электромиографию начинали с предварительной подготовки больного к исследованию, разъясняли ему сущность исследования. Все манипуляции были неинвазивны и выполнялись с минимальным дискомфортом для пациентов, всегда проводились в одних и тех же условиях, в одно и то же время. Электромиографическую активность жевательных мышц регистрировали одновременно с двух сторон с использованием поверхностных чашечковых электродов. Электромиографическое исследование височных и собственно жевательных мышц проводили в состоянии относительного физиологического покоя и при произвольном жевании. В качестве пищи мы применяли лесной орех весом примерно 1–1,5 грамма.

Традиционным способом изучения точек окклюзии является использование копировальной бумаги. Однако у данного метода наряду с простотой применения имеются недостатки. Так, копировальная бумага не дает точных данных о силе сжатия зубов при накусывании, а также о времени окклюзионного контакта. Исследователь видит только точки на зубной поверхности, которые появились в результате сжатия челюстей.

Для более точного исследования взаимодействия окклюзионных контактов нами использовался аппарат T-scan 3, фирмы Tekscan, Inc USA. Преимущество данного метода заключается в получении точной локализации "супер-контакта" на поверхности зуба, возможности определения времени окклюзии, соотношения нагрузки на каждый зуб или сегмент, просмотра в динамике процесса смыкания от первого до последнего контактов, определения так называемого "поля скольжения". Исследование проводится с помощью датчика и присоединенного к нему компьютера. Датчик представляет собой сенсорную гибкую пластинку толщиной 4 мкм между точками-контактами. Пациенту помещают датчик между зубными рядами верхней и нижней челюсти и предлагают сомкнуть челюсти несколько раз. Таким образом происходит калибровка чувствительности датчика. Пациент привыкает к проводимому исследованию. После этого пациента просят повторно сомкнуть и разомкнуть челюсти и производят запись. На экране монитора места преждевременной окклюзии окрашиваются в интенсивно красный цвет, также отображается площадь данного контакта, которую возможно измерить с использованием специальной про-

граммы. По мере снижения давления в местах контакта цвет становится "более холодным" — синим. Анализируя записи момента окклюзии, можно выявить места первичного контакта, гиперокклюзии и дезокклюзии, а также распределение давления по секторам в каждый момент смыкания челюстей (рис. 1, 2).



Рис. 1. Вид аппарата T-scan III

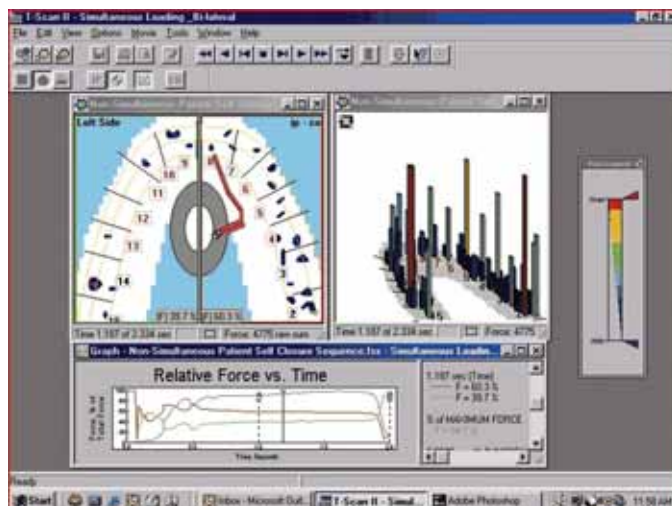


Рис. 2. Данные выводятся на монитор в виде графиков

Таким образом возможно определить не только количественное, но и качественное отношения окклюзионных контактов во время лечения и выявить взаимосвязь изменений электрической активности жевательных мышц, что позволит существенно расширить показания к имплантологическому лечению и снизить число осложнений.

Литература

1. Гайдарова Т.А., Вязьмин А.Я., Малышев В.В. Бруксизм. — Иркутск: РИО НЦ ВХНЦ СО РАМН, 2004. — 190 с.
2. Хватова В.А. Клиническая гнатология. — М.: Медицина, 2005. — 206 с.
3. Войтяцкая И.В., Лопушанская Т.А., Петросян Л.Б., Калмыкова Э.А. Состояние жевательных мышц по данным электромиографии у больных с явлениями бруксизма. Материалы 21 и 22 всероссийских научно-практических конференций. — М., 2009. — С. 238–239.
4. Лебедеко И.Ю., Зайченко О.В. Электромиографическая активность жевательных мышц у больных с частичной вторичной адентией до и после протезирования / Стоматология на пороге третьего тысячелетия. — М.: Авиаиздат, 2001. — С. 550–551.
5. Brocard D., Laluque J-F., Knellesen C. La question du Bruxisme. Quintessence international 11/2007; 58–64.
6. Manfredini D., Landi N., Romagnoli M., Bosco M. Psychic and occlusal factors in bruxers. Aust Dent J 2004; 84–89.



Микробиология и экология полости рта

Исследование распространенности инфекционных агентов у пациентов с периимплантитами

Резюме

Обследованы 32 пациента с осложнениями, развившимися в постимплантационный период от 3 месяцев до 14 лет после установки дентального имплантата. В периимплантитных тканях выявлены с различной частотой пародонтопатогенные бактерии I порядка — *Aggregatibacter (Actinobacillus) actinomycetemcomitans*, *Tannerella forsythia* (*Bacteroides forsythus*), *Porphyromonas gingivalis* и II порядка — *Prevotella intermedia*, *Treponema denticola*, *Parvimonas micra* (*Peptostreptococcus micros*), *Fusobacterium nucleatum* / *periodonticum*, *Campylobacter rectus*, *Eubacterium nodatum*, *Eikenella corrodens*, *Capnocytophaga* spp. (*S. gingivalis*, *C. ochraceus*, *C. sputigena*). Выделены три группы пациентов по выявленному у них видовому составу бактерий в ассоциациях — 4–5 видов пародонтопатогенных бактерий как I, так и II порядков; 1–2 вида микробов каждого порядка; 1–2 вида пародонтопатогенных бактерий I порядка и 4–5 видов II порядка.

Ключевые слова: периимплантит, пародонтопатогены, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*.

Prevalence study of infectious agents in patients with periimplantitis

M.V. Khitarishvili, E.N. Nikolaeva, V.N. Tsarev, A.M. Panin, V.I. Chuvilkin, T.V. Tsareva, S.V. Saykova

Summary

32 patients were examined with postimplantation complications in period from 3 months to 14 years after implant placement. Periopathogenic bacteria of 1-st group were found in peri-implant area with different frequency *Aggregatibacter (Actinobacillus) actinomycetemcomitans*, *Tannerella forsythia* (*Bacteroides forsythus*), *Porphyromonas gingivalis* and the II group — *Prevotella intermedia*, *Treponema denticola*, *Parvimonas micra* (*Peptostreptococcus micros*), *Fusobacterium nucleatum* / *periodonticum*, *Campylobacter rectus*, *Eubacterium nodatum*, *Eikenella corrodens*, *Capnocytophaga* spp. (*S. gingivalis*, *C. ochraceus*, *C. sputigena*). Three groups of patients according to the bacterial specimens found were identified: 1st group — 4–5 species of periopathogenic bacteria of I and II groups were found; 2-nd group — 1–2 bacterial species of both groups were found;

М.В. Хитаришвили, аспирант*

Е.Н. Николаева, профессор**

В.Н. Царёв, профессор, зав. кафедрой**

А.М. Панин, профессор, зав. кафедрой*

В.И. Чувилкин, доцент*

Т.В. Царёва, ст. лаборант*

С.В. Сайкова, аспирант*

*Кафедра факультетской хирургической стоматологии и имплантологии

**Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Московский государственный медико-стоматологический университет

Для переписки:

Тел.: +7 (916) 677-26-26

E-mail: vchuvilkin@gmail.ru

3rd group — 1–2 species of periopathogens of the I group and 4–5 species of the II group were found.

Keywords: periimplant disease, periodontal pathogens, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*.

Актуальной проблемой имплантологии являются осложнения, в том числе периимплантиты, сокращающие сроки функционирования имплантатов [2]. В связи с большим количеством проведенных научных исследований в области дентальной имплантологии и большей распространенностью операций дентальной имплантации, относительная частота осложнений при лечении с использованием дентальных имплантатов снижается [6]. Выделяют четыре основные причины дезинтеграции имплантатов: биологические, механические, ятрогенные и функциональные. Причины отторжения имплантатов имеют инфекционный и неинфекционный характер [8, 10].

Современные способы лечения периимплантитов зависят от формы данной патологии. Нередко методы лечения периимплантитов схожи с оперативными методиками лечения, применяемыми в пародонтологии. Однако исход лечения остается не всегда предсказуемым [7, 10]. Существует точка зрения, что воспаление тканей, окружающих имплантат, вызывает пародонтопатогенная микрофлора [5, 6, 7, 8, 9]. Однако данные о ее роли в развитии периимплантитов противоречивы. В нашей стране подобные исследования имеют единичный характер [4]. Особый интерес в изучении периимплантита представляют тяжелые формы периимплантита, сопровождающиеся выраженной резорбцией костной ткани альвеолярного отростка [3].

Цель исследования — изучение состава анаэробных пародонтопатогенных видов бактерий с помощью молекулярно-генетических методов исследований при периимплантитах.

Материал и методы исследования

Обследованы 32 пациента, 17 женщин и 15 мужчин в



возрасте от 20 до 67 лет с осложнениями, развившимися в постимплантационный период от 3 месяцев до 14 лет после установки дентального имплантата.

Критерием включения в исследование были пациенты с диагнозом периимплантит. Критериями исключения были пациенты с наличием декомпенсированной сопутствующей соматической патологии сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы и дыхательной системы.

Клиническое обследование включало анализ жалоб, анамнеза, показателей, отражающих состояние больного и местных изменений, в том числе индекс кровоточивости при зондировании, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс РМА (Parma С., 1960), пародонтальный индекс PI (Russel A., 1956). Гигиеническое состояние полости рта оценивали индексом контактных поверхностей (API) и упрощенным индексом гигиены полости рта (ОHI-S, Greene J.C., Vermillion J.R., 1960, 1964). Выявляли наличие инфильтрата и отека слизистой оболочки в области воспалительного процесса. Степень резорбции костной ткани в области имплантата определяли при рентгенологическом исследовании с использованием ортопантомографии, прицельной рентгенографии, компьютерной томографии. С помощью градуированного зонда измеряли глубину патологического кармана в области дентального имплантата, определяли наличие гнойного экссудата. При выраженной подвижности имплантата, а также при резорбции костной ткани более половины его длины проводили удаление дентального имплантата, кюретаж костной раны. Рану вели под йодоформной турундой.

Исследуемый материал отбирали из участка воспаления в периимплантитных тканях. Образцы для исследования доставляли в лабораторию молекулярно-биологических исследований НИМСИ МГМСУ в течение 2-х часов, выделяли из них ДНК с помощью набора реагентов "Пробоподготовка Универсальная" или хранили при -30°C до использования. Амплификацию маркеров пародонтопатогенных бактерий I порядка *Aggregatibacter* (*Actinobacillus*) *actinomycetemcomitans*, *Tannerella forsythia* (*Bacteroides forsythus*), *Porphyromonas gingivalis* и пародонтопатогенов II порядка — *Prevotella intermedia* и *Treponema denticola* проводили в термоциклере "Терцик МС-2" ("ДНК-технология", Москва) с помощью мультимаркерного ПЦР набора "Мультидент-5" (ООО НПФ "Генлаб"). Клонированные образцы ДНК анализировали гель-электрофорезом в 1,6% агарозе после окрашивания бромистым этидием [1]. Для амплификации ДНК пародонтопатогенов II порядка (*Parvimonas micra* (*Peptostreptococcus micros*), *Fusobacterium nucleatum* / *periodonticum*, *Campylobacter rectus*, *Eubacterium nodatum*, *Eikenella corrodens*, *Carnocytophaga* spp. (*S. gingivalis*, *C. ochracea*, *C. sputigena*)) использовали систему Micro-IDent plus компании Hain Lifescience (Германия). Амплифицированные образцы идентифицировали с помощью метода обратной гибридизации в соответствии с протоколом фирмы-производителя [1].

Различия исследуемых показателей оценивали с помо-

щью критерия Стьюдента и непараметрического критерия хи-квадрат (χ^2). Все расчеты проводили с помощью пакета программ Statistica 7.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами были обследованы 32 пациента, обратившихся на кафедру факультетской хирургической стоматологии и имплантологии МГМСУ по поводу отторжения дентальных имплантатов и осложнений, развившихся в позднем послеоперационном периоде. Средний возраст больных составил $46,18 \pm 16,26$ лет. Сроки отторжения имплантатов — от 3 месяцев до 14 лет, в среднем — $64,5 \pm 11,6$ месяцев. Среди удаленных имплантатов по поводу периимплантита в 10% случаев были имплантаты фирм Zimmer, Shtrauman или AstraTech, в 20% — Nobel Biocare, в 30% — Лико, в 20% случаев — производитель неизвестен. У 50% пациентов степень адентии составляла от 1 до 3 зубов (1 степень), у 10% — до 5 зубов (2 степень) и 40% — более 10 зубов (4 степень). Глубина патологического кармана в области периимплантационной ткани варьировала от 5,32–6,68 мм, в среднем — $6,0 \pm 0,68$.

При стоматологическом обследовании у всех пациентов наблюдали отек мягких тканей и слизистой оболочки, подвижность имплантата, резорбцию костной ткани более 1/2 длины имплантата, кровоточивость при зондировании. Наличие свищевого хода на слизистой оболочке определили у 5 (15,6%) человек, гнойное отделяемое — у 13 (40,6%), увеличение регионарных лимфатических узлов — у 3 (9,4%), субфебрильную температуру тела — у 2 (6,3%) пациентов. Жалобы на болевые ощущения предъявили все пациенты. Гигиена полости рта у третьей части пациентов была удовлетворительной, у 70% пациентов — неудовлетворительной (табл. 1).

Молекулярно-биологическими методами исследований было установлено, что согласно классификации пародонтопатогенов по Цареву В.Н. и др., 2008 [3], с наибольшей частотой в исследуемом материале были выявлены ДНК потенциально пародонтопатогенных бактерий (II порядка) *F. nucleatum* (F.n.) — у 20 (62,5%) обследованных пациентов.

Таблица 1. Частота клинических и рентгенологических признаков у обследованных пациентов

Симптом	Частота, n (%)
отек мягких тканей	32 (100)
увеличение регионарных лимфатических узлов	3 (9)
субфебрильная температура тела	2 (6)
отек слизистой оболочки	32 (100)
боль и дискомфорт	32 (100)
свищевой ход на слизистой оболочке	5 (16)
подвижность имплантата	32 (100)
резорбция костной ткани более 1/2 длины имплантата	32 (100)
гнойное отделяемое	13 (41)
РМА	$65,7 \pm 14,3$
ОHI-S	$4,2 \pm 0,6$
PI	$3,2 \pm 0,7$

n — количество пациентов, % — процентная доля от общего числа больных.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Маркеры *P. micra* (*P.m.*) были выявлены у 18 (56,3%), *C. rectus* (*C.r.*) — у 12 (37,5%), *E. nodatum* (*E.n.*) — у 15 (46,9%) человек. Представителей рода *Capnocytophaga* (*C.spp.*) определили в 10 (31,3%) случаях, *E. corrodents* (*E.c.*) не выявили ни у одного человека, *P. intermedia* (*P.i.*) выявили с частотой 7 (21,9%), *T. denticola* (*T.d.*) — в 8 (25,0%) случаях. ДНК пигментообразующих пародонтопатогенных бактерий (I порядка) — *T. forsythia* (*T.f.*) выявили в 20 (62,5%), а *P. gingivalis* (*P.g.*) — в 13 (40,6%) образцах. ДНК *A. actinomycetemcomitans* (*A.a.*) определили только в 4 (20%) случаях (табл. 2). При этом только у 5 (15,6%) пациентов не было определено ни одного пародонтопатогена I порядка, но еще у 4 (12,5%) пациентов были выявлены ассоциации трех видов пародонтопатогенов I порядка.

Таблица 2. Частота выявления пародонтопатогенных видов бактерий в участках периимплантатных тканей

Вид микробов	Количество пациентов, n (%)		
	Всего n=32	Мужчины n=15	Женщины n=17
<i>T. forsythia</i>	20 (62,5%)	10 (66,7%)	11 (64,7%)
<i>P. gingivalis</i>	13 (40,6%)	6 (40,0%)	9 (52,9%)
<i>A. actinomycetemcomitans</i>	4 (12,5%)	2 (13,3%)	2 (11,8%)
<i>P. intermedia</i>	7 (21,9%)	3 (20,0%)**	4 (23,5%)
<i>T. denticola</i>	8 (25,0%)	3 (20,0%)**	5 (29,4%)
<i>P. micra</i>	18 (56,3%)	5 (33,3%)	13 (76,5%)*
<i>F. nucleatum</i>	20 (62,5%)	10 (66,7%)	10 (58,8%)
<i>C. rectus</i>	12 (37,5%)	3 (20,0%)	9 (52,9%)
<i>E. nodatum</i>	15 (46,9%)	7 (46,7%)	8 (47,0%)
<i>E. corrodents</i>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<i>Capnocytophaga</i> (<i>C.spp.</i>)	10 (31,3%)	5 (33,3%)	5 (29,4%)

* — статистически достоверная разница между значениями показателей у мужчин и женщин;

** — статистически достоверные отличия от значений у пациентов с хроническим пародонтитом.

Чаще всего в 14 (43,8%) исследуемых участках были выявлены комбинации пародонтопатогенов I порядка *T. forsythia* и *P. gingivalis* и потенциально пародонтопатогенных бактерий (II порядка) — *P. micra*, *F. nucleatum*, *C. rectus* и *E. nodatum*. У 3 (21,4%) человек из этой группы кроме этих видов микробов в периимплантатной ткани была также определена ДНК *P. intermedia*, а еще у 5 (35,7%) человек — бактерии рода *Capnocytophaga*.

Таким образом, у пациентов с развившимися воспалительными процессами в тканях, окружающих имплантат, мы выявили с высокой частотой пародонтопатогены I порядка — *T. forsythia* и *P. gingivalis*, которые большинство исследователей относят к абсолютным возбудителям пародонтита, и потенциально пародонтопатогенные бактерии II порядка — *P. micra*, *F. nucleatum*, *C. rectus* и *E. nodatum*, которые часто идентифицируют в пародонтальных карманах пациентов с хроническим пародонтитом [3].

Кроме этого установлено, что у женщин относительная частота выявления большинства выявленных нами видов бактерий была на 3–15% выше, чем у мужчин, а *C. rectus* в 2,4 раза чаще — у 8 (47,0%) женщин и у 3 (20,0%) мужчин ($\chi^2=2,59$, $p=0,108$), хотя разница была статистически недостоверной. В то же время *P. micra* идентифицировали у 14 (82,4%) женщин и 5 (33,3%) мужчин, то есть в 2,5 раза чаще ($\chi^2=7,94$, $p=0,005$).

Клинический пример

В клинику МГМСУ обратилась пациентка К. с жалобами на боли в области ранее установленных имплантатов 12, 21, а также на эстетический дефект в области имплантатов (рис. 1).



Рис. 1. Вид в полости рта

При осмотре в полости рта определен дефект слизистой оболочки в области установленных имплантатов 12 и 22. Десневой край в области имплантатов гиперемирован, отечен. Через слизистую оболочку с вестибулярной стороны визуализируется поверхность имплантата на 2/3 его длины. При пальпации из-под десневого края выделяется гнойный экссудат. Перкуссия коронок имплантатов 12, 22 болезненна. На компьютерной томограмме определена резорбция костной ткани более, чем на 2/3 длины имплантата с вестибулярной стороны и на 1/2 длины имплантата с небной стороны в области дентальных имплантатов 12, 22 (рис. 2). Пациентке поставлен диагноз: периимплантит 12, 22.



Рис. 2. Данные компьютерной томографии

План лечения: 1) изготовление временного съемного пластиночного протеза, 2) удаление имплантатов 12, 22, 3) проведение планирования хирургического и ортопедического этапов лечения (использование 3D диагностики и изготовление навигационных шаблонов), 4) проведение костнопластических операций в плановом порядке, 5) установка дентальных имплантатов, 6) проведение ортопедического этапа лечения.

Ход операции: под инфильтрационной анестезией, Sol. Ultracaini DS-forte 3,4 ml сформированы и отслоены слизисто-надкостничные лоскуты в области имплантатов 12, 22.

Обнажена вестибулярная поверхность имплантатов (рис. 3). Сняты коронки имплантатов, с помощью ключей удалены аббатменты, затем сами имплантаты. Рана ушита узловыми швами (рис. 4–7). Фиксирован имедиат-протез.



Рис. 3.
Произведен забор микрофлоры из патологического кармана в области имплантатов



Рис. 4.
Полученный из патологического кармана материал помещен в физиологический раствор



Рис. 5.
Сформирован и отслоен слизисто-надкостничный лоскут в области имплантата 22. Удалена коронка



Рис. 6.
С помощью ключа удален имплантат



Рис. 7. Рана ушита узловыми швами

С помощью ПЦР и метода обратной гибридизации (набор реактивов Micro-IDent plus компании Hain Lifescience (Германия) у пациентки в периимплантитных тканях 12 выявлены пародонтопатогенные бактерии *P. micra*, *F. nucleatum* и *C. rectus*; в области 22 — *P. micra* и *F. nucleatum*. С помощью отечественного набора "Мультидент-5" (ООО НПФ

"Генлаб") идентифицированы *T. forsythia* и *P. gingivalis* в области имплантата 12 и *P. gingivalis* в области имплантата 22.

Пациентке назначен антибактериальный препарат доксициклин 0,1 г за 40 мин. до операции и по 0,1 г в сутки в течение 5 дней перорально.

Таким образом, в результате проведенных исследований были выделены три группы пациентов с периимплантитом по частоте выявления пародонтопатогенов в участке воспаления: 1) у 12 (37,5%) больных идентифицированы с высокой частотой пародонтопатогены как I, так и II порядков; 2) у 12 (37,5%) больных — ассоциации 1–2 видов пародонтопатогенов I порядка и 4–5 видов пародонтопатогенов II порядка и 3) у 7 (21,9%) больных — ассоциации 1–2 видов пародонтопатогенов I порядка и 1–2 видов пародонтопатогенов II порядка. У 1 (3,1%) не было выявлено ни одного вида микробов. При этом *P. micra* выявляли у женщин статистически достоверно чаще, чем у мужчин. Можно предположить, что с целью профилактики развития периимплантитов и увеличения сроков функционирования имплантатов в постимплантационный период необходимы контрольные обследования пациентов с помощью молекулярно-генетических методов исследований для выявления этиологических факторов риска развития осложнений.

Литература

1. Николаева Е. Маркеры риска генерализованного пародонтита. Молекулярно-генетические аспекты. — LAP LAMBERT Academic Publishing, 2011. — 384 с.
2. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты). — М.: Медицина, 2003. — 560 с.
3. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты). — М.: Медицина, 2003. — 534 с.
4. Царёв В.Н., Плахтий Л.Я., Янушевич О.О., Николаева Е.Н. Этиология и современные подходы к совершенствованию тактики антибактериальной терапии больных хроническим генерализованным пародонтитом (лекция 1) // Стоматолог. — 2008. — № 7. — С. 47–54.
5. Чувишкин В.И., Царёв В.Н., Панин А.М., Новиков С.А. Оценка эффективности применения фторхинолонов для профилактики воспалительных осложнений дентальной имплантации и сунус-лифтинга // Российская стоматология. — Т. 3, № 3. — 2010. — С. 17–23.
6. Emrani J., Chee W., Slots J. Bacterial colonization of oral implants from nondental sources // Clin. Implant Dent. Related Research. — 2009. — Vol. 11, N 2. — P. 106–112.
7. Garg A. Peri-implant disease: the basics // Dental Implantology Update. — 2010. — Vol. 21, N 11. — P. 81–83.
8. Greenstein G., Cavallaro J. Jr., Tarnow D. Dental implants in the periodontal patient // Dent. Clin. North Am. — 2010. — Vol. 54, N 1. — P. 113–128.
9. Rutar A., Lang N.P., Buser D. et al. Retrospective assessment of clinical and microbiological factors affecting periimplant tissue conditions // Clin. Oral Implants Res. — 2001. — Vol. 12, N 3. — P. 189–195.
10. Shibli J.A., Melo L., Ferrari D.S., Figueiredo L.C., Faveri M., Feres M. Composition of supra- and subgingival biofilm of subjects with healthy and diseased implants // Clin. Oral Implants Res. — 2008. — Vol. 19, N 10. — P. 975–982.



