

Может ли одна и та же компания одновременно быть и символом стабильности, и двигателем прогресса?



**KODAK Dental Systems.**

**Новая корпоративная структура на стоматологическом рынке.**

Уже более 100 лет компания Kodak является мировым лидером в области плёночной визуализации. Основа нашего успеха в том, что мы всегда внимательно прислушиваемся к мнению почитателей нашей продукции и стараемся максимально удовлетворять их запросы. По мере развития современных технологий и появления более высоких требований к потребительским качествам продукции, мы стараемся широко использовать многолетний опыт и ресурсы компании Kodak для развития новых направлений.

После недавнего приобретения компанией Kodak фирм Trophy Radiologie и PracticeWorks, Inc. у врачей-стоматологов появилась уникальная

возможность получения новейшего цифрового рентгеновского оборудования, высококачественных расходных материалов и программного обеспечения для стоматологической практики от одного производителя - Kodak Dental Systems.

Ваш успех - это неотъемлемая составляющая успеха Kodak Dental Systems. Все наши усилия направлены на то, чтобы он и впредь оставался непреходящим.

Для получения более подробной информации обращайтесь по тел. (095) 929 91 66 или на сайт [www.kodak.com/dental](http://www.kodak.com/dental)

Плёночная визуализация | Цифровая визуализация | Сервис



© Eastman Kodak Company, 2004.  
Kodak is a trademark of Eastman Kodak Company.



# СОДЕРЖАНИЕ

СТОМАТОЛОГИЯ

ДЛЯ ВСЕХ

International Dental Review



Стоматологическая  
Ассоциация  
России

**Редакционный совет:**

Азрельян Б.А., Алимский А.В.,  
Бажанов Н.Н., Барер Г.М.,  
Безруков В.М., Боровский Е.В.,  
Вагнер В.Д.,  
Глазов О.Д., Дунаев М.В.,  
Козлов В.И., Колесник А.Г.,  
Кузьмина Э.М., Мажева И.М.,  
Максимовский Ю.М.,  
Максимовская Л.Н.,  
Пахомов Г.Н., Полуев В.И.,  
Рожков И.А., Сахарова Э.Б.,  
И. Хен (Израиль)

**Редакционная коллегия:**

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

**Главный редактор:**

Конарев А.В.

**Совет попечителей:**

Президент компании «Н. Селла»  
Ашуров Б.А.  
Генеральный директор  
Профессорской  
стоматологической клиники  
Лебедев А.В.  
Президент Стоматологического  
центра «Клуб 32»  
Сорокоумов Г.Л.

## ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

### Ортопедическая стоматология

- Температура твердых тканей зуба в процессе их  
препарирования алмазными борами. С.И. Сухонос,  
Д.М. Михайлов, Д.Н. Вовк, А.В. Панасенко 4
- Одонтома альвеолярного отростка верхней челюсти —  
причина диагностических ошибок (клиническое  
наблюдение). И.А. Денисова, В.М. Гринин 10
- Клинический случай зубопротезирования на имплантатах  
с применением аттачмена МК-1, на балке с вторичной  
частью, изготовленной гальваническим методом.  
Р.Ю. Куликов, Н.В. Бондарев 12

### Терапевтическая стоматология

- Аллергические реакции на местные анестетики и методы их  
диагностики. К.А. Лебедев, И.Д. Понякина, А.В. Митронин,  
Л.Г. Саган, М.Е. Горчаков, М.И. Годунова 16
- Опыт стоматологического обследования и лечения детей  
детского дома г. Хотьково и специнтерната «Звонкие горы»  
г. Лобни Московской области. О.С. Ковылина,  
Е.А. Савинова 24
- Врачебная тактика при оказании стоматологической помощи  
больным опийной наркоманией на амбулаторном приеме.  
В.М. Семенюк, И.В. Струев, Д.В. Четвериков,  
В.Е. Высокогорский 26
- Показатели тактильной и болевой чувствительности десны  
как ранний и патогномичный признак опийной  
зависимости. И.В. Струев 30
- Изменения коагуляционного звена системы гемостаза  
у больных хроническим генерализованным пародонтитом в  
сочетании с заболеваниями гастродуоденальной области.  
В.Ю. Широков 32
- Восстановление эмали в процессе отбеливания зубов?  
Алекс Вавилук 35
- Клиническая эффективность препаратов «Стоматидин» и  
«Лизобакт» в комплексном лечении больных  
генерализованным пародонтитом. Н.Ф. Данилевский,  
Л.Ф. Сидельникова 38
- Гигиена полости рта
- Оценка содержания фторида в образцах различных зубных  
паст. В.Н. Беля, А.А. Дабузов 42



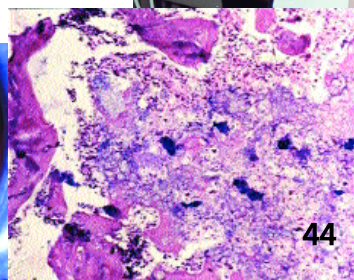
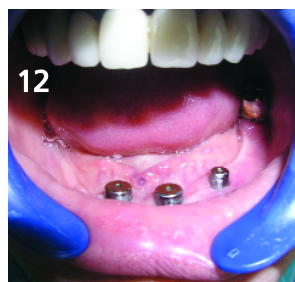
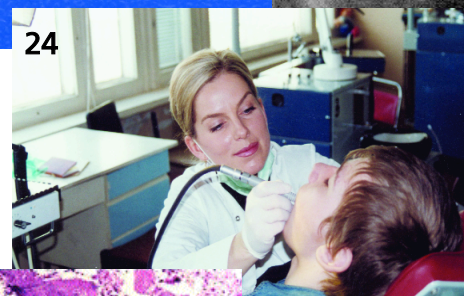
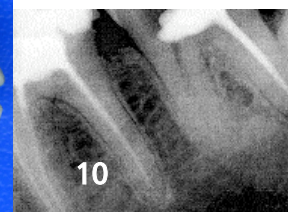
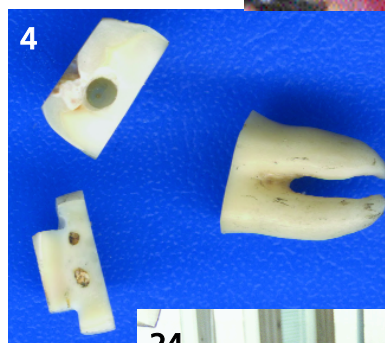
## Хирургическая стоматология

Остеоиндуктивные свойства новых материалов, разрабатываемых НПО «ПОЛИСТОМ». К.С. Десятниченко,

- 44 Н.А. Слесаренко, С.Г. Курдюмов, А.И. Торба  
Опыт и перспективы применения «Cerasorb®»  
при удалении зубов у работников  
50 газодобывающего комплекса. С.В. Зубов,  
С.А. Заславский, Р.С. Заславский

## СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ

- 54 Основные структуры и мероприятия  
Стоматологической Ассоциации России  
58 10 лет компании «Стома-Денталь»  
60 Чемпионат стоматологического мастерства-2005



**Обложка и макет** —  
Михаил Туркатенко  
**Компьютерный набор** —  
Александр Толмачев  
**Редактор** —  
Ирина Мерцалова  
**Корректор** —  
Маргарита Пожидаева  
**Фотографии** —  
Андрей Есюткин

**Допечатные процессы** —  
Дизайн-бюро «ТакМак»

### Адрес редакции:

Россия, 121099, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 34  
**Телефон/факс:** (095) 205-74-24, 681-58-79  
**E-mail:** sdv@ane.ru **Интернет:** www.sdv.ru

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

### Учредитель:

ООО «Редакция журнала «Стоматология для всех»

Журнал зарегистрирован  
в Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания  
и средств массовых коммуникаций

Свидетельство о регистрации № 016367 от 15 июля 1997 г.



## Ортопедическая стоматология

# Температура твердых тканей зуба в процессе их препарирования алмазными борами\*

С.И. Сухонос, к.т.н.

Д.М. Михайлов

Д.Н. Вовк

А.В. Панасенко

ООО "Центр новых технологий  
"НС" (г. Москва)

Зубы до начала экспериментов хранились в физрастворе в холодильнике. Поскольку разные зубы имеют различную форму и различные размеры, то использовать их без подготовки для испытаний не представляется правильным. Поэтому каждый зуб проходил предварительную подготовку (рис. 5):



Рис. 5

ния и подготовки из них образцов обеспечивала максимально одинаковые условия для испытаний различных боров и максимально приближенные к реальным условиям образцы зубов.

Выбор скорости подачи (13 мм/мин.) и глубины одного прохода (0,4 мм) вращающегося бора обусловлен рекомендациями врачей-стоматологов, а также реальными возможностями выбора реальной подачи на фрезерном станке данного типа.

Для сравнения характеристик экспериментальных боров "МонАлиТ" были выбраны эталонные боры, с которыми можно было бы сравнивать их параметры. Выбор эталонных боров определялся следующими требованиями:

- это должны были быть боры известных зарубежных фирм-производителей;
- боры должны быть хорошо известны отечественным стоматологам.

По рекомендациям стоматологов были выбраны боры двух известных фирм, названия которых здесь не раскрываются из-за возможной косвенной антирекламы, поэтому им даны условные названия: "Импорт-1" и "Импорт-2".

Выбор размеров боров также осуществлялся исходя из условий эксперимента и наиболее традиционных форм боров. Поэтому были выбраны боры диаметром 1,8 мм цилиндрической формы (фиссура).

Выбор зернистости боров осуществлялся также по рекомендациям врачей-стоматологов. Как правило, для препарирования зубов перед протезированием и обработки краев кариозной полости используются боры двух зернистостей: средней (код ИСО 524) и мелкой (код ИСО 514), что соответствует размеру зерен порядка 90—120 мкм и 40—50 мкм.

Проведение экспериментов по обработке зубов с подачей воды в зону обработки показало, что максимальная температура на максимальном приближении бора к термопаре не превышает 21°C для всех видов боров без исключения. В дальнейшем дополнительные эксперименты с борами типа "МонАлиТ" показали, что температура обработки этими борами при

1) Сначала у него отпиливались корни.

2) Затем он распиливался в вертикальной плоскости на 2 половинки.

3) Каждая половина просверливалась сверлом, диаметром 1 мм, чтобы образовался канал для ввода термопары. Глубина канала при этом фиксировалась таким образом, чтобы расстояние до верхней точки эмалевой (боковой) поверхности зуба было 1,4 мм. Такая глубина обеспечивала возможность осуществить три прохода бором по 0,4 мм и оставить до термопары слой в 0,2 мм.

4) Каждый образец фрезеровался таким образом, чтобы площадка для обработки была одинаковой — 6х6 мм.

Описанная выше методика отбора зубов, их хране-

\* Окончание. Начало — в № 2'2005, с. 24—27





интенсивном охлаждении также находится в диапазоне 18—21°C. Это свидетельствует о том, что интенсивное охлаждение зоны обработки зуба снижает температуру зуба до температуры подаваемой воды. Надо при этом отметить, что данная температура характерна для мертвого зуба, а для живого зуба пациента она, скорее всего, не опускается ниже 35°C.

На первый взгляд, данный результат показывает, что обработка любым видом бора безопасна для тканей зуба. Поэтому выбор типа бора и его качественные характеристики не играют здесь никакой роли. Но есть четыре причины, по которым данный результат не следует интерпретировать таким образом:

1) Возможна кратковременная остановка подачи воды, что приведет к работе бора всухую.

2) В отдельных труднодоступных местах вода может

не попадать непосредственно в зону обработки зуба.

3) Характер прилегания бора к поверхности зуба может быть таким, что при очень высокой скорости вода может не попадать непосредственно в зону контакта бора с поверхностью зуба. В результате средняя температура зуба может быть низкой, а локальная температура в зоне обработки — выше.

4) Современные технологии изготовления инструментов позволяют существенно поднять скорость обработки зубов, следовательно, увеличить скорость съема его материала. А это должно приводить к увеличению температуры. Поэтому важно иметь максимально больший запас температуры для обеспечения ее в момент обработки в диапазоне требуемых параметров.

Исследования работоспособности лучших импортных боров были так же проведены на стенде по описан-

ной выше методике. Результаты испытаний боров "Импорт-1" представлены в таблице 1.

Средние показатели температуры для боров типа "Импорт-2" составили — 55, 84 и 105°C при расстоянии 1,0, 0,6 и 0,2 мм соответственно.

Анализ результатов испытаний показывает, что боры "Импорт-1" дали более высокую температуру, чем аналогичные боры "Импорт-2". Испытания боров тех же фирм, но с мелким зерном, показали, что в среднем температура повышается на 6°.

Общая температура (105—120°C) для всех четырех типов лучших импортных боров находится при сухой обработке далеко в зоне опасного воздействия на пульпу и ткань зуба, но эти детали не имеют принципиального значения. Более того, в отдельных случаях (см. табл. 1) максимальная температура для отдельных зубов превышает средний показатель на 10—38°.

**Табл. 1**

Тип бора: "Импорт-1"								
Бор № 1								
Расстояние до поверхности, мм	№ зуба						Диапазон, °C	Сред. темп., °C
	1	2	3	4	5	6		
1	84	76	71	62	66	69	62—84	72
0,6	122	118	106	105	102	88	88—122	107
0,2	148	132	128	124	127	130	124—148	132
Бор № 2								
	1	2	3	4	5	6		
1	54	55	48	43	39	56	39—55	48
0,6	118	88	86	76	78	98	76—118	89
0,2	122	112	111	92	112	112	92—122	110
Бор № 3								
	1	2	3	4	5	6		
1	48	62	61	54	47		46—62	54
0,6	79	87	84	86	82		79—86	84
0,2	96	111	101	118	99		96—118	105
Бор № 4								
	1	2	3	4	5	6		
1	51	49	47	41	42		41—51	46
0,6	88	89	87	83	89		83—89	87
0,2	121	118	108	104	102		102—121	110
Средние параметры по 4 борам								
							Диапазон, °C	Сред. темп., °C
1							39—84	55
0,6							76—122	92
0,2							92—148	114

### Разработка новых конструкций боров с применением технологии вакуумно-диффузионной сварки

На первом этапе был разработан простой аналог импортных боров. Он был изготовлен по обычной технологии, по которой изготавливались ранее все инструменты данного типа для лабораторных целей. Клинические испытания показали, что данный бор работает, но не обеспечивает необходимой скорости съема материала. Проверка его на стенде показала, что в условиях жесткой подачи он вообще останавливался, что свидетельствовало о его низкой абразивной способности. Этот отрицательный результат оказался неожиданным. Для изготовления данного инструмента использовался такой же алмаз такой же зернистости (125/100), как и для импортных образцов.

Изучение поверхности бора показало, что причина такой низкой режущей способности заключается как раз в предельной регулярности расположения зерен на его поверхности. В результате такого расположения зерен пространство между ними слишком мало для хорошего отвода отработанного материала. А отсутствие выступающих над поверхностью отдельных алмазных зерен дополнительно снижает абразивную способность бора.

Для увеличения абразивной способности на втором этапе были изготовлены боры с более крупным алмазом — 544 (200/160 мкм). Их клинические испытания показали, что абразивная способность бора выросла, но незначительно. Стендовые испытания привели к полной неудаче — боры не работали и останавливались.

В процессе проведения экспериментальных исследований было установлено, что технология вакуумно-диффузионной сварки, которая дает преимущества при небольших скоростях вращения и достаточно больших давлениях, в лабораторных работах не может быть использована без существенной модификации для обычных турбинных боров. Повышение скорости до 300.000 об/мин и снижение давления на бор приводит к тому, что алмазные боры работают по поверхности лишь своими вершинами, плотное заполнение рабочей поверхности этими вершинами зерен не позволяет им углубляться при небольших давлениях и снимать приемлемый слой материала. Если же давление и глубина врезания бора устанавливается чисто механически, то бор быстро забивается отходами эмали и перестает работать вообще.

Следовательно, выявлена необходимость создания между алмазными зернами пустого пространства, куда бы могли выходить отходы материала и одновременно увеличить давление на отдельные алмазные зерна. Для решения этой задачи было решено перейти от боров с полностью заполненной алмазами поверхно-

стью к борам с частично заполненной алмазами поверхностью. Для этого было решено создать винтовую алмазную поверхность на борах типа "МонАлиТ". Такие боры получили название "Торнадо". Все боры "Торнадо" изготавливались примерно в тех же размерных границах: диаметр наружной части — 1,8 мм, длина рабочей части — 6 мм (рис. 6). Размер алмазных зерен в пределах 90—125 мкм.

Первые три формы "Торнадо" показали более качественные результаты при клинических испытаниях, однако на стендовых испытаниях они так же не работали и останавливались.

Анализ причины показал, что площадки с алмазными зернами были слишком широкими, и поэтому давление на отдельные зерна было столь же недостаточным для начала активного абразивного съема эмали зуба. Поэтому была разработана конструкция спеченного "Торнадо" с минимальной шириной площадки для алмаза.

Испытания нового вида бора в клинике показали, что он приближается по своим абразивным способностям к импортным борам, стендовые испытания "Торнадо" с минимальной шириной площадки показали ее работоспособность, причем средняя температура уже находилась в пределах средних температур импортных аналогов, хотя была еще несколько выше. При этом средние показатели температуры составили — 51, 76 и 93°C при расстоянии 1,0, 0,6 и 0,2 мм соответственно.

Эти результаты подтвердили правильность направления поиска и исходных предположений о плохой работоспособности цилиндрических боров "МонАлиТ" в клинических условиях. Было решено продолжить поиск более работоспособной конструкции боров типа "Торнадо".

Новая конструкция "Торнадо" была основана на идее минимальной площадки для алмазов. Она показала неплохие результаты в ходе клинических испытаний, стендовые испытания показали, что температура при этом понизилась в среднем на 4°C по сравнению с предыдущим аналогом.

Визуальное изучение обрабатываемой поверхности зуба при этом показало, что на ней отсутствуют царапины. Следовательно, при такой же работоспособности как у лучших импортных аналогов, новый тип бора сохранил свое качество инструмента "МонАлиТ" — регулярность алмазной поверхности и, как следствие, регулярность обработки поверхности.

На следующем этапе работ была разработана конструкция бора "Торнадо" с менее широким основанием витков, что расширяло межвитковое пространство, и должно было способствовать лучшему отводу отработанного материала. Был создан еще один тип "Торнадо" с 7-ю узкими витками (см. рис. 6).

Клинические испытания показали, что новые боры

снимают эмаль на 30—50% быстрее и лучше импортных аналогов, а стендовые испытания показали, что средняя температура для этого типа “Торнадо” понизилась на 9° относительно лучших импортных образцов и составила 93°С.

Полученный образец “Торнадо” оказался настолько удачным, что совместил в себе сразу несколько взаимо-

больше, что автоматически делает срок его службы в 2 раза дольше, что является немаловажным фактором для повышения его эффективности и конкурентоспособности. Небольшое превосходство “Торнадо” с 4-мя витками, по мнению авторов, в скорости съема и температуры не может сыграть решающую роль по сравнению с фактором стойкости.

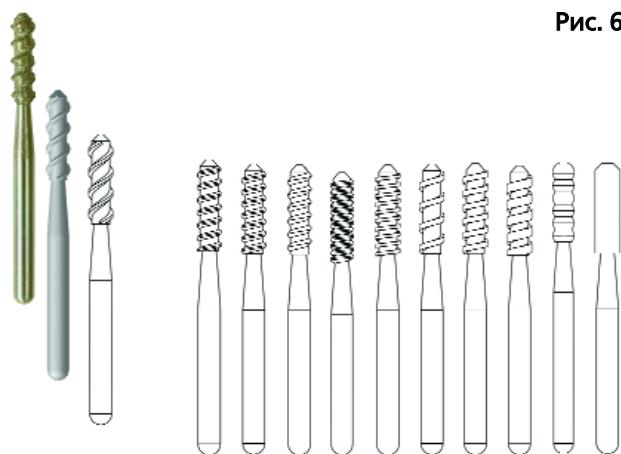


Рис. 6

исключающих свойств. Скорость съема эмали в клинических условиях превысила скорость съема лучших импортных боров, температура при этом оказалась на 9° ниже. При этом качество поверхности (согласно предварительным оценкам стоматологов-экспертов) соответствовало качеству поверхности после шлифовки импортными борами с мелким зерном, что позволяет исключить одну операцию из процедуры подготовки зубов к протезированию и пломбированию — шлифовку. Все эти преимущества сделали разработанную конструкцию “Торнадо” конкурентоспособной на мировом рынке и перспективной для рекомендации ее изготовления в серийном производстве.

Дальнейшие исследования были направлены на поиск оптимальной формы рабочей части бора, чтобы уменьшить количество витков “Торнадо” для обеспечения расширения пространства для отвода отработанного материала. Так был создан новый тип боров “Торнадо” с 4-мя витками, который представлен на рис. 7.

Клинические испытания этого типа бора показали, что скорость съема несколько повысилась по сравнению с предыдущим аналогом и была выше на 50%, чем у импортных боров. Стендовые испытания показали, что средняя температура снизилась еще на 4 градуса и упала до 89°С.

Полученный результат несколько превосходит предыдущий вариант по своим показателям. Однако для дальнейшего внедрения более перспективным представляется вариант “Торнадо” с 7-ю узкими витками. У этого типа “Торнадо” количество витков почти в 2 раза



Рис. 7

Разработанные конструкции алмазных боров типа “Торнадо” прошли расширенные клинические испытания на кафедре госпитальной ортопедической стоматологии МГМСУ, в лаборатории материаловедения НИМСИ при МГМСУ, Центральной стоматологической поликлинике Федерального Управления “Медбиоэкстрем” и на кафедре терапевтической стоматологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и получили положительный отзыв.

Так, проведенные сравнительные клинические испытания алмазных боров типа “Торнадо” на кафедре терапевтической стоматологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова показали, что нагревание твердых тканей зуба при работе борами “СС Уайт” с водяным охлаждением происходило в пределах 14—18°С, тогда как при работе без водяного охлаждения температура твердых тканей зуба повышалась до 117°С. При препарировании бором типа “Торнадо” (технология “МонАлиТ”) с водяным охлаждением повышение температуры твердых тканей зуба составило 14—16°С, а при отсутствии водяного охлаждения составило лишь 35—60°С, а следовательно, в случае низкой эффективности водяного охлаждения и перегрев твердых тканей зуба будет минимальным и не приведет к развитию серьезных осложнений, таких, как растрескивание эмали или пульпита вследствие ожога пульпы [11].

В отзыве Центральной стоматологической поликлиники Федерального Управления “Медбио-экстрем” отмечается, что боры типа “Торнадо”, разработанные фирмой “Рус-Атлант”, позволяют в 2—4 раза уменьшить время предварительного препарирования зубов, а срок службы одного бора намного превосходит срок службы импортных боров. Таким образом удалось создать принципиально новый, уникальный вид отечественного инструмента, который обрабатывает поверхность зубов



## ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

в 2—4 раза быстрее, оставляет после обработки качественную поверхность, снижает на 30% температуру зуба и является более экономичным. По отзывам многих авторитетных врачей-стоматологов, созданный новый вид алмазных боров имеет очень хорошие перспективы применения в ортопедической практике.

Авторы благодарят Фонд содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере за помощь, оказанную в проведении данных исследований.

### Литература

1. Мороз Н.П., Мороз Л.Г. Алмазные боры, С.-Пб: Аврора, 2002.
2. Сухонос С.И., Широков Ю.Е. Цельноалмазные (спеченные) головки для обработки металлокерамических протезов, М., "Зубоврачебный вестник", вып. 3, 1993, с. 40—42.
3. Садовский В.В., Гарвалинский С.Г., Сухонос С.И., Балыков А.В. Новый тип алмазного инструмента, М., "Маэстро", 2000, № 4, с. 77—79.
4. Сухонос С.И. Виды вращающихся инструментов, применяемых в зуботехнических лабораториях, — М., "Зубной техник", 2004, № 1, с. 34—35.
5. Солнцев А.С. Влияние вида зубных боров, скорости вращения и нагрузки на качество формирования и пломбирования кариозных полостей, — Дисс. на соискание степени канд. мед. наук, Красноярск, 1985.
6. Сухонос С.И. Новые возможности в обработке зубных протезов, "Зубной техник", 2004, № 2, с. 28—34.
7. Головин М. Обработка бюгельных протезов современным инструментом "Зубной техник", № 1, с. 36—37.
8. Головин М. Новые методы обработки акриловых пластмасс и гибкого нейлона, "Зубной техник", 2004, № 4, с. 32—34.
9. Модестов А. Российский инструмент в немецких зуботехнических лабораториях, "Зубной техник", № 4, 2004, с. 66—67.
10. Пряников В.А. Обработка бюгельных протезов алмазными головками "МонАлиТ", "Зубной техник", № 2, 2004, с. 36.
11. Макеева И.М., Михайлов Д.Г. Применение боров из спеченного алмаза в практике терапевтической стоматологии, М., Материалы Всероссийской научно-практической конференции "Стоматология сегодня и завтра", 2005, с. 127.



*Более 50 коронок одним бором!*

**«Рус-Атлант и Ко»**

Россия, 127299, Москва,

ул. Космонавта Волкова

29-1-214

Тел./факс: +7 095 708-23-20

Тел.: +7 095 363-35-88

E-mail: rusatlant@mtu-net.ru

www.rusatlant.com

**БОРЫ  
МонАлиТ**

**КОСМИЧЕСКИЕ  
ТЕХНОЛОГИИ**



# PREMIER

## ЗАЛОГ ВАШЕГО УСПЕХА



PREMIER II



PREMIER 05



PREMIER 10



PREMIER 15

### Врачебный модуль

- Выход на 4 инструмента (разъем Midwest).
- Ргн улиторы давления подачи воды, воздуха на каждый наконечник.
- Водовоздушный пистолет.
- Вкл./выкл. светильника.
- Блок управления креслом.
- Мобильный поднос для инструментов, поворачивающийся на 360°.
- Манометр рабочего давления.

### Гидроблок

- Гидроблок с поворотной керамической гигиенической раковиной (08, 10, 11).
- Бойлер подогрева воды.
- Система подачи чистой воды на наконечники.

### Модуль АССИСТЕНТА

- Оборудован водо-воздушным пистолетом, сливом/сосом, пылесосом с автоматическим вкл./выкл. (08, 10, 11, 15).
- Светополимеризационная лампа.
- Управление функциями модуля ассистента.

### Кресло

- Вечное покрытие.
- Электромеханический привод.
- Джойстик управления креслом.
- Артикуляционный подголовник.
- Педаль с главной ргн улитровкой оборотов на наконечниках, кнопка вкл./выкл. воды, функции продувки системы.

### Светильник

- Закрытый, два уровня освещения.

### Стул врача

### Стул АССИСТЕНТА

Pharma-Dental

123242, Москва, ул. Садовая-Кудринская, 11/13, тел.: (095) 252-7145

факс: (095) 252-7038, [pharmadental@mail.ru](mailto:pharmadental@mail.ru)





## Ортопедическая стоматология

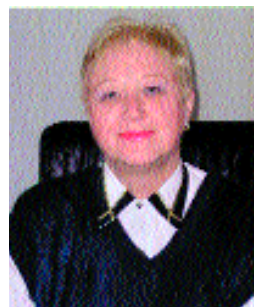
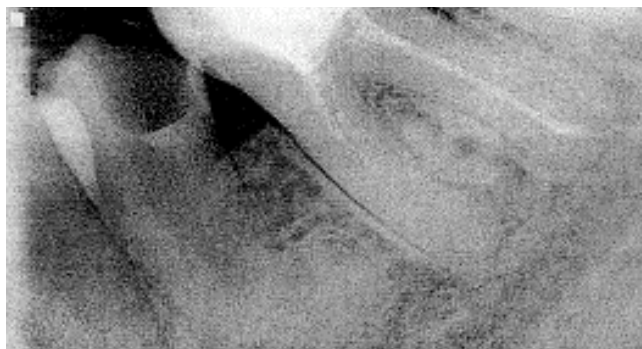
### Одонтома альвеолярного отростка верхней челюсти — причина диагностических ошибок (клиническое наблюдение)

Одонтома относится к доброкачественным органоспецифическим опухолям челюстно-лицевой области. По мнению [1], заблуждение возникает обычно из-за избытка эмбриональных тканей развивающегося зуба: пульпы, дентина, эмали и цемента. Вероятно, определенную роль здесь может играть также порок развития зуба.

В отличие от нормально развивающегося зуба, ткани одонтомы расположены хаотично. Так, имеются одонтомы, в которых коронка зуба сформирована нормально и имеет правильное строение, а корневая часть представляет собой бесформенный конгломерат твердых тканей. Иногда, наоборот, правильного строения оказывается корень зуба [8].

Одонтомы чаще встречаются на нижней челюсти в области моляров [2, 3]. Рост их медленный, болезненных ощущений они не вызывают, если не происходит сдавления нервных ветвей. С увеличением опухоли может возникнуть выбухание кости, на что обращается внимание больными. Однако чаще одонтома обнаруживается при рентгенографии челюсти случайно. На рентгенограмме одонтома дает тень округлой формы, по интенсивности задержки лучей равную интенсивности тканей зуба. В различных отделах определяемой тени наблюдаются участки, характеризующиеся более свободным прохождением рентгеновских лучей, что совпадает с местами расположения в опухоли элементов мягких тканей — пульпы.

**Рис. 1.** Периапикально расположенная одонтома второго премоляра нижней челюсти



И.А. Денисова,  
кандидат мед. наук



В.М. Гринин,  
доктор мед. наук

Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра факультетской терапевтической стоматологии

Поэтому на рентгенограмме тень одонтомы нередко имеет долю чуждую структуру [1].

Одонтомы отличаются многообразной клинической и рентгенологической картиной: они могут выглядеть как дополнительное костное образование у верхушки корня зуба (рис. 1), уплотнение костной ткани с сохраненной периодонтальной щелью (рис. 2). Одонтомы, нередко выглядящие как продолжение корня, обычно не имеют корневых каналов, что наглядно проявляется при пломбировании (рис. 3 и 4).

**Рис. 2.** Уплотнение костной ткани около верхушки мезиального корня первого моляра нижней челюсти, сохранена периодонтальная щель



**Рис. 3.** Одонтома мезиального корня второго моляра нижней челюсти







Иногда одонтомы обнаруживаются при удалении остатков корней зуба, когда вместо кости обычной плотности встречается очень плотное образование, с трудом поддающееся воздействию долота или бора [4, 6, 7].

Именно подобный случай имел место на стоматологическом приеме в одной из клиник. Приводим клиническое наблюдение.

Пациентка, явилась в клинику ночью по острой боли в области 5 зуба. При визуальном осмотре в полости рта коронка зуба не определялась, на рентгенограмме в толще альвеолы ретроотра определялось уплотнение костной ткани с четкими границами, которое было принято хирургом-стоматологом за корень 5 зуба. В истории болезни была сделана запись: наличие корня 5 зуба в толще альвеолы ретроотра, корневого канал не визуализируется, расширение периодонтальной щели. Далее врач отметил, что структура альвеолярной костной ткани гомогенно изменена, имела четкий контур в области 5 зуба (рис. 5). На основании этого лечащим врачом был поставлен диагноз обострения хронического периодонтита и произведено удаление 5 зуба.