Микробиология и экология полости рта

Клинико-микробиологические аспекты стоматологического здоровья у курильщиков табака



Чжан Лэй, аспирант



В.М. Гринин, д.м.н.,
профессор



В.Н. Царев, д.м.н.,
профессор

Резюме

Представлены данные микробиологического и статистического исследования 174 человек в возрасте от 18 до 75 лет, проживающих в г. Москва. Исследование выявило, что доля позитивных проб с определением патогенных концентраций *T.forsythensis* достоверно повышена среди курильщиков в возрасте от 18 до 50 лет (соответственно 46,2% против 8,2%). Присутствие *T.forsythensis* в поддесневых пробах является существенным фактором повышенного риска заболеваний десен и пародонта среди подростков и взрослого населения в г. Москва.

Ключевые слова: фактор курение, пародонтогенные микроорганизмы, стоматологическое здоровье.

The clinical-microbiologic aspects of stomatological health of the smokers

Zhang Lei, V.M. Grinin, V.N. Tsarev

Summary

It presents data and statistical analysis of microbial 174 people aged 18 to 75 years living in Moscow. The study found that the percentage of positive samples with concentrations of certain pathogens *T.forsythensis* increased significantly among smokers aged 18 to 50 years (respectively 46.2% vs. 8.2%). Presence in subgingival samples *T.forsythensis* is a significant risk factor for gum disease and periodontal among adolescents and adults in Moscow.

Keywords: factor smoking, parodontogene microorganisms, dental health.

Курение табака — одна из самых распространенных вредных привычек человека, особенно среди наиболее трудоспособной части населения.

Статистические данные последних лет свидетельствуют об увеличении числа курящих в мире, в том числе женщин, молодежи (особенно подростков). Многочисленными наблюдениями установлено, что вдыхание загрязненного табачным дымом воздуха (пассивное или вынужденное курение) способствует развитию у некурящих заболеваний, свойственных курильщикам. Все это позволяет рассматривать борьбу с курением как важную медико-социальную

Кафедра госпитальной терапевтической стоматологии, пародонтологии и гериатрической стоматологии МГМСУ

Для переписки:

E-mail: zhanglei79126@yahoo.com.cn

проблему.

Среди курящих отмечается значительный рост повышенной заболеваемости, инвалидности, общей смертности. По данным ВОЗ, курение служит причиной преждевременной смерти 2,5 млн человек в год (ВОЗ, 2009).

Курение является опасным фактором риска развития сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, болезней дыхательной, пищеварительной, нервной, мочеполовой систем.

В работах многих авторов представлены данные по сопоставлению отдаленных последствий курения с экономической выгодой от выращивания табака и производства табачных изделий. Такие исследования показали, что стоимость медицинского обслуживания заболевших в связи с курением табака людей, убытки, связанные с преждевременной смертностью курильщиков, экономические потери от невыходов на работу из-за связанных с курением заболеваний, утраты имущества и жизней из-за пожаров, возникающих в связи с неосторожным курением, значительно превышают экономические выгоды от производства табака. Все это свидетельствует о том, что курение табака является особо актуальной социально-экономической проблемой, стоящей перед правительством любого государства.

С этой точки зрения изменения в полости рта могут служить первыми предвестниками или ранними диагностическими признаками заболеваний, обусловленных курением. Вместе с тем, вопрос о состоянии тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта у курильщиков недостаточно изучен. До конца неясны особенности отрицательного действия табачного дыма на уровень стоматологического здоровья.

В поддержании местного гомеостаза, создании гуморального барьера между внешней и внутренней средой играет роль ротовая жидкость или смешанная слюна. Она обеспечивает функциональное состояние тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта, содержит большое количество биологически активных веществ, из которых существенное значение имеет система ферментов протеолиза и их ингибиторов. Из данных литературы известно о резком угнетении ее



функций при курении табака.

Анализ и сопоставление данных о состоянии тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки рта у курильщиков представляют теоретический и практический интерес для понимания механизмов повреждающего действия табачного дыма на ткани пародонта и слизистую оболочку рта, позволяют разработать эффективные меры профилактики и лечения стоматологических заболеваний у лиц — курильщиков табака.

Цель исследования

Комплексная оценка уровня стоматологического здоровья курильщиков табака, обоснование и разработка лечебно-профилактических мероприятий по его оптимизации.

Материал и методы исследования

Клиническое обследование и критерии отбора

Клиническое обследование и взятие образцов соскобов с поверхности ротовой полости проводилось среди постоянных жителей г. Москва, которых отбирали на основе случайной выборки среди прикрепленного контингента населения на базе крупных стоматологических комплексных центров. Было обследовано 174 пациента: составлены 2 группы по фактору курения и не курения: группа курящих пациентов включала взрослых лиц трех возрастных групп: 18–30 лет (51 чел.), 31–50 лет (33 чел.) и 51–75 лет (9 чел.). Некурящая группа: от 18–30 лет (26 чел.), 31–50 лет (26 чел.) и 51–75 лет (29 чел.). От каждого участника программы было получено информированное согласие на обследование.

Каждый участник программы подвергался стандартному стоматологическому обследованию: опрос пациента, сбор анамнеза (возраст, пол, соматические заболевания, стаж курения), интенсивность курения — количество сигарет в день, вид сигарет, кратность приема пищи, чистки зубов, в том числе ополаскивателями.

Обследование полости рта: индекс КПУ(з) и КПУ(п), индекс гигиены полости рта green-vermillion (ИГР-У,ОНИ-S), индекс пародонтальный ПИ, индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта CPITN, осмотр СОПР (слизистой оболочки полости рта), оценка патологических изменений СОПР.

Выявление пародонтогенных микробов проводили в образцах биологического материала: а) ротовая жидкость (соскоб со спинки языка), б) наддесневой зубной налет, в) пародонтальные карманы.

Проводилась ортопантомография каждого пациента.

Идентификация микроорганизмов с помощью "Мультидент-5" (ООО НПФ "Генлаб", Москва)

ООО НПФ "Генлаб" был разработан набор реагентов "Мультидент-5" для определения ДНК пародонтопатогенных микробов *Prevotella intermedia sensu stricto*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* при помощи мультиплексной полимеразной цепной реакции. Предложенный набор включает комплект реагентов для пробоподготовки; комплект для амплификации, содержащий буфер, 5 прямых и 2 обратных праймеров, дезоксинуклеозидтрифосфаты, ДНК-полимеразу, положительный и отрицательный контрольные образцы и комплект для анализа продуктов ПЦР. Принцип действия набора основан на выделении ДНК пародонтопато-

генов с помощью комплекта I, амплификации фрагментов хромосомной ДНК (комплект II) и детекции продуктов ПЦР методом электрофореза в агарозном геле (комплект III). На этапе амплификации используют прямой олигонуклеотидный праймер (затравку), специфичный для фрагмента генома *P. intermedia*, прямой олигонуклеотидный праймер, специфичный для фрагмента генома *B. forsythus*, прямой олигонуклеотидный праймер, специфичный для фрагмента генома *A. actinomycetemcomitans*, прямой олигонуклеотидный праймер, специфичный для фрагмента генома *P. gingivalis*, общий для ДНК *P. gingivalis*, *P. intermedia*, *A. actinomycetemcomitans* и *B. forsythus* обратный олигонуклеотидный праймер, два олигонуклеотидных праймера, фланкирующие участок ДНК, специфичный для генома *T. denticola*. Положительный контрольный образец ДНК состоит из ДНК рекомбинантной плазмы.

Уровни достоверности различий оценивали методом Стьюдента t_{2} или с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни. Коэффициенты корреляции и их достоверность оценивали по критерию Спирмена.

Результаты исследования

1. В группе лиц — курильщиков табака.

Всего обследовано 93 человека: мужчин — 45, женщин — 48.

Распределение больных по возрасту (лет): 18–30 лет — 51 чел., мужчин — 18, женщин — 33.

31–50 лет — 33 человека, мужчин — 20, женщин — 13; 51–75 лет — 9 человек, мужчин — 6, женщин — 3.

У обследованных пациентов индекс ОНИ-S составил: 0,0–0,6 — 3 человека;

0,7–1,8 — 24 человека; 1,9–3,0 — 66 человек с тенденцией к увеличению значений.

Индекс ПИ: 0,1–1,0 — 79 человек; 1,5–4,0 — 14 человек; 4,0–4,8 — отсутствие.

Стаж курения (лет): 1–10 лет — 51 человек; 11–20 лет — 24 человека; 21–30 лет — 11 человек; 30 лет — 7 человек.

Количество сигарет в день (штук): 1–10 штук — 82 человека; 10–20 штук — 10 человек; 20 штук — 1 человек.

У 23 человек отмечено отсутствие отдельных зубов.

2. В группе обследованных некурящих пациентов:

Общее число обследованных — 81: мужчин — 15, женщин — 66.

Возраст (лет): 18–30 лет — 26 человек, мужчин — 9, женщин — 17; 31–50 лет — 26 человек, мужчин — 2, женщин — 24; 51–75 лет — 29 человек, мужчин — 4, женщин — 25.

Индекс ОНИ-S: 0,0–0,6 — 14 человек; 0,7–1,8 — 43 человека; 1,9–3,0 — 24 человека.

Индекс ПИ: 0,1–1,0 — 76 человек; 1,5–4,0 — 5 человек; 4,0–4,8 — отсутствие.

Отсутствие отдельных зубов: у 22 человек.

Таким образом, у пациентов курящей группы индекс ОНИ-S составил 69,8%, что выше, чем у некурящей группы пациентов — 28,39%; индекс ПИ курящих пациентов — среднетяжелая степень патологии пародонта — 15,05%, а пациентов некурящей группы — 6,2%.

По данным микробиологического анализа, у курящих пациентов в 80% случаев определяются *Tannerella forsythia* (*Bacteroides forsythus*) и *Aggregatibacter actinomycetemcomi-*

tans (*Actinobacillus actinomycetemcomitans*), что значительно выше, чем у некурящих пациентов ($p < 0,01$).

Доля лиц, курящих на момент обследования, была достаточно высокой в группе — 18–30 лет, достигала максимума среди взрослых (30–50 лет) и существенно снижалась в старшей группе. В исследованной группе не обнаружено достоверных корреляций между наличием *A. actinomycetemcomitans* или *P. gingivalis* и заболеваниями зубов и десен. Наиболее информативные корреляции с клиническими параметрами показаны между наличием *T. forsythensis* в поддесневых пробах и стоматологическими индексами. Так, присутствие *T. forsythensis* у обследуемых достоверно коррелировало со всеми признаками зубной патологии, в том числе с индексом КПУ, суммой удаленных зубов и индексов гигиены ОНI-S, а также с оценкой пародонтита по шкале CPITN и индексом зубного камня. Эти клинико-микробиологические взаимосвязи могут отражать выраженную ассоциацию между наличием данного вида микробов и патологией десен, ведущей к накоплениям зубного камня, нарушению зубодесневого прикрепления и развитию хронического пародонтита.

Выраженность зубного налета (по индексу ОНI-S) и отложение зубного камня оказались значительно повышенными у лиц, положительных на наличие *T. forsythensis* в поддесневых пробах. Соответствующие различия достоверны для групп от 18 лет и старше ($p < 0,05$). Как известно, пациенты этих возрастных групп подвержены развитию прогрессирующих форм гингивита и пародонтита. Поэтому присутствие *T. forsythensis* в поддесневых пробах, возможно, является существенным фактором повышенного риска заболеваний десен и пародонта среди подростков и взрослого населения в г. Москва.

Курение табака как фактор увеличения патогенности *T. forsythensis*

Обращает на себя внимание, что доля позитивных проб с определением патогенных концентраций данного микроорганизма достоверно повышена среди курильщиков в возрасте от 18 до 50 лет (соответственно 46,2% против 8,2%) ($p < 0,01$). Это различие отсутствует в возрастной группе старше 70 лет, вероятно, из-за ведущей роли других инфекционных и возрастных факторов, а также потому, что в группу некурящих попадали лица, не курившие на момент обследования.

Известно, что наличие *T. forsythensis* в зубном налете является одним из важных признаков неблагоприятного состояния десен и предвестником развития пародонтита. Процент лиц, у которых определяли *T. forsythensis* в поддесневых пробах, был намного выше среди курильщиков, чем в контингенте некурящих (возрастная группа 18–50 лет). Повышенная частота кариеса в нашей выборке также коррелировала с курением табака, что совпадает с наблюдениями других исследователей.

Выводы

Курение табака способствует развитию заболеваний пародонта за счет нескольких механизмов. Органы и ткани полости рта являются местом первичного контакта организма курильщика с токсичными и канцерогенными веществами, входящими в состав табачного дыма (более чем 4000 различных токсинов, в том числе около 40 канцерогенов). В

полости рта курильщиков выявляется повышенное содержание тяжелых металлов: кадмия, свинца и др.

Помимо существенных изменений микрофлоры полости рта, в результате курения подавляются механизмы иммунной защиты (стойкое снижение фагоцитарной функции); нарушается гемодинамика в мягких тканях полости рта, приводя к ухудшению трофики десны и снижению ее резистентности к инфекции; развивается атрофия ацинарных отделов малых слюнных желез и возникают другие морфологические изменения, характерные для прогрессирующего хронического сиалоденита; снижается способность фибробластов к синтезу коллагена, что приводит к разрушению зубодесневого прикрепления и последующей резорбции альвеолярной кости.

Позитивное влияние качественной гигиены на состояние пародонта, а также ее важнейшая профилактическая роль в отношении заболеваний пародонта подтверждена многими исследованиями и согласуется с нашими клиническими наблюдениями. Сегодня имеются эпидемиологические данные, демонстрирующие значительную роль гигиены полости рта как фактора снижения риска возникновения предонкологических (лейкоплакия) и онкологических заболеваний полости рта, в том числе и у курильщиков.

Литература

1. Соловьева А.М. с соавт. Жевательная резинка. Учебное пособие для студентов стоматологических специальностей. — М., 2003.
2. Barbour S.E. et al. Tobacco and Smoking: Environmental Factors that Modify the Host Response (Immune System) and Have an Impact on Periodontal Health // Crit. Rev. Oral Biol. Med. — 1997; 8 (4): 437–460 с.
3. Холбрук Д.Т. Внутренние болезни. — М., 1994. — 460–468 с.
4. Alomary A. et al. Lead and cadmium in human teeth from Jordan by atomic absorption spectrometry: Some factors influencing their concentrations // Sci. Total. Environ. — 2006 Oct 1; 369 (1–3): 69–75 с.
5. Курицына И.Ю. с соавт. Некоторые клинико-морфологические особенности изменения малых слюнных желез у курильщиков // Стоматология. — 2004. — № 2. — 11–13 с.
6. Афиногенов Г.Е. Антиадгезивная активность зубных паст // Клиническая стоматология. — 2006. — № 3. — 54–57 с.
7. Кательницкая Л.И. Патогенетические аспекты влияния курения на сердечно-сосудистую систему. — Ростовский государственный медицинский университет, 2002.
8. Ахвердиева М.К. Патогенетические аспекты влияния курения на сердечно-сосудистую систему: дис. ... канд. мед. наук. — Ростовский государственный медицинский университет, 1998. — С. 79–95.
9. Курицына И.Ю. Состояние слизистой оболочки полости рта и малых слюнных желез у курильщиков табака: дис. ... канд. мед. наук. — Тверская государственная медицинская академия, 2005. — С. 125–212.
10. Салдусова И.В. Роль иммунодефицитного состояния полости рта в развитии пародонтита и обоснование методов коррекции: дис. ... канд. мед. наук. — Московский медицинский стоматологический институт, 1997. — 155 с.

ГОСТИНЫЙ ДВОР
14 - 17 ноября 2012



www.mosexpodental.com

МОСКОВСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА

Международный Форум «Стоматология в Гостином»

IV Московский конгресс челюстно-лицевой хирургии и имплантологии

Конференция по терапевтической стоматологии

Конференция по ортопедической стоматологии

Конференция по ортодонтической стоматологии

Конференция по пародонтологии

Эстетическая стоматология

Детская стоматология

Конференция по функциональной диагностике

Менеджмент и маркетинг в стоматологии



РОССИЙСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ИМПЛАНТОЛОГИИ

РМАПО



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



Челюстно-лицевая хирургия

Функциональные нарушения при краниосиностозах

Резюме

В статье отражены основные виды функциональных нарушений, возникающих при преждевременном сращении черепных швов: повышение внутричерепного давления и, как следствие, задержка умственного развития. Описаны принципы диагностики и методики оперативного лечения больных с различными формами краниосиностозов.

Ключевые слова: краниосиностозы, внутричерепное давление, плагиоцефалия, скафоцефалия.

The functional impairment to craniosynostosis
V.A. Bel'chenko, A.G. Prityko, A.P. Imanilov

Summary

The article reflects the main types of functional impairment arising from premature adhesion of the cranial sutures: increased intracranial pressure, and as a consequence, mental retardation. The principles of diagnosis and methods of surgical treatment of patients with various forms of craniosynostosis.

Keywords: craniosynostosis, plagiocephaly, skafotsefaliy.

Преждевременное сращение черепных швов и продолжающийся рост головного мозга у детей становятся причиной несоответствия между вместимостью черепной коробки и объемом головного мозга. Это приводит к повышению внутричерепного давления (ВЧД) и возможной задержке умственного развития вследствие атрофии коры головного мозга.

Проблема повышенного ВЧД у пациентов с краниосиностомами известна давно и до сих пор остается предметом дебатов. Lannelongue полагал, что краниосиностозы приводят к микроцефалии со вторичной олигофренией. Он ошибочно утверждал, что иссечение преждеременно соединенных швов может полностью изменить или предотвратить более позднее нарушение интеллекта. Shillito и Matson предложили раннее удаление фрагментов костей черепа, так как



В.А. Бельченко, зав. кафедрой*, профессор, д.м.н.



А.Г. Притыко, зав. кафедрой**, профессор, д.м.н.



А.П. Иманилов, аспирант*

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

* Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

** Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии детского возраста

Для переписки:

117513, Россия, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1
Тел.: +7 (495) 536-92-22

полагали, что нелеченный краниосиностоз является причиной повышенного внутричерепного давления и последующего повреждения функции головного мозга.

В нормальном состоянии мозг состоит из трех компонентов: паренхимы мозга (90%), ликвора (8%) и крови (2%). Поэтому при малом объеме черепа мозг может быть защищен от повреждающего давления миграцией ликвора из системы желудочков, в результате чего желудочки уменьшаются в объеме. Чтобы поддерживать нормальное давление, малые сосуды могут функционировать как "шунты". Смысл уменьшения желудочков состоит в том, что они "создают защитную зону объема" для мозга. Поэтому даже при полном синостоze в течение неопределенного периода времени болезнь может протекать бессимптомно с компенсаторным уменьшением объема желудочковой системы.

Малый объем черепа не обязательно означает увеличенное ВЧД; однако, когда при краниостенозе ВЧД повышено, объем черепа значительно уменьшен. Это наблюдение составляет исключение из правил при патологии с первичным недоразвитием мозга, типа синдрома Apert и у детей с гидроцефалией.

Увеличение ВЧД наиболее часто отмечается в раннем возрасте, когда рост мозга наиболее быстрый, а объем черепной коробки из-за преждеременно закрывшихся швов не соответствует быстро растущему головному мозгу. Симптомы краниосиностоza — головные боли, рвота, "пальцевые вдавления", отмечаемые на рентгенограмме свода черепа, также как отек диска зрительного нерва развиваются значительно позже. Gault и коллеги утверждают, что повышенное внутричерепное давление ухудшает умственное развитие и значительно снижает IQ (коэффициент интеллекта).



Milhorat считает, что при синостозной плагиоцефалии, как и при других простых синостозах, операция носит лишь эстетический характер, так как при сращении одного коронарного шва повышения ВЧД не происходит. Занимаясь лечением детей с краниосиностозами, мы измеряли ВЧД путем люмбальных пункций. Результаты наших данных не совпали с данными авторов, утверждающих, что при синостозной лобной плагиоцефалии ВЧД в большинстве случаев нормальное. У всех наших пациентов с синостозной плагиоцефалией (36 пациентов) до операции наблюдалось повышенное ВЧД. Сразу нужно отметить, что, вследствие преждевременного сращения швов основания и свода черепа синостозная лобная плагиоцефалия — это пан-синостоз, не имеющий отношения к простым синостозам у которых поражается только один шов.

Регистрация внутричерепного давления у детей с краниосиностозами помогает определить детей, которым показана ранняя хирургическая декомпрессия черепной коробки для избежания неблагоприятных последствий повышенного ВЧД. Однако следует отметить, что при краниосиностозах клинические признаки повышенного ВЧД не всегда четко проявляются. Даже "пальцевые вдавления", отмеченные на некоторых рентгенограммах черепа, не являются надежным признаком внутричерепной гипертензии, потому что они проявляются поздно и не всегда. Пальцевые вдавления часто отмечают в определенной области черепа, иногда в области затылка, иногда в области верхушки свода черепа или в области лба. Такая картина может объясняться тем, что давление влияет не на всю полость черепа, а является результатом высокого давления лишь в локальной зоне.

Потребность в лечении больных с краниосиностозами с повышенным ВЧД очевидна. В некоторых случаях родители ребенка мотивируют обращение к врачу эстетической проблемой или вследствие клинических

признаков внутричерепной гипертензии. В других случаях, особенно, когда поражен только один черепной шов или когда ребенок в возрасте 3–4 лет, трудно принять решение, оперировать его или нет, так как в этом возрасте часто невозможно определить увеличение ВЧД только по клиническим признакам.

В начале 1860-х Albert Von Graefe описал случай обратимой слепоты у пациента со скафоцефалией. В 1873 г. Michel сообщил о случае атрофии зрительного нерва у пациента с оксифефалией. Описывая пороки развития глазниц при краниостенозах, Tessier связывал их с внутричерепной гипертензией, которая, воздействуя на крышу глазницы, приводит к вертикальному смещению и уменьшению глубины глазниц. Подобные деформации, в свою очередь, приводят к вытеснению глазного яблока и экзорбитизму. Экзорбитизм, в свою очередь, может привести к обнажению роговицы и развитию кератита, болям, инфекции, рубцеванию роговицы и в худшем случае ее изъязвлению и слепоте. Иногда степень экзорбитизма настолько высока, что требуется немедленное хирургическое вмешательство, чтобы защитить глазное яблоко.

Считается, что увеличенное ВЧД, ведущее к отеку диска зрительного нерва и атрофии зрительного нерва, может привести к слепоте. На сегодняшний день не совсем ясно, развивается ли атрофия зрительного нерва вследствие увеличенного ВЧД или вследствие повреждения нерва из-за компрессии или недостаточного кровоснабжения, то есть сжатия нерва разрастанием стенок зрительного канала или крыши глазницы, натяжения нерва, компрессии сонной артерии или влияния хронического отека диска зрительного нерва и увеличенного ВЧД. Однако доказано, что в основном случаи атрофии зрительного нерва связаны с увеличенным ВЧД. По данным Руо и Persing, из всех типов краниосиностозов пациенты с изолированной скафоцефалией намного меньше

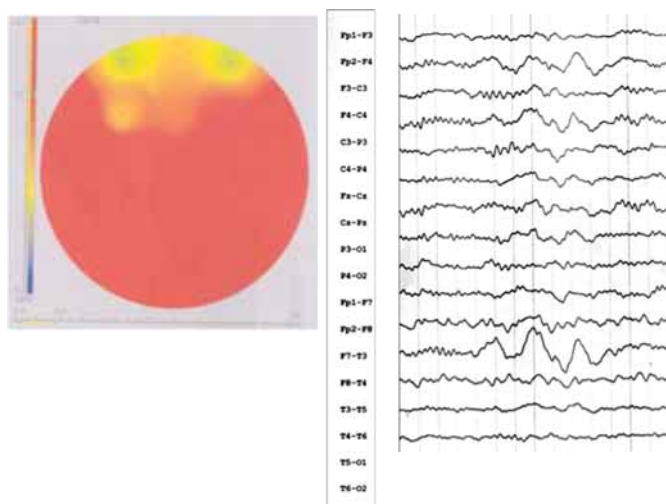


Рис. 1. Электроэнцефалограммы больного К. 2-х лет. до операции

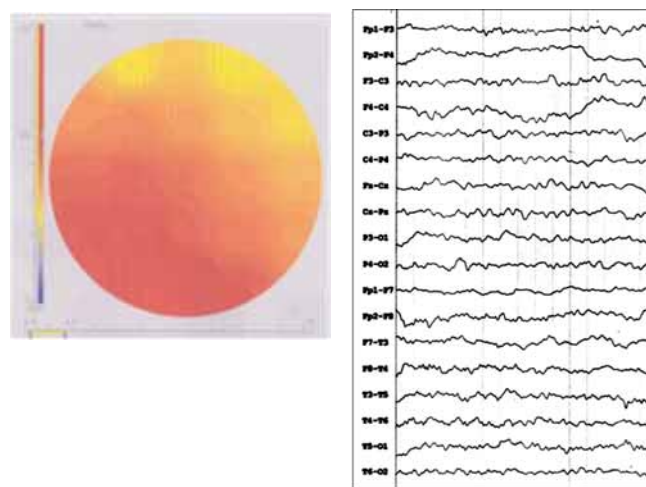


Рис. 2. Электроэнцефалограмма больного К. 2-х лет. через 3 мес. после операции

страдают зрительной недостаточностью.