Через 6 месяцев после этого пациентка обратилась в районную поликлинику с жалобами на острые боли в 3 зубе. Однако врач, сделав рентгенограмму, решил, что источником боли является корень не 3 зуба, а оставшийся корень 5 зуба. При этом ранее удаленный якобы корень 5 зуба на самом деле являлся одонтомой. В истории болезни ранее было зафиксировано сообщение врача о том, что при удалении корня он не нашел его в толще челюсти, а удалил непонятную гомогенную костную массу. На гистологическое исследование материал отправлен не был.

Таким образом, одонтомы нередко являются причиной врачебных ошибок, поскольку принимаются врачами за корни, оставшиеся после разрушения зубов. Это сходство дополняет рентгенографию.

**Рис. 4.** Тот же пациент после пломбирования корневых каналов



ческая картина, на которой уплотнение костной ткани принимает округлые или конусообразные формы, становясь похожим на корень зуба, а четкие и контрастные контуры его имитируют периодонтальную щель [5]. Существенной ошибкой врача в данном приводимом случае следует признать то, что он не произвел гистологического исследования удаленного материала.

Особенностью данного случая является расположение одонтомы на верхней челюсти, что встречается намного реже, чем на нижней челюсти.

В целом, надо отметить, что одонтомы, как правило, отличаются бессимптомным течением, обнаруживаются случайно и после удаления не рецидивируют.

### Литература

1. Бажанов Н.Н. Стоматология, М., Медицина, 1984, — 270 с.
2. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. Хирургическая стоматология, М., Медицина, 1964, — 314 с.
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. Руководство для врачей под ред. проф. В.Н. Балина, Н.М. Александрова, СПб, Спец. литература, 1998, — 592 с.
4. Козлов В.А. Хирургическая стоматология помощь в поликлинике, М., Медицина, 1985, — 105 с.
5. Почивалин В.П. Хирургическое лечение периодонтита / В кн.: Практическая эндодонтия, М., Медицина, 1984, — с. 183—200.
6. Робустова Т.Г., Биберман Я.М. Удаление зубов / В кн.: Хирургическая стоматология, М., Медицина, 1990, — с. 92—138.
7. Старобинский И.М. Операции на альвеолярных отростках / В кн.: Руководство по хирургической стоматологии под ред. А.И. Евдокимова. М., Медицина, 1972, — с. 73—118.
8. Хирургическая стоматология, под ред. проф. Т.Г. Робустовой, М., Медицина, 1990, — 443 с.

**Рис. 5.** Одонтома второго премоляра верхней челюсти





## Ортопедическая стоматология

### Клинический случай зубопротезирования на имплантатах с применением аттачмена **МК-1**, на балке с вторичной частью, изготовленной гальваническим методом



Р.Ю. Куликов, врач-стоматолог-ортопед  
Стоматологический центр "Стеллс-Стом"



Н.В. Бондарев,  
зубной техник

В течение 10 лет в Московском стоматологическом центре "Стеллс-Стом", основанном врачом-стоматологом Гын в Георгием Николаевичем применяется универсальный аттачмен МК-1. В этой статье мы продолжаем знакомить читателей с возможностями его применения.

В повседневной клинической практике, при отсутствии зубов на верхней или нижней челюсти часто требовалось сделать принципиальный выбор: изготовить полный съемный протез или установить достаточное количество имплантатов для изготовления не-

съемной конструкции. При этом часто необходимо проведение дополнительных операций по увеличению костной ткани в боковых отделах верхней и нижней челюстей.

В настоящей статье мы демонстрируем клинический случай, в котором решили вышеуказанную проблему, изготовив съемный протез, фиксируемый на балочной конструкции с опорой на трех имплантатах. Универсальность аттачмена МК-1 и вытекающая из этого возможность широкого клинического применения данного замкну-

**Рис. 1**

Ситуация в полости рта после проведенных хирургических операций: установлены 3 имплантата и формирователи десны. Затем вкручены трансферы и снят слепок винилполисилоксановой массой индивидуальной ложкой



**Рис. 2**

В лаборатории изготовлена рабочая модель с силиконовой десневой маской



**Рис. 3**

В зуботехнической лаборатории изготовлена балка с первичными частями замка МК-1 и фиксацией на винтах



**Рис. 4**

Примерка балочной конструкции в полости рта







во в крепления при протезировании на имплантатах позволяла изготовить вторичную конструкцию бюгельного протеза гальваническим методом с использованием одного аттачмена. Такая конструкция обеспечивает не только ориентированную посадку и надежную фиксацию съемного протеза, но и компендию боковых (горизонтальных) окклюзионных нагрузок, а также обеспечивает пассивную ретенцию (при вертикальной функциональной нагрузке, сопровождающейся погружением седловидной части съемного протеза, не происходит дополнительной нагрузки на имплантаты).

Далее рассмотрим клинико-лабораторные этапы изготовления протеза. В клинику обратился пациент с жалобой на плохую фиксацию полного съемного протеза. После анализа конкретной ситуации, анатомических особенностей строения нижней челюсти, а также, принимая во внимание финансовые и психологические обоснования, было принято решение установить 3 имплантата на нижней челюсти и изготовить съемный протез с замками МК-1.

#### Выводы

1. Съемный протез с аттачменами МК-1 и вто-

ричной частью, изготовленной гальваническим методом, имеет прецезионную посадку. Это улучшает фиксацию протеза и способствует равномерной нагрузке на имплантаты. Протез удобен для пациента, имеет целый ряд функциональных достоинств, прост и надежен в обращении.

2. Данный протез сочетает высокие косметические результаты с оптимальной гигиеной в области имплантатов.

#### Литература

1. Лебедеенко И.Ю., Перегудов А.Б., Хапилина Т.Э. Замковые крепления зубных протезов. Москва, Молодая гвардия, 2001.
2. Олесова В.Н., Первезенцев А.П. Особенности выбора замковых креплений в практике бюгельного протезирования. "Проблемы стоматологии и нейростоматологии", № 3, 1999.
3. Руководство по ортопедической стоматологии. Под редакцией В.Н. Копейкина. М. Медицина, 1993 г. 496 с.
4. Соснин Г.П. Основы расчета и конструирование бюгельных протезов. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора мед. наук. Москва, 1971, 38 с.
5. Гынга Г.Н. Универсальный аттачмен фирмы МК-

**Рис. 5**  
Изготовлена гальваническим методом вторичная часть съемного протеза с замком МК-1



**Рис. 7**  
Готовый съемный протез с вклеенной золотой конструкцией, изготовленной гальваническим методом



**Рис. 6**  
Готовый протез на рабочей модели



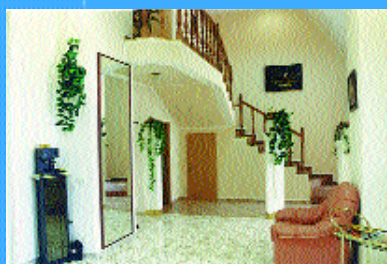
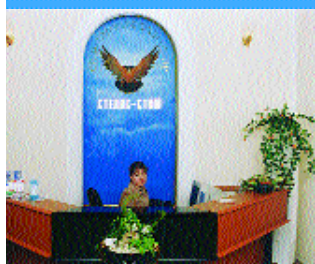
**Рис. 8**  
Вид пациента при сдаче готовых протезов на верхней и нижней челюсти







СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
**СТЕЛЛС-СТОМ**



Москва, Красная площадь, 5. Тел. (095) 980-20-12; тел/факс (095) 980-20-13

**10 лет на рынке стоматологических услуг**

Эксклюзивный  
представитель немецкой  
фирмы MK1 в России

Все виды стоматологических услуг  
Учебная зуботехническая лаборатория





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

#### Характеристики инструментов LM

- Небольшой вес
- Ручка с толстым силиконовым покрытием не выскальзывает из пальцев
- Яркие цвета ручек
- Специальный стальной сплав LM-Duragrade

#### Преимущества инструментов LM

- Прекрасное тактильное восприятие
- Удобный захват
- Меньшее напряжение мышц кисти
- Простая идентификация инструментов
- Износостойкий металл
- Эффективное выполнение лечебных процедур



**Почувствуйте разницу!**

РАУДЕНТАЛЛ  
Санкт-Петербург, ул.  
БольшаяМосковская, 6, офис 47  
Телефон: (812) 110-88-51,  
110-88-52, 110-88-60  
Факс: (812) 110 88 60

САТЕЛЛИТ ГРУП  
Москва, ул. Флотская, дом 14  
Телефон: (095) 775-06-30  
Факс: (095) 775 08 37  
Info@satellitegroup.ru  
www.satellitegroup.ru

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



## Терапевтическая стоматология

# Аллергические реакции на местные анестетики и методы их диагностики

К.А. Лебедев, И.Д. Понякина, А.В. Митронин,  
Л.Г. Саган, М.Е. Горчаков, М.И. Годунова  
МГМСУ, Москва

Появление большого количества малотоксичных местных анестетиков (МА) привело в два последние десятилетия к существенному расширению их применения в самых различных областях клинической стоматологии для снятия болезненности у пациентов при разнообразных терапевтических и хирургических манипуляциях.

И хотя возникновение аллергических проявлений при местной анестезии не столь часто, массовое использование в стоматологии местных анестетиков привело к увеличению абсолютного числа пациентов, у которых возникают клинические проявления аллергических реакций при использовании тех или иных МА [6, 19].

Это было отмечено и в нашей лаборатории, которая около 10 лет занимается определением аллергонепереносимости местных анестетиков. За этот период было обследовано 727 пациентов на чувствительность к местным анестетикам, а поскольку у каждого пациента определяли чувствительность к 1—6 МА, то всего была оценена реакция организма более чем к 2100 различным МА разных групп (табл. 1). Подавляющее большинство пациентов, обратившихся в нашу лабораторию, являлись компрометированными к МА, то есть в анамнезе у них отмечены случаи аллергических реакций на те или иные МА. Из рис. 1 следует, что количество таких пациентов на протяжении 8 лет постоянно увеличивалось.

Наши наблюдения указывают и на то, что в последнее время существенно увеличилось число людей, у которых развиваются аллергические реакции на местные анестетики.

**Рис. 1.** Количество компрометированных пациентов по местным анестетикам, обследованных в нашей лаборатории в разные годы

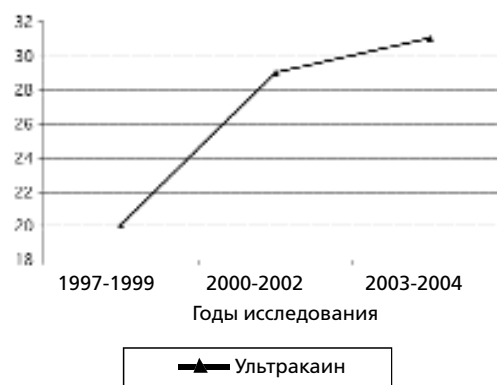


Во-первых, мы отметили, что к ряду местных анестетиков, при использовании которых ранее практически не возникало аллергических реакций [8, 18], в последние годы отмечается достоверный рост случаев аллергонепереносимости (рис. 2).

Во-вторых, среди поступающих к нам пациентов, компрометированных по аллергореакциям на МА, повышается процент лиц с полиаллергической реакцией на местные анестетики. Полиаллергической мы считали такую реакцию на МА у пациента, если при лабораторном подборе инертного анестетика, годного к применению, выявлялась повышенная чувствительность организма данного пациента к 3 и более МА разных групп (рис. 3).

Эти данные полностью согласуются с многочисленными исследованиями, указывающими на то, что в последние годы в развитых странах постоянно растет

**Рис. 2.** Рост непереносимости ультракаина у компрометированных пациентов по тесту *in vitro*



**Рис. 3.** Количество пациентов (%), у которых удавалось найти пригодный для использования местный анестетик после испытания свыше трех образцов, на которые выявлялась гиперреакция







аллергия населения, повышается число лиц, страдающих аллергическими заболеваниями [14, 15, 17].

Таким образом, аллергия на переносимость МА стала важной проблемой, к которой должен быть готов клиницист-стоматолог в повседневной практике. В связи с этим необходимо иметь лаборатории, задачей которых является выявление непереносимости анестетиков с целью отбора инертных препаратов для конкретного компрометирующего отношения к группе риска пациента на основе наиболее эффективных методов исследования *in vitro* и *in vivo*.

### Аллергонепереносимость МА

Клинически аллергические реакции на МА имеют симптомы, которые отличаются от признаков интоксикации, обусловленной передозировкой МА при неправильном его отборе и использовании. Патологические реакции, вызванные токсическим воздействием того или иного препарата вследствие его передозировки, подробно разбираются в других публикациях — так называемые “предсказуемые осложнения” [8]. Чтобы их избежать, достаточно четкого соблюдения подробных инструкций, которые дают фирмы для производимых ими МА [18].

Симптомы аллергических реакций на МА относятся к группе “непредсказуемых осложнений” [10, 26]; в стоматологической практике могут проявляться: в виде отека или воспаления в месте инъекции, гиперемии кожи, зуда, конъюнктивита, уртикарии, крапивницы, отека лица (отек Квинке) с опуханием верхней и/или нижней губы, отека голосовых связок с чувством кома в горле и осиплостью голоса, затруднением глотания, кашлем, затруднением дыхания вплоть до асфиксии, а также анафилактического шока с кожным зудом, головной болью, головокружением, рвотой, удушьем, отеком языка, потерей сознания, появлением пота, частого пульса, малополноценного падения артериального давления, судорог.

При развитии этих симптомов необходимо пациенту уложить и, в зависимости от силы реакции, применить:

Преднизолон 3% 2—3 мг или гидрокортизон 125—150 мг в 10 мл физ. р-ра в/м.

Антигистаминные препараты (например, димедрол 1% — 1 мл п/к; супрастин 2% — 1 мл п/к; пипольфен 2,5% — 1 мл п/к).

Адреналин 0,1% — 0,5 мл п/к.

Вдыхание кислорода.

Эуфиллин 2,4% 10 мл в/в.

При угрозе асфиксии провести интубацию трахеи или трахеотомию.

Поэтому в любом стоматологическом кабинете необходимо иметь все эти препараты и соответствующие

инструменты.

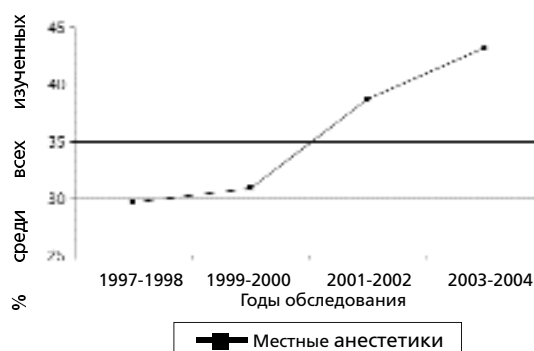
Сегодня мы достаточно часто сталкиваемся с аллергическими реакциями слабой силы — так называемыми реакциями “серой зоны”. Как следует из рис. 4, доля пациентов, имевших по лабораторным критериям несильную чувствительность организма к МА, в течение последних лет повышалась. Лишь у части этих пациентов при использовании МА наблюдаются перечисленные выше клинические проявления аллергии на переносимость, которые обычно не доходят до анафилактического шока. Поэтому если у пациента выявляется слабая чувствительность к анестетику по тем или иным причинам нет возможности продолжения поиска полностью алергоинертного препарата (например, экономические причины, дефицит времени), можно его использовать после предварительной подготовки пациента: за 1—2 часа перед применением МА дать ему антигистаминный препарат (например, димедрол 1% — 1 мл п/к; супрастин 2% — 1 мл п/к; пипольфен 2,5% — 1 мл п/к). Это во всяком случае существенно снизит интенсивность аллергических проявлений после применения МА.