Отек диска зрительного нерва может проявляться поднятием диска зрительного нерва, гиперемией, видными капиллярами и связан с перипапиллярными кровоизлияниями и экссудацией. При присоединении атрофии зрительного нерва диск становится бледным, капилляры наряду с гиперемией исчезают, происходит вторичное сужение артериол. Цель защиты зрительного нерва сводится к уменьшению ВЧД.

Расходящееся или сходящееся непаралитическое косоглазие или экзотропия при синостозной лобной плагиоцефалии встречаются очень часто. Подобные признаки возникают вследствие патологического крепления и аномалий экстраокулярных мышц или дистопии глазницы. Также часто встречается непаралитический птоз верхнего века, который может зависеть от степени дистопии глазницы.

Сочетание краниостеноза и гидроцефалии впервые описано более 80 лет назад. Гидроцефалия в различной степени выраженности встречается у 5–10% пациентов с краниосиностозами. Чаще всего гидроцефалия сопутствует кранио-фациальным дизостозам, платибазии, имперфектному остеогенезу, ахондроплазии, синдрому Nurler-Hunter. Водянка мозга при краниостенозе может быть как сообщающейся, так и окклюзионной. Иногда она может развиваться уже после устранения краниостеноза. Гидроцефалия часто развивается на фоне или как следствие аномалий развития мозга, сопутствующих краниосиностозам — стеноз или атрезия водопровода мозга, агенезия мозолистого тела и межжелудочковой перегородки, аномалии Дэнди-Уокера и Арнольд-Киари. В качестве причин гидроцефалии могут выступать деформация основания черепа при гипоплазии хондрокраниума или функциональная недостаточность водопровода мозга.

В качестве одного из механизмов развития гидроцефалии при краниостенозах рассматривается нарушение оттока венозной крови вследствие компрессии венозных синусов. Компрессия синусов может быть органической (сужение краниальных выходных отверстий) или обратимой (транзиторной) вследствие их сдавления на протяжении при несоответствии объема стенозированного черепа и объема мозга. Компрессия синусов на протяжении имеет место преимущественно в области сигмовидных и поперечных синусов и сопровождается повышением внутрисинусного давления крови с нарушением резорбции ликвора тем в большей степени, чем менее состоятельны коллатеральные пути оттока крови — диплоитические и подкожные вены черепа. О значении венозной гипертензии в развитии сопутствующей гидроцефалии свидетельствует наблюдение, в котором удалось компенсировать гидроцефалию путем наложения венозного соустья между сагиттальным синусом и яремной веной у ребенка с органическим нарушением про-

ходимости синуса при краниостенозе.

В качестве другой причины прогрессирования гидроцефалии следует рассматривать компрессию и разобщение субарахноидальных пространств при несоответствии объема черепа и объема мозга, что ведет к увеличению сопротивления току ликвора и нарастанию внутричерепной гипертензии. Повышенное ВЧД документировано в большинстве комплексных (сложных) синостозов (синостозах нескольких или всех черепных швов) и редко определяется при одиночных (простых) синостозах, при которых, как правило, и развитие ребенка остается нормальным. Наличие прогрессирующей гидроцефалии при краниосиностозах сопровождается дополнительным повышением ВЧД, что усугубляет их клинические проявления. Поэтому тактика лечения краниостенозов в этих случаях предусматривает возможность хирургического лечения гидроцефалии с применением эндоскопических и шунтирующих операций и вносит определенные коррективы в технику и очередность их проведения.

Расширение ликворных пространств следует дифференцировать с атрофией головного мозга, иногда отмечающейся при краниостенозах.

Сегодня деформациями черепа при краниосиностозах кроме нейрохирургов занимаются мультидисциплинарные бригады, включающие нейрохирурга и черепно-лицевого хирурга. Если раньше в нашей стране оказанием помощи подобным пациентам занимались, и не всегда последовательно, такие специалисты, как нейрохирурги, оториноларингологи, офтальмологи, хирурги-стоматологи и пластические хирурги, решавшие задачи по восстановлению функции и косметики отдельно друг от друга, то теперь эти проблемы решаются комплексно с участием черепно-лицевого и нейрохирургов. Комплексный подход к лечению пациентов с краниостенозами с участием этих специалистов позволяет одновременно устранить гипертензию и реконструировать деформированные свод, основание черепа, верхнюю и среднюю зоны лица.

Литература

1. Andersson H., Gomes S.P. Craniostosis: review of the literature and indications for surgery // *Acta Paediat Scand.* — 1968. — 57:47. — P. 54.
2. Aoki N. Intracranial changes with unilateral coronal synostosis // *Surg Neurol.* — 1984. — 22 (3). — P. 249–252.
3. Denis D., Genitori L., Bolufer A., et al. Refractive error and ocular motility in plagiocephaly // *Childs Nerv. Syst.* — 1994. — 10 (4). — P. 210–216.
4. Fok H., et al. Relationship between intracranial pressure and intracranial volume in craniostosis // *Br. J. Plast. Surg.* 199 — № 45. — 394 p.
5. Gault D.T., et al. Intracranial pressure and intracranial volume in children with craniostosis // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1992. — № 90. — 377 p.
6. Hromadkova L., Rehurek J., Uherkova E. Vertical strabismus in plagiocephaly // *Cesk Oftalmol.* — 1992. — № 48 (3). — P. 181–185.

German Dental Group

ПРЕДСТАВЛЯЕТ

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

10 лет гарантии

Ортопедическая
стоматология

Терапевтическая
стоматология

или

Хирургическая
стоматология

ProFeel+ OPTIMA

NEW

Детская
стоматология

Ортодонтия

sirona

Сделано в Германии
Эксклюзивная продукция



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, 614-56-23, 8-929-624-42-14, 8-929-624-42-16.
E-mail: gdg-russia@mtu-net.ru



Челюстно-лицевая хирургия

Устранение птоза глазного яблока с использованием материалов с памятью формы

Резюме

В статье описаны технология и случай коррекции положения глазного яблока у больной с левосторонней косой расщелиной лица после ее устранения и недоразвитием костей средней зоны лица с применением эндопротеза из никелида титана.

Ключевые слова: опущение глазного яблока, никелид титана.

Elimination of ptosis of an eyeball with the application of shape memory materials

A.A. Radkevich, V.E. Gunter, A.A. Gantimurov, V.G. Galonsky

Summary

The article describes the technology and the case of correction of the position of an eyeball of a patient with a left side facial cleft after its elimination and with hypoplasia of the bones of the medium face zone with the application of the endoprosthesis from nickelide-titanium.

Keywords: eyeball omission, nickelide-titanium.

Опущение глазного яблока является результатом врожденных и приобретенных дефектов и деформаций нижней стенки орбиты, сопровождающихся увеличением объема

Рис. 1. Циркулярный вязаный сетчатый никелид-титановый имплантат



Рис. 2. Больная С. до оперативного лечения



Рис. 3. Больная С. после оперативного лечения



А.А. Радкевич, д.м.н., проф., вед.н.сотр. НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы Сибирского физико-технического института при Томском гос. университете, г. Томск, руководитель отдела стоматологии НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск
В.Э. Гюнтер, заслуженный деятель науки РФ, д.т.н., проф., директор НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы Сибирского физико-технического института при Томском государственном университете, г. Томск
А.А. Гантимуров, к.м.н., гл. врач МБУЗ ГСП № 8, г. Красноярск

В.Г. Галонский, д.м.н., ассистент каф. стоматологии детского возраста КрасГМУ

Для переписки:

660130, г. Красноярск, ул. Мирошниково, 1

Тел.: +7 (391-2) 46-45-73

E-mail: gsp8gantimurov@yandex.ru

глазницы за счет нижнего расположения последней, а также частичного или полного ее отсутствия. При этом возникают косметические неудобства, нарушается зрение, функция глазных мышц, изменяется их структура. Описанные явления постепенно прогрессируют, что в еще большей степени усугубляет данную ситуацию.

Устранение указанного изъяна требует реконструкции нижней стенки орбиты с применением различного рода трансплантационных и имплантационных материалов. Известные замещающие материалы после установки в зону дефекта резорбируются, либо ведут себя подобно инородным телам, что, несомненно, отрицательно сказывается на результате операции.

В целях коррекции положения глазного яблока в подобных ситуациях разработана технология применения сверхэластичных имплантатов на основе никелида титана, обладающих эффектом памяти формы.

Техника операции. В случаях нижнего положения нижней стенки орбиты проводят разрез мягких тканей в области основания нижнего века длиной до 2 см, обнажают перед-

ную часть нижней стенки орбиты. Мобилизуют и смещают вверх глазное яблоко с окружающими тканями на необходимую высоту путем препарирования тканей, находящихся между последним и нижней стенкой орбиты. В образованное пространство помещают цилиндрически скрученный тканевой никелид-титановый имплантат, соответствующий длине и ширине препаровки тканей орбиты, по высоте — величине перемещения (рис. 1), после максимального сжатия в вертикальном направлении. Рану ушивают, дренируют. У лиц с дефектами или отсутствием нижней стенки орбиты оперативное вмешательство выполняют со стороны верхнечелюстного синуса, верхнюю стенку которого замещают путем ее формирования из сверхэластичного тонкопрофильного тканевого имплантата на основе никелида титана, который фиксируют к костным краям вокруг изъяна или используют путем самофиксации, предварительно подготовив ложе между мягкими тканями и оставшейся костной частью нижней стенки орбиты.

Клинический случай. Больная С., 17 лет, обратилась в клинику с жалобами на опущение левого глазного яблока, явления интропии. Из анамнеза: ранее оперирована по поводу левосторонней косой расщелины лица, неоднократно были выполнены реконструктивные операции, направленные на устранение деформации лица, попытка нормализации положения левого глазного яблока с помощью губчатого костного аутоотрансплантата неэффективна. Объективно: деформация лица вследствие косой левосторонней расщелины и ранее выполненных операций, левое глазное яблоко смещено вниз, повернуто внутрь за счет недоразвития левой верхнечелюстной кости и нарушения функции прямых мышц глаза, движения последнего ограничены (рис. 2). Диагноз: левосторонняя косая расщелина лица,

состояние после оперативного лечения — смещение левого глазного яблока вниз, интропия.

Лечение: выполнено оперативное вмешательство, заключающееся в установке циркулярного вязаного сетчатого никелид-титанового имплантата под левое глазное яблоко согласно разработанной технологии. Послеоперационный период — без осложнений, заживление раны первичное. По мере устранения воспалительных явлений и отечности тканей в зоне вмешательства (14–18 сут.) восстановились функции глазного яблока, каких-либо отрицательных явлений, связанных с операцией, не отмечено. При осмотре через 2 года положение левого глазного яблока и его функции удовлетворительны (рис. 3).

Таким образом, применение имплантата на основе никелида титана с эффектом памяти формы вышеописанной конструкции для поднятия глазного яблока при его опущении позволяет с высокой эффективностью проводить коррекцию его положения в орбите. Цилиндрически скрученный тканевой имплантат, помещенный между нижней прямой мышцей глаза и искусственно созданной или естественной нижней стенкой орбиты, в условиях максимального вертикального сжатия не препятствует верхнему перемещению глаза на заданную величину даже в случаях грубых фиброзных рубцовых изменений тканей орбиты в силу постепенного восстановления исходной формы. Данные имплантаты благодаря биосовместимости с тканями организма не отторгаются, ткани со стороны реципиентных областей прорастают сквозь их ячеистую структуру, при этом не образуя гипертрофической рубцовой деформации, что дает возможность сохранять заданное положение глазного яблока в отдаленном послеоперационном периоде, без нарушения функции.

С.В. Сирак, зав. кафедрой стоматологии ИПДО, д.м.н., профессор
А.А. Слетов, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, к.м.н.

Р.В. Переверзев*, врач-стоматолог отделения пародонтологии
И.М. Ибрагимов, клинический ординатор кафедры терапевтической стоматологии
Б.А. Кодзоков, клинический ординатор кафедры стоматологии ИПДО

Ставропольская государственная медицинская академия,
г. Ставрополь
*ЦНИИС и ЧЛХ, г. Москва

Экспериментальное определение регенераторного потенциала клеток костного мозга

Резюме

Представлены результаты опытов *in vitro* по изучению влияния пористого титана на пролиферацию и дифференцировку остеогенных детерминированных клеток предшественников из костномозговой ткани. Установлено, что пористый титан биоинертен и может быть успешно использован для ускорения процесса остеointеграции при дентальной имплантации.

Ключевые слова: костный мозг, пористый титан.

Experimental determination of regenerative potential

of bone marrow cells

S.V. Sirak, A.A. Sletov, R.V. Pereverzev, I.M. Ibragimov, B.A. Kodzokov

Summary

Presents the results of *in vitro* studies on the effect of porous titanium for proliferation and differentiation of osteogenic precursor cells determined from bone marrow

Для переписки:
Тел.: +7 (865-2) 35-05-51
E-mail: sergejsirak@yandex.ru

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

tissue. Established that the porous titanium bioinerten and can be successfully used to accelerate the process of osseointegration in dental implants.

Keywords: bone marrow, porous titanium.

Введение

В настоящее время дентальная имплантация занимает одно из ведущих мест в комплексе методов лечения различных стоматологических заболеваний. Дальнейшее развитие стоматологической имплантологии базируется на детальном изучении сложных закономерностей взаимодействия имплантатов с биосовместимыми металлами и сплавами, способствующих стимуляции остеогенеза в области дефицита костных тканей [1, 2, 3].

Наиболее перспективным к использованию в настоящее время является пористый титан, который наиболее толерантен к окружающим тканям и все чаще используется в стоматологической практике, как при изготовлении имплантатов, так и в качестве остеointеграционного материала [5]. Однако до настоящего времени недостаточно изучен вопрос о влиянии пористого титана на костномозговые остеогенные клетки-предшественники фибробластов и их пролиферативную активность, которая, как правило, резко возрастает при эксплантации и трансплантации.

Цель исследования

Изучение влияния пористого титана Natix на пролиферативный и остеогенный потенциал клеток костного мозга экспериментальных животных, культивируемых *in vitro*.

Материал и методы

У полугодовых баранов массой 20–25 кг под тиопенталовым наркозом из костномозгового канала бедренной кости методом кюретажа аспирировали костный мозг, обрабатывали его консервантом "Gemgel" и помещали в питательную среду. Клетки костного мозга трижды промывали раствором Хенкса с гентамицином (500 ЕД/мл), дезагрегировали многократным пропусканием через пастеровскую пипетку и полученную суспензию фильтровали через двухслойный капроновый фильтр. Для культивирования костномозговые клетки в концентрации $1,5 \cdot 10^6$ – $2,5 \cdot 10^6$ на 1 мл высевали в чашки Петри и флаконы Карреля с питательной средой следующего состава: 80% среды № 199, 10% сыворотки крупного рогатого скота и 10% телячьей эмбриональной сыворотки (ф. "Flow", Англия). На дно чашек и флаконов перед посевом клеточной суспензии помещали гранулы пористого титана Natix. Контролем служила интактная культура клеток костного мозга. Питательную среду меняли через сутки после посева, а затем каждые 4 дня. Клеточную культуру изучали в динамике через 1, 5, 9, и 15 суток после начала экспе-

римента. Клетки трижды отмывали от инкубационной среды раствором Хенкса, обрабатывали 1–2 мин. фиксатором Мая-Грюнвальда, окрашивали гематоксилином и эозином. Препараты изучали методом электронной микроскопии.

Результаты исследования

Через сутки после посева в чашках Петри и флаконах Карреля как с пористым титаном, так и без него наблюдалось большое количество прикрепленных к стеклу клеток овальной и округлой формы. При этом отмечалось неравномерное распределение клеток в поле зрения: наибольшее количество концентрировалось в области наиболее пористых участков гранул титана. Изредка встречались единичные слегка вытянутые клетки. Вместе с тем, в культуральной среде наблюдалось небольшое количество клеточных элементов, не прикрепленных к субстрату (эритроциты, сегментоядерные лейкоциты, нежизнеспособные и сильно поврежденные клетки). На 5-й день после эксплантации количество клеток круглой и овальной формы, в том числе лейкоцитов, уменьшалось. При этом появлялись клетки с короткими ветвящимися отростками и небольшим ядром (гистиоциты), хорошо окрашиваемые азуром и эозином. В то же время на препаратах уже отмечались округлые вытянутые, иногда распластанные клетки с бледно-окрашенной цитоплазмой, длинными отростками и большим овальным ядром (рис. 1а). При большом увеличении в ядрах некоторых

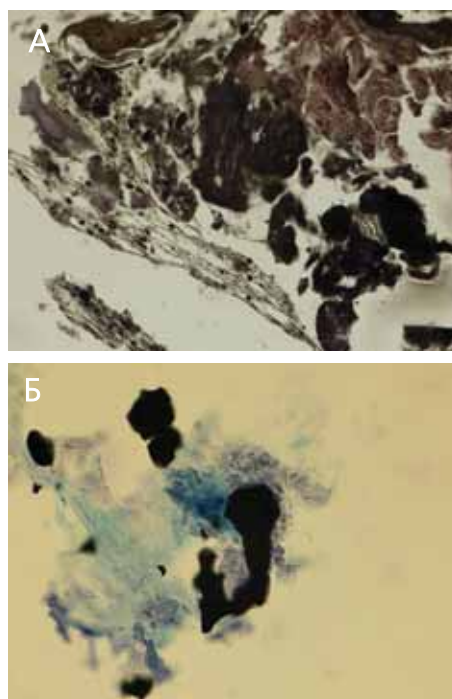


Рис. 1. Культура клеток костного мозга на 5-е сутки после посева. А — интактные фибробластоподобные клетки; Б — рост клеток в присутствии гранул пористого титана. Окраска гематоксилином и эозином. Об. 10, ок. 16.

из этих фибробластоподобных клеток отчетливо было видно несколько плотно окрашенных ядрышек. В этот период не наблюдалось разницы между ростом клеток в чашках и флаконах с пористым титаном и без него

(рис. 1б). К 9-м суткам культивирования появлялись отдельные скопления по 10–20 типичных вытянутых фибробластоподобных клеток. Одновременно в культурах полностью исчезали лейкоциты и значительно уменьшалось количество гистиоцитов. Фибробластоподобные клетки, контактируя со своими отростками, образовывали подобие функционального синцития. При этом увеличивалась концентрация клеток вокруг титановых гранул.

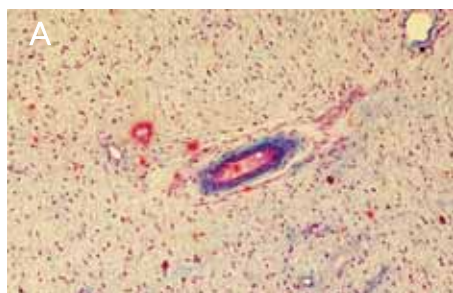


Рис. 2. Культура клеток костного мозга на 9-е сутки после посева. А — колония интактных фибробластоподобных клеток; Б — рост клеток в присутствии гранул пористого титана. Окраска гематоксилином и эозином. Об. 10, ок. 16.

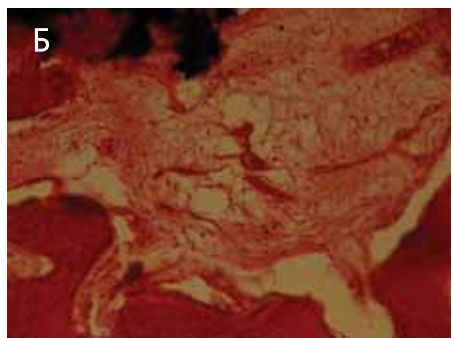
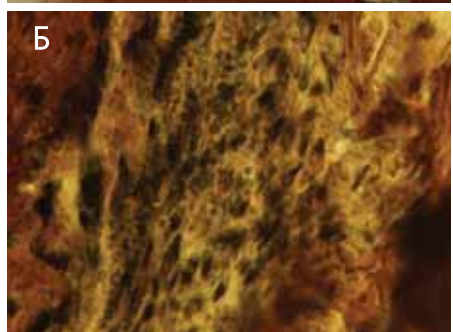


Рис. 3. Культура клеток костного мозга на 15-е сутки после посева. А — рост клеток в виде мощного пласта в присутствии гранул пористого титана; Б — рост клеток без титана. Окраска гематоксилином и эозином. Об. 10, ок. 16.



На 15-е сутки фибробластоподобные клетки полностью вытесняли другие клеточные элементы костного мозга (рис. 2а). Фокусы роста увеличивались и образовывали большие очаги, ограниченные друг от друга. На

препаратах были видны отдельные колонии по 90–120 клеток, занимающие все поле зрения. Местами ранее четко ограниченные клеточные очаги постепенно сливались между собой. Отчетливо заметно перераспределение клеток в чашках и флаконах с пористым титаном в сторону увеличения концентрации клеточных элементов вокруг и внутри титановых гранул (рис. 2б). К 15-му дню наблюдались большие очаги и мелкие фокусы фибробластов, которые разрастались и сливались между собой, образуя сплошной пласт (рис. 3а). К этому времени в культуре практически не оставалось гистиоцитов и других клеточных элементов костного мозга. В культуре без титана наблюдалась аналогичная картина с интенсивным ростом фибробластов (рис. 3б). Результаты настоящих опытов *in vitro*, а также предварительные исследования *in vivo* в эксперименте и клинике по вживлению пористых титановых гранул Natix в искусственно образованные дефекты челюсти позволяют предположить, что применение этого биоинертного материала может быть успешно использовано для ускорения процесса остеоинтеграции при дентальной имплантации.

Выводы

1. Пористый титан Natix является биотолерантным металлом, не влияет на пролиферацию и дифференцировку остеогенных детерминированных клеток предшественников из костномозговой ткани.
2. Установлено преимущественное расположение фибробластоподобных клеток вокруг гранул пористого титана с 5-х суток от начала исследования.

Литература

1. Амхадова М.А. Хирургическая тактика при использовании метода имплантации у пациентов с дефектами зубных рядов и значительной атрофией челюстей: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. — М., 2005. — 34 с.
2. Бахтинов А.А. Клинико-рентгенологическая и биохимическая характеристика результатов аутотрансплантации костного мозга в сочетании с препаратами гидроксиапатита для замещения дефектов и костных полостей челюстных костей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2005. — 24 с.
3. Иванов С.Ю. Новое поколение биокomпозиционных материалов для замещения дефектов костной ткани / С.Ю. Иванов, Л.И. Гиллер, А.Ф. Бизяев [и др.] // Новое в стоматологии. — 1999. — № 5. — С. 47–50.
4. Кулаков О.Б. Применение различных материалов для костной пластики дефектов альвеолярного отростка челюстных костей в сочетании с дентальными имплантатами / О.Б. Кулаков, В.В. Матюнин, А.А. Докторов, А.Г. Малый // Институт стоматологии. — 2004. — № 3 (24). — С. 58–61.
5. Кулаков О.Б. Остеоинтеграция имплантатов из циркония и титана в эксперименте / О.Б. Кулаков, А.А. Докторов, С.В. Дьякова, Ю.И. Денисов-Никольский, К.А. Грётц // Морфология. — 2005. — № 1 (127). — С. 52–55.



Имплантология

Возможности дентальной имплантации и синус-лифтинга у пациентов с хроническими верхнечелюстными синуситами

Резюме

В настоящем исследовании изучена возможность дентальной имплантации у пациентов с хроническими верхнечелюстными синуситами. Выявлено, что проведение имплантации и синуслифтинга возможно при локальных хронических воспалительных гиперпластических синуситах риногенного генеза, а также после эндоскопической санации иных форм хронического верхнечелюстного синусита. Риск гнойно-воспалительных осложнений прямо связан с перфорациями слизистой оболочки пазухи и повышен при текущем воспалительном процессе в синусе.

Ключевые слова: верхнечелюстной синусит, дентальная имплантация, синуслифтинг.

Possibilities of dental implantation and sinus augmentation at patients with a chronic maxillary sinusitis.

S.P. Sysolyatin, M.V. Solop, M.O. Palkina, I.P. Ashurko

Summary

This study investigated the possibility of dental implantation in patients with chronic maxillary sinusitis. It is found that carrying out of implantation and sinus lift is possible at a local chronic inflammatory hyperplastic sinusitis rhinogenous genesis, as well as after endoscopic sanitation other forms of chronic maxillary sinusitis. The risk of pyoinflammatory complications is directly associated with maxillary sinus mucosa perforation and raised at current inflammatory process in a sinus.

Keywords: maxillary sinusitis, dental implantation, sinus augmentation.

Актуальность проблемы

Сегодня дентальная имплантация, как и сопряженная с ней операция синуслифтинга, стали частью рутинной хирургии. Методы синуслифтинга и показания к ним четко отработаны и не вызывают особых дискуссий. Иначе дело обстоит с противопоказаниями.

Одной из наиболее частых проблем, возникающих при подготовке к имплантации и синуслифтингу, являются воспалительные изменения в верхнечелюстной пазухе. По



С.П. Сысолятин, д.м.н.,
проф., зав. кафедрой



М.В. Солоп,
ассистент



М.О. Палкина,
ассистент



И.П. Ашурко,
врач-стоматолог

Кафедра факультетской хирургической стоматологии
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Для переписки:
119992, г. Москва, ул. Б. Пироговская,
д. 2, стр. 1
E-mail: rain-271@yandex.ru

мнению Р.А. Johan с соавторами (2000), Т.Г. Робустовой (2003), К. Майорана и М. Симиона (2005) и др., наличие воспаления любого характера в верхнечелюстном синусе является абсолютным противопоказанием к дентальной имплантации и синуслифтингу. В свою очередь Е.Е. Keller с соавт. (1999), L. Levin и D. Schwartz-Arad (2005), В. Зиккарди и Н. Беттс (2005), I.H. Lindenmuller и J.T. Lambrecht (2006) считают, что заболевания верхнечелюстного синуса являются лишь факторами риска.

А.В. Качалова (2008) предлагает рассматривать этот вопрос дифференцированно и считает, что хронические синуситы не оказывают отрицательного влияния на исход операции, в том числе и при одномоментной установке имплантатов.

Однако никто из авторов не приводит убедительного клинического подтверждения своей точки зрения, приводимые примеры такого лечения единичны и для достоверных выводов недостаточны.

Анализируя суть проблемы, можно выделить две взаимосвязанные угрозы — это инфицирование имплантатов и пластического материала, а также активизация синусита.



Если рассматривать вероятность инфицирования имплантатов и пластического материала, то при активном воспалении (острые процессы и обострения хронические) имеется деструкция эпителиальной выстилки с обсеменением подлежащих тканей. При хронических синуситах обсеменена только поверхность эпителия. Исключение составляют одонтогенные синуситы, когда сам источник инфекции расположен в подслизистых тканях. Таким образом, теоретически абсолютным противопоказанием можно считать только активные синуситы и одонтогенные процессы, в то время как при хронических вместе с сохранением целостности слизистой оболочки можно избежать инфицирования зоны операции.

Рассматривая вопрос декомпенсации синусита, следует обратиться к исследованию N.M. Timmenga (2003), в котором автор показал, что операция синуслифтинга всегда вызывает изменения слизистой оболочки пазухи, но в норме за счет механизмов естественной санации она способна адаптироваться без существенных нарушений морфологии и микробиологического состава.

Эти же механизмы определяют и течение синусита. Если они адекватны, то процесс проявляется в виде хронической локальной гиперплазии; при функциональной неадекватности воспаление имеет активное течение. Следовательно можно предположить, что при локальных хронических синуситах пазуха способна перенести вмешательство (синуслифтинг) без декомпенсации воспаления.

Таким образом, теоретически имплантация и синуслифтинг возможны при локальных хронических гиперпластических синуситах, иные же формы синусита требуют предварительной хирургической санации.

В литературе представлены работы, показывающие, что имплантация и синуслифтинг возможны после хирургического лечения синусита, но авторы подчеркивают, что санация должна проводиться эндоскопическими методами (А.В. Качалова, 2008, Р.О. Даминов, 2011). Радикальные операции на пазухе усложняют условия для последующего синуслифтинга и, по мнению ряда авторов, делают его вовсе невозможным (Т. Tobita et al., 2011).

На основании этого мы разработали специальный протокол диагностики и лечения пациентов с частичной вторичной адентией и хроническими верхнечелюстными синуситами.

Цель исследования: изучить возможность и эффективность имплантологического лечения у пациентов с хроническими верхнечелюстными синуситами и после их хирургической санации.

Материалы и методы исследования

К настоящему моменту в исследование включены 256 клинических наблюдений пациентов, проходивших имплантологическое лечение по поводу адентии

малых и больших коренных зубов верхней челюсти. Пациенты в возрасте от 24 до 59 лет, без тяжелой соматической патологии, из них женщин — 164 (64%), мужчин — 92 (36%). Срок наблюдений составил от 6 месяцев до 5 лет.

По результатам предоперационного обследования пациенты были разделены на три группы:

1 группа (контрольная) — 100 пациентов с адентией, не сопровождающейся патологическими изменениями в верхнечелюстной пазухе. Рандомизировано выбраны из 143 пациентов.

2 группа — 98 пациентов с адентией и хроническими верхнечелюстными синуситами в виде локальных гиперпластических процессов без одонтогенных источников инфекции.

3 группа — 58 пациентов с адентией и воспалительными изменениями в верхнечелюстной пазухе, потребовавших хирургической санации. Показаниями к хирургической санации служили: острые и хронические синуситы в фазе обострения, кисты и полипы пазухи, диффузные (тотальные/субтотальные) гиперплазии слизистой, инородные и грибковые тела пазухи. Всем пациентам была проведена эндоскопическая санация пазух доступом через средний носовой ход, в ряде случаев с дополнительным проколом передней стенки.

Дентальная имплантация (без синуслифтинга) проводилась при высоте альвеолярного гребня 10 мм и более; синуслифтинг с одновременной имплантацией — при высоте от 4 до 10 мм; синуслифтинг без имплантации — при высоте менее 4 мм.

Распределение пациентов по группам и в зависимости от вида вмешательства представлено в таблице 1.

Всем пациентам в послеоперационном периоде назначалась медикаментозная терапия, направленная

Таблица 1. Распределение пациентов по методам оперативного вмешательства, количеству проведенных операций и установленных дентальных имплантатов

	Имплантация	Синуслифтинг с одномоментной имплантацией	Синуслифтинг с отсроченной имплантацией
	Кол-во операций / кол-во имплантатов	Кол-во операций / кол-во имплантатов	Кол-во операций
1 группа (контрольная)	27/34	30/64	56
2 группа (с хроническими локальными гиперплазиями)	32/41	38/74	56
3 группа (после хирургического лечения синусита)	0	29/43	34

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

на предупреждение развития синусита и прочих воспалительных осложнений (табл. 2). Ее обязательными составляющими были антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства, назальные спреи на основе сосудосуживающих средств и промывания носа растворами морской воды. Особое внимание уделили выбору антибактериального препарата, поскольку требовался препарат перорального введения, активный как против аэробной, так и анаэробной флоры, при том не провоцирующий рост резистентных штаммов, поскольку большинству пациентов предстояло несколько вмешательств и несколько курсов антибиотикотерапии. Исходя из этого мы отдавали предпочтение комбинированному препарату, содержащему одновременно ципрофлоксацин и тинидазол (Цифран СТ). По данным А.А. Тимофеева и соавторов (2004), препарат хорошо проникает в мягкие ткани и в кость, активен в отношении основных пародонтопатогенов, внедрение которых в рану вероятно в ходе вмешательства.

Методы исследования включали, помимо общеклинических, переднюю риноскопию, панорамную ортопантомографию и конусно-лучевую компьютерную томографию.

Результаты исследования и их обсуждение

В контрольной группе пациентов при проведении дентальной имплантации желаемый результат был получен во всех наблюдениях. Осложнений, связанных с верхнечелюстным синусом, зафиксировано не было.

Таблица 2. Распределение осложнений по группам и методам оперативного вмешательства

Вид осложнения	1 группа			2 группа			3 группа	
	И*	СЛ*	СЛ+И*	И*	СЛ*	СЛ+И*	СЛ*	СЛ+И*
Отторжения имплантатов	0	—	0	0	—	0	—	0
Перфорация слизистой оболочки пазухи	0	9 (16%)	0	0	11 (20%)	0	0	0
Синусит	0	3 (5%)	2 (7%)	0	7 (12,5%)	3 (8%)	2 (6%)	0
Нагноение пластического материала	—	1 (2%)	0	—	5 (9%)	0	0	0
Миграция пластического материала	—	0	0	—	1 (2%)	0	0	0

И* — имплантация, СЛ* — синуслифтинг, СЛ+И* — синуслифтинг с одномоментной имплантацией

При проведении синуслифтинга у 9 пациентов произошел разрыв слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Перфорация была ушита и/или изолирована

Рис. 1. Компьютерные томограммы пациентки Р. с хроническим гиперпластическим синуситом до и после синуслифтинга

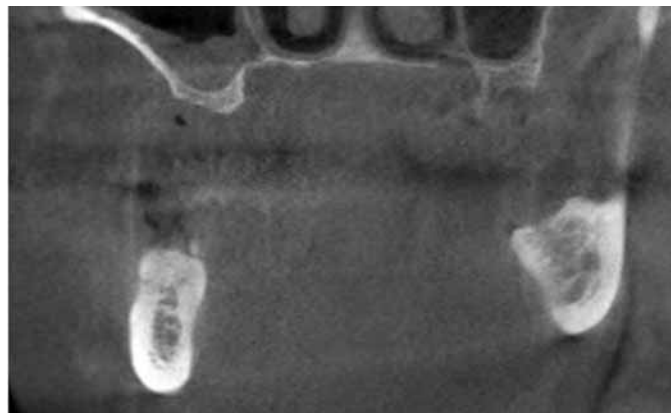


Рис. 1.1. Исходное состояние

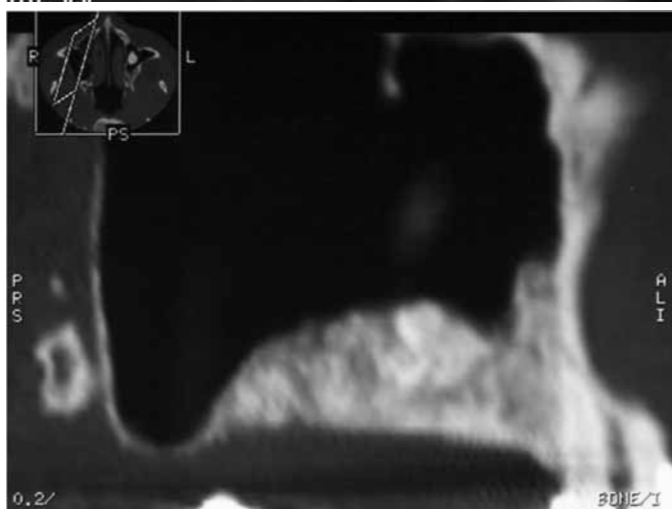


Рис. 1.2. и 1.3. Через 6 месяцев после синуслифтинга

коллагеновой мембраной. У 3 из них лечение осложнилось развитием синусита, в том числе у одного из них с нагноением костнопластического материала.

У пациентов, которым проводился синуслифтинг с одномоментной имплантацией, в 2-х случаях были отмечены признаки серозного синусита, которые были успешно купированы методами консервативного лечения.

Во второй группе (пациенты с хроническими синуситами) осложнений при проведении дентальной имплантации также выявлено не было.

Рис. 2. КТ и R-граммы пациентки К., проходившей лечение по поводу хронического полипозного верхнечелюстного синусита с грибковым телом и частичной вторичной адентии

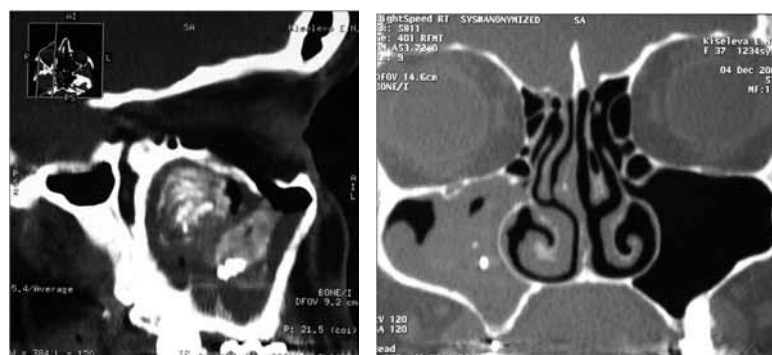


Рис. 2.1. и 2.2. КТ до лечения. В правой верхнечелюстной пазухе видна полипозная гиперплазия слизистой оболочки и грибковое тело, сформировавшееся на внедренном в пазуху стоматологическом пломбировочном материале

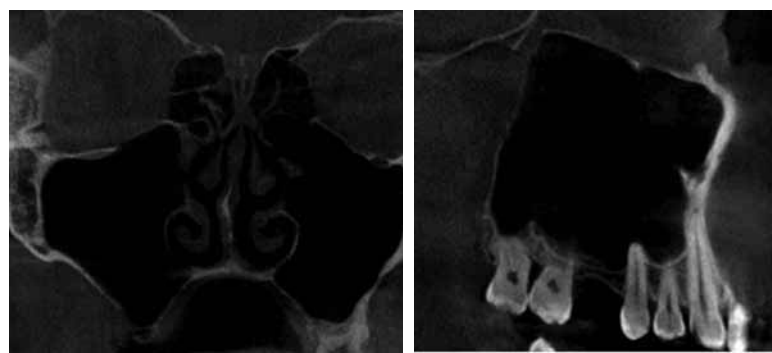


Рис. 2.3. и 2.4. КТ через 4 месяца после эндохирургической санации правой верхнечелюстной пазухи

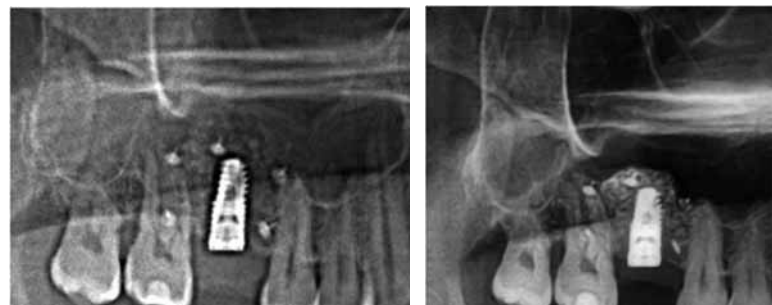


Рис. 2.5. Фрагмент ортопантограммы непосредственно после синуслифтинга и имплантации

Рис. 2.6. Фрагмент ортопантограммы через 6 месяцев после синуслифтинга и имплантации

При проведении синуслифтинга без имплантации у 11 образовалась перфорация слизистой пазухи, перфорация была ушита и/или изолирована коллагеновой мембраной. В 7 из этих 11 наблюдений в раннем послеоперационном периоде зафиксировано развитие синусита с нагноением костнопластического материала у 5 пациентов и миграцией материала у 1 пациента. У остальных 45 пациентов вмешательство и послеоперационный период прошли без каких-либо проблем (рис. 1).

У пациентов, которым проводился синуслифтинг с одномоментной имплантацией, в 3-х случаях были отмечены признаки серозного синусита, которые были успешно купированы методами консервативного лечения.

В 3-й группе пациентов (после хирургического лечения синусита) проведение синуслифтинга в наблюдениях не сопровождалось перфорацией. Однако в двух случаях в раннем послеоперационном периоде развилась клиника серозного синусита, который удалось купировать консервативными методами лечения.

Проведение синуслифтинга с одномоментной имплантацией у всех пациентов прошло без осложнений (рис. 2).

Таким образом, наше исследование подтверждает, что синуслифтинг и дентальная имплантация возможны при локальных хронических гиперпластических синуситах. Эти операции также возможны после санации верхнечелюстных синусов у пациентов с другими формами хронических синуситов.

Более детальный анализ полученных результатов показывает, что у пациентов, излеченных эндохирургическим методом, риск гнойно-воспалительных осложнений такой же, как у пациентов с исходно здоровой пазухой. Хронические локальные гиперпластические синуситы все же следует считать фактором риска, т.к. у таких пациентов риск гнойно-воспалительных осложнений в 2 раза выше, чем у пациентов с исходно здоровой или хирургически санированной пазухой.

Основное значение в развитии послеоперационных синуситов и нагноении костнопластического материала имеет интраоперационная перфорация слизистой оболочки верхнечелюстного синуса.

Согласно данным литературы, частота перфораций слизистой оболочки во время операции синуслифтинга и/или установки имплантатов составляет 11–56,16% (Kasabah S et al., 2003; Cho et al., 2001; Engelke W. et al., 2003).

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Частота перфораций в нашем исследовании примерно одинаковая у пациентов контрольной и исследуемых групп и составляет 16–20%, что согласуется с данными литературы, но при этом частота развития синусита разная.

Вероятнее всего это связано с поверхностной обсемененностью слизистой оболочки патогенной флорой, поддерживающей хроническое воспаление, которая при перфорации внедряется в реципиентную зону.

Подводя итог, можно сделать следующие выводы:

1. Локальные хронические гиперпластические синуситы являются фактором риска к проведению дентальной имплантации и синуслифтинга.
2. Риск развития осложнений значительно увеличивается при перфорации слизистой оболочки синуса.
3. При условии сохранения целостности слизистой оболочки риск развития осложнений минимален.

Литература

1. Даминов О.Р. Лечение пациентов с патологией полости носа и околоносовых пазух перед синуслифтингом и дентальной имплантацией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2011. — 24 с.
2. Зиккарди В., Беттс Н. Осложнения при увеличении объема кости в области верхнечелюстной пазухи // *Perio IQ*. — 2005. — № 1. — С. 93–102.
3. Качалова А.В. Использование эндоскопической техники для диагностики и проведения хирургических операций на верхнечелюстном синусе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2008. — 20 с.

4. Майорана К., Симион М. Передовые методики регенерации кости с Био-Осс и Био-Гайд. — М.: Азбука, 2005. — 104 с.
5. Хирургическая стоматология: учебник / под ред. Т.Г. Робустовой. — М.: Медицина, 2003. — 504 с.
6. Cho S.C., Wallace S.S., Froum S.J., Tarnow D.P. Influence of anatomy on Schneiderian membrane perforations during sinus elevation surgery: three-dimensional analysis // *Pract. Proced. Aesthet. Dent.* — 2001. — V. 13 (2). — P. 160–163.
7. Engelke W., Schwarzwaller W., Behnsen A., Jacobs H.G. Subantrosopic later-obasal sinus floor augmentation (SALSA): an up-to-5-year clinical study // *Int. J. Oral Maxillofac. Implants.* — 2003. — V. 18 (1). — P. 135–143.
8. Johan P.A. van den Bergh, Christiaan M. ten Bruggenkate, Frans J.M. Disch, D.Bram Tuinzing. Anatomical aspects of sinus floor elevations // *Clinical Oral Implants Research.* — 2000. — V. 11 (3). — P. 256 p.
9. Kasabah S., Krug J., Simunek A., Lecaro M.C. Can we predict maxillary sinus mucosa perforation? // *Acta Medica.* — 2003. — V. 46 (1). — P. 19–23.
10. Keller E.E., Tolman D.E., Eckert S.E. Maxillary antral-nasal inlay autogenous bone graft reconstruction of compromised maxilla: a 12-years retrospective study // *Int. J. Maxillofac. Implants.* — 1999. — V. 14 (5). — P. 707–721.
11. Levin L., Schwartz-Arad D. The effect of cigarette smoking on dental implants and related surgery // *Implant Dent.* — 2005. — V. 14 (4). — P. 357–361.
12. Lindenmuller I.H., Lambrecht J.T. Sinus floor elevation and implantation — a retrospective study // *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* — 2006. — V. 116 (2). — P. 142–149.
13. Takayoshi Tobita, Mikiko Nakamura, Takaaki Ueno, Kazuo Sano. Sinus Augmentation Surgery After Endoscopic Sinus Surgery for the Treatment of Chronic Maxillary Sinusitis: A Case Report // *Implant Dent.* — 2011. — V. 20 (5). — P. 337–340.
14. Timmenga N.M. Maxillary sinus floor elevation surgery: effects on maxillary sinus performance. — Van Denderen, Groningen. — 2003. — 156 p.

Справочник «СТОМАТОЛОГИЯ РОССИИ»

14-й выпуск

ВСЕГДА ПРАЗДНИК!

Сентябрь 2011

NEW!

dentex

аиде

КЕТАНОВ® + Цифран® СТ = эффективный подход к лечению воспалительных заболеваний полости рта

КЕТАНОВ® – эффективное купирование (КЕТОРОЛАК) зубной боли различной этиологии

- Купирование болевого синдрома высокой интенсивности при:¹
 - Пульпите
 - Периодонтите
 - Перикороните
 - Переломе челюсти
 - После пломбирования корневых каналов и удаления зубов
- Пролонгирует безболевого период на фоне местной анестезии при стоматологических манипуляциях²
- Анальгетический эффект при постпломбировочной боли до 100% случаев³



Цифран® СТ –

(ЦИПРОФЛОКСАЦИН + ТИНИДАЗОЛ)

Цифран «СТоматологический»

Оригинальное сочетание антибактериальных компонентов в одном препарате
 Ципрофлоксацин + тинидазол = широкий спектр действия + антианаэробная активность
 Остеотропность выше, чем у β -лактамов (препаратов пенициллинового ряда)*

ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ:

- Воспалительно-деструктивных заболеваниях пародонта (Рекомендован ЦНИИС и ЧЛХ)⁵
- Гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области⁶
- Профилактике и лечении воспалительных осложнений после хирургических манипуляций в полости рта⁷

Цифран® СТ – С Таким надежно!



¹ Фармацевтические препараты для купирования умеренных и сильных болей (фармацевтическая система). Под ред. А.Г. Чичкова. Выпуск 91 – М.: «Эко», 2010. – С. 943.
² Бедрица И.В. и другие. «Опыт использования препарата Кетанов при одновременном сочетании применения с местными анестетиками в средствах для внутривенной анестезии». Стоматология, 2003, №4 – С. 67-68.
³ Бедрица И.В., Переломов С.Н., «Анальгетическое действие препарата Кетанов в комплексном лечении боли при пульпите и периодонтите». Стоматология, 2003, №2 – С. 10-11.
⁴ Landelsdorfer, Cornelia R., Buitz, Jürgen B., Zhang, Martin, et al. Penetration of Antibiotics into Bone. Pharmacokinetics, Pharmacodynamics and Biomechanical Correlations. Clinical Pharmacokinetics. 1 February 2009; Volume 48 – Issue 2 – pp 99-124.

⁵ Бедрица И.В., Дегирман Н.А., Переломов С.Н. Клинико-фармакологическая оценка эффективности применения в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта комбинации препарата Цифран СТ. Стоматология, 2004, №4 – С. 13-15.
⁶ Бедрица И.В., Переломов С.Н., Бедрица Е.В., Бедрица С.П., Бедрица С.В., Мухоморов С.В., Козлова М.В., Попова В.П., Ткаченко С.М. Оценка эффективности антибактериального препарата Цифран СТ для лечения и профилактики гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. // Современная стоматология. – 2004, № 1(25) – С. 92-96.
⁷ Бедрица И.В., Переломов С.Н., Бедрица Е.В. и др. Использование препарата Цифран СТ в хирургической стоматологии для лечения и профилактики воспалительных и воспалительных осложнений. Стоматология, 2004, №4 – С. 99-100.

RANBAXY

Представительство компании «Ранбакс Лабораториз Лимитед»
 129223, г. Москва, Пб. Мира, 88/1, Деловой Центр «Текнопарк» строение 537/4
 Тел.: (495) 234-06-11/15, факс: (495) 234-06-19, www.ranbaxy.ru, www.ranbaxy.com



Обезболивание в стоматологии

Лечиться без боли и страха — эффективно, безопасно, комфортно

На вопросы редакции журнала "Стоматология для всех" отвечает зав. кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии МГМСУ, д.м.н., профессор, президент EFAAD С.А. Рабинович.

— Вы возглавляете сейчас Европейскую Федерацию по развитию обезболивания в стоматологии (EFAAD). Какие наиболее важные события в жизни этой Федерации произошли и будут происходить в 2012 г.?

— Самым значительным событием для российской стоматологии будет проведение очередного Конгресса EFAAD 17 сентября 2012 г. в Москве в рамках форума "Дентал Экспо 2012", который будет проводиться совместно СтАР, МГМСУ, ЦНИИС и ЧЛХ и компанией "Дентал Экспо". Сейчас готовится научная программа конгресса. В первую очередь мы хотим предоставить слово нашим зарубежным коллегам, хотя будут и российские доклады. В программу уже включены доклады: prof. W. Jacobs (Германия) "Ошибки и осложнения при проведении обезболивания в амбулаторной стоматологической практике"; prof. G. Zanette (Италия) "Установка скуловых имплантатов под местной анестезией и седацией в сознании: личный опыт по оригинальной собственной методике"; prof. M. Daublander (Германия) "Современное местное обезболивание в амбулаторной стоматологии"; J.F. Andre (Франция) "Седация в условиях частного стоматологического кабинета"; prof. S.A. Rabinovich (Россия) "Современное эффективное и безопасное обезболивание в стоматологии — залог успешного и комфортного лечения"; prof. E. Фассо (Италия) "Применение гипноза в стоматологии" и др.