### Патогенез аллергических реакций на МА

Аллергию на МА относят к псевдоаллергическим реакциям [7, 10, 16]. В иностранной литературе их называют *intrinsic* (врожденными) реакциями. По-видимому, это название на сегодняшний день более правильно и информативно, особенно если учесть, что сегодня ученые приблизились к пониманию сути естественного (врожденного) иммунитета благодаря открытию Toll-подобных рецепторов (TLR) на поверхности гранулоцитов и других клеток. Гиперреактивность этих рецепторов, возможно, и определяет развитие псевдоаллергических реакций, в том числе и на МА [9, 23, 24].

Псевдоаллергию отличают от истинной аллергии. При истинной аллергической реакции в организме образуются специфические антитела класса IgE к какому-

**Рис. 4.** Количество пациентов, у которых выявлялась “серая зона” при определении чувствительности к местным анестетикам



му-либо аллергену. Соединяясь с данным аллергеном на поверхности тучных клеток и базофилов, они обуславливают выброс из этих клеток медиаторов — гистамина, лейкотриенов и др., запускающих аллергическую реакцию, в которую затем включаются другие иммунные компоненты [14]. При псевдоаллергии различные препараты, непосредственно соединяясь с рецепторами на базофилах и тучных клетках, а также других клетках иммунной системы, вызывают их дегрануляцию и выброс медиаторов — гистамина и лейкотриенов, которые запускают такую же аллергическую реакцию, как и в первом случае. При этом клинические проявления истинной и псевдоаллергических реакций однотипны [7].

Важно подчеркнуть, что TLR находятся не только на базофилах и тучных клетках, но также на всех гранулоцитах и части лимфоцитов. Псевдоаллергены, присоединяясь через эти рецепторы, активируют все гранулоциты. Известно, что при псевдоаллергии чувствительность гранулоцитов и лимфоцитов к действию гистамина и лейкотриенов существенно изменена, причем у разных индивидов эти изменения могут быть разнонаправленными [13].

Важно отметить, что наличия в организме специфических IgE антител (при специфической аллергии) или прямого выброса медиаторов из тучных клеток и базофилов при попадании в организм аллергена (при псевдоаллергии) обычно недостаточно для развития патологических аллергических реакций. Для этого должна быть готова сеть клеточных и гуморальных реакций, в первую очередь повышенная чувствительность клеток к воздействию медиаторов [13, 22, 25, 27, 30]. Это и обосновывает наличие “серой зоны” при слабой реакции клеток на аллерген.

Ранее аллергические реакции на местные анестетики связывали в основном с развитием аллергических реакций на консерванты, которые добавляют в растворы анестетиков. Сейчас эта проблема фактически снята, поскольку в большинстве случаев стоматолог использует карпулы однократного применения, в которых раствор анестетика не содержит консервантов. Однако в этих карпулах имеется мембрана из латекса, через которую при помощи шприца отбирают раствор препарата. В этом случае при выявленной полиаллергии реакция на местные анестетики и использовании таких карпул необходимо выяснить наличие специфической аллергической реакции на латекс (для определения соответствующих IgE антител имеются информативные иммуноферментные тест-системы). Карпулы со встроенной иглой для введения препарата подобных проблем не имеют.

### Методы лабораторной диагностики аллергии на МА

То, что в основе непереносимости местных анестетиков лежит псевдоаллергическая реакция, определяет существенные трудности в ее диагностике. Что касается методов *in vitro*, то в данном случае хорошо отработанные и стандартизированные методы выявления специфических IgE антител в сыворотке крови непригодны, поскольку, как мы отмечали в предыдущем разделе, псевдоаллергические реакции развиваются без участия IgE. Из методов *in vivo* в аллергологии наиболее точными считаются провокационные тесты, в которых тестируемый аллерген вводят в малой дозе в шоковый орган, а результат оценивают на основании выявления патологических реакций на вводимый препарат. Данный метод также сейчас не используется для определения повышенной чувствительности к МА у пациентов, поскольку имеет неоправданно высокий риск осложнений.

Поэтому в настоящее время большое внимание уделяется разработке адекватных методов диагностики псевдоаллергических реакций для практики. Не вызывает сомнений, что для этого важное значение имеют методы *in vitro* и *in vivo*.

### Методы *in vitro*

Разработка методов определения непереносимости *in vitro* ведется в направлении оценки какого-либо компонента, принимающего участие в развитии псевдоаллергических реакций в организме. Суть большинства методов состоит в определении изменения активности клеток периферической крови после или в процессе инкубации их с растворами тестируемых препаратов (в так называемых “нагрузочных тестах”). Для определения непереносимости разные авторы предлагают использовать методы дегрануляции базофилов [10], бласттрансформации лимфоцитов [2], определение экспрессии рецептора CD63 на гранулоцитах, оценку уровня лейкотриенов [28, 29] или гистамина [20] в культуральной жидкости, реакцию торможения миграции лейкоцитов под влиянием испытуемого препарата [10]. Простыми и доступными для практики являются различные методы оценки повреждения или активации гранулоцитов после воздействия на клетки тестируемого вещества — реакции лейкоцитов, альтерации лейкоцитов [16], хемилюминесценции [16], розеттотобразования [5], выброса пероксидазы [12], лейкопенического теста [10], непрямого метода оценки выброса калия из лейкоцитов [10].

В многочисленных работах, посвященных апробации и сравнению этих методов, показано, что их чувствительность составляет не более 80% [10, 14]. Для повышения надежности результатов лабораторных

выявления псевдоаллергии *in vitro* предложено два подхода.

1. Одновременное исследование чувствительности клеток организма на препарат несколькими различными методами. Выявление реакции клеток на испытуемое вещество хотя бы в одном из тестов признается за положительный результат [10].

2. Определение чувствительности клеток организма к препарату в одном тесте, но при этом оценивают влияние на клетки не одной концентрации препарата, а серии, состоящей из 8—10 последовательных его разведений (обычно 10-кратных). Основанием явилось то, что инкубация с разными концентрациями препарата неодинаково влияет на клетки, причем это влияние не является дозозависимым, а скорее носит циклический характер. У разных индивидов максимальное влияние на клетки оказывают разные разведения препарата. При оценке результата учитывают не только отклонение среднего значения показателя реакции под влиянием испытуемого препарата от его значения в контроле, но и амплитуду колебаний. Этот подход мы считаем более эффективным, поскольку при этом учитывается максимальное влияние препарата на клетки (в то время как использование 1—2-х концентраций существенно снижает вероятность выявления максимального эффекта от воздействия препарата в любом используемом методе) [5].

## Методы *in vivo*

В соответствии с большинством опубликованных работ, кожные тесты и прик-тесты не позволяют получить достоверных результатов при выявлении псевдоаллергических реакций организма [11, 21].

Положительный тест А.Д. Адо [1], суть которого состоит в определении динамики эмиграции лейкоцитов в полость рта после полоскания рта раствором препарата в течение 2 мин., как свидетельствуют многие публикации, дает достаточно надежные результаты выявления непереносимости. Однако у компрометированных лиц, а это основная часть пациентов, обращающихся в лабораторию, могут возникать после проведения теста серьезные аллергические реакции вплоть до анафилактического шока (на этом акцентируют внимание и авторы соответствующих методических рекомендаций).

Недавно разработанный слизисто-десневой тест [3] состоит в том, что в контакт с раствором препарата в концентрации в 100 раз ниже, чем в предыдущем тесте, приводится локальный участок десны (менее 0,5 см<sup>2</sup>), при этом длительность аппликации составляет 50 мин. Результат теста оценивают по изменению количества лейкоцитов, эмигрировавших в ротовую полость после контакта с аллергеном, по сравнению с

исходным. Проверка этим методом реакции на местный анестетик, к которому в анамнезе возникла отечность Квинке или анафилактический шок, у 25 добровольцев показала безрецензирования теста для пациентов. Высокая информативность данного теста для выявления аллергической переносимости местных анестетиков доказана при обследовании большинства людей и подтверждена практическим использованием свыше 5 лет. Однако как и другие провокационные тесты, этот метод несомненно дает и определенный процент гипердиагностики, особенно у лиц с различными хроническими воспалительными заболеваниями, активным аллерго статусом и др. [4]. Поэтому применение этого теста наиболее целесообразно в тех случаях, когда по реакциям *in vitro* получен сомнительный результат ("серая зона").

Во многих монографиях для выявления аллергической переносимости местных анестетиков предлагается использовать комплексный кожно-пробирочный тест. Он состоит в проведении внутрикожного теста (который, как считается, является малоинформативным), а в случае отсутствия в нем реакции — провокационного введения МА в/м в постепенно увеличивающихся дозах [20]. Однако длительность проведения такого теста и его небезопасность для пациента дает основание считать его устаревшим.

Таким образом, для выявления аллергической непереносимости МА у пациентов в настоящее время разрабатываются и предлагаются к использованию методы *in vitro* и *in vivo*. Обе группы методов имеют свои недостатки. Методами *in vitro* выявляется довольно большая группа лиц, имеющих несильную чувствительность к препарату (пациенты "серой зоны"), у которых возникновение клинической реакции на препарат зависит от ряда дополнительных факторов (например, чувствительности клеток к воздействию медиаторов), и в этих случаях сложно дать конкретное заключение о возможности применения препарата у пациента. Использование методов *in vivo* зачастую приводит к существенной гипердиагностике, особенно у лиц с наличием активного воспалительного, аллергического, аутоиммунного процессов. По-видимому, оптимальным для выявления аллергической непереносимости является использование сочетания методов *in vitro* и *in vivo* у одного пациента, во всяком случае, если он при использовании теста в пробирке попадает в "серую зону".

С другой стороны, стоит вопрос, какие именно методы выбрать. Прежде всего, методы должны быть адекватными для решения поставленной задачи — в данном случае выявления псевдоаллергии к препаратам. Кроме того, они должны быть безопасными для пациента и по возможности простыми в исполнении: технологии, разработанные на их основе, дол-



# ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

жны быть доступны для практической лаборатории. После проверки всех вышеперечисленных методов в качестве теста *in vitro* мы выбрали метод определения выброса пероксидазы после инкубации лейкоцитов крови с серией разведений препарата, для которого была разработана простая технология с объективной оценкой результатов (фотометрический метод *in vivo* мы предлагаем использовать в качестве дополнительного исследования при выявлении слабой реакции на анестетик в первом тесте. Таким методом может служить простой и безопасный слизистый десневой тест.

## Пероксидазный метод

При осуществлении пероксидазного метода клетки крови инкубировали с раствором тест-препарата анестетик в восьми 10-кратных разведениях (т.е. ставили 8 тестов с различными концентрациями препарата) в течение 15 мин. В качестве контрольных служили 8 тестов с физиологическим раствором. После этого клетки осаждали центрифугированием, а в культуральной среде определяли количество пероксидазы, выделенной поврежденными в результате инкубации клетками. Для этого добавляли тетраметилбензидин, и после развития окрашивания реакцию останавливали раствором серной кислоты. Интенсивность окрашивания измеряли фотометрически. Исходной служила концентрация анестетик, заведомо нетоксичная для клеток (обычно такой дозе соответствовала концентрация для анестетик  $3-5 \times 10^{-3}$  г/л). Уровень пероксидазы в реакционной среде оценивали после взаимодействия ее с тетраметилбензидином путем измерения оптической плотности с помощью планшетного фотометра.

Изменение выброса пероксидазы гранулоцитами в результате инкубации клеток крови с причинным аллергеном в значительной степени обусловлено действием лейкотриенов и гистамина, высвобождаемых из базофилов. При этом первые стимулируют, вторые подавляют выход ферментов, и в том числе пероксидазы [17—19]. За счет такого двойного действия медиаторов при изменении концентрации аллергена отмечается не линейное дозозависимое изменение уровня пероксидазы в культуральной среде, а его колебания, характер которых различается у разных индивидов. Вероятно, на самом деле причина подобных колебаний значительно сложнее, ибо как при истинной аллергии, так и при псевдоаллергии в реакцию подключается множество клеточных и гуморальных компонентов иммунной системы, включая Т- и В лимфоциты, различные цитокины (Ld 10, TGF-β и др.), активируются рецепторы на клеточной мембране (CD 10, 63), активируются Toll-подобные

рецепторы [2, 16, 22] и т.д. В зависимости от концентрации препарата преобладают влияния тех или иных компонентов, что сказывается на конечном результате реакции. Поэтому при постановке теста с каждым препаратом определяли реакцию клеток не менее, чем в восьми 10-кратных разведениях исследуемого препарата.

При оценке результатов теста высвобождения пероксидазы учитывали не только отклонение среднего значения показателя оптической плотности в серии последовательных разведений препарата в ту или иную сторону от контроля, но и амплитуду колебаний его значений. Результат оценивали в процентах от среднего значения параметра в контроле (индекс сдвига).

Отклонение от контроля на 10% или менее считали несущественным, оно соответствовало отсутствию чувствительности к препарату. Основанием для этого служили результаты проведения этого теста у 77 клинически здоровых добровольцев с различными препаратами и материалами, которые при клиническом использовании не вызывали у них патологических реакций (табл. 2, а)

Отклонения в интервале 11—25% соответствуют

**Таблица 1.** Частота аллергонепереносимости местных анестетиков среди компрометированных пациентов, обследованных в нашей лаборатории, и общая частота встречаемости аллергонепереносимости местных анестетиков среди населения

Местный анестетик	Компрометированные пациенты		Вся популяция людей (лит. данные на конец 20-го века) [10]
	%	Количество	
Ультракаин	28,3	294	0,01—0,09%
Убистезин	27,5	138	
Скандонест	37,3	102	
Лидокаин	32,0	78	
Новокаин	23,5	17	
Мепивастезин	30,0	60	

ли слабой чувствительности к препарату, при которой патологические проявления были преимущественно несильные и выявлялись непостоянно. Основанием служили подобные сдвиги у 31 пациента, незадолго до обследования применявших препарат, из которых 12 человек после его введения имели несильные реакции (жалобы на слабое головное головокружение, отек в месте введения препарата), 19 человек не имели как и жибо патологических реакций (табл. 2, б). Мы назвали эту область "серой зоной". Для окончательного вывода о возможности применения испытуемого препарата или материала у пациента определяли реакцию на него в провокационном слезно-десневом тесте.

Отклонение свыше 25% от среднего значения показателя в контроле соответствовало высокой аллергочувствительности пациента к данному препарату. Основанием служила проверка у 31 пациента чувствительности к препарату, на который незадолго перед проведением анализа у них отмечалась выраженная аллергическая реакция на данный анестетик вплоть до анафилактического шока (табл. 2, в).

## Слизисто-десневой тест

**Таблица 2.** Связь индекса сдвига в пероксидазном тесте с клиническими проявлениями после применения у пациента данного анестетика

Количество пациентов	Клиническая характеристика пациентов	Клинические проявления	Индекс сдвига в пероксидазном тесте	№ группы
57	Клинически здоровые пациенты	Без патологических реакций при использовании данного анестетика	1—10%	а
59	20% Клинически здоровые пациенты 50% Различные хронические воспалительные заболевания 30% Активный	Резкие аллергические реакции после введения данного анестетика	26—70%	б
31	аллергостатус 70% Различные хронические воспалительные заболевания 30% Активный аллергостатус	Слабые аллергические реакции у 39% обследованных больных этой группы	11—25%	в

Этот тест проводили в случае выявления у пациента слабой чувствительности к данному аллергену в реакции повреждения нейтрофилов *in vitro* (т.е. если значения показателя в данном тесте соответствовали "серой зоне").

Суть этого теста состоит в оценке изменения миграции лейкоцитов в полость рта после аппликации раствора препарата в лигнинном диске в защищенную область нижней челюсти. Анестетики применяли для тестирования в заведомо безвредной для пациента концентрации (10-7 от терапевтической). Длительность аппликации составляла 50 мин. Соотношение количества лейкоцитов в смывах из полости рта, взятых после аппликации в защитном пространстве и до нее 0,8—2,0 указывало на отсутствие патологической реакции на данное вещество. Если соотношение вышло за указанные пределы, констатировали наличие патологической реакции.

## Заключение

Таким образом, широкое использование анестетиков стоматологами всех специальностей и рост у населения аллергических реакций на местные анестетики обуславливает реальность возникновения аллергических реакций у пациентов на приеме у каждого стоматолога. Это определяет необходимость наличия в кабинете стоматолога набора антиаллергических препаратов и необходимых инструментов. Для того, чтобы предотвратить возникновение аллергических реакций от применения местных анестетиков, у всех пациентов, имевших в анамнезе аллергические реакции на данные препараты, необходимо проведение подбора безопасных препаратов в лаборатории.

Поэтому универсальным вариантом определения непереносимости местных анестетиков должно быть двухступенчатое обследование пациента. 1 ступень, которая является обязательной, — это исследование *in vitro*, оно выявляет наличие повышенной чувствительности клеток организма к данному препарату. Наиболее эффективным и технически доступным таким методом является определение повреждения гранулоцитов после контакта их с анестетиком в серии его разведений с оценкой результатов реакции по изменению выброса из гранулоцитов пероксидазы.

2 ступень исследования проводится в сомнительных случаях, при наличии слабой чувствительности клеток организма к препарату. Это исследование *in vivo*, отражающее реакцию организма на препарат. На его основании делают окончательное заключение о возможности использования данного препарата. В качестве такого метода хорошо зарекомендовал себя слизисто-десневой тест как надежный, безопасный и простой в исполнении.

В случае невозможности применения этого теста при слабой чувствительности клеток организма, выявленной в результате проведения пероксидазного теста, обычно можно рекомендовать использование данного анестетика под контролем предварительного введения антигистаминного препарата.

## Литература

- Адо А.Д., Польшер Н.И. Тест торможения естественной эмиграции лейкоцитов *in vivo* для специфической диагностики лекарственной аллергии. Медицинские рекомендации, М., НИИ иммунологии. 1986. 20 с.
- Лазарев Д.Н., Плечев В.В., Алехин Е.К. и др. Лекарственная аллергия. Уфа, Башбиомед. 2000. 104 с.
- Лебедев К.А., Кулмагомбетов И.Р., Козаченко Н.В., Годунова М.И. Способ определения гиперчувствительности к лекарственным препаратам. Казахстан, Патент № 0974. 11117/2. 2003.
- Лебедев К.А., Максимовский Ю.М., Кулмагомбетов И.Р., Годунова М.И. Слизисто-десневой тест для определения гиперчувствительности к местным анестетикам. Маэстро стоматологии, 2003. № 3 (12). С. 74.
- Лебедев К.А., Понякина И. Д. Физиологические механизмы воспаления и атопическая аллергия. Физ. Человека. 2000. Т. 26. № 6. С. 84.
- Лопатин А.С. О проблемах поточного действия лекарств. Тер. архив. 1992. № 10. С. 68.
- Лусс Л.В. Аллергия и псевдоаллергия в клинике. Сб. трудов: "Современные проблемы аллергологии, клинической иммунологии и иммунофармакологии", М. 1998. С. 45—58.
- Маломед С. Аллергические и токсические реакции на местные анестетики. Клиническая стоматология. 2004. № 4. С. 27—31.
- Меджитов Р., Джаневей Ч. Врожденный иммунитет. Казанский мед журнал. 2004. Т135, № 3. С. 161.
- Новиков В.К., Сергеев Ю.В., Новиков П.Д. Лекарственная аллергия. М. Нац. академия микологии. 2001. 313 с.
- Паттерсон Р., Греммер Л.К., Гринберг П.А. Аллергические болезни (Диагностика и лечение). М. ГЭОТАР. Медицина. 2000. 733 с.
- Понякина И.Д., Строкина О.М., Митронин А.В., Козаченко Н.В., Лебедев К.А. Выявление повышенной чувствительности организма к стоматологическим препаратам *in vitro*. Стоматология для всех. 2004. № 3. С. 44.
- Пыцкий В.И. Неиммунные механизмы в патогенезе атопической группы заболеваний. Аллергология и иммунология. 2005. Т. 6. № 1. С. 98.
- Пыцкий В.И., Андрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. М. Триадъ. 1999. 797 с.
- Решетникова Д.И., Фассахов Р.С., Низамов И.Г., и др. Много острых аллергических реакций в структуре обращений за скорой медицинской помощью. Аллергология. 2000. № 4. С. 3—6.
- Степанова Е.В., Сверановская В.В., Кузнецова Н.М. и др. Исследование механизмов альтерации лейкоцитов у больных с непереносимостью некоторых лекарств (на примере новокаина). Журнал микробиологии. 2001. № 6. С. 59—63.
- Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. М. Агар. 1997. Т. 1. 431 с.
- Чучалин А.Г., Вяликов А.И., Белоусов Ю.Б. (ред.). Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств. М. 2001. 923 с.
- Уоткинс Дж., Леви С. Д. Реакции немедленного типа при анестезии. М. Медицина. 1991. 148 с.
- Хаитов Р.М. (ред). Клиническая аллергология. М. Медпресс-информ. 2002. 563 с.
- Chandler M. J. Provocative challenge with local anesthetics in patients with a prior history of reaction. J Allergy Clin. Immunol. 1987. v. 79. P. 883.
- Enright T. The role of a documented allergic profile as risk factor for radiographic contrast media reactions. Ann.Allergy. 1989. v. 62. P. 303.
- Jurk M.F., Heil J., Jollmer C., et al. Human TLR7 or TLR8 independently confer responsiveness to the antiviral compound R848. Nat. Immunol. 2002. V. 3. P. 499.
- Krieg A.M. CpC motifs DNA and their immune effects. Ann. Rev. Immunol. V.20. P. 709.
- Malandain H. Quelle valeur clinique accorder aux resultats chiffres des dosages d'IgE spécifiques? Ref. Fr. Allergol. et immunol. 2002.V. 31. P. 139.
- Merk H.F. Allergische Krankheitsbilder — Arzneimittelreaktionen. Dtsch. Arztebl. 2000. V. 97. N 45. P. 2264 — 2271.
- Muller U. Emergency treatment of allergic reactions to Hymenoptera stings. Clin. Exp. Allergy. 1991. V. 21. P. 281.
- Nagy L., Zec T.H., Goetzl L. et al Complement receptor enhancement and chemotaxis of human neutrophil and eosinophils by leucotriens and other lipoxigenase products. Clin. Exp.Immunol. 1982. v 47. P.541.
- Weck A.Z., Sanz M.L. For allergy diagnostic flow cytometry in order hands. Clin. Exp. Allergy. 2003. 33 (6). P. 849.
- Willams P. B., Ahlstedt S., Barnes J.H., et al. Are our impressions of allergy test performances correct? Asthma and Immunology. 2003. V.91. N1. P. 26 — 32.



# LMActivator

Эффективный и экономичный  
метод раннего ортодонтического  
вмешательства.

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

## Дыхательные отверстия

- облегчают процесс дыхания и позволяют пациенту избежать дискомфорта

## Высокие стенки

- облегчают ношение

## Длина трейнера в области моляров

- позволяет проводить лечение после прорезывания вторых моляров

## Сделан из биосовместимого силикона

- гигиеничен и удобен в использовании

## Лингвальные кромки

- помогают трейнеру принять правильное положение на нижней челюсти во время сна

почувствуйте разницу

РАУДНТАП  
Санкт-Петербург, ул. Большая  
Московская, Б. офис 17  
Телефон: (812) 110-88-51,  
110-88-52, 110-88-60  
Факс: (812) 110-88-60

САТЕЛЛИТ ГРУП  
Москва, ул. Флотская, дом 14  
Телефон: (095) 775-06-30  
Факс: (095) 775-06-17  
info@satellitegroup.ru  
www.satellitegroup.ru

LM-instruments Oy  
info@lm-instruments.com  
www.lminstruments.com



LMActivator





## Терапевтическая стоматология

# Опыт стоматологического обследования и лечения детей детского дома г. Хотьково и специнтерната "Звонкие горны" г. Лобни Московской области

О.С. Ковылина, Е.А. Савинова  
Московский государственный  
медико-стоматологический университет  
Кафедра детской терапевтической стоматологии

С 1999 г. на кафедре детской терапевтической стоматологии МГМСУ ведется обследование и лечение воспитанников детского дома города Хотьково и специнтерната "Звонкие горны" города Лобни Московской области. В Хотьково на воспитании находятся дети от 7 до 18 лет, живут они в интернате, а учатся в городских школах. А в специнтернате Лобни находятся только мальчики, так называемые "трудные подростки", в возрасте от 12 до 18 лет. Преподаватели и ординаторы кафедры во главе с заведующей кафедрой профессором В.М. Елизаровой несколько раз выезжали в эти детдома для знакомства и проведения стоматологического обследования детей.

Воспитатели и ребята радушно встречали нас у себя в гостях. Нам показали учебные комнаты и библиотеку, игровые комнаты, спальни. К большому нашему сожалению, в этих интернатах не предусмотрены стоматологические или профилактические кабинеты. В беседе с детьми мы выяснили, что практически все они недостаточно хорошо владеют навыками ухода за зубами и, как следствие, страдают от кариеса и его осложнений. Мы привезли с собой зубные щетки и пасту, и наши ординаторы провели прак-

*Зав. кафедрой детской терапевтической стоматологии МГМСУ, профессор В.М. Елизарова и к.м.н. Е.А. Савинова передают ребятам зубные щетки и пасту*



тическое занятие по методике чистки зубов с контролем гигиены полости рта. Затем мы провели осмотр и обследование детей с оформлением медицинских карт. Было обследовано 160 детей. Из них 119 детей из детского дома г. Хотьково и 41 ребенок из специнтерната г. Лобни.

Интактные зубные ряды мы наблюдали у 6 детей, ранее санированными оказались 8 детей. Таким образом, из 160 осмотренных детей в лечении нуждалось 146. От лечения отказались 3 подростка, мотивируя это собственным нежеланием. Соответствующие записи были внесены в истории развития детей.

При изучении меню-раскладки мы обратили внимание на то, что в рационе значительную часть составляют мучные и крупяные изделия (макароны, каши, выпечка), недостаточно рыбных блюд, в весенний период мало овощей и фруктов. Всё это можно расценивать как факторы, способствующие развитию кариеса.

Дальнейшее обследование и лечение мы проводили на Стоматологическом комплексе совместно с кафедрой детской челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Группы детей формировались по месту учебы и в сопровождении воспитателей приезжали на лечение 1-2 раза в неделю.

Стоматологическая помощь была оказана 143 детям. Проведено лечение 289 постоянных и 28 молочных зубов с кариесом и его осложнениями, удалено 13 постоянных зубов.

На основании обследования детей было выяснено, что интенсивность поражения зубов кариесом у одного ребенка (индекс КПУ) колеблется от 1 до 14. Низкая интенсивность кариеса отмечена у детей 7—9 лет: КПУ 1—3. Более высокая интенсивность кариеса — у подростков 14—16 лет значение индекса КПУ в среднем составляло 4—6, у некоторых отмечено увеличение количества пораженных зубов до 12—14.

Катаральная форма хронического гингивита была выявлена при осмотре у 98 детей. Мы связали это с низким уровнем





гигиены полости рта и особенностями подростков этого возраста. После проведения контроля ртутной чистки и зубов детям и медперсоналу детских учреждений были даны рекомендации по дальнейшему уходу за полостью рта и зубами, выданы наглядные пособия и плакаты санитарно-профилактической направленности.

В хирургической помощи нуждались 28 детей с патологией тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта. Они были направлены для обследования и лечения в хирургическое отделение.

У 8 обследованных детей была выявлена системная являющаяся в закрытых организованных детских коллективах гипоплазия эмали постоянных зубов в виде пятен и бороздок. Одному ребенку проведено пломбирование

глубоких дефектов эмали стеклоиономерным цементом.

По результатам нашей работы были сделаны выводы о том, что преобладающей формой кариозного поражения зубов у детей из интернатов г.г. Хотьково и Лобня является средний кариес (57,6%). Необходимо также усиление санитарно-гигиенической работы с детьми в целях обучения навыкам ухода за полостью рта и разъяснение последствий развития кариозного процесса. Необходимо проведение ежегодной стоматологической диспансеризации для раннего выявления патологии органов полости рта и организация своевременного лечения детей.

*Интерны и ординаторы кафедры детской терапевтической стоматологии МГМСУ активно принимают участие в обследовании и лечении детей*



## Dental 4 Windows

Сохраняем традиции, расширяем возможности



D4W – многофункциональная компьютерная программа для каждого стоматолога. Оптимальное решение Ваших профессиональных задач с помощью современных технологий.

- ведение медицинской и административной документации
- хранение и просмотр рентгеновских снимков
- функции учета и управления, гибкие настройки
- удобство работы с пациентами и третьими организациями

---

- различные варианты комплектации
- совершенствование и обновление установленной системы
- постоянное техническое сопровождение

К 2005 году уже 200 клиник России, стран СНГ и Балтии вместе с Dental 4 Windows!

Система зарегистрирована Минздравом РФ  
Сертификат № 1 от 30.08.2001

Мы всегда рады ответить на Ваши вопросы и договориться о демонстрации D4W в Вашей клинике или у нас в офисе.

Вы можете заказать бесплатную демо-версию Dental 4 Windows.

**ООО «СКИЛ»**  
119454, пр-т Вернадского, 78, стр. 9, оф. 21.  
Тел.: (095) 517-56-76, тел./факс: (095) 564-87-71  
E-mail: sales@scil.ru Web: http://www.d4w.ru





## Терапевтическая стоматология

# Врачебная тактика при оказании стоматологической помощи больным ОПИЙНОЙ наркоманией на амбулаторном приеме

**В.М. Семенюк**, зав. кафедрой ортопедической стоматологии ОмГМА, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ

**И.В. Струев**, ассистент кафедры ортопедической стоматологии ОмГМА, кандидат медицинских наук

**Д.В. Четвериков**, профессор кафедры социальной психологии ОмГУ, доктор психологических наук

**В.Е. Высокогорский**, зав. кафедрой биохимии с курсом клинической биохимии и лабораторной диагностики ОмГМА, доктор медицинских наук, профессор

Наркомания приобрела характер эпидемии, прямо или косвенно затрагивая все сферы общественных отношений, представляя собой прямую угрозу нации [2]. По данным НИИ наркологии РФ в мире насчитывается 52 млн. человек (1% населения), систематически злоупотребляющих наркотиками. Доля наркоманов, приходящаяся на РФ, составляет около 5 млн. человек. Наиболее злокачественной признана опийная наркомания, составляющая в РФ 82,9% от общего числа наркоманий [5, 8]. Закономерно, что врачу-стоматологу, в последнее время, приходится все чаще сталкиваться с контингентом стоматологических больных, имеющих сопутствующий наркологический диагноз: F11.2 (психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов — синдром зависимости) [4].