Российская группа с 2000 г. принимает участие в конгрессах IFDAS, престижной международной организации. В 2001 г. нас приняли в Европейскую федерацию по развитию обезболивания в стоматологии (EFAAD), 4 июля 2003 г. в Эдинбурге, Шотландия состоялось заседание генеральной ассамблеи IFDAS, на котором произошло официальное вступление Российской секции по развитию обезболивания в стоматологии в члены IFDAS. Основным ядром группы были сотрудники МГМСУ, затем к нам присоединились стоматологи из ЦНИИС и ЧЛХ, практические врачи из Самары, Екатеринбурга, Саратова и других городов России. С этого момента российские стоматологи-анестезиологи активно участвуют во всех международных конференциях, съездах, посвященных проблемам обезболивания, что, безусловно, способствует обмену знаниями, технологиями, достижениями.

И вот, как логическое завершение этого, Конгресс

EFAAD будет проходить в 2012 г. впервые в Москве. До этого мы проводили несколько тематических симпозиумов, например, в 2005 г. Европейский симпозиум, посвященный 100-летию новокаина. Мы отдали должное новокаину (международное название прокаин) и констатировали тогда, что Россия и страны СНГ остаются одними из немногих стран, где все еще применяют новокаин для целей местного обезболивания, хотя есть уже более эффективные и безопасные анестетики. К нам приезжали многие известные ученые — президент IFDAS, проф. Ю. Канэко (Япония), президент EFAAD в 2006—2008 гг. Ж.Ф. Андрэ (Франция), проф. Э. Факко (Италия), проф. В. Якобс (Германия) и другие.

Другое важное событие 2012 г., которое уже состоялось, это 13-й Всемирный конгресс Международной федерации стоматологических анестезиологических обществ (IFDAS). Он проходил с 29 февраля по 2 марта 2012 г. на Гавайских островах, в городе Коно. В работе этого конгресса активное участие приняла российская группа, ядро которой составляли сотрудники МГМСУ. Были сделаны устные и постерные доклады. Я бы хотел отметить, что в конгрессе приняли участие зав. кафедрой факультетской ортопедической стоматологии МГМСУ, проф. А.Ю. Малый и зав. кафедрой ортопедической стоматологии ФПДО МГМСУ, проф. Т.И. Ибрагимов. Исторически сложилось, что в основном вопросами обезболивания занимаются хирурги. Но мы всегда говорили, что обезболивание в стоматологии должно дойти до каждого врача-стоматолога. Прошли те времена, когда пациенты ходили в поликлиниках в хирургический кабинет, делали анестезию, а потом возвращались, что небезопасно, в другой кабинет — терапевтический или ортопедический — к своему врачу. Сейчас анестезию применяют и терапевты, и ортопеды, у нас защищалась диссертация по вопросам обезболивания в ортодонтии. Обезболивание касается всех!

Неожиданностью на конгрессе стало награждение меня специальной наградой, которая присуждается раз в три года — орденом Горация Уэллса, одного из основоположников стоматологической анестезии. В своем ответном слове я сказал, что это награда не только мне, но и всей нашей кафедре, моим учителям, признание заслуг российской стоматологии в мире. Ранее, насколько я знаю, никто из Восточной Европы и России не был награжден этой наградой. Особенно приятно, что награда была вручена мне в год 90-летия нашего университета.

— Каковы сегодня главные европейские и мировые



тенденции в стоматологическом обезболивании? Какие препараты, методики, инструменты можно рекомендовать как наиболее прогрессивные?

— Сегодня на первый план наряду с эффективностью выходит безопасность обезбоживания. К стоматологу на прием идут люди с момента, когда у них прорезались зубы, и до пожилого и старческого возраста. А люди пожилого и старческого возраста, маленькие дети, беременные женщины, пациенты с сердечно-сосудистыми, эндокринными, обменными заболеваниями и ряд других составляют так называемую группу анестезиологического риска. В стоматологии внедряется сейчас много новых технологий — эстетические реставрации, работа с эндодонтическими микроскопами, имплантация и протезирование на имплантатах, новые технологии протезирования (CAD-CAM и др.). При этом по-прежнему остается проблема болезненно-

обезбоживание. На смену новокаину пришли артикаинсодержащие анестетики — это ультракаин, увестезин, альфакаин, примакаин, септанест и т.д. — это самые высокоэффективные безопасные анестезирующие средства последнего поколения. Они обеспечивают высокую анестезирующую активность, достаточную безопасность, у них хорошая диффузионная способность — быстро наступает анестезия, даже проводниковая — в течение нескольких минут, не говоря про инфильтрационную и интралигаментарную.

Практикующий врач-стоматолог должен в совершенстве владеть методами анестезии, индивидуальным подходом к каждому пациенту. Соответственно возрастают требования к его анестезиологической подготовке. Современная концепция такой подготовки создана у нас на кафедре. На первом месте — знания и практические навыки по вопросам фармакологии, ана-



С.А. Рабинович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии ФГДО МГМСУ, президент Европейской Федерации по развитию обезбоживания в стоматологии (EFAAD)

сти большинства стоматологических вмешательств без адекватного обезбоживания. На конгрессе IFDAS на Гавайях основным лозунгом был: "обеспечить комфортность стоматологического лечения!". Большинство стоматологических вмешательств проводится при сохраненном сознании, когда лечение требует длительного вмешательства, долгого нахождения с открытым ртом. Существует проблема, особенно после проводниковой анестезии, когда длительное время ткани остаются, как говорят, онемевшими, в связи с чем могут произвольно травмироваться мягкие ткани щеки, языка и т.д., особенно у детей. Идет поиск способов борьбы с этой проблемой. Появился препарат, снимающий после лечения эффект излишней по времени анестезии. Ведущим в стоматологии остается местное



Медаль Горация Уэллса, одного из основоположников стоматологической анестезии, почетная награда Международной федерации стоматологических анестезиологических сообществ (IFDAS), присуждается 1 раз в 3 года

томии, геронтологии, физиологии, анестезиологии, стоматологии. Такое широкое образование — это традиции нашей медицины.

Второе — это современные высокоэффективные безопасные анестетики.

Третье — это шприцы и иглы, инструмент, который применяет врач — безигольные инъекторы, специальные инъекторы для интралигаментарной анестезии, инъекторы с легкой вибрацией, компьютерные шприцы и т.д. Четвертый компонент — это способы обезбоживания. Необходимо применять самые эффективные и безопасные способы, заменять, по возможности, сложные проводниковые методы обезбоживания на простые инфильтрационные, использовать развивающиеся в последнее время способы интралигаментар-

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

ной анестезии, интрасептальной анестезии, так называемые пародонтальные способы и т.д.

— **Какие препараты наряду с артекаином можно отнести сегодня к наиболее широко используемым в стоматологическом обезболивании?**

— Развитие лечебных технологий часто приводит к увеличению объема, продолжительности вмешательств, в некоторых случаях и травматичности, поэтому необходимо соответствующее анестезиологическое обеспечение. Адекватное обезбоживание создает психофизиологический комфорт, снижает эмоциональную нагрузку, способствует достижению лучшего сотрудничества между врачом и пациентом, вследствие этого повышает качество лечения. Сейчас мы говорим о том, что не только лечение должно быть безболезненным, но и то, что происходит потом, после операции, после вмешательства. В послеоперационном периоде, во время реабилитации, когда больной будет дома один, надо, чтобы он был также защищен от боли.

Здесь, а также в случаях, когда человек оказывается в командировке, экспедиции, других ситуациях, когда стоматологическая помощь не может быть оказана мгновенно, нам помогут нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), о которых мы неоднократно писали и, в частности, в выпуске Вашего журнала № 1 за 2012 г.

Часто заболевание зубов — это воспаление в замкнутом пространстве, сопровождающееся сильной болью. Поэтому нужен и противовоспалительный компонент, и обезболивающий. Благодаря использованию НПВС в качестве превентивной анестезии мы можем назначить пациентам терапию с прогнозируемым эффектом: даже при небольшой по продолжительности операции есть послеоперационный период, и мы знаем, что начнет действовать заблаговременно принятый препарат из группы НПВП, и больной таким образом будет защищен от болевого синдрома, уже покинув стоматологическое кресло.

Спектр препаратов группы НПВС очень широк. Это аспирин (ацетилсалициловая кислота), ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, индометацин, кеторолак и т.д. Эти препараты каждому нужно подбирать индивидуально. В зависимости от наличия сопутствующих заболеваний они могут давать побочные явления, как и большинство других лекарств. Нужно учитывать также, что может быть сильный противоболевой эффект, но недостаточный противовоспалительный и многое другое. В этом и заключается искусство врача.

Так, НПВС, которые избирательно действуют на вторую изоформу циклооксигеназы ЦОГ-2, имеют важное значение для стоматологической практики, поскольку эти препараты по анальгетической активности сопоставимы с традиционными НПВС, но меньше влияют на физиологические функции организма, лучше перено-

сятся пациентами, дают меньше осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта.

К таким НПВП относится, в частности, целекоксиб (Целебрекс), который хорошо зарекомендовал себя как средство для купирования и острой, например, послеоперационной, и хронической боли, при этом его несомненным преимуществом перед неселективными НПВП является низкий риск послеоперационного кровотечения. Недаром именно этот представитель класса НПВП, согласно "Российским клиническим рекомендациям по применению НПВП", был признан стандартом безопасности терапии НПВП.*

И раз уж мы затронули роль НПВП в терапии болевого синдрома, то нельзя не упомянуть и состояния, при которых требуется курсовое применение данной группы препаратов — в частности, при проблемах с височно-челюстным суставом. Это очень сложный сустав, элементы которого, — а это суставная впадина, головка, суставная нижняя челюсть, мышцы, связки, — могут повреждаться даже у здорового человека. Причиной боли могут быть завышенная пломба, неправильно изготовленный протез, хирургические манипуляции, даже открытый долгое время рот, когда больной несколько часов лечится и мышцы, связки перенапрягаются. Так как НПВП-терапия при данном состоянии требуется более длительная, то вопрос о профиле безопасности препарата еще более остро встает перед врачом. Если говорить о выборе НПВП здесь, то упомянутый выше селективный НПВП целекоксиб, например, в отличие от ряда других традиционных НПВП, может применяться длительно, и что важно, даже у пациентов с наличием ряда сопутствующих рисков, таких как язвенная болезнь в анамнезе или АГ.

Таким образом, хочется обратить внимание врачей, что для правильного выбора обезболивающей терапии необходимо и анализировать инструкции препаратов, и следить за современными клиническими данными, и оценивать сопутствующие риски у пациентов.

— **Что Вы хотели бы пожелать стоматологам и их пациентам?**

— Надо, чтобы обезбоживание и стоматология такие, как в Москве и крупных городах, были и в самых отдаленных районах России. Для этого нам еще много нужно сделать, чтобы новые технологии внедрялись по всей нашей необъятной стране. Лечиться всем должно быть не больно, не страшно, а безопасно, эффективно и комфортно!

— **Спасибо за интервью, желаем Вам крепкого здоровья и всяческих успехов.**

— Спасибо.

*Прим. редактора: А.Е. Каратеев, Н.Н. Яхно, Л.Б. Лазебник и др. "Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации". М.: ИМА-ПРЕСС, 2009

Нервная система

Легкие

Боль

Сердце

Печень

Сосуды

Почки

Желудок

Кишечник



Устрани боль,
не навредив желудку!

ЦЕЛЕБРЕКС®
(ЦЕЛЕКОКСИБ)

Стандарт безопасности терапии НПВП²

Показания к применению: **болевого синдрома** (боль в спине, костно-мышечные, послеоперационные и другие виды боли), симптоматическое лечение ревматоидного артрита, остеоартроза, анкилозирующего спондилита, лечение первичной дисменореи¹.



1. Инструкция к медицинскому применению препарата Целебрекс П N015986/01 - 2003/09.2. Каратеев А.Е., Ягоу Н.Н., Лазебник Л.Б., Кукушкин М.П., Дроздов В.Н., Исаков В.А., Насонов Е.П. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. - М.: ИМА-ПРЕСС, 2009. - С.114-121.

Представительство Корпорации «Пфайзер ЗНХ, С.П.О.» 123317, Москва, Пресненская наб.10, БЦ «Башня на набережной» (блок С). Тел.: (495) 287 50 00, факс: (495) 287 53 00.

Краткая инструкция по медицинскому применению

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА: нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП). **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА:** Целекоксиб обладает противовоспалительным, обезболивающим и жаропонижающим действием, блокирует образование воспалительных простагландинов (P₂) в основном за счет ингибирования циклооксигеназы-2 (COX-2). Индукция COX-2 происходит в ответ на воспаление и приводит к синтезу и накоплению простагландинов, в особенности простагландина E₂, при этом происходит усиление проявлений воспаления (боль и жар). В терапевтических дозах у человека целекоксиб не ингибирует циклооксигеназу-1 (COX-1) и не оказывает влияния на простагландины, синтезируемые в результате активации COX-1, а также не оказывает влияния на нормальные физиологические процессы, связанные с COX-1 и протекающие в тканях, и прежде всего в тканях желудка, кишечника и тромбоцитах. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Симптоматическое лечение остеоартроза, ревматоидного артрита и анкилозирующего спондилита. Болевой синдром (боль в спине, костно-мышечные, послеоперационные и другие сравнимые по интенсивности боли). Лечение первичной дисменореи. **ПРОТИВПОКАЗАНИЯ:** Повышенная чувствительность к целекоксибу или любому другому компоненту препарата. Известная повышенная чувствительность к сульфонидам. Бронхиальная астма, крапивница или аллергические реакции после приема ацетилсалициловой кислоты или других НПВП, включая другие ингибиторы COX-2. Операции аорто-коронарного шунтирования. Пептическая язва в стадии обострения или желудочно-кишечное кровотечение. Воспалительные заболевания кишечника. Сердечная недостаточность (III-IV). Клинически подтвержденная ишемическая болезнь сердца, заболевания периферических артерий и цереброваскулярные заболевания в выраженной стадии. Беременность и период лактации (см. «Применение при беременности и кормлении грудью»). Тяжелая печеночная и почечная недостаточность (нет опыта применения). Возраст до 18 лет (нет опыта применения). **ОСТОРОЖНОСТЬ:** Целебрекс® следует применять с осторожностью при следующих состояниях: заболевания желудочно-

кишечного тракта (хроническая болезнь, кровотечения в анамнезе), наличие инфекции *Helicobacter pylori*; совместное использование с антиагрегантами (аспирин), антиагрегантами (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел), пероральными глюкокортикостероидами (преднизолоном), селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (дипалогрел, флуоксетин, пароксетин, сертралин); задержка мочи и отеки; нарушения функции печени средней степени тяжести; заболевания сердечно-сосудистой системы; цереброваскулярные заболевания; дислипидемия/гиперлипидемия; сахарный диабет; заболевания периферических артерий; одновременное применение с ингибиторами CYP2C9; длительное использование НПВП; тяжелые соматические заболевания. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** Внутрь, не разжевывая, запивая водой, независимо от приема пищи. Максимальная рекомендуемая суточная доза при длительном приеме - 400 мг. Симптоматическое лечение остеоартроза: Рекомендуемая доза составляет 200 мг в сутки за 1 или 2 приема. Отмечена безопасность приема до 400 мг 2 раза в сутки. Симптоматическое лечение ревматоидного артрита: Рекомендуемая доза составляет 100 или 200 мг 2 раза в сутки. Отмечена безопасность до 400 мг 2 раза в сутки. Симптоматическое лечение анкилозирующего спондилита: Рекомендуемая доза составляет 200 мг в сутки за 1 или 2 приема. По назначению врача доза может быть увеличена до 400 мг в сутки. Лечение болевого синдрома и первичной дисменореи: Рекомендуемая начальная доза составляет 400 мг с последующим, при необходимости, приемом дополнительной дозы в 200 мг в первый день. В последующие дни рекомендуемая доза составляет 200 мг 2 раза в сутки, по необходимости. **ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ (НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ):** обострение аллергических заболеваний, гриппоподобный синдром, случайные травмы, периферические отеки, абдоминальная боль, диарея, диспепсия, метеоризм, заболевания зубов (посттрансплантационный лейкоплакид), привкус во рту, повышение мышечного тонуса, бессонница, инфекции мочевых путей, бронхит, кашель, фарингит, ринит, синусит, инфекции верхних дыхательных путей, кожный зуд, кожная сыпь. **ФОРМА ВЫПУСКА:** Капсулы по 100 и 200 мг.



Экономика и организация в стоматологии

Анализ качества стоматологической помощи, оказываемой населению России с заболеваниями тканей пародонта

К.В. Умарова, аспирант кафедры госпитальной терапевтической стоматологии, пародонтологии и гериатрической стоматологии МГМСУ

Для переписки:
Тел.: +7 (903) 229-40-51
E-mail: umarovdom@mail.ru

Резюме

В статье проведен анализ качества оказания стоматологической медицинской помощи больным на основе данных медицинской литературы. Показана значимость исследования качества оказания стоматологической помощи больным с заболеваниями тканей пародонта как одними из наиболее распространенных в общей структуре стоматологических заболеваний.

Ключевые слова: анализ качества, стоматологическая помощь, болезни пародонта.

The analysis of dental care quality to the population of Russia with periodontal diseases

K.V. Umarova

Summary

There was carried analysis of dental care quality to patients based on information of medical literature; the analysis showed significance of research of quality rendering of dental care to patients with periodontal diseases as one of the most widespread in general structure of dental diseases.

Keywords: analysis of quality, dental care, periodontal diseases.

Как показывают клинические наблюдения и данные литературы, болезни пародонта, наряду с кариесом зубов и его осложнениями, являются самыми распространенными стоматологическими заболеваниями среди населения России [44]. По мнению А.В. Алимского (2005), болезни пародонта выходят на первый план среди причин потери зубов у лиц пожилого возраста [5]. Это находит подтверждение в проведенных национальных эпидемиологических стоматологических обследованиях в России — первом, в 1996—1998 гг. и втором, в 2007—2008 гг. с использованием критериев [41]. Согласно данным второго эпидемиологического обследования, признаки поражения тканей пародонта имеются более чем у трети детей и подростков. Среди взрослого населения 35—44 лет количество лиц с заболеваниями пародонта составило 81%. У лиц 65 лет и старше признаки поражения тканей пародонта регистрировались практически у всех обследованных [43].

На уровень распространенности и интенсивности болезней пародонта среди населения влияют многие факторы, такие как возраст, пол, место и условия проживания, социальная среда, обеспеченность стоматологической помощью, о чем свидетельствуют многочисленные работы авторов.

Так, по данным А.К. Иорданишвили, среди людей молодого возраста распространенность гингивита составила 44,8%, пародонтита средней и тяжелой степени — 6,32%. Люди преклонного возраста в меньшей степени страдали гингивитом (5,8%) и в большей степени пародонтитом (57,4%), в особенности тяжелыми формами. У женщин данной возрастной группы пародонтит встречался в два раза реже, чем у мужчин, и протекал с меньшей интенсивностью [23].

По данным американских авторов, процент лиц с начальными признаками поражения пародонта среди населения США составил около 80% взрослого населения [50].

Ряд отечественных авторов, таких как О.Н. Адамкин (1999), Э.М. Кузьмина (1999, 2009), О.О. Янушевич (2009), анализируя пародонтологический статус населения в различных климато-географических зонах России, отмечали связь между заболеваемостью и особенностями условий проживания в различных округах, экологией местности, культурными отличиями [1, 42]. Как показали исследования, наиболее благоприятным состояние тканей пародонта оказалось у населения Дальневосточного округа, где здоровый пародонт выявлен у 50% населения. Ситуация в Центрально-Европейском, Южно-Европейском и Западно-Сибирском округах, где был схожий уровень заболеваемости, оказалась наименее благоприятной.

Таким образом, проблема высокой распространенности поражения тканей пародонта среди населения остается актуальной в стоматологии.

В настоящее время проблемы качества стоматологической помощи привлекают к себе все более пристальное внимание. Некоторые авторы связывают это с активным внедрением рыночных отношений, развитием медицинского страхования и внедрением высокотехнологических методов диагностики и лечения [28, 46].

В.Г. Бутова и соавторы, ссылаясь на глоссарий "Качество медицинской помощи. Словарь терминов и понятий", определяют понятие качества медицинской помощи как



совокупность характеристик, подтверждающих соответствие медицинской помощи потребностям (состоянию) пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии [11].

Согласно определению Американской медицинской ассоциации, медицинская помощь высокого качества — это "помощь, которая приводит к улучшению здоровья и/или продолжительности жизни" [48].

Методика, предложенная А. Донабедианом в конце 60-х годов прошлого века, основана на выделении трех компонентов анализа — структуры, процесса и результата (исхода) [54, 55, 56, 57].

Вопросы аккредитации, сертификации и лицензирования рассматриваются в работах В.К. Леонтьева (2005), А.В. Алимского (1996), С.Н. Горбунова (2004), П.А. Воробьева (2004), М.П. Харитоновой (2004), Schilling J., Cranovsky R., Straub R. (2001) [3, 19, 27, 65].

Процессный подход к обеспечению качества медицинской помощи предполагает стандартизацию всех составляющих диагностического, лечебно-профилактического и реабилитационного процессов.

О проблемах стандартизации в здравоохранении писали многие отечественные авторы, такие как А.И. Вялков (2001), А.Ю. Малый (2001), П.А. Воробьев (2007), Г.М. Миняйлик (2008) и др. [33, 34].

Основой системы стандартизации в здравоохранении России являются стандарты медицинской помощи и протоколы ведения больных. На сегодняшний день Минздравсоцразвития РФ утверждено три протокола ведения больных в области стоматологии: "Частичное отсутствие зубов", "Полное отсутствие зубов", "Кариес зубов". Многие отечественные авторы в своих статьях уделяют внимание роли протоколов ведения больных в современной стоматологии. Однако и по сей день нет четкого алгоритма действий врача-стоматолога при приеме пародонтологических больных, который должен быть подкреплён стандартом лечебно-диагностических манипуляций.

По мнению К.В. Леонтьева и А.Ю. Малого, важность протоколов ведения больных, независимо от того, какой правовой акт они из себя представляют (отраслевой стандарт, национальный стандарт системы технического регулирования или нормативный документ, утвержденный Минздравсоцразвития РФ), определяется тем, что этот документ содержит совокупность норм и требований не только к объему и последовательности врачебных действий, но и к эффективности и безопасности медицинского вмешательства [29].

В нашей стране уже были попытки создания стандартов и алгоритмов оказания лечебно-профилактической помощи населению с заболеваниями пародонта. В г. Чебоксары Чувашской республики коллективом авторов были разработаны "Стандарт медицинской помощи больным с гингивитом, болезнями пародонта и изменениями десны и беззубого альвеолярного края", "Стандарт медицинской помо-

щи больным с острым и хроническим гингивитом", "Стандарт медицинской помощи больным с воспалительными заболеваниями пародонта", "Стандарт медицинской помощи больным с пародонтозом" [14]. Стандарты создавались в соответствии с МКБ-10 и представляли собой единый образец диагностики и лечения сразу нескольких нозологических форм.

Качество медицинской помощи с позиции процессного подхода можно оценить с помощью непосредственного наблюдения за лечебно-диагностическим процессом и ретроспективного анализа первичной документации. Ежедневная оценка КМП осуществляется самими врачами и заведующими клинических отделений конкретного медицинского учреждения.

Медицинская документация является важным источником получения информации о причинах и условиях возникновения заболеваний, эффективности лечения, целесообразности использования различных методов и средств. По мнению Т.Г. Поповой, "записи в медицинской документации и их анализ позволяют интегрировать усилия различных специалистов, обеспечить преемственность лечения" [36].

Метод оценки качества медицинской помощи по результатам основывается на степени достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи. Использование такого подхода в первую очередь предполагает решение вопросов о том, что является целью и конечным результатом деятельности различных специалистов и организаций системы здравоохранения. Наиболее сложной считается оценка результатов деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, где до настоящего времени дискутируется вопрос о том, что является законченным случаем оказания медицинской помощи для поликлиники, так как каждому отдельному посещению могут соответствовать свои цели.

Некоторые авторы при анализе качества медицинской помощи выделяют медицинскую, экономическую и социальную результативности [32].

Под медицинской результативностью понимается степень достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний. В связи с трудностью подбора критериев медицинской результативности в виде последних часто используются различные статистические показатели. Это могут быть запланированные на момент окончания курса лечения либо на конец периода (квартала, года) уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности, первичный выход на инвалидность, больничная летальность, процент осложнений, процент выздоровлений и т.д.

Среди показателей экономической результативности выделяют:

- * показатели эффективности работы стоматологической службы в целом;
- * показатели эффективности инвестиционных программ;

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

- * показатели эффективности финансирования;
- * показатели эффективности использования финансовых средств.

Вопросам экономической эффективности деятельности организаций здравоохранения посвящены работы Л.А. Габуевой (2001) и Н.Г. Шамшуриной (2005) [18, 45].

Социальная результативность отражает степень удовлетворенности оказанием медицинской помощи. Удовлетворенность является результатом восприятия пациентом качества услуги. Восприятие формируется на сопоставлении того, что пациент ожидал, обращаясь за медицинской помощью, и того, что он фактически получил.

Об удовлетворенности объемом и качеством стоматологических услуг в своих статьях говорит В.Д. Вагнер. По результатам опроса, удовлетворенность пациентов качеством оказания стоматологической помощи по программе ОМС составила всего лишь 53,4%. Значительная часть населения (57,4%) готова оплачивать стоматологические услуги, надеясь на более высокое качество медицинской помощи [16].

Использованию показателя удовлетворенности пациента для определения уровня КМП посвящены работы [20, 47, 52, 59].

ВОЗ предлагает более 80 критериев, с помощью которых можно достаточно объективно оценить качество стоматологической помощи населению [21, 30, 58]. Основные из них: пропорция здоровых, свободных от кариеса зубов 6-летних детей; средняя интенсивность кариеса по индексу КПУ зубов (кариес, пломба, удаленный зуб) 12-летних детей и других индексных возрастных групп населения; пропорция подростков в возрасте 15 лет, имеющих здоровый перидонт (пародонт); число удаленных постоянных зубов на 1000 детей; пропорция населения старших возрастных групп, полностью потерявших зубы. П.А. Леус отметил, что по всем обозначенным критериям качество стоматологической помощи в странах Западной Европы и США оценивается выше, чем в России и СНГ.

Управление качеством медицинской помощи основано на универсальных принципах менеджмента качества. У.Э. Деминг [53] предложил модель управления качеством в виде циклического процесса, состоящего из четырех шагов: планируй — выполняй — проверяй — исправляй (Plan — Do — Check — Act). На применение "процессного подхода" при разработке, внедрении и улучшении результативности системы менеджмента качества в целях повышения удовлетворенности потребителей путем выполнения их требований направлены стандарты ISO 9000, 9001, 9004. В России на основе этих стандартов были разработаны ГОСТ Р ИСО 9000 "Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь", ГОСТ Р ИСО 9001 "Системы менеджмента качества. Требования", ГОСТ Р ИСО 9004 "Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности" [25].

В России значительная доля стоматологических услуг, оказываемых населению, осуществляется через систему

обязательного медицинского страхования. Поэтому проблемы организации стоматологической помощи в системе ОМС становятся все более актуальными.

Аспекты современной системы обязательного медицинского страхования в России отражены в работах таких авторов, как О.Ю. Александрова, Л.А. Габуева, Ю.М. Комаров (2010), Г.Р. Бульхина (2010), И.Л. Логвинова (2010), О.Б. Окунев (2009), Е. Селезнева, Ж. Шурцева (2009) и др. [2, 9, 31, 35, 38].

Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию утвержден приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по программе ОМС осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

Проблемам экспертизы качества медицинской помощи свои работы посвятили многие отечественные авторы. Н.Н. Бондаренко отметил, что для повышения качества медицинской помощи следует иметь различные механизмы оценки, контроля и регулирования процесса оказания медицинских услуг. Должна быть система противовесов: контроль и экспертиза, ведомственная и вневедомственная, государственная и негосударственная [8]. Как отмечают В.Д. Вагнер и Л.Е. Смирнова, "за годы функционирования системы ОМС сохраняется острейшая проблема — отсутствие достаточного финансирования как системы ОМС, так и российского здравоохранения в целом". По мнению авторов, основа модернизации системы ОМС — это укрепление финансовой базы. О нормативах затрат на стоматологические услуги, оказываемые по программе обязательного медицинского страхования, в своих статьях писали В.Г. Бутова, М.З. Каплан, А.М. Мальсагов, Д.Н. Чурсин [12].

Таким образом, данные литературы подтверждают актуальность проблемы оказания качественной стоматологической помощи больным с заболеваниями тканей пародонта, имеющими в настоящее время наряду с кариесом зубов и его осложнениями наибольшую распространенность в общей структуре стоматологических заболеваний.

Литература

1. Адамкин О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климатогеографических зонах России: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., ММСИ, 1999.
2. Александрова О.Ю., Габуева Л.А. О концептуальных вопросах развития обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 17—29.
3. Алимский А.В. Некоторые нерешенные проблемы аттестации медицинских стоматологических кадров //

Стоматология. — 1996, Специальный выпуск. — С. 15.

4. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого возраста // Стоматология для всех. — 2000. — № 2. — С. 46–49.

5. Алимский А.В. Стоматологическая помощь населению пожилого возраста. Руководство по геронтологии / под ред. Шабалина В.Н. — М.: Цитадель-трейд, 2005. — С. 681–699.

6. Ананьева Н.Г. Совершенствование системы экспертизы качества стоматологической помощи в медицинских организациях различных форм собственности: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — 232 с.

7. Богданов И.И., Александрова О.Ю., Лебединец О.Н., Кузнецова Ю.Е. Правовые подходы к формированию дефектуры медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения. — 2010. — № 7. — С. 46–52.

8. Бондаренко Н.Н. Экспертиза и контроль. Зависимые или независимые. Какие есть и какие должны быть // Экономика и менеджмент в стоматологии. — 2004. — № 3 (14). — С. 29–30.

9. Бульхина Г.Р. Пути оптимизации функционирования отрасли здравоохранения через оценку показателей в системе обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения. — 2010. — № 4. — С. 19–22.

10. Бутова В.Г., Бычков С.И., Мальсагов А.М.-Б., Жеребцов А.Ю. Роль стандартов и протоколов ведения больных в контроле качества стоматологических услуг // Экономика и менеджмент в стоматологии. — 2009. — № 1 (27). — С. 49–53.

11. Бутова В.Г., Зимина Э.В., Каплан М.З. Управление качеством стоматологической помощи. — М.: Издательский Дом "STBOOK", 2007. — 244 с.

12. Бутова В.Г., Каплан М.З., Мальсагов А.М., Чурсин Д.Н. Нормативы затрат на стоматологические услуги, оказываемые по программе обязательного медицинского страхования различным возрастно-половым группам // Экономика здравоохранения. — 2008. — № 4. — С. 22–26.

13. Бутова В.Т., Садовский В.В., Троценко А.Г. и др. Методические подходы к экспертизе качества стоматологической помощи, оказываемой по системе добровольного медицинского страхования // Экономика и менеджмент в стоматологии. — 2002. — № 1. — С. 38–42.

14. Бычков В.И., Загребяева Е.А., Борисов В.Н., Яковлева Л.А., Пиюнкина С.Н., Афанасьева Е.В., Лукиянова Т.Ф., Андреева Т.В., Мулендеев С.В., Лешканов О.З. Стандарты медицинской помощи больным с болезнями полости рта, слюнных желез и челюстей, разработанные в Чувашской Республике (г. Чебоксары) // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2007. — № 6. — С. 81–107.

15. Вагнер В.Д. Роль и место протоколов ведения больных в системе контроля качества медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2007. — № 6. — С. 11–12.

16. Вагнер В.Д., Смирнова Л.Е. Актуальные вопросы оказа-

ния стоматологической помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования // Институт стоматологии. — 2010. — № 1. — С. 10–13.

17. Вялков А.И., Воробьев П.А. Здравоохранение Российской Федерации: Развитие медицины, базирующейся на доказательствах // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2001. — № 1. — С. 3–8.

18. Габуева Л.А. Экономика ЛПУ: экономическая эффективность и бизнес-планирование. — М.: Гарантъ, 2001. — 184 с.

19. Горбунов С.Н., Воробьев П.А., Юрьев А.С. Отношение к системе аккредитации в России: результаты анкетирования // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2004. — № 1. — С. 13–19.

20. Дорохина А.И. Социально-гигиеническое исследование стоматологического статуса населения мегаполиса (на примере Москвы): дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 104 с.

21. Запашник П.Е. Изучение международных (ВОЗ-овских) критериев качества стоматологической помощи населению (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Минск, 2002. — 20 с.

22. Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению. Под ред. В.З. Кучеренко. — М.: Медицина, 2010. — С. 63–76.

23. Иорданишвили А.К. "Возрастная" эпидемиология заболеваний пародонта // Пародонтология. — 2010. — № 1 (54). — С. 25–28.

24. Ковальский В.Л., Ананьева Н.Г., Бутова В.Г., Кузьмичева Г.И. Технология контроля качества медицинской помощи субъектами вневедомственной экспертизы // Экономика и менеджмент в стоматологии. — 2004. — № 3 (14). — С. 25–30.

25. Конюхова С.Г. Стратегия тотального качества или конкурентное преимущество профессионалов // Экономика и менеджмент в стоматологии. — 2009. — № 3 (29). — С. 66–68.

26. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. — М.: "Поли Медиа Пресс", 2001. — 216 с.

27. Леонтьев В.К. Лицензирование стоматологических учреждений // Экономика и менеджмент в стоматологии. — 2005. — № 2 (16). — С. 56–57.

28. Леонтьев В.К. Организация стоматологической службы в условиях рыночных отношений и страховой медицины. — Стоматология. — 1995. — № 1. — С. 66–72.

29. Леонтьев К.В., Малый А.Ю. Концептуальные подходы к разработке протоколов ведения больных в стоматологии // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2007. — № 6. — С. 5–10.

30. Леус П.А. Интегральный показатель качества стоматологической помощи населению // Стоматологический форум. — 2003. — № 1. — С. 4–8.

31. Логвинова И.Л. О некоторых аспектах организации обязательного медицинского страхования за рубежом //

Финансы. — 2010. — № 6. — С. 47–52.

32. Максимовский Ю.М., Сагина О.В. Организация стоматологической службы России: уч. пособие для студентов, обучающихся по специальности "стоматология". — М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2008. — 438 с.

33. Малый А.Ю. Значение стандартизации для современной стоматологии // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2009. — № 1. — С. 29–32.

34. Миняйлик Г.М. Роль стандартизации в отечественном здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2008. — № 1. — С. 5–14.

35. Окунев О.Б. Система обязательного медицинского страхования в свете глобального экономического кризиса: риски финансовой необеспеченности // Страховое дело. — 2009. — № 8. — С. 5–11.

36. Попова Т.Г. О критериях экспертной оценки профессиональных ошибок в стоматологии // Судебно-медицинская экспертиза. — 2007. — № 6. — С. 25–27.

37. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения. Учебное пособие для вузов / Под ред. В.З. Кучеренко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 51 с.

38. Селезнева Е., Шурцева Ж. Реформирование системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации // Страховое право. — 2009. — № 4. — С. 2–6.

39. Стародубов В.И., Сон И.М., Пихоцкий А.Н. Система обязательного медицинского страхования в России: состояние, развитие, проблемы и перспективы // Медицина катастроф. — 2010. — № 2. — С. 25–28.

40. Старченко А.А. О совершенствовании оформления первичной медицинской документации // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. — 2009. — № 7 (43). — С. 12–14.

41. Стоматологическая заболеваемость населения России / под ред. Э.М. Кузьминой. — М.: МГМСУ, 1999. — 228 с.

42. Стоматологическая заболеваемость населения России / под ред. Э.М. Кузьминой. — М.: МГМСУ, 2009. — 236 с.

43. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта / под ред. О.О. Янушевича. — М.: МГМСУ, 2009. — 228 с.

44. Терапевтическая стоматология. Часть 2. Болезни пародонта / под ред. Г.М. Барера. — М.: ГОЭТАР-Медиа, 2008. — С. 45–56.

45. Шамшурина Н.Г. Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении. — М.: МЦФЭР, 2005. — 320 с.

46. Янушевич О.О., Гринин В.М. Современные организационные подходы к обеспечению качества стоматологической помощи. — Российская стоматология, 2009. — Т. 2. — № 1. — С. 5–8.

47. Barenthin I. Dental health status and dental satisfaction // Int J Epidemiol. — 1977. — Vol. 6. — № 1. — P. 73–79.

48. Blumenthal D. Quality of Care — What is it? // N Engl J Med. — 1996. — Vol. 335. — № 12. — P. 891–894.

49. Borrell L.N., Burt B.A., Taylor G.W., Prevalence and Trends in Periodontitis in the USA: from the NHANES III to the NHANES, 1988 to 2000 // J DENT RES. — 2005. — Vol. 84. — № 10. — P. 924–930.

50. Burt B. Epidemiology of periodontal disease // J Periodontol. — Vol. 76. — № 8. — 2005. — P. 1406–1419.

51. Caper P. Defining Quality in Medical Care // Health Affairs. — 1988. — Vol. 7. — № 1. — P. 49–61.

52. Cleary P.D., McNeil B.J. Patient satisfaction as an indicator of quality care // Inquiry. — 1988. — Vol. 25. — № 1. — P. 25–36.

53. Deming W.E. Out of the Crisis. — The MIT Press, Cambridge. — 1986. — 507 p.

54. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Memorial Fund Quarterly. — 1966. — Vol. 44. — № 3. — P. 166–206.

55. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Vol. 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring // Ann Arbor: Mich. Health Administration Press. — 1980. — 163 p.

56. Donabedian A. The Quality of Care. How can it be assessed? // JAMA. — 1988. — Vol. 260. — P. 12–32.

57. Donabedian A. The Quality of Medical Care: A Concept in Search of a Definition // The Journal of Family Practice. — 1979. — Vol. 9. — № 2. — P. 277–284.

58. European consensus conference on quality assurance indicators in oral health care. The oratel project // WHO EURO, Copenhagen. — 1992.

59. Gouveia G.C., Souza W.V., Luna C.F., Szwarcwald C.L., Souza Junior P.R. Health care user satisfaction in Pernambuco State, Brazil // Cien Saude Colet. — 2011. — Vol. 16. — № 3. — P. 1849–1861.

60. Hugoson A., Norderyd O., Slotte C., Thorstensson H. Distribution of periodontal disease in a Swedish adult population 1973, 1983 and 1993 // J Clin Periodontol. — 1998. — Vol. 25. — P. 542–548.

61. Institute of Medicine. Medicare: Strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press. — 1990. — P. 19–44.

62. Ismail A.I., Burt B.A., Brunelle J.A. Prevalence of total tooth loss, dental caries and periodontal disease in Mexican-American adults: results from the southwestern HHANES // Journal of Dental Research. — 1987. — Vol. 66. — P. 1183–1188.

63. Kallestål C., Mattsson L., Holm A.-K. Periodontal conditions in a group of Swedish adolescents. (I). A descriptive epidemiologic study // J Clin Periodontol. — 1990. — Vol. 17. — P. 601–608.

64. Nikias M.K., Fink R., Sollecito W. Oral health status in relation to socioeconomic and ethnic characteristics of urban adults in the USA // Community Dent Oral Epidemiol. — 1977. — Vol. 5. — P. 2000–2006.

65. Schilling J., Cranovsky R., Straub R. Quality programmes, accreditation and certification in Switzerland // Int J Qual Health Care. — 2001. — Vol. 13. — № 2. — P. 157–161.

Надежность-причина Вашего выбора !!!

OSSTEM[®]
IMPLANT



SS II



SS III



GS II



MS



Ortho

NEW!!!

Rock Solid Stability!

GSIII



Kit



Surgical Kit



Simple Kit



MS Kit



Ortho Kit



Sinus Kit



Osteo Kit

Portable X-ray



OSSTEM[®]
IMPLANT

OSSTEM IMPLANT is the World Leading Dental Company



www.osstem.ru www.osstem.com

E-mail : osstemrussia@gmail.com

Тел./Факс : +7(495) 739 9925



Экономика и организация в стоматологии

Состояние и динамика научных исследований по организации стоматологической помощи

Резюме

В статье представлены данные о тенденциях развития организационных исследований по стоматологии, осуществляемых в рамках Проблемной комиссии 19.01. Научного Совета РАМН. Дан перечень учреждений, принимающих в них участие, а также динамика численности проводившихся организационных исследований за 2000–2010 гг. Показана роль отдельных НИУ страны в проведении подобных исследований.

Ключевые слова: организация стоматологической помощи, организационные исследования.

Status and dynamics of scientific studies in the field of stomatological help organization

A.V. Alimsky, I.S. Selakhov

Summary

In the article there were shown the data about tendencies in development of organizational studies in stomatology fulfilled in the scope of Problematic Commission 19.01 of the scientific board of Russian Academy of Medical Sciences. List of the institution taking part in this activity and also the dynamics of the fulfilled studies in the field of organizational aspects for the period of 2000-2010 were presented. The role of different institutions of the country in such types of the studies was disclosed.

Keywords: organization of stomatological help, organizational studies.

Переход к рыночным отношениям кардинальным образом изменил подходы к выбору тематики и проведению организационных исследований. Если раньше, в период планового развития здравоохранения в нашей стране, исследования по проблемам организации стоматологической помощи считались наиболее приоритетными, то в настоящее время интерес к ним в значительной степени снизился. Все дело в том, что в условиях рыночных отношений основным движущим фактором являются спрос и предложение, в том числе стоматологических услуг. Поэтому текущие вопросы, в основном практического плана (рост сети стоматологических учреждений, нормирование труда врачей, вопросы штатного



А.В. Алимский, зав. научно-организационным отделом ФГБУ "ЦНИИС и ЧЛХ" Минздравсоцразвития России, д.м.н., профессор



И.С. Селахов, аспирант ФГБУ "ЦНИИС и ЧЛХ" Минздравсоцразвития России

Для переписки:

119991, Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 16
Тел.: +7 (499) 245-05-73
E-mail: noocniis@yandex.ru

нормирования, организации приема и т.д.) в значительной степени должны решаться на местах, с учетом конкретных, сложившихся в данном регионе условий (уровня обращаемости населения за стоматологической помощью, показателей его стоматологической заболеваемости, доходов и т.д.).

Однако, по-прежнему вопросы долгосрочного планирования не только остаются актуальными, но даже стали приоритетными, поскольку фактически отсутствует текущее планирование стоматологической службы страны. Поэтому вполне понятно, что, особенно в последние годы, возникла острая потребность в организационных исследованиях, направленных прежде всего на повышение качества и эффективности оказываемой населению стоматологической помощи. Проблема заключается в том, что проводить их должны те научно-исследовательские учреждения (НИУ) страны, которые имеют сотрудников соответствующей квалификации, способных осуществлять на должном уровне подобные исследования. Это особенно важно в связи с тем, что ошибки организационных исследований могут не только весьма негативно сказаться на развитии стоматологической службы страны, но и привести к серьезным экономическим потерям государства. Все результаты организационных исследований должны проходить экспертный контроль через Научный Совет по стоматологии Минздравсоцразвития России и РАМН и, прежде всего, через его Проблемную комиссию № 19.01 "Организация стоматологической помощи, планирование и прогнозирование маркетинговых, эпидемиологических и социальных исследований". Только такой ведомственный контроль, осуществляемый через головную научную организацию, позволит избежать возможных ошибок, сократить неоправданные затраты, и главное, — внедрить в практику работы стоматологических учреждений страны действи-



тельно научно обоснованные организационные предложения.

Для выяснения сложившихся тенденций в данном вопросе первая Проблемная комиссия 19.01 Научного Совета провела анализ организационных исследований, проведенных в стране за 10 лет (2000–2010 гг.). В таблице 1 отражен перечень всех стоматологических учреждений страны, которые принимали участие в разработке и реализации тех или иных научных тем, касающихся организации стоматологической помощи. В их числе — ведущие учебные и научные учреждения страны, включая МГМСУ, ЦНИИС и ЧЛХ, 11 государственных медицинских академий, расположенных в различных регионах страны, 9 государственных медицинских университетов, 1 институт усовершенствования врачей, а также ФМБА России. Всего за эти годы в выполнении тех или иных организационных исследований участвовали 24 НИУ страны, в которых выполнялось и было завершено в 2000–2010 гг. в целом 115 научных тем.

Как явствует из представленного материала, основная доля работ, выполненных в данном направлении, приходится на МГМСУ — 39 (33,9%) и ЦНИИС и ЧЛХ — 25 (21,7%). Во всех других учреждениях за это время было выполнено не более чем 1–2 и лишь в некоторых (Кубанская ГМА, Пермская ГМА, Алтайский ГМУ, Волгоградский ГМУ и Рязанский ГМУ) — 3 организационных работы. Только в единичных учреждениях (Дагестанская ГМА, Кемеровская ГМА, Казанский ГМУ) выполнено по 4 исследования.

Особняком в этом отношении стоит Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА) России, в котором за 10 лет выполнено 6 научных тем, касающихся вопросов организации стоматологической помощи (все в 2009 г.).

Представленные данные наглядно свидетельствуют о том, насколько неравномерно распределяется организационная тематика по подведомственным Научному Совету НИУ страны: фактически менее половины из них (всего 56 учреждений) участвуют в данных исследованиях. Однако вряд ли в других регионах страны отсутствует потребность в организационных исследованиях. Скорее всего часть из них не проходят через Проблемную комиссию

19.01 Научного Совета, а регистрируются в других комиссиях. В состав межведомственного Научного Совета по стоматологии Минздравсоцразвития и РАМН входят следующие проблемные комиссии:

— ПК № 19.01 "Организация стоматологической помощи, планирование, прогнозирование маркетинговых, эпидемиологических и социальных исследований", председатель — д.м.н., проф. А.В. Алимский (зав. научно-организационным отделом ЦНИИС и ЧЛХ);

— ПК № 19.02 "Терапевтическая стоматология", председатель — д.м.н., проф. И.М. Рабинович (зав. отделом терапевтической стоматологии ЦНИИС и ЧЛХ);

— ПК № 19.03 "Хирургическая стоматология и обезболивание", председатель — д.м.н., проф. В.И. Гунько (зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии медицинского факультета РУДН);

— ПК № 19.04 "Ортопедическое лечение дефектов, аномалий и деформаций зубочелюстной системы", председатель — д.м.н., проф. И.Ю. Лебеденко (зав. кафедрой госпитальной ортопедической стоматологии, проректор по научной работе МГМСУ);

— ПК № 19.05 "Теоретическая и экспериментальная стоматология", председатель — д.м.н., проф. А.С. Григорьян (научный консультант отдела общей патологии ЦНИИС и ЧЛХ);

— ПК № 19.06 "Стоматология детского возраста", председатель — д.м.н., проф. Л.П. Кисельникова (зав. кафедрой детской терапевтической стоматологии МГМСУ);

— ПК № 19.07 "Ортодонтия", председатель — д.м.н.,

Таблица 1. Динамика количества законченных НИР в 2000–2010 гг., выполненных в рамках тематики Проблемной комиссии 19.01 Научного Совета по стоматологии и их распределение по институтам-исполнителям (абс. и в %).

НИУ	Год											Всего	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	абс.	в %
МГМСУ	4	3	4	2	1	1	5	3	5	7	4	39	33,9
ЦНИИС и ЧЛХ	—	—	1	3	1	1	—	2	5	4	8	25	21,7
Воронежская ГМА	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1,7
Дагестанская ГМА	—	—	—	2	1	—	—	—	—	1	—	4	3,5
Кемеровская ГМА	1	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	4	3,5
Кубанская ГМА	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	2,6
Курская ГМА	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	0,9
Омская ГМА	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	1,7
Пермская ГМА	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	3	2,6
Смоленская ГМА	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	0,9
Тверская ГМА	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	2	1,7
Челябинская ГМА	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	0,9
Читинская ГМА	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	1,7
Алтайский ГМУ	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	3	2,6
Башкирский ГМУ	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	0,9
Волгоградский ГМУ	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	3	2,6
Дальневосточный ГМУ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,9
Казанский ГМУ	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1	4	3,5
Красноярский ГМУ	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	2	1,7
Новосибирский ГМУ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,9
Рязанский ГМУ	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	3	2,6
Самарский ГМУ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,9
Новокузнецкий ГИУВ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	0,9
ФМБА	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	6	5,2
Итого	10	3	5	8	7	8	10	10	14	23	17	115	100,0

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

проф. О.И. Арсенина (зав. ортодонтическим отделением ЦНИИС и ЧЛХ).

Считаем целесообразным изменить существующий порядок и сконцентрировать все научные исследования организационного плана в одной профильной Проблемной комиссии, а именно — 19.01.

Дальнейшие исследования, проведенные в данном направлении (результаты которых будут представлены в другом сообщении), полностью подтверждают обоснованность этого предложения.

С другой стороны, полученные данные указывают на то, что именно в перечисленных в таблице 1 научных и учебных организациях имеются кадры необходимой квалификации для успешного выполнения достаточно крупных организационных исследований.