Специфика коматозных и психических, психических и социальных изменений у потребителей наркотиков — опийных (ОН), интеркуррентные и коморбидные наркомании в значительной степени трансформируют клинико-динамические закономерности развития патологических состояний различных органов и систем [5], в том числе стоматологической сферы [3, 6]. Известно, что ОН для врача-стоматолога являются практически некурабельной группой пациентов, в силу отсутствия у таких больных мотивации на лечение [7]. Проведенные нами эпидемиологические, социологические, клинико-анамнестические, лабораторные и статистические исследования, в свете рассматриваемой проблемы, позволили выявить некоторые специфические особенности оказания стоматологической помощи таким больным. Стоматолог на амбулаторном приеме должен обладать “наркологией” — преднастроением и, прежде всего, уметь определить принадлежность пациента к “группе риска”, что в последующем и будет определять тактику “ведения” таких больных. Необходимо знать и иметь в виду что:

— сами, по своей воле, наркоманы редко обращаются к стоматологу: их либо направляют наркологические учреждения, либо они приходят с осложненными формами стоматологической патологии (обострение хронического периодонтита, периостит, флегмона);

— в опийном опьянении больные вялы, заторможены, благодущны, сонливы. Они достаточно адекватно ориен-

тированы в ситуации и в собственной личности, никогда не проявляют агрессии, молчаливы, эмоционально устойчивы;

— даже в жаркий день ОН предпочитают ходить в рубашке с длинным рукавом (так скрывают следы от инъекций); имеются характерные следы от ожогов сигаретой на коленях брюк (наркотическая “нирвана” у ОН, сопровождается снижением мышечного тонуса и рука с горячей сигаретой опускается на колено (некурящий наркоман — казуистика в наркологии);

— отличительный и наиболее достоверный признак — сужение зрачка, который невозможно скрыть, поэтому наркоманы предпочитают носить темные очки даже в помещении. Реакции зрачков вялые, замедленные, смазанные. Отмечается бледность, сухость кожи и слизистых, гипотония, брадикардия, повышение сухожильных рефлексов. При обследовании ОН возможно выравнивание вегетативных показателей, но зрачок не расширяется и, если больной не сильно напуган осмотром, сохраняются легкие, скользкие, благодущные эмоции, быстрая речь;

— достаточно характерный признак опийного опьянения — движения челюсти из-за сухости во рту, нередко больные просят попить;

— в сложных случаях возможен следующий диагностический прием: под каким-нибудь формальным предлогом больному предлагают посидеть в коридоре, “немножко подождать”. Наркоман в состоянии опийного опьянения начинает дремать, “клевать носом”;

— сам пациент, в большинстве случаев, астеничен. Депрессивный и дистимичный фон может быть обусловлен недавней инъекцией. Тревожный фон может сформироваться из-за воздержания от применения наркотика (“уколюсь, когда приду от врача”) или обусловлен фобией [9];

— неадекватность поведения проявляется в излишней детализации в вопросах об используемых анестетиках: просьбы применить внутривенные инъекции, “поставить что-нибудь по сильнее”, так как “меня не обезболивает ни



один препарат” и т.д.;

— в поведении нередко шантажные мотивы, симуляция;

— стоматологический статус крайне неудовлетворительный (гингивит, множественный кариес, отсутствия зубов, деформации зубных рядов, аномалии прикуса);

— лабораторные исследования свидетельствуют о характерном симптомокомплексе: пониженное слюноотделение, высокая вязкость и подкисление pH слюны; резкое снижение и извращение показателей электроодонтодиагностики интактных зубов, изменение вкусовых показателей языка и др.

На основании лично проведенных стоматологических исследований (протезирование несъемными конструкциями зубных протезов и мероприятия по санации полости рта), нами выявлены особенности стоматологического лечения опийных наркоманов, которые позволяют нам дать следующие практические рекомендации:

— лечение любой стоматологической патологии у ОН должно обязательно проводиться с учетом основного наркологического (психического) заболевания, а также соматической патологии (вирусный гепатит заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы — наиболее распространенных сопутствующих расстройств);

— проводить комплексное клиническое лабораторное исследование: анализ состава ротовой жидкости, исследование тактильной и болевой чувствительности слизистой десны, определение электровозбудимости пульпы зубов. Полученные результаты могут служить ранним патогномичным признаком опийной зависимости;

— в ходе лечения повышенное внимание уделять общему самочувствию таких больных (возможны обмороки, приступы, припадки и пр.), особенно тщательно выяснять аллергологический статус;

— осторожно использовать анестетики (извращенные реакции, передозировка): по нашему мнению, предпочтительнее использовать для местной анестезии Ultracain D-S forte (слабой концентрации 1:100000 (1 мг/100 мл) и Septanest 1:100000 (обычно в рекомендуемой дозировке);

— обязательно устанавливать “доверительный” контакт с пациентом, активно его поддерживать на всем протяжении врачебного вмешательства с использованием психологических особенностей личности наркомана, вырабатывать у больных мотивацию на необходимость и важность проводимых мероприятий;

— физиопроцедуры проводить с особой осторожностью (ломкость сосудов);

— для профилактики тревожного компонента аффективной сферы больного использовать седативные средства (премедикацию): прекрасно зарекомендовал себя препарат “Атаракс” (гидроксизин) по 0,01 г. за 30 минут до визита к стоматологу (перорально, желательно начать за 1—2 дня до визита к стоматологу, однако, мы применя-

ли его непосредственно перед врачебным приемом с хорошими результатами);

— желательно проводить как можно больший объем работ в одно посещение, в идеале осуществлять прием у одного стоматолога широкого профиля;

— среди ОН распространен СПИД, вирусный гепатит С, венерические заболевания и т.д. Особое внимание уделять вопросам асептики, антисептики, стерилизации.

Нужно помнить, что не всегда наркоманы — это асоциальные элементы общества. Пропасть в опийную зависимость может любой человек: осложнение в реабилитационном периоде после тяжелой операции, раковые больные, просто люди с лабильной психикой. Есть немало примеров известных и талантливых людей, которых сгубил морфинизм. Профессия врача требует от человека полной профессиональной и личностной самодисциплины, бережного и тактичного отношения к пациенту. Коррекция стоматологической патологии, в нашем случае у ОН, является важной составляющей, которая определяет “качества жизни” больного.

#### Литература

1. Бимбас Е.С. Ранние проявления приема опиатов / Е.С. Бимбас, И.А. Надымова // Институт стоматологии. — 2004 — № 1. — С. 62.
2. Караганов С.А. Наркомания в России: Угроза нации. Доклад о ситуации с наркоманией в России. Совет по внешней и оборонной политике / С.А. Караганов, И.Е. Малашенко, А.В. Федоров — М., 2001. — 32 с.
3. Колчев А.А. Клинико-лабораторная характеристика состояния органов и тканей полости рта у подростков, больных опийной наркоманией: автореф. дис. ...канд. мед. наук / А.А. Колчев. — Омск, 2003. — 26 с.
4. МКБ-10/ICD-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (клинические указания по диагностике) / Пер. на русск. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — СПб: АДИС, 1994. — 305 с.
5. Пятницкая И.Н. Наркомании / И.Н. Пятницкая. — М., 1994. — 495 с.
6. Струев И.В. Стоматологическая патология у опийных наркоманов / И.В. Струев. — Омск, 2001. — 103 с.
7. Струев И.В. Результаты изучения личностных, интеллектуальных и аффективных особенностей у больных опийной наркоманией в Западной Сибири / И.В. Струев, Д.В. Четвериков // Фундаментальные науки и прогресс клинической медицины: сб. науч. тр. — М., 2001. — С. 42.
8. Чаркин А.И. Наркомания как негативное социальное явление и особенности ее криминалистической характеристики / А.И. Чаркин // Российский следователь. — 2004. — № 2. — С. 27—30.
9. Lautch H. Dental phobia / H. Lautch // British Journal of Psychiatry. — 1971. — Vol. 119. — P. 151—158.



# МОСКОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ САЛОН



13–16 октября 2005 г.  
ЦВЗ "Манеж"

ЭЛИТНЫЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ КЛИНИКИ,  
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ЛУЧШИЙ  
СЕРВИС И ПРИЗНАННЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЫ –  
ЗДОРОВЬЕ, КРАСОТА ДЛЯ ВАС  
И ВАШИХ БЛИЗКИХ!

"КЛИНИКИ И МЕДИЦИНСКИЕ ЦЕНТРЫ"

"СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КЛИНИКИ"

"КОСМЕТОЛОГИЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА"

"ЛУЧШИЕ САНАТОРИИ РОССИИ И ЕВРОПЫ"

"ЛЕЧЕНИЕ ЗА ГРАНИЦЕЙ"



119019, Москва, Гоголевский бульвар, 23. Тел.: (095) 101-2274. Факс: (095) 291-2175

e-mail: [rai@global-expo.ru](mailto:rai@global-expo.ru) <http://www.mosmedsalon.ru>



# HALLIM



PLATINUM



CHALLENGE



Модель стоматологической установки 2003 года. Гений инженерной мысли. Лидер по продажам в Корее

ECLIPSE



Прекрасный дизайн, удобное кресло, современный врачебный модуль оставят хорошее впечатление от посещения вашей клиники.



GRASIA

Удобное кресло позволит пациенту без труда перенести даже длительный прием

ALADDIN



Специализированная установка для маленьких пациентов прекрасно украсит любое стоматологическое учреждение.

Pharma-Dental

123242, Москва, ул. Садовая-Кудринская, 11/13, тел.: (095) 252-7145

факс: (095) 252-7038, [pharmadental@mail.ru](mailto:pharmadental@mail.ru)





## Терапевтическая стоматология

# Показатели тактильной и болевой чувствительности десны как ранний и патогномичный признак ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

И.В. Струев,  
ассистент кафедры ортопедической  
стоматологии ОмГМА, кандидат  
медицинских наук

Наркотики сегодня — это глобальная проблема всего человечества, населяющего планету Земля. Под угрозу поставлены национальные интересы некоторых государств, физическое здоровье людей. Если учесть возраст большинства потребителей наркотиков (13—27 лет), то наркомания ставит под угрозу возможность самой жизни будущих поколений.

Проблема коррекции стоматологических патологий у опиоид-зависимых больных в последнее время стала объектом повышенного внимания со стороны исследователей и практических врачей [2]. Принципы гуманизма требуют оказания медицинской помощи всем пациентам, несмотря на фатальность заболевания, в частности опиоидной наркоманией [7]. Концепция профессора В.К. Леонтьева “Здоровые зубы и качество жизни” [4], с нашей точки зрения, в полной мере реализуется в свете решаемой проблемы.

Одним из особенно важных компонентов, обеспечивающих позитивный результат лечения и предупреждение героиновой зависимости, является наиболее ранняя ее диагностика [7]. Среди всех видов диагностики химической аддикции в стоматологии мы встретили только один “Способ диагностики хронических токсикоманий” (А.с. № 119657 СССР, МКИ А6В10/00/ А.В. Карницкий [и др.]), касающийся хронического алкоголизма [5], в связи с чем проведено настоящее исследование.

Обследовали 2 группы пациентов: больные опиоидной наркоманией со стажем эпизодической наркотизации опиатами до 1 года (F11.1 по МКБ-10) и лица с клинически здоровым пародонтом без заболеваний внутренних органов и систем (в качестве контрольной группы) — по 30 человек. Группы обследуемых рандомизировали по возрасту (16—25 лет) и полу (соотношение мужчин и женщин составило 2:1). Вид наркотика — героин, употребление — парентеральное, сопутствующие соматические расстройства слов больных (в 78,2% случаях) отсутствовали, вредные привычки — курение табака (100%). В обеих группах учитывали социальный и материальный статус, характер питания. Наряду с общепринятыми методами обследования в стоматологической клинике [3], изучали функциональное состояние тактильной и болевой рецепции десны, для чего обследовали десневые сосочки в срединной части на верхней и нижней

челюстях в области центральных резцов, вторых резцов и клыков, вторых и третьих премоляров с обеих сторон. Тактильную и болевую чувствительность определяли по методу П.Г. Рязанова в модификации В.Ф. Гуриной [8] и устройством, сконструированным нами (Свид. на полезную модель № 7847. Устройство для определения болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта / И.В. Струев, В.М. Семенюк, К.К. Яковлев, Редькин Ю.В. от 16.10.1998 г.) [1, 6, 9].

При исследовании тактильной чувствительности выявлено, что порог раздражения десневых сосочков в контрольной группе колеблется на верхней челюсти от  $21,4 \pm 4,0$  мг/мм<sup>2</sup> до  $172,9 \pm 7,5$  мг/мм<sup>2</sup> и на нижней от  $41,5 \pm 5,1$  мг/мм<sup>2</sup> до  $250,0 \pm 10,4$  мг/мм<sup>2</sup>; в исследуемой группе соответственно от  $32,1 \pm 6,9$  мг/мм<sup>2</sup> до  $300,2 \pm 7,1$  мг/мм<sup>2</sup> и от  $80,4 \pm 8,2$  мг/мм<sup>2</sup> до  $380,3 \pm 12,2$  мг/мм<sup>2</sup>.

При определении болевой рецепции установлено, что порог раздражения десневых сосочков в контрольной группе колеблется на верхней челюсти от  $34 \pm 1,0$  г/мм<sup>2</sup> до  $41 \pm 1,5$  г/мм<sup>2</sup> и на нижней от  $21 \pm 1,1$  г/мм<sup>2</sup> до  $31 \pm 1,4$  г/мм<sup>2</sup>; в исследуемой группе соответственно от  $41 \pm 1,9$  г/мм<sup>2</sup> до  $47 \pm 1,1$  г/мм<sup>2</sup> и от  $28 \pm 1,2$  г/мм<sup>2</sup> до  $32 \pm 0,8$  г/мм<sup>2</sup>.

Тактильная и болевая чувствительность слизистой оболочки десны верхней и нижней челюсти различна как в контроле, так и в исследуемой группе ( $p < 0,05$ — $0,001$ ). Полученные значения у опиоидных наркоманов существенно ниже контрольных ( $p < 0,05$ — $0,001$ ).

Детально проанализировав полученные данные, нами установлен симптоматический комплекс тактильной и болевой рецепции десны у опиоид-зависимых больных на первом году наркотизации, который состоит из: а) снижения чувствительности десны в целом; б) больших различий показателей тактильной и болевой рецепции в области рядом лежащих участков десны; в) полной утраты в отдельных случаях чувствительности левой стороны. По результатам работы получен патент на изобретение № 2222253 Способ диагностики опиоидной наркомании / И.В. Струев, В.М. Семенюк, М.Г. Усов, Д.В. Четвериков от 27.01.2004 г.

Учитывая, что изменение порогов тактильной и болевой чувствительности десны является ранним и патогномичным признаком опиоидной наркомании, рекомендуется его использовать при массовых про-



фессиональных осмотрах в подростковых учреждениях, школах, комиссиях шоферов, авиадиспетчеров, летчиков, в призывных комиссиях в военкоматах. Выявленных лиц с перечисленными нарушениями тактильной и болевой чувствительности десны направлять на углубленное клиничко-лабораторное исследование.

#### Литература

1. Анализ функционального состояния болевой чувствительности десневых сосочков у человека при различных состояниях зубочелюстной системы и уровня здоровья / В.М. Семенюк и др. // Омский научный вестник. — 2002. — № 4 — С. 175—177.
2. Бимбас Е.С. Ранние проявления приема опиатов / Е.С. Бимбас, И.А. Надымова // Институт стоматологии. — 2004 — № 1. — С. 62.
3. Вагнер В.Д. Путеводитель по стоматологии ортопедической / В.Д. Вагнер, В.М. Семенюк, О.В. Чекунов. — М.: Мед. книга, Н. Новгород: НГМА, 2004. — 581 с.
4. Леонтьев В.К. Здоровые зубы и качество жизни / В.К. Леонтьев // Caucasian dental news. — 2002. — № 5. — С. 6—11.
5. Леонтьев В.К. Электровозбудимость нервно-рецеп-

торного аппарата пульпы зубов у больных хроническим алкоголизмом / В.К. Леонтьев, А.В. Карницкий, Н.Ф. Корвяковский // Стоматология. — 1989. — № 4. — С. 6—8.

6. Особенности тактильной чувствительности десневых сосочков у человека с различным уровнем здоровья и состоянием зубочелюстной системы / В.М. Семенюк и др. // Омский научный вестник. — 2002. — № 4 — С. 177—179.

7. Пятницкая И.Н. Наркомания как социальная и общемедицинская проблема / И.Н. Пятницкая // Российский медицинский журнал. — 1996. — № 4. — С. 5—10.