Также обращает на себя внимание то обстоятельство, что интерес к организационным исследованиям возрос, начиная с 2003 г. До этого подобные исследования проводились в основном в МГМСУ, ЦНИИС и ЧЛХ, а также в ряде ГМА (Воронежская, Кемеровская, Кубанская) и 2-х ГМУ (Казанский и Рязанский). Это касалось того периода, когда в полной мере в стране заработали рыночные отношения и интерес к планированию стоматологической помощи, а также к изучению эпидемиологии стоматологических заболеваний был значительно снижен.

Все последующие годы отмечены ростом интереса исследователей к вопросам организации стоматологической помощи, причем уже в условиях сложившихся рыночных отношений, которые и стали серьезным стимулом к проведению подобных исследований. Об этом убедительно свидетельствуют и данные вышеуказанной таблицы: количество завершенных тем из года в год возрастало и достигло своего максимума во второй половине анализируемого десятилетия. При этом пики числа завершенных организационных работ приходится именно на последние годы. Так, в 2008 в г. выполнялось 14 тем по организации, в 2009 — 23 и в 2010 — 17 тем. Таким образом, общее количество тем за эти 3 года составило почти 50% от их числа за весь рассматриваемый период.

Если указанная тенденция сохранится, то можно ожидать дальнейшего расширения исследований, касающихся вопросов организации стоматологической службы в нашей стране.

Полученные данные убеждают в необходимости постоянного анализа вышеприведенных показателей, поскольку именно они характеризуют состояние научных исследований в области организации стоматологической службы. От их успешного выполнения по всем актуальным направлениям организации стоматологической помощи населению можно ожидать реального прогресса во всех разделах деятельности отечественной практической стоматологии.



Dentium World Symposium 2012 in Moscow



Dentium
By Dentists For Dentists

Горячая линия:
8-800-5555-718

Электронная почта:
dentium2012@implant.ru

Подробности на сайте:
www.dentium2012.ru

ОПОРНИКИ **Dentium**

www.dentium2012.ru

Международный Симпозиум Имплантологов в Кремлевском Дворце / 15-16 сентября 2012

ВПЕРВЫЕ В КРЕМЛЕ!!!

«Имплант.ру» (Россия) и «Дентуре АТД» (Южная Корея) впервые в России проводят Международный Симпозиум Имплантологов численностью более 1 000 человек.

15 hand-on, мастер-классы 30-ти ведущих стоматологов из числа опытных лидеров в регионе имплантации. Делится профессора и имплантологи с мировым именем!

СПЕЦИАЛЫ



Денис П. Туркин
доктор

Доктор медицины и стоматологии, НПО-Бурский Университет. Профессор пародонтологии, дерматологии, периментальной хирургии, челюстно-лицевой патологии. НПО-Бур.



Майрон Некрасов
доктор

Профессор ортодонтии, стоматологии, челюстно-лицевой хирургии (Финляндия). Доктор медицины (Финляндия).



Фуад Кури
доктор

Земельный специалист, стоматологии, челюстно-лицевой хирургии (Израиль). Профессор стоматологии, челюстно-лицевой хирургии (Израиль). Профессор стоматологии, челюстно-лицевой хирургии (Израиль).



Фернандо Альфаро
доктор

Профессор стоматологии, стоматологии, челюстно-лицевой хирургии (Испания). Доктор медицины (Испания). Профессор стоматологии, челюстно-лицевой хирургии (Испания).



Сун-Мин Чунг
доктор

Профессор стоматологии, стоматологии, челюстно-лицевой хирургии (Южная Корея). Доктор медицины (Южная Корея). Профессор стоматологии, челюстно-лицевой хирургии (Южная Корея).



Давид Вовжа
доктор

Доктор медицины, стоматологии, стоматологии, челюстно-лицевой хирургии (Израиль). Доктор медицины (Израиль). Профессор стоматологии, челюстно-лицевой хирургии (Израиль).



Бернард Туути
доктор

Доктор стоматологии, стоматологии, стоматологии, челюстно-лицевой хирургии (Финляндия). Доктор медицины (Финляндия). Профессор стоматологии, челюстно-лицевой хирургии (Финляндия).



Мария Муэен
доктор

Ведущий специалист (Палестина). Доктор медицины (Палестина). Профессор стоматологии, челюстно-лицевой хирургии (Палестина). Доктор медицины (Палестина). Профессор стоматологии, челюстно-лицевой хирургии (Палестина).

Использование кластерного анализа в прогнозировании кариозного процесса у детей

Г.И. Скрипкина, к.м.н., доцент кафедры детской стоматологии Омской государственной медицинской академии, г. Омск

Резюме

Для возможности проведения индивидуализированных первичных профилактических мероприятий в клинике стоматологии детского возраста важно знать возрастные физико-химические параметры ротовой жидкости кариесрезистентных детей. Объективно обработать полученную информацию позволяют современные методы статистического анализа результатов исследования: кластерный, дискриминантный, факторный анализ.

В процессе динамического наблюдения установлены статистически значимые различия (значимость менее 0,05) не только внутри возрастных групп, но и между группами по однотипным параметрам. Это говорит о нестабильности обменных процессов, проходящих в здоровой полости рта растущего организма.

Наиболее достоверные результаты в прогнозировании кариеса зубов в детском возрасте можно получить в 15-тилетнем возрасте по причине наличия стабильных показателей гомеостаза в полости рта. Опираясь на полученные в результате кластерного анализа данные, планируется создание математической модели и реализация ее в виде программы для ЭВМ с целью внедрения в практическое здравоохранение.

Ключевые слова: кариесрезистентные дети, возрастные физико-химические параметры ротовой жидкости, корреляция, кластерный анализ, динамическое наблюдение, прогнозирование кариеса зубов в детском возрасте.

The use of cluster analysis in prognostication of carious process in children
G.I. Skripkina

Summary

In order to take primary individualized prophylactic measures in a clinic of pediatric dentistry it is important to know age- dependent physico- chemical parameters of the oral cavity of cariesresistant children. The state-of -the art methods of statistical analysis of the findings such as cluster analysis, discriminant analysis, factor analysis allow to process received information objectively.

During the case follow-up statistically relevant differences (the significance is less than 0.05) have been determined within age groups as well as between groups according to parameters of the same type. It is the sign of

instability of the metabolic processes taking place in a healthy oral cavity of a growing organism.

More accurate results in prognostication of dental caries in childhood can be obtained in 15 year-olds due to the presence of stable findings of homeostasis in the oral cavity. Taking into account the findings which were received from the factor and cluster analysis, development of a mathematical model and it's realization as a software for PC is being planned in order to implement it in the Public Health Service.

Keywords: cariesresistant children, age- dependent physico- chemical parameters of the oral cavity, correlation, cluster analysis, case follow-up, prognostication of dental caries in childhood.

Введение

В настоящее время актуальна проблема прогнозирования и формирования "групп риска" на этапе донозологического развития заболевания и определения пограничных значений фоновых показателей диагностических критериев с целью предупреждения развития патологии и проведения профилактических мероприятий [4, 5].

С целью статистической обработки полученной информации предлагаются различные подходы. С нашей точки зрения, наиболее информативным, доступным и прогрессивным методом является использование элементов прикладной математики, а именно кластерного анализа для обработки полученных данных от физиологических параметров кариесрезистентности до возникновения кариеса.

Цель работы: изучить возможность использования кластерного анализа для донозологического прогнозирования кариозного процесса в детском возрасте, опираясь на физико-химические параметры ротовой жидкости.

Материал и методы

Согласно рекомендациям ВОЗ, для достижения поставленной цели были сформированы 3 возрастные клинически однородные группы, состоящие из кариесрезистентных детей 5–6-ти, 12-ти и 15-ти лет. Проведено фоновое и динамическое (1 и 2 года) стоматологическое обследование детей с использованием самых доступных и информативных методов исследо-

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

вания в стоматологии для возможности в дальнейшем применения их на практике в стоматологических клиниках. Также было проведено анкетирование родителей с целью получения данных соматического здоровья ребенка.

В лаборатории исследовались физико-химические параметры ротовой жидкости по известным методикам [1, 3, 5, 6]. Определяли общий кальций, фосфор; активный калий и натрий; вязкость и скорость секреции слюны; pH слюны; деминерализующую активность и утилизирующую способность осадка ротовой жидкости; удельную электропроводность (УЭП) и тип микрокристаллизации слюны (МКС), вычисляли произведение растворимости (ПР) и массу осадка ротовой жидкости.

Тип МКС слюны определялся по методике, учитывающей не только типы кристаллизации, но и их подтипы [5].

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи статистической программы SPSS Statistics 17.0. При оценке статистической значимости полученных результатов использовали критерий Ньюмена-Кейлса. Использовался кластерный и факторный анализ [7, 8].

Результаты и их обсуждение

Из анамнестических данных выявлено, что 70% обследованных детей находились на естественном вскармливании до 1,5 лет, болеют простудными заболеваниями не чаще 1–2 раз в году и не имеют сопутствующей хронической патологии, а 90% обследованных школьников никогда не лечили зубы в период временного прикуса.

В результате проведенного исследования получены фоновые физико-химические параметры ротовой жидкости и изменения их в динамике. Данные представлены в таблицах 1 и 2.

В процессе динамического наблюдения установлены статистически значимые различия (значимость менее 0,05) не только внутри возрастных групп, но и между группами по однотипным параметрам. Это говорит о нестабиль-

ности обменных процессов, проходящих в здоровой полости рта растущего организма, которые созвучны с нестабильностью обменных процессов в организме ребенка в целом.

При определении типа микрокристаллизации слюны в возрастных группах кариесрезистентных детей установлены закономерности (табл. 2). Однозначно преобладание во всех возрастных группах 2-го типа МКС; по мере взросления организма ребенка снижается процент лиц с 3-м типом МКС; процент 1-го типа МКС возрастает по мере формирования прикуса, как временного, так и постоянного. Во время нестабильности зубочелюстного аппарата ребенка (12 лет) 1-й тип МКС встречается наиболее редко, лишь в 7% случаев.

Кластерный анализ значений физико-химических показателей смешанной слюны кариесрезистентных детей 5–6 лет показал, что группа резистентных лиц неоднородна по фоновым показателям МКС ($p < 0,01$), общего кальция ($p < 0,05$), фосфора ($p < 0,05$), ПР ($p < 0,0001$). К 8–9-ти годам неоднородность наблюдается по показателям МКС, общего кальция и массы осадка ротовой жидкости ($p < 0,01$).

Группа кариесрезистентных лиц 12 лет неоднородна по показателям ПР ($p < 0,05$), МКС ($p < 0,05$), УЭП ($p < 0,05$), ΔCa осадка слюны ($p < 0,05$). Через 2 года в данной возрастной группе наблюдаются статистически значимые отличия ($p < 0,05$) по параметрам общего кальция, МКС, активного натрия и калия, массы осадка ротовой жидкости.

В 15-летнем возрасте клинически однородная груп-

Таблица 1. Лабораторные показатели состояния органов и тканей полости рта кариесрезистентных детей дошкольного и школьного возраста ($M \pm m$)

Возрастные группы	pH слюны	Вязкость слюны (СПЗ)	aNa (г/л)	aK (г/л)	Ca (г/л)	P (г/л)	УЭП слюны ($Om \cdot 10^{-3}$)	pH осадка слюны	ΔCa осадка слюны	ПР (ПР 10^{-7})	Масса осадка (мг/мл)
5–6 лет фон	7,21±0,50	0,821±0,20	0,219±0,14*	0,737±0,25*	0,035±0,05*	0,118±0,09*	2,721±0,50****	1,83±0,50	0,023±0,01*	2,76±0,42*	23,54±6,50****
5–6 лет через 1 год	7,2±0,12	0,796±0,009*	0,285±0,04*	0,724±0,04	0,037±0,003**	0,12±0,006	2,671±0,28**	1,99±0,20	0,039±0,01	2,79±0,25	29,42±6,30**
5–6 лет через 2 года	7,34±0,09***	0,808±0,009*	0,278±0,03	0,567±0,08****	0,042±0,003*	0,134±0,007*	2,792±0,42***	2,07±0,2	0,042±0,006*	4,06±0,67****	36,76±8,4***
12 лет фон	6,98±0,52	0,809±0,24	0,294±0,15*	0,714±0,23	0,055±0,03	0,119±0,09	3,981±0,47*	2,12±0,37	0,034±0,03	3,34±0,43	58,13±7,27****
12 лет через 1 год	7,08±0,19	0,809±0,02**	0,231±0,05*	0,678±0,082	0,047±0,008	0,123±0,012	3,207±0,30*	2,29±0,15	0,041±0,01	3,27±0,69	49,97±12,17**
12 лет через 2 года	7,17±0,09***	0,787±0,013***	0,272±0,05	0,689±0,15	0,046±0,004	0,123±0,012	3,463±0,30***	2,05±0,09	0,032±0,007	2,99±0,67***	65,65±18,3***
15 лет фон	6,90±0,52	0,958±0,24	0,314±0,15	0,897±0,25	0,046±0,05	0,106±0,03*	4,805±0,48****	1,82±0,34	0,034±0,03	2,68±0,40*	51,51±5,73****
15 лет через 1 год	6,88±0,09	0,828±0,012**	0,333±0,07	0,818±0,04	0,047±0,003**	0,140±0,01*	4,012±0,38**	2,08±0,17	0,027±0,004	3,04±0,39*	46,02±9,3**
15 лет через 2 года	6,89±0,12***	0,816±0,013***	0,303±0,06	0,794±0,03***	0,047±0,003	0,135±0,01*	4,103±0,37***	2,04±0,16	0,030±0,005	3,24±0,61*	63,77±14,0***

Примечание:

* установлена статистическая значимость различий внутри возрастных групп; ** установлена статистическая значимость различий между возрастными группами по одному показателю через 1 год наблюдений; *** установлена статистическая значимость различий между возрастными группами по одному показателю через 2 года наблюдений; **** установлена статистическая значимость различий между возрастными группами по одному фоновому показателю.

па неоднородна по параметрам активного натрия и калия ($p < 0,001$), УЭП ($p < 0,0001$), ΔpH осадка ротовой жидкости ($p < 0,001$), вязкости ($p < 0,05$), ПР ($p < 0,01$), МКС ($p < 0,05$), общему кальцию и фосфору ($p < 0,05$). К 17-ти годам неоднородность наблюдается по показателям МКС ($p < 0,05$), ΔpH осадка ротовой жидкости ($p < 0,001$) и массы осадка слюны ($p < 0,001$).

Таблица № 2. Распределение типа микрокристаллизации слюны среди кариесрезистентных детей дошкольного и школьного возраста (%)

МКС/группы	5–6 лет	12 лет	15 лет
1-й тип МКС	23%	7%	20%
2-й тип МКС	46%	64%	67%
3-й тип МКС	31%	29%	13%

Совпадение результатов кластерного анализа фоновых физико-химических показателей ротовой жидкости с клиническими наблюдениями через 2 года в 5–6-летнем возрасте составило 62% по 3-м кластерам. По кластеру резистентных детей совпадение – 86%, по кариесподверженным и нестабильной группе – 50% (рис. 1).

В 12-летнем возрасте совпадение по трем кластерам составило 58%. По кластеру резистентных детей совпадение – 75%, по кариесподверженным и нестабильной группе – 50% (рис. 1).

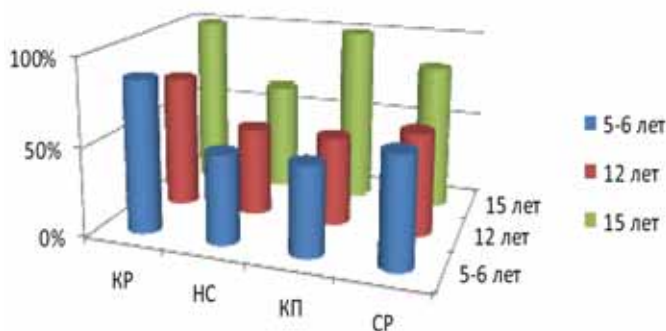


Рис. 1. Совпадение результатов кластерного анализа фоновых лабораторных показателей ротовой жидкости кариесрезистентных детей с клиническими наблюдениями через 2 года (%)

Примечание: КР – кариесрезистентные лица; НС – нестабильная группа; КП – кариесподверженные лица; СР – средние показатели по 3-м группам

В 15-летнем возрасте совпадение по трем кластерам составило 82%. По кластеру резистентных и кариесподверженных детей совпадение – 100%, по нестабильной группе – 63% (рис. 1).

Из полученных данных следует, что наиболее достоверные результаты в прогнозировании кариеса зубов в детском возрасте можно получить в 15-летнем возрасте по причине наличия стабильных показателей гоме-

остаза в полости рта. Однако не стоит отказываться от прогнозирования кариозного процесса и у младших детей, так как процент совпадений в этих возрастных группах достаточно велик для предсказания развития кариесогенной ситуации даже в столь нестабильных по показателям группах.

Опираясь на полученные в результате кластерного анализа данные, планируется создание математической модели и реализация ее в виде программы для ЭВМ с целью внедрения в практическое здравоохранение.

Кластерный анализ позволяет с высокой степенью достоверности прогнозировать развитие кариозного процесса у детей различных возрастных групп еще на донозологическом этапе его развития, опираясь лишь на физико-химические параметры ротовой жидкости. Нетрудно предположить и целесообразность его применения для прогнозирования развития кариозного процесса у кариесподверженных лиц при диспансерном наблюдении.

Прогнозирование позволит внедрить индивидуализированную профилактику кариеса зубов у детей в практическое здравоохранение и повысить эффективность предупреждения развития патологии на донозологическом этапе ее развития.

Литература

1. Леонтьев В.К. Кариес и процессы минерализации / разработка методических подходов, молекулярные механизмы, патогенетическое обоснование принципов профилактики и лечения: дис. ... д.м.н. – М.: ММСИ, 1978. – 541 с.
2. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. – М.: 2006. – 416 с.
3. Леонтьев В.К., Петрович Ю.А. Биохимические методы исследования в клинической и экспериментальной стоматологии. Методическое пособие. – Омск, 1976. – С. 33–34.
4. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., Воронин В.Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии. – М.: Медицинская книга, 2007. – 279 с.
5. Пузикова О.Ю. Прогнозирование развития кариеса зубов с учетом интегрированных показателей и математического моделирования: дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 1999. – 183 с.
6. Физико-химические методы исследования смешанной слюны в клинической и экспериментальной стоматологии: учеб. пособие. / А.Н. Питаева, А.П. Коршунов, В.Г. Сунцов и др. – Омск, 2001. – 71 с.
7. Халафян А.А. STATISTIKA 6. Статистический анализ данных: учебник. 3-е изд. – М.: ООО "Бином-Пресс", 2008 г. – 512 с.
8. Stanton A. Glantz, Ph. D. Primer of biostatistics. Fourth edition. – McGRAW-HILL, Health Professions Division. – 1994. – 459 p.



Онкология

Онкологическая настороженность при заболеваниях губ

Резюме

В работе рассмотрены главные причины затруднений диагностики при онкологических заболеваниях губ. Также освещены основные аспекты онкологической настороженности в условиях поликлинического приема. Приведены примеры малигнизации хронической рецидивирующей трещины красной каймы губ у 3 пациентов.

Ключевые слова: трещина губы, рак губы.

Oncological vigilance in diseases of the mouth
I.M. Makeeva, M.V. Matavkina

Summary

The paper discusses the main causes of the difficulties in diagnosis of cancer of lips. Also highlights the key aspects of cancer suspicion in patient admission. Examples of the chronic recurrent malignancy crack red border of lips in 3 patients.

Keywords: cracklips, cancer lips.

Введение

Заболеваемость злокачественными опухолями в Российской Федерации неуклонно растет. Так, за последние 10 лет (с 2000 по 2010 гг.) число ежегодно регистрируемых больных злокачественными опухолями в стране увеличилось на 16%. Особенно увеличилось количество больных со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Если в 1985 г. этих больных на 100 тыс. жителей было 1,9–2,5 случаев, то в настоящее время их стало 6–9 [10].

Рак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта встречается довольно часто, на его долю приходится около 7% всех злокачественных опухолей [1, 6]. Злокачественные опухоли органов полости рта и ротоглотки, несмотря на доступность обследования, диагностируются в 70% случаев в III и IV клинических стадиях [11]. Поздняя диагностика злокачественных опухолей объясняется двумя основными причинами:

1. Несвоевременным обращением больных в лечебно-профилактические учреждения из-за низкого уровня санитарной культуры населения, их плохой осведомленностью о клинических признаках онкологического заболевания;

2. Недостаточной профессиональной подготовкой врачей-стоматологов в вопросах онкологии.

Понятие "онкологическая настороженность" включает [4, 9]:



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



М.В. Матавкина, аспирант, врач-стоматолог

Для переписки:
E-mail: marjana1985@mail.ru

1. Знание симптомов злокачественных опухолей в ранних стадиях;
2. Знание предраковых заболеваний и их лечение;
3. Знание принципов организации онкологической службы, что позволяет сразу направить больного с подозрением на опухоль по назначению;
4. Тщательное обследование каждого больного, обратившегося к врачу любой специальности с целью исключения возможного онкологического заболевания;
5. Предположение возможности атипичного или осложненного течения онкологического заболевания в трудных случаях диагностики.

Своевременная диагностика предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ является основным звеном профилактики рака.

Самым распространенным методом диагностики опухолей является цитологическое исследование, которое позволяет провести морфологическую верификацию злокачественных новообразований в 98%, доброкачественных – в 75% случаев [3, 7]. Лечение больных необходимо осуществлять не позднее 10 дней с момента установления диагноза.

У большинства больных раку предшествуют те или иные заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы, которые называют предраковыми [5]. Их возникновению способствуют в первую очередь травмы, особенно хронические, в том числе курение и жевание табака, бетеля, алкоголя. Травмы рассматриваются как внешние факторы канцерогенеза [2, 6].

Раку нередко предшествуют пролиферативные процессы, доброкачественные опухоли, хронические воспалительные заболевания, сопровождающиеся эрозиями, трещинами и язвами [5]. Предраковое заболевание существует длительное время (от нескольких месяцев до десятков лет), затем может перейти (но необязательно) в рак.

В зависимости от вероятности озлокачествления различают облигатные и факультативные предраковые заболева-



ния слизистой оболочки и красной каймы губ. Облигатные предраки имеют высокую вероятность озлокачествления; без своевременного лечения они, как правило, трансформируются в рак [5,6,8]. Многие из них уже с начала развития представляют cancerinsitu. Факультативные предраки не всегда приводят к развитию рака. Предраковые и фоновые заболевания красной каймы губ приведены в таблице 1.

Таблица 1. Предраковые и фоновые заболевания красной каймы губ

Облигатный предрак	Факультативный предрак	Фоновые заболевания
Бородавчатый или узелковый предрак	Кожный рог	Метеорологический и актинический хейлит
Ограниченный предраковый гиперкератоз	Кератоакантома	Хроническая трещина губ
Абразивный преинвазивный Меланоматоз	Папиллома	Постлучевой хейлит
	Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и КПЛ	Красная волчанка губ

Материалы и методы. Далее будут рассмотрены 3 случая возникновения злокачественных новообразований; пациенты наблюдаются в течение 5 лет с момента диагностирования онкологического процесса.

Проведено обследование 3 человек (2 мужчин и 1 женщина) от 35 до 73 лет. В последующем у всех установлен диагноз "рак губы". У всех пациентов онкологическому процессу предшествовало фоновое заболевание – хроническая рецидивирующая трещина губы. По различным причинам, в частности отказ от лечения, невыполнение рекомендаций, самолечение пациентов и т.д., лечение фонового заболевания не было доведено до конца.

Первоначально у всех больных трещина локализовалась длительное время в типичных участках губ: на нижней губе в центральной ее части, комиссуральные трещины. Клиническое обследование больных при первичном обращении проводилось по общепринятой методике и складывалось из опроса, осмотра пациентов. Собирался анамнез жизни и заболевания. Выявляли наличие перенесенных и сопутствующих заболеваний, вредных привычек, профессиональных вредностей. При наличии общесоматических заболеваний собирался анамнез определенного заболевания, определялись характер и тактика ранее проводимого лечения.

При пальпации регионарных лимфатических узлов оценивали их размеры, консистенцию, подвижность и болезненность. Исследовали подчелюстные, подподбородочные и шейные лимфоузлы.

При длительно существующих и упорно протекающих трещинах, эрозиях красной каймы губ и углов рта проводилось лабораторное бактериоскопическое исследование мазков с поверхности трещин. Забор материала проводился с поверхности трещины в виде отпечатка на предметном стекле.

Пальпаторно обследовали трещины, эрозии красной каймы губ, комиссур, оценивая их болезненность и плотность краев. Пальпация проводилась по методу бимануальной пальпации.

У всех 3 пациентов из анамнеза выявились длительно существующие трещины. Больные отмечали наличие трещины губы очень длительный период и даже не могли указать хотя бы примерное время первоначального возникновения клинических проявлений.