8. Струев И.В. Состояние тактильной и болевой чувствительности слизистой оболочки десны у опийных наркоманов в молодом возрасте / И.В. Струев, В.А. Прохоров, И.Ю. Баркан // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. — Воронеж, 2000. — С. 130—132.

9. Хватова В.А. Тактильная чувствительность десны у лиц с интактной зубочелюстной системой / В.А. Хватова, З.П. Беликова // Изменения в тканях пародонта до и после зубного протезирования. — М., 1972. — С. 64—66.

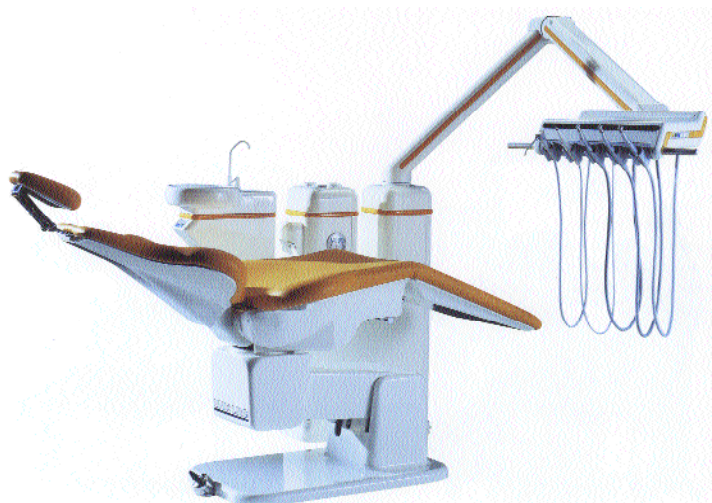


МЕДСТОММАРКЕТ

С О А Д Ы Е С С А з а О и

Москва, ул. Б. Новодмитровская, 14, офис 623  
(095) 730-7786 E-mail: dent@mail.magelan.ru

### Стоматологические установки и расходные материалы ведущих фирм мира



SEPTODON

T

SSW

3M ESPE

KERR

DENTSPLY

KULZER

VOCO

ALFADENT

SPOFA

и многое другое

Высокопрофессиональный персонал не оставит без внимания ваши пожелания к сотрудничеству

С к и д к и , л и з и н г , р а с с р о ч к а





## Терапевтическая стоматология

# Изменения коагуляционного звена системы гемостаза у больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с заболеваниями гастродуоденальной области

В.Ю. Широков

Кафедра патологической физиологии стомат. факультета МГМСУ

Генерализованный пародонтит является распространенным заболеванием у людей различных возрастных групп, сочетаясь с патологией внутренних органов. Наиболее часто хронический генерализованный пародонтит сопутствует заболеваниям желудочно-кишечного тракта (64,2%), желчевыводящих путей (86,7%), комбинированной патологии внутренних органов [1].

В патогенезе генерализованного пародонтита важную роль играют нарушения в системе микроциркуляции, обусловленные, в частности, изменениями свертывающей способности крови [2, 3].

Цель настоящего исследования — изучение особенностей коагуляционного звена системы гемостаза у больных с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) при сочетании с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

### Материал и методы

Обследовано 227 больных ХГП в сочетании с различными заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Среди них было 27 пациентов с эрозивным гастритом, 20 — с эрозивным дуоденитом, 99 — с эрозивным гастродуоденитом, 54 — с эрозивным язвенным гастродуоденитом, 27 — с язвой 12-перстной кишки. Средний возраст больных ХГП с патологией гастродуоденальной области составил  $52,7 \pm 3,9$  лет.

Контрольную группу составили 29 практически здоровых лиц обоего пола в возрасте  $57,8 \pm 3,3$  лет.

Функциональное состояние коагуляционного звена системы гемостаза оценивалось путем определения времени свертывания крови [4], активированного парциального тромбопластинового времени [5], протромбинового индекса [6], уровня фибриногена в крови [7], тромбинового времени [8], активности антитромбина III [9], растворимых фибрин-мономерных комплексов [10]. Использованный комплекс методов позволил дать оценку общих коагуляционных свойств крови, формирования протромбиназы по внутреннему и внешнему механизмам, конечного этапа процесса свертывания крови, антикоагуляционного потенциала крови, нали-

чия маркеров диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Кровь для исследования получали из локтевой вены пациентов и стабилизировали 3,8%-ным раствором цитрата натрия в соотношении 9:1.

Для исследования показателей коагуляционного звена системы гемостаза использовались реактивы фирмы «Технология-Стандарт» (Барнаул, Россия).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ «MED STAT».

### Результаты и обсуждение

У больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта происходит статистически достоверное укорочение времени свертывания крови, активированного парциального тромбопластинового времени, тромбинового времени, уменьшение уровня фибриногена в крови, падение активности антитромбина III при отсутствии статистически значимых изменений в величине протромбинового индекса. Это сопровождается увеличением содержания в крови растворимых фибрин-мономерных комплексов.

У больных ХГП в сочетании как с острой, так и хронической эрозией гастродуоденальной области коагуляционные свойства крови усилены за счет возрастания прокоагулянтной и угнетения антикоагулянтной активности крови, в крови имеются маркеры ДВС-синдрома — растворимые фибрин-мономерные комплексы (таблица 1). Степень выраженных изменений в показателях коагуляционного звена системы гемостаза при наличии сопутствующего заболевания — острой и хронической эрозии гастродуоденальной зоны — не достоверна, не выявлено достоверных изменений и в показателях, характеризующих про- и антикоагулянтную активность крови, у больных ХГП в сочетании с эрозивным гастродуоденитом в зависимости от длительности сопутствующего заболевания. Однако у пациентов с длительностью эрозивного гастродуоденита более 2-х лет в крови уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов статистически достоверно выше, чем при впервые выявлен-



ном заболевании (таблица 2).

У больных ХГП в сочетании с язвенной болезнью 12-перстной кишки и эрозиями гастродуоденальной области так же отмечается активация прокоагулянтных и снижение антикоагулянтных свойств крови за счет угнетения активности антитромбина III, увеличение в крови маркеров ДВС-синдрома растворимых фибрин-мономерных комплексов. Последние наиболее выражены при комбинации язвенной болезни 12-перстной кишки с эрозиями гастродуоденальной области (таблица 3). При ХГП в сочетании с язвенной деформацией луковицы 12-перстной кишки и эрозиями гастродуоденальной области нарушения в коагуляционном звене системы гемостаза сохраняются, хотя они выражены в несколько

меньшей степени, чем при наличии одного сопутствующего заболевания — язвенной болезни 12-перстной кишки (таблица 3).

Таким образом, у больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта коагуляционное звено системы гемостаза нарушено за счет усиления формирования кровяной протромбиназы по внутреннему механизму активации конечных этапов процесса свертывания крови, о чем свидетельствует укорочение величины тромбинового времени и повышение уровня фибриногена в крови. Антикоагулянтная активность крови при этом снижена за счет угнетения активности антитромбина III. В крови выявляются растворимые фибрин-мономер-

**Таблица 1.** Показатели коагуляционного звена системы гемостаза у больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с острой и хронической эрозией гастродуоденальной зоны ( $M \pm m$ )

Показатели	Контроль (n=29)	Хронический пародонтит в сочетании с	
		острой эрозией (n=32)	хронической эрозией (n=56)
Время свертывания крови (мин)	6,52±1,75	4,02±0,94 $p_1 < 0,05$	4,07±1,02 $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$
Активированное парциальное тромбопластиновое время (с)	39,93±1,56	31,17±0,81 $p_1 < 0,02$	28,17±0,39 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$
Протромбиновый индекс (%)	98,08±1,87	97,81±1,32 $p_1 > 0,05$	95,91±2,47 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$
Фибриноген (г/л)	3,20±0,13	2,47±0,19 $p_1 < 0,001$	2,02±0,27 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$
Тромбиновое время (с)	16,38±0,80	13,02±0,12 $p_1 < 0,001$	12,19±0,24 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,02$
Активность антитромбина III (%)	98,84±0,75	83,17±0,97 $p_1 < 0,001$	82,00±1,09 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$
Растворимые фибрин-мономерные ком-	3,11±0,09	4,72±0,19 $p_1 < 0,001$	4,47±0,22 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$

**Примечание:**  $p_1$  — по сравнению с контролем;  
 $p_2$  — по сравнению с острой эрозией

**Таблица 2.** Коагуляционное звено системы гемостаза у больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с эрозивным гастродуоденитом различной длительности ( $M \pm m$ )

Показатели	Контроль (n=29)	Длительность эрозивного гастродуоденита		
		Впервые выявленный (n=22)	От 6 месяцев до 2-х лет (n=41)	Более 2-х лет (n=36)
Время свертывания крови (мин)	6,52±1,75	4,20±1,03 $p_1 < 0,05$	4,07±1,22 $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	4,02±1,04 $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$
Активированное парциальное тромбопластиновое время (с)	39,93±1,56	31,17±1,57 $p_1 < 0,05$	30,02±1,07 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	29,18±1,31 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$
Протромбиновый индекс (%)	98,08±1,87	94,29±2,17 $p_1 > 0,05$	95,13±1,72 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	94,17±1,92 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$
Фибриноген (г/л)	3,20±0,13	2,42±0,17 $p_1 < 0,02$	2,12±0,12 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	2,13±0,18 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$
Тромбиновое время (с)	16,38±0,80	12,92±0,16 $p_1 < 0,001$	12,02±0,27 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$	12,07±0,22 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$
Активность антитромбина III (%)	98,84±0,75	83,94±1,02 $p_1 < 0,001$	80,19±1,14 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$	81,17±0,93 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$
Растворимые фибрин-мономерные комплексы (мг/%)	3,11±0,09	4,72±0,23 $p_1 < 0,001$	4,84±0,27 $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	5,22±0,18 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$

**Примечание:**  $p_1$  — по сравнению с контролем;  
 $p_2$  — по сравнению с впервые выявленным гастродуоденитом

# ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

ные комплексы, что является свидетельством того, что указанные нарушения в системе гемостаза протекают по типу диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Эти изменения могут приводить к нарушению микроциркуляции и реологических свойств крови [11,12] у больных с указанной патологией и способствовать развитию патологического процесса как в тканях пародонта, так и слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

## Заключение

У больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с заболеваниями различных отделов желудочно-кишечного тракта наблюдается активация прокоагулянтного угнетение антикоагулянтной системы.

**Таблица 3.** Коагуляционное звено системы гемостаза у больных хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с различными формами язвенной болезни 12-перстной кишки ( $M \pm m$ )

Показатели	Контроль (n=29)	Хронический пародонтит в сочетании с		
		язвенной болезнью 12-перстной кишки (n=27)	язвенной болезнью 12-перстной кишки и эрозией гастродуоденальной зоны (n=32)	рубцово-язвенной деформацией луковицы дуоденума и эрозией гастродуоденальной зоны (n=37)
Время свертывания крови (мин.)	6,52±1,75	4,15±0,72 $p_1 < 0,05$	4,02±0,82 $p_1 < 0,02$ $p_2 > 0,05$	4,57±1,02 $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$
Активированное парциальное тромбoplastическое	39,93±1,56	31,17±1,34 $p_1 < 0,05$	30,17±0,66 $p_1 < 0,02$ $p_2 > 0,05$	32,92±0,88 $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$
время (с) Протромбиновый	98,08±1,87	91,38±1,17 $p_1 < 0,05$	88,67±0,74 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$	93,17±0,67 $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$
индекс (%) Фибриноген (г/л)	3,20±0,13	2,67±0,12 $p_1 < 0,02$	2,53±0,14 $p_1 < 0,02$ $p_2 > 0,05$	2,84±0,17 $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,05$
Тромбиновое время (с)	16,38±0,80	12,14±0,32 $p_1 < 0,02$	12,37±0,24 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$	13,77±0,29 $p_1 < 0,02$ $p_2 > 0,02$
Активность антитромбина III (%)	98,84±0,75	80,19±1,37 $p_1 < 0,001$	79,17±0,69 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$	84,19±0,66 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$
Растворимые фибриномономерные комплексы	3,11±0,09	4,15±0,22 $p_1 < 0,02$	5,92±0,27 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	4,96±0,22 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$

**Примечание:**  $p_1$  — по сравнению с контролем;  
 $p_2$  — по сравнению с язвой 12-перстной кишки

лянтного звена коагуляционной системы гемостаза с возникновением синдрома внутрисосудистого свертывания крови. Степень нарушений в процессе свертывания крови и выраженности диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови у больных хроническим генерализованным пародонтитом зависит от фазы обострения и периода ремиссии, длительности и степени тяжести сопутствующего заболевания.

## Литература

1. Кирсанов А.И., Горбачева И.А., Николаева Л.А., Шторм А.А. Оценка состояния внутренних органов у больных пародонтитом // Стоматология. 1991. № 5. С. 32—34.
2. Беликов П.П. Процессы фибринообразования и фибринолиз в физиологии и патологии пародонта (обзор) // Стоматология. 1986. Т. 65. № 2. С. 88—90.
3. Мингазов Г.Г., Файзуллина Д.Б., Аминова Э.Т. Состояние системы гемостаза при пародонтите у больных инсулинозависимым сахарным диабетом как критерий тяжести течения заболевания и эффективности лечения // Стоматология. 2001. № 1. С. 77—79.
4. Lee R.J., White P.D. Estimation of blood coagulation // Amer. J. Med. Sci. 1913. V. 145. P. 495—503.
5. Caen J., Larrien M.J., Samama M. Z'Hemostasis. Methodes d'exploration et diagnostic pratique. Paris: 1968. 216 p.
6. Quick A.J., One-stage protrombin-tise test.// Lancet. 1953. V. 1. № 26. P. 1307—1308.
7. Рутберг Р.А. Простой и быстрый метод одновременного определения скорости рекальцификации и фибрина крови // Лаб. дело. 1961. № 5. с. 6—7.
8. Biggs R., Macfarlane R.G. Human blood coagulation and its disorders. Oxford, 1957, 472 p.
9. Кацадзе Ю.Л., Котовщикова М.А. Определение активности комплекса антитромбин III-гепарин в плазме крови // Лаб. дело. 1982. № 4. С. 40—42.
10. Балуда В.П., Баркаган З.С., Гольдберг Е.Д. и др. Лабораторные методы исследования системы гемостаза. Томск: 1980. 313 с.
11. Киричук В.Ф., Воскобой И.В., Ребров А.П. Взаимосвязь антитромбогенной активности сосудов и свойств крови у больных нестабильной стенокардией // Тромбоз, гемостаз и реология. 2001. № 5. С. 31.
12. Киричук В.Ф., Никитина Н.Н., Егорова А.И. Состояние антитромбогенной активности сосудистой стенки у больных стабильной стенокардией. Взаимосвязь с гемореологическими нарушениями // Тромбоз гемостаз и реология. 2002. № 2. С. 7—14.



## Восстановление эмали в процессе отбеливания зубов?



**Алекс Вавилук,**  
Президент Discus  
Dental East

Здоровые зубы находят с яликвидации зубной чувств и т е л ь н о ж е л а т е л ь н о б л о - в постоянном процессе деминерализации и реминерализации. Деминерализация происходит в результате покидания йонами кальция и фосфата поверхности зуба. Этому могут быть причиной некоторые факторы, которые включают бактериальную среду с низким pH, и не имеет определенной пространственной ориентации. Аморфный фосфат кальция или АСР, при создании необходимых условий, вступает в контакт с поврежденной поверхностью зуба, легко осаждается в участках дефектов и в течении 6—8 минут с повышением pH, гидролиз и улетучивается, превращаясь в твердый кристалл апатита, точно такой же, который входит в состав естественной эмали. В результате, повреждения “латаются”, делая поверхность зубов менее пористой и менее восприимчивой к окрашивающим компонентам. Чувствительность заметно уменьшается в результате обтурации дентинных каналов. Восстановленная эмаль лучше отражает белый свет, делая зубы яркими и блестящими — наиболее желаемый эффект в современном обществе. Интересно посмотреть на результаты исследования Giniger et al., опубликованного в марте 2005 г. в журнале JADA, в котором группа пациентов использовала домашнюю ночную отбеливающую систему Nite White. Контрольная группа применяла стандартный гель, а тестовая группа — гель с содержанием АСР. Как показало исследование, включение АСР снизило тактильную чувствительность на 70%, а температурную — на 50%. Хотя статистических отличий в оттенках зубов двух групп не было, необходимо заметить, что зубы у пациентов в тестовой группе стали на полтона светлее по шкале Vita, разложенной в хроматическом порядке. Число пациентов, не ощущающих повышенной чувствительности, удвоилось, и зубы стали более яркими и блестящими. В результате уменьшения пористости эмали, зубы сохранили яркость и белизну на более длительный период.

Эмаль состоит из плотно сложенных кристаллических призм, а на атомарном уровне представлена 97% кальцием и фосфатом. Каждая призма состоит из сотен различных типов кристаллов, расположенных в определенной последовательности и вместе составляющих ионный состав эмали. Каждый кристалл апатита имеет различный уровень растворимости, при этом наименее растворимым является гидроксилapatит. Фториды и фторозамещенные фосфаты, входящие в состав зубных тканей, способствуют формированию другого компонента эмали — фтороapatита, который еще менее растворим, чем гидроксилapatит (приблизительно на 20%). Это делает зубы более резистентными к процессу деминерализации бактериями или потребляемой кислой пищей.

При нормальном pH — 7,0 слюна является источником кальция и фосфата для зубов. Но если pH в полости рта начинает падать, данный процесс также начинает замедляться и практически прекращается при критическом уровне pH около 5,2—5,4. С этой точки высокие концентрации ионов водорода начинают воздействовать на эмаль, запускается процесс деминерализации, и финалом которой является ее разрушение. Критический pH для дентина значительно выше, почти нейтральный и составляет 6,8. В то время как эмалевые призмы начинают повреждаться и даже разрушаться в результате деминерализации, поверхность зуба становится в этих участках менее плотной и возникает локализованный дефект. С этого момента расстояние от дна дефекта до дентинных канальцев уменьшается и жидкость, заполняющая эти канальца, легче реагирует на внешние раздражители, что способствует развитию гидродинамической теории Браннстрема о возникновении зубной чувствительности. Механическая абразия в большинстве случаев вызывается агрессивным воздействием зубной щетки или зубной пасты с высоким содержанием абразива и приводит к подобному эффекту. Для

ки ро в а в о з м о ж н ы е п у т и м и г р а ц и и д е н т и н н о й ж и д к о - сти. Это можно реализовать различными способами, но наиболее благоприятный из всех — заполнение дефектов посредством естественной эмали. Так как кристаллы, формирующие призмы эмали, имеют твердую кристаллическую форму, то почти невозможно использовать их с этой целью. Но одно соединение из семейства апатитов, мягкое, хорошо растворимое в кислой среде, имеет определенную пространственную ориентацию. Аморфный фосфат кальция или АСР, при создании необходимых условий, вступает в контакт с поврежденной поверхностью зуба, легко осаждается в участках дефектов и в течении 6—8 минут с повышением pH, гидролиз и улетучивается, превращаясь в твердый кристалл апатита, точно такой же, который входит в состав естественной эмали. В результате, повреждения “латаются”, делая поверхность зубов менее пористой и менее восприимчивой к окрашивающим компонентам. Чувствительность заметно уменьшается в результате обтурации дентинных каналов. Восстановленная эмаль лучше отражает белый свет, делая зубы яркими и блестящими — наиболее желаемый эффект в современном обществе. Интересно посмотреть на результаты исследования Giniger et al., опубликованного в марте 2005 г. в журнале JADA, в котором группа пациентов использовала домашнюю ночную отбеливающую систему Nite White. Контрольная группа применяла стандартный гель, а тестовая группа — гель с содержанием АСР. Как показало исследование, включение АСР снизило тактильную чувствительность на 70%, а температурную — на 50%. Хотя статистических отличий в оттенках зубов двух групп не было, необходимо заметить, что зубы у пациентов в тестовой группе стали на полтона светлее по шкале Vita, разложенной в хроматическом порядке. Число пациентов, не ощущающих повышенной чувствительности, удвоилось, и зубы стали более яркими и блестящими. В результате уменьшения пористости эмали, зубы сохранили яркость и белизну на более длительный период.

В последнее время American Dental Association Foundation выполнило огромное количество исследований в этой области и запатентовало (Tung et al.) включение АСР в различные стоматологические материалы. В настоящее время компания Discus Dental получила эксклюзивное право на включение АСР в состав отбеливающих систем. Благодаря этому, продукция Discus Dental является еще более уникальной по сравнению с ныне существующими средствами. В отличие от фторидов, появившихся приблизительно 50 лет назад и значение которых первоначально было недооценено, введение АСР в различные стоматологические материалы, включая отбеливающие системы, в настоящее время рассматривается, как одно из величайших событий стоматологии XXI века.

Статья защищена авторским правом и не может быть изменена, копирована или использована без разрешения автора — 2005 г.



# ZOOM!®

Профессиональное  
отбеливание зубов  
за 1 час

**DISCUS DENTAL**

[www.zoomru.com](http://www.zoomru.com)



# Некоторые ведущие клиники Москвы, врачи которых прошли обучение у производителя и проводят часовую процедуру Zoom!®

## «АЛЕНА»

Белорусская, Проспект Мира  
М.Тишинский пер., д.19 тел.: (095) 253-4525  
Протопоповский пер., д.9 тел.: (095) 680-6255  
**Врачи:** Десятерик О.Е., Дьячкова И.А., Кукушкина Е.И.  
[www.firmaalena.ru](http://www.firmaalena.ru)

## «А.ДЕНТ»

Шоссе Энтузиастов  
5-я ул. Соколиной горы, д.25, корп.3  
тел.: (095) 720-5159, 366-6627  
**Врачи:** Табышкина О.К., Науменко Л.Г., Бойко Е.А.  
[www.adent.ru](http://www.adent.ru)

## БУТИК ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ «НА ТВЕРСКОЙ»

Смоленская пл., д.4 тел.: (095) 234-9999, 232-5855  
1-й Тверской-Ямской пер., д.16 тел.: (095) 299-8839  
**Врачи:** Сысоева Н.А., Строганова О.В., Шульгина Т.В.,  
[www.stomatology.su](http://www.stomatology.su)

## «ДАНИЭЛЬ»

Бабушкинская  
ул. Менжинского, д.29  
тел.: (095) 470-3094, 470-2713  
**Врачи:** Дахильгов М.У., Ситенкова Т.Б.  
[www.skdaniel.ru](http://www.skdaniel.ru)

## «ДЕНТА-КЛИНИК»

Октябрьская (кольцевая)  
Ленинский проспект, д. 8, корп.11  
тел.: (095) 237-4743, 954-7428  
**Врачи:** Полякова С.В., Расстригина О.С., Усова Е.В.,  
Патрикеева О.Ю.  
[www.denta-clinic.ru](http://www.denta-clinic.ru)

## «ДЕНТАЛ-МИГ»

Братиславская  
ул. Братиславская, д.10  
тел.: (095) 345-7386, 347-8550  
**Врачи:** Орлова И.В., Ошарина Л.А., Тараканова А.М.

## «ДОКТОР-МАРТИН»

Новые Черемушки  
ул. Архитектора Власова, д. 22  
тел.: (095) 504-4301, 504-4302  
**Врачи:** Кузнецова М.Ю., Казарян Г.Г.

## «ВАЛЛЕКС Ф.М. ЭСТ.»

Калужская  
Старокалужское шоссе, дом 62  
тел.: (095) 784-7101, 933-7377  
**Врачи:** Герасимова Э.В., Мануйлова Е.О., Пашина И.К.,  
Фомина Е.И., Щипская Л.И.  
[www.vallex.ru](http://www.vallex.ru)

## «ЕВРОПЕЙСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»

Смоленская  
1-й Николощеповский пер., д. 6, стр.1  
тел.: (095) 933-0002  
**Врачи:** Вагаева Е.С.  
[www.emcmos.ru](http://www.emcmos.ru)

## «КЛИНИКА КЛАССИЧЕСКОЙ И СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ»

Октябрьская (радиальная), Полянка  
1-й Спасоналиковский пер., д. 17, корп.1, стр.1  
тел.: (095) 230-1529  
**Врачи:** Хохлов А.А.

## КЛИНИКА «KRAFTWAY»

Алексеевская  
Кулаков пер., д. 13  
тел.: (095)232-2752  
**Врачи:** Щелкунова О.П., Сдобнова Е.В., Волкова Е.М.  
[www.clinic.kraftway.ru](http://www.clinic.kraftway.ru)

## КЛИНИКА «НА ПОВАРСКОЙ»

Барикадная  
ул. Поварская, д.29/31  
тел.: (095) 202-3952, 290-2303  
**Врачи:** Халявка В.В., Плиева К.В.

## ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР МГМСУ «ДЭНТАЛЭНД»

Театральная  
ул. Кузнецкий мост, д.3  
тел.: (095) 768-4280, 928-2244  
**Врачи:** Прикуле Е.Ю., Данилова Т.В., Раднаева Л.Н.  
[www.dentaland.ru](http://www.dentaland.ru)

## СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ «МАГИСТР»

Щукинская  
ул. Кулакова, д.19  
тел.: (095) 756-9060, 756-0086  
**Врачи:** Гинойн Т.М., Саргсян Ф.В., Митоян В.А.,  
Шахкулян С.М.  
[www.tristom.ru](http://www.tristom.ru)

## СТОМАТОЛОГИЯ В «МОСКОВСКОМ»

Комсомольская  
Комсомольская пл., д.6/1  
тел.: (095)780-7953, 507-6866  
**Врачи:** Сергеева Л.А., Фатеев А.П., Жаровская А.Ю.

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «СТУДИЯ-ДЕНТ»

Петровско-Разумовская  
ул. Дубнинская, д.13  
тел.: (095)480-0111, 481-0152  
**Врачи:** Абу Салех А.М., Шорин О.С.

## ЦЕНТР КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ «ПРОФДЕНТ»

Китай-город  
ул. Солянка, д.1/2, стр.2  
тел.: (095) 925-0003, 923-4633  
**Врачи:** Романенко Н.В.  
[www.profdent.ru](http://www.profdent.ru)

## «ЭКО ДЕНТ»

Ясенево  
ул. Голубинская, д.24 корп. 1  
тел.: (095) 421-8977  
**Врачи:** Заслонкин Э.В., Профатилова О.В.  
[www.ekodent.ru](http://www.ekodent.ru)



## Терапевтическая стоматология

Более половины населения старше 18 лет имеют заболевания десен. У людей старше 35 лет ситуация еще хуже: трое из четырех человек этого возраста поражены заболеваниями пародонта в различной степени. Самая распространенная из этих болезней — пародонтит — опаснее, чем может показаться на первый взгляд. Бактерии, которые вызывают хроническое воспаление, попадая в общий кровоток при кровоточивости, оказывают, согласно современным исследованиям, общее отрицательное влияние на организм. Доказана связь заболеваний десен с осложнениями при беременности, с заболеваниями желудка, легких.

Наряду с тщательным и более строгим соблюдением правил гигиены полости рта, устранением неблагоприятных факторов, регулярным посещением стоматолога, решающим в лечении пародонтита и гингивита, безусловно, является устранение инфекции из полости рта и повышение местного иммунитета.

На базе пародонтологического отделения стоматологической поликлиники г. Киева, а также в клинике и лаборатории кафедры терапевтической стоматологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца по инициативе Ассоциации стоматологов Украины были проведены клинико-лабораторные исследования действия препаратов Стоматидин и Лизобакт при лечении больных генерализованным пародонтитом.

## Клиническая эффективность препаратов «Стоматидин» и «Лизобакт» в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом

### Цель исследования

Изучить клиническую эффективность препаратов Стоматидин и Лизобакт в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом начальной- I, II степени тяжести, осложненным кандидозом, трихомонадозом и наличием фузо-спиральной инфекции в пародонтальных карманах.

### Материалы и методы

Под наблюдением находились 80 пациентов обоего пола в возрасте 18—45 лет.

Распределение больных по группам и диагнозу представлено в таблице 1.

**Таблица 1.** Распределение больных по группам и диагнозу

Диагноз		Основная группа	Контрольная группа	Всего
Генерализованный пародонтит нач.- I ст., осложненный	кандидозом	14	12	26
	трихомонадозом	7	8	15
	фузо-спиральной инфекцией	3	2	5
Генерализованный пародонтит I—II ст., осложненный	кандидозом	15	15	30
	трихомонадозом	7	7	14
	фузо-спиральной инфекцией	—	1	1
Всего		40	40	80

Н.Ф. Данилевский, доктор мед. наук, профессор  
Л.Ф. Сидельникова, кандидат мед. наук, доцент  
Кафедра терапевтической стоматологии национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев

Меньше всего наблюдалось пациентов с генерализованным пародонтитом, в пародонтальных карманах которых выявлены *Vac.Fusiformis* и *Vac.Vincenti* (3 в основной и 3 в контрольной группе), причем у этих же пациентов выявлена в большом количестве ротовая трихомонада, что позволило нам объединить эти подгруппы для анализа эффективности антибактериальной терапии.

### Методика лечения

После устранения местных раздражающих факторов, проведения тщательной профессиональной гигиены полости рта, контроля индивидуальной гигиены, все участники исследования получали базовую терапию для лечения основного заболевания. Местное лечение у пациентов основной группы включало назначение Стоматидина для инстилляций в пародонтальные карманы, для ротовых ванночек домой по 5—10 мин. х 3 раза; Лизобакт — по 2 таблетки медленно рассасывать в полости рта 3 раза. Разрыв между приемом Лизобакта и Стоматидина составлял не менее 1 часа.

Пациенты контрольной группы получали фитополоскания и мазь «Мефенат» для аппликаций и инстилляций.

### Результаты исследования

В основной клинической группе уже через неделю





после применения препаратов пациенты отмечали улучшение состояния, через две недели полностью устранен неприятный запах изо рта, значительно уменьшились кровоточивость, припухлость, боли и ощущение зуда в десне, к концу исследования все жалобы у пациентов основной группы практически исчезают в контрольной группе также отмечено значительное улучшение субъективного состояния, однако нельзя сделать следующие выводы:

У пациентов с генерализованным пародонтитом II степени также наблюдается обратное развитие жалоб: начиная с первой и кончая четвертой неделей, жалобы постепенно исчезают. В контроле также отмечено существенное улучшение, однако показатели на 20—25% хуже.

Клинически ощутимые улучшения заключались в уменьшении признаков воспаления десны в основной группе, отсутствии (I группа) и снижении интенсивности экссудации (II группа), а также изменении характера экссудата преимущественно на серозный. Благоприятные клинические результаты в основной группе наблюдались после 3—4 сеансов лечения, тогда как в контрольной группе лишь после 7—8 сеансов, причем длительность местной терапии не зависела от характера микрофлоры пародонтальных карманов.

У всех пациентов, как в основной, так и в контрольной группе отмечается положительная динамика гигиенического состояния полости рта. Улучшение показателей гигиены шло параллельно с улучшением клинических показателей состояния пародонта, однако, темпы улучшения показателей были на 12—15% выше, чем в контрольной группе.

При анализе результатов цитологического исследования содержимого пародонтальных карманов выявлено значительное снижение количества разрушенных лейкоцитов ( $27,0 \pm