Также проводился детальный анализ психо-эмоциональной сферы пациентов с целью выявить наличие психо-патологических расстройств, главным образом депрессивные состояния, энцефалопатии и тревожно-фобические состояния. Рецидив заболевания, связанный с психо-эмоциональным напряжением, по нашему мнению, связан с тем, что после обострения психопатологического состояния особенно сильно проявлялась хроническая травма (неконтролируемое прикусывание губы, травма инородными предметами, самостоятельное устранение корочек и чешуек с поверхности красной каймы и т.д.). Соответственно анализ психо-эмоциональной сферы необходим с целью верификации возможного наличия хронической непроизвольной травмы красной каймы как одного из клинических проявлений психопатологического расстройства.

Общее состояние больного оценивали по объективным и субъективным критериям, результатам дополнительных лабораторных методов исследования, данным обследования у терапевта и других специалистов.

Все пациенты ранее обращались к стоматологу и лечились в основном консервативным методом с применением различных мазей (синтомициновой, метилурациловой, гидрокортизоновой). После лечения все больные отмечали кратковременный эффект. Одному из пациентов проводилось лечение с применением гелий-неонового лазера. Пациент отмечал кратковременное улучшение процесса, частичное уменьшение поражения. Однако в дальнейшем все пациенты единогласно отмечали возвращение всех клинических проявлений в полном объеме.

При осмотре пациентов на момент обращения по поводу патологических изменений красной каймы губ была выявлена следующая клиническая картина: на измененной красной кайме нижней губы плотная на ощупь бляшка. Кожа нижней губы и слизистая оболочка полости рта в двух случаях поражена вторично. У одного пациента новообразование выглядит как плотная бляшка, по периферии которой расположен валикообразный венчик. На поверхности роговые массы. После их удаления появляются кровоточащие эрозии и сосочковые разрастания. Диагностирована папиллярная форма рака губы (экзофитный рост). У двух пациентов на красной кайме губы расположена язва неправильной формы с неровным изъеденным дном и вывернутыми инфильтрованными краями, которые приподняты над поверхностью губы (экзофитный рост).

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Далее приведены краткие истории болезни по всем 3 пациентам.

История болезни № 1

Больной И., 71 год. В течение жизни злоупотреблял алкоголем, курение длительный период. Из сопутствующих заболеваний на момент госпитализации – энцефалопатия сложного генеза с эмоционально-волевыми нарушениями. Пациент неконтактен, иногда агрессивен.

Трещина появилась более 10 лет назад. Проводилось несистематизированное лечение путем аппликации мази ("Биомициновая", "Масло облепихи"). Летом трещина зажила, зимой рецидивировала. 3 года назад (2008 г.) на месте трещины появилась незаживающая язва, которая медленно увеличивалась в размерах. Больной обратился за консультацией в 2009 г., где совместно с врачом-онкологом клинкоморфологически диагностирован плоскоклеточный рак нижней губы. Летом 2009 г. проведен курс лучевой терапии на опухоль нижней губы и на пути лимфооттока с обеих сторон. В декабре 2009 г. проведен курс химиотерапии, однако, со слов больного, регресса опухоли не наступило. В январе 2010 г. госпитализирован в ГВКГ с диагнозом "Рак нижней губы" (подтвержден гистологически – $T_2N_0M_0$); 23.01.10 выполнена операция в объеме квадратная резекция нижней губы с пластикой кожно-апоневротическим лоскутом с височно-теменных областей, лимфаденэктомия поднижнечелюстных лимфоузлов шеи с обеих сторон. 20.02.10 и 05.03.10 выполнено отсечение и перемещение ножек забралообразного лоскута в височно-теменные области. Поступил повторно для закрытия дефекта волосистой части головы. 07.05.10 больному выполнена операция – пластика дефекта теменной области расщепленным кожным аутоотрансплантатом с передней поверхности правого бедра. Послеоперационный период без осложнений. Выписан на амбулаторное лечение хирурга поликлиники и последующее наблюдение онколога. На данный момент рецидив не обнаружен.

История болезни № 2

Больная К., 72 года. Длительное время работа была связана с пребыванием на улице. Со слов пациентки, трещина нижней губы появилась очень давно, точное время появле-

ния определить не может. Систематизированного лечения не проводилось. Пациентка самостоятельно применяла аппликации лекарственных мазей ("Гентамициновая", Бальзам Шостаковского). Терапевтический эффект был кратковременным, и трещина появлялась снова. В течение года трещина сохранялась даже в те периоды, когда обычно она сама исчезала (весенне-летний период). Исчезла болезненность, при пальпации ощущалось плотное основание внутри толщи губы. В 2007 г. на консультации в ГВКГ диагностирован "Рак нижней губы", $T_2N_0M_0$. Проведен курс рентгенотерапии по условно радикальной программе. Полный регресс опухоли. Пациентка отпущена под наблюдение. Спустя 6 месяцев отмечен рецидив. В 2007 г. по поводу рецидива рака проводилось хирургическое лечение. В 2009 г. диагностирован красный плоский лишай с поражением слизистой оболочки полости рта, рецидив рака отсутствует. Находилась постоянно под динамическим наблюдением врачей ЛДЦ. В 2010 г. при плановом осмотре в ретромюлярной области слева выявлен участок утолщения слизистой с гиперкератозом на поверхности эпителия. При гистологическом исследовании биопсийного материала диагностирован плоскоклеточный рак.

При проведенном обследовании данных на наличие регионарных и отдаленных метастазов не выявлено.

Сопутствующие заболевания – гипертоническая болезнь 2 стадии (риск 4). ИБС. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.

В связи с небольшим размером опухоли, отсутствием регионарных и отдаленных метастазов, возрастом больной изначально принято решение о прохождении расщепленного курса в 2 этапа близкофокусной рентгенотерапии на опухоль полости рта. Данный этап не принес положительных результатов.

16.08.10 больной выполнена операция – верхнее фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи слева, удаление опухоли слизистой оболочки ретромюлярного треугольника с краевой резекцией прилежащей части альвеолярного отростка нижней челюсти.

В ноябре 2010 г. появилась язва в области послеоперационного рубца на слизистой оболочке левой щеки.

Рис. 1. Вид больного при поступлении в ГВКГ



Рис. 2. Забор кожно-апоневротического лоскута



Самостоятельно обратилась за медицинской помощью в ГВКГ. Госпитализирована для обследования и лечения. При осмотре – в ретромюлярной области слева с переходом на слизистую щеки имеется послеоперационный рубец без признаков воспаления. Ближе к левому углу рта на слизистой щеки имеется новообразование плотной консистенции.

3.12.10 выполнена биопсия опухоли левой щеки. При гистологическом исследовании диагностирован плоскоклеточный рак. С учетом предыдущего лучевого лечения, наличия рубцовой деформации нижней губы выполнить одномоментно операцию удаления опухоли и закрытия дефекта не представлялось возможным. 13.12.10 больной под общим обезболиванием выполнена операция – формирование дубликатурного лоскута в области лба. 22.12.10 – удаление опухоли левой щеки, закрытие дефекта щеки, угла рта, верхней и нижней губ дубликатурным лоскутом.

31.01.11 выполнена операция – деротация лоскута в лобную область. Течение послеоперационного периода гладкое.

На данный момент пациентка находится под наблюдением онколога (амбулаторно). На сегодняшний день рецидив отсутствует.

История болезни № 3

Больной Ю., 62 года. По роду работы длительное нахождение в неблагоприятных метеорологических условиях. Вредные привычки – курение (сигареты, иногда трубка). Появление трещины нижней губы отметил первый раз около 15 лет назад. Систематизированного лечения не проводилось. Иногда пациент самостоятельно проводил лечение путем аппликаций мази, отмечал улучшение, но кратковременно. В весенне-летний период клинические проявления устранялись самостоятельно. Впервые отметил изменения около года назад (2008). В течение 6 месяцев новообразование увеличивалось в размерах. Больной самостоятельно обратился за консультацией. При поступлении в ГВКГ – конфигурация лица изменена за счет наличия опухолевого инфильтрата в области нижней губы слева, распространяющегося на угол рта, с выраженным инфильтративным ростом, признаками распада, кровоточащего и болезненного при зондировании. В подчелюстной области слева пальпируется

одиночный, подвижный, безболезненный лимфоузел 1,5 см в диаметре. При проведенном обследовании регионарные и отдаленные метастазы не выявлены.

Клинический диагноз – рак нижней губы T₃N_xM₀ с распространением на угол рта слева. Сопутствующие заболевания – диффузный жировой гепатоз. Гипертоническая болезнь 11 ст. Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза.

В плане комбинированного лечения проведен курс предоперационной дистанционной гамма-терапии на опухоль и пути лимфооттока шеи с обеих сторон. 10.06.09 больному выполнена операция – формирование ротируемого кожно-жирового лоскута в теменной области слева. 22.06.09 выполнена операция – удаление опухоли с замещением дефекта ротированным кожно-апоневротическим лоскутом. Заживление послеоперационных ран первичным натяжением. 20.07.09 выполнена операция: отсечение и распластывание питающей ножки, закрытие дефекта теменной области, формирование левого угла рта. Послеоперационное течение без особенностей. На данном этапе рецидив отсутствует, пациент находится на амбулаторном наблюдении у онколога.

Результаты. На данный момент все пациенты находятся под наблюдением онколога, амбулаторно. В первый год после оперативных вмешательств следовала госпитализация в стационар с целью обследования на предмет возникновения рецидива. На данном этапе ни у кого из пациентов рецидив не выявлен. С пациентами проведена беседа относительно рекомендаций и дана исчерпывающая информация о важности и необходимости своевременного освидетельствования у онколога.

Заключение. На основании вышеприведенных данных можно сделать заключение, что пациенты очень редко вовремя обращаются за помощью, а потому госпитализация осуществляется на поздних стадиях развития онкологического процесса. В целях профилактики необходимо повышать санитарно-гигиенический уровень населения, информировать о первичных проявлениях злокачественных образований челюстно-лицевой области. На амбулаторных приемах врачи-стоматологи должны объяснять пациенту, чем опасно курение (не только общесоматические позиции), хрониче-

Рис. 3. Отсечение и перемещение ножек забральной лоскута в височно-теменные области



Рис. 4. Пластика дефекта теменной области расщепленным кожным аутоотрансплантатом



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

ские травмы красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта и т.д. Также информирование может вестись через общеобразовательные фильмы, плакаты. На данном этапе появился некоторый прогресс в этой области. Совместно с национальным проектом "Здоровая нация" проводятся бесплатные консультации пациентов, информативные лекции с видеоматериалами.

Врач-стоматолог общего профиля обязан владеть теоретическими и практическими навыками диагностики злокачественных образований полости рта; своевременная отправка пациента на необходимые исследования поможет ему в дальнейшем избежать травмирующих операций, интенсивной химиотерапии и существенно повысит шансы пациента на полное выздоровление.

Литература

1. Агапов В.С. Онкологические заболевания челюстно-лицевой области. Методическое пособие для студентов стоматологического факультета. – М.: Медицина, 2000. – 155 с.
2. Брусенина Н.Д. Хронические рецидивирующие трещины губ. Клиника, диагностика, лечение. – М.: Медицина, 2002. – 41 с.
3. Карапетян Е.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли

и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи. – М: Медицинское информационное агентство, 2004. – 232 с.

4. Робустова Т.Г., Карапетян И.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 2001. – 686 с.
5. Савкина Г.Д. Хейлиты и другие поражения губ. – М.: Медицина, 2003. – 180 с.
6. Шаргородский А.Г., Руцкий Н.Ф. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. – М.: ВУНМЦ, 1999. – С. 122–125.
7. Das N., Majumder J. and DasGupta U.B. ras Gene mutations in oral cancer in eastern India // Oral oncology. – 2000. – Vol. 36, Issue 1. – P. 76–80.
8. Perineura dissemination in labial carcinoma / L. Naval, J. Fraga, C. Lopez Elzaudia et al. // rev StomatolChirMaxillofac. – 2004. – Vol. 91, № 1. – P. 65–69.
9. Pogoda J.M. Solar radiation, lip protection and lip cancer risk in Los Angeles County Women (California, United States) / J.M. Pogoda, S. Preston-Martin // Cancer Causes Control. – 2005. – Vol. 7, № 4. – P. 458–463.
10. Scheifele Christian and Reichart Peter A. Is there a natural limit of the transformation rate of oral leukoplakia? // Oral Oncology. – 2003. – Vol. 39, Issue 5, P. 470–475.



Рис. 5.
Внешний вид пациентки после первого хирургического вмешательства



Рис. 8. Удаление опухоли левой щеки, закрытие дефекта щеки, угла рта, верхней и нижней губ дубликатурным лоскутом на питающей поверхностной височной артерии (А)



Рис. 6.
Этап хирургического вмешательства при рецидиве рака красной каймы губы (2007)



Рис. 9.
Объем иссекаемых тканей



Рис. 7.
Этап хирургического вмешательства при рецидиве рака красной каймы губы (2007)



Рис. 10. Замещение дефекта ротированным кожно-апоневротическим лоскутом (А), (Б)

ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ ДИЗАЙН

- Цилиндрические имплантаты с конусовидной вершиной
- Резьба с двойным входом
- Пористая поверхность Titaniumfix
- Доступны имплантаты требующие монтажа и без (в соответствии с линией)
- Показания для костной ткани 1, 2, 3 и 4 типов
- Выбор опции для защитного интерфейса: внешний и внутренний шестигранники и CM





На конференции "Опережая время. Вопросы пародонтологии"

22 апреля 2012 г. в Центре Digital October (Берсенеvская наб., 6) прошла конференция "Опережая время", посвященная вопросам пародонтологии и организованная отделом профессиональных стоматологических программ компании Procter & Gamble.

С приветствием к участникам конференции обратилась генеральный директор Procter & Gamble в Восточной Европе П. Лопес.

С докладами выступили:

О.О. Янушевич, ректор МГМСУ, главный специалист-стоматолог МЗ РФ, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор — "Распространенность заболеваний пародонта среди населения России";

О.С. Гилева, зав. кафедрой пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний Пермской гос. мед. академии, д.м.н., профессор — "Микробные биопленки и их роль в развитии воспалительных заболеваний пародонта";

Р.М. Муратов, руководитель отделения неотложной хирургии приобретенных пороков сердца НЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, д.м.н. и М.А. Саркисян, доцент кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний МГМСУ, д.м.н. — "Воспалительные заболевания пародонта как фактор риска развития патологии сердечно-сосудистой системы";

Д. Уайт, ведущий специалист отдела передовых технологий и инноваций компании Procter & Gamble, Цинциннати, США, химик-технолог — "Стабилизированный фторид олова и полифосфаты в составе новой зубной пасты Blend-a-med Pro-Expert Clinic Line Защита Десен";

С. Фаррелл, руководитель департамента по клиническим исследованиям стоматологической продукции компании Procter & Gamble, Цинциннати, США — "Клинические исследования в области эффективности и безопасности стабилизированного фторида олова".

У участников конференции, представляющих стоматологическую общественность России и стран СНГ, вызвали большой интерес сделанные доклады и представленная компанией Procter & Gamble система защиты десен и инновационная зубная паста Blend-a-med Pro-Expert Clinic Line Защита Десен, предотвращающая проблемы с деснами и уменьшающая количество очагов кровоточивости благодаря содержанию стабилизированного фторида олова и полифосфатов.

Программа конференции включала также мастер-классы и дружеский ужин.



Генеральный директор Procter & Gamble в Восточной Европе П. Лопес



Ректор МГМСУ, профессор О.О. Янушевич



Зав. кафедрой пропедевтики и физиотерапии стомат. заболеваний ПГМА, профессор О.С. Гилева



Руководитель отделения неотложной хирургии приобретенных пороков сердца НЦССХ им. А.Н. Бакулева, д.м.н. Р.М. Муратов



Ведущий специалист, химик-технолог Д. Уайт (США)



Руководитель департамента компании Procter & Gamble С. Фаррелл (США)



Общение с роботом в перерыве между докладами. Слева направо: гл. редактор журнала "Стоматология для всех" А.В. Конарев, менеджер отдела проф. программ компании Procter & Gamble М. Кобахидзе, к.м.н. Э.Б. Сахарова (Москва) и президент Стоматологической ассоциации Калининградской области Е.Б. Волков



Во время дружеского ужина перед участниками конференции выступили музыканты группы "Браво"



Круглый стол "Настоящее и будущее российской стоматологии"

10 апреля 2012 г. в издательском доме "Комсомольская правда" прошел Круглый стол "Настоящее и будущее российской стоматологии", в котором приняли участие О.О. Янушевич, ректор МГМСУ, профессор, главный специалист стоматолог Минздрава РФ; В.Д. Вагнер, президент Стоматологической Ассоциации России (СтАР), зам. директора ЦНИИС и ЧЛХ, профессор; А.В. Погожева, д.м.н., профессор НИИ питания РАМН; Л.Н. Максимовская, профессор, д.м.н., зав. кафедрой стоматологии общей практики ФПДО, вице-президент СтАР; В.К. Леонтьев, профессор, академик РАМН; Г.Л. Сорокоумов, президент "Клуба 32", проректор, зав. кафедрой ортопедической стоматологии НОУЧ МСИ, д.м.н., профессор; Е.В. Чурикова, клинический психолог консультативного центра "Harpy People"; О.Б. Лысенко, менеджер по медицинскому маркетингу компании "GlaxoSmithKlin".

Модератором Круглого стола была Е.М. Ионова, зав.

Слева направо: Е.В. Чурикова, В.К. Леонтьев, Г.Л. Сорокоумов, А.В. Погоджаева, Е.М. Ионова



отделом "Здоровье" газеты "Комсомольская правда".

Для обсуждения были подняты вопросы:

- С какими проблемами чаще всего приходится сталкиваться стоматологам и их пациентам?
- Как изменились лечебная стоматология и протезирование за последние годы?
- Что поможет улучшить качество стоматологического обслуживания?
- Как предотвратить развитие стоматологических заболеваний и сохранить зубы здоровыми?
- Какое питание способствует здоровью зубов?
- Каковы пути улучшения качества подготовки специалистов-стоматологов и ряд других.

В Круглом столе приняли участие представители СМИ: "Медицинский вестник", "Здоровье", "Вестник МГМСУ", "РИА-Новости", "ИТАР-ТАСС", "Сити-FM", "Медикфорум", "Утро.ru", "МедЗапрос.ру" и др.

Слева направо: О.О. Янушевич, Л.Н. Максимовская, В.Д. Вагнер, О.Б. Лысенко



Симпозиум "Квинтэссенция в Сколково"

19–20 мая 2012 г. в Московской школе управления Сколково состоялся 7-й Международный симпозиум "Квинтэссенция".

Научная программа симпозиума была представлена на 4 сессиях (имплантологии, эндодонтии, ортодонтии, зуботехники), включала лекции ведущих клиницистов и ученых из Италии, Германии, Израиля, России, США, Кореи, других стран и была проведена на суперсовременной площадке иннограда "Сколково".

*Вступительное слово
председателя оргкомитета
З. Мусаеляна*



*Участники симпозиума
в Большом зале школы
управления Сколково*



*Во время проведения сессии
по эндодонтии*



Визит в Москву президента Всемирной федерации стоматологов (FDI) г-на Орландо да Силва

22–25 апреля 2012 г. состоялся визит в Москву президента Всемирной федерации стоматологов (FDI) г-на Орландо да Силва (Португалия).

Г-н Орландо да Силва побывал на мероприятиях форума "Стоматологический салон 2012", выступил перед участниками Всероссийской научно-практической конференции и на заседании Совета СТАР, встретился с руководителями СТАР и РОСИ, принял участие в заседании рабочей группы ERO FDI "Интеграция", посетил ЦНИИС и ЧЛХ и МГМСУ.

На переговорах главного стоматолога Минздрава РФ, ректора МГМСУ, проф. О.О. Янушевича с г-м Орландо да Силва были затронуты вопросы развития стоматологического образования в России и в мире, взаимодействия СТАР, РМО, FDI, качества оказания стоматологической помощи населению в условиях изменений в российском законодательстве, сотрудничества МГМСУ и FDI, реализации проекта развития МГМСУ с перспективой выведения МГМСУ в число лучших центров стоматологического образования в Европе и мире и ряд других проблем.



На форуме "Стоматологический салон 2012"



На переговорах президента FDI г-на Орландо да Силва (Португалия) и ректора МГМСУ, главного стоматолога Минздрава РФ, проф. О.О. Янушевича



Президент FDI г-н Орландо да Силва, Португалия (справа)



Во время посещения президентом кафедры факультетской хирургической стоматологии МГМСУ (зав. кафедрой – проф. А.М. Панин)



Во время посещения ЦНИИС и ЧЛХ



Слева направо: В.Д. Вагнер, Л.Н. Максимовская, Орландо да Силва, И.С. Бочковский



Президент FDI г-н Орландо да Силва и гл. редактор журнала "Стоматология для всех" А.В. Конарев

Perma Evolution

Постоянный пломбировочный материал для заполнения корневых каналов
Оптимальная простота использования и отличная биосовместимость

Материал сочетает проверенную технологию эпоксидной химии с инновационными разработками. Продукт выпускается с интегрированными микрокапсулами, содержащими новый реактивный адгезив, чтобы двухкомпонентный материал стал более упругим и жестким. Герметик обладает бактерицидным эффектом в жидкой фазе, что обеспечивает защиту от возникновения повторной инфекции. Тщательно отобранные природные наполнители обеспечивают надежное соединение герметика с дентином.



ALFRED BECHT GMBH



129626, Москва, пр. Мира, 124, корп.10
тел./факс: +7(495)785-37-43
191119, Санкт-Петербург, Звенигородская ул., 2/44,
тел./факс: +7(812)712-43-04, 327-21-77
Интернет-магазин: www.coralspb.ru

Поздравляем!

21 мая 2012 г. исполнилось 50 лет со дня рождения заведующего кафедрой ортопедической стоматологии ФПДО МГМСУ, доктора медицинских наук, заслуженного врача РФ, лауреата Государственной премии РФ, профессора Т.И. Ибрагимова.

Т.И. Ибрагимов — автор 211 научных публикаций, 17 патентов на изобретения, 30 учебников, учебных и учебно-методических пособий, монографий по стоматологии, врач-стоматолог ортопед высшей врачебной категории, зав. ортопедическим отделением клиники ФПДО МГМСУ, владеет методиками изготовления всех видов конструкций зубных протезов, включая CAD/CAM технологии, регулярно проводит консультации и консилиумы на кафедре и в челюстно-лицевом госпитале участников войн и вооруженных конфликтов г. Москвы.

Редакция журнала "Стоматология для всех" выражает поздравления и наилучшие пожелания юбиляру!



Т.И. Ибрагимов

Как подписаться на журнал "Стоматология для всех"

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

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

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

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

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

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

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

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

Информация для авторов

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

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

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

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

Главный редактор: Конарев Александр Васильевич

Подписано в печать: 8 июня 2012 г.

PEOPLE HAVE PRIORITY

W&H

Анесто работает быстрее!

Опережая время:

внутрикостная анестезия с Anesto

2012



1871



Применение: Инновационная, щадящая система
для введения внутрикостной анестезии.
Экономит ваше время!

anesto

Представительство W&H
в Москве:

Тел. 495/ 229 33 75
Факс: 495/ 933 27 57

E-mail: info.ru@wh.com
Web-site: www.wh.com/ru-cis

Импортёры
фирмы W&H:

Дентекс, Москва
Тел. 495/ 974 30 30

ОМТ, Москва
Тел. 495/ 223 15 60, 495/ 933 27 50

Эксподент, Москва
Тел. 495/ 332 03 16, 495/ 784 74 51

Уралквadroмед, Екатеринбург
Тел. 343/ 262 87 50, 343/ 262 88 51

Дистрибуция в Санкт-Петербурге –
Альянс-Медэкспресс: 812/ 326 29 17

Добро пожаловать в третье измерение! Вместе с Orthophos XG 3D

- Сочетание 2D- и 3D-технологий для решения широкого спектра задач
- Беспрецедентная точность диагностики за счет использования автоматического позиционирования пациента, а также за счет алгоритмов ASTRA и MARS
- Встроенная библиотека имплантатов ведущих производителей. Экспорт информации в формате DICOM позволяет просто и эффективно использовать полученные данные в любом другом диагностическом программном обеспечении
- Интеграция с CAD/CAM-системами – уникальная технология одновременного ортопедического и хирургического планирования



ООО «Сирона Денталь Системс»
115054, г. Москва, ул. Дубининская,
д. 53, стр. 5, офис 102
Телефон +7 (495) 725 10 87
Факс +7 (495) 725 10 86
www.sirona.ru

Более 20 000 стоматологов во всем мире доверяют системам ORTHOPHOS. Сочетая преимущества двух- и трехмерных рентгеновских систем, ORTHOPHOS XG 3D обеспечивает наилучшее качество снимков при минимальной дозе облучения, что, наряду с интуитивным программным обеспечением и интегрированным рабочим процессом, делает его идеальным выбором для любой клиники. **Все получится. Вместе с Sirona.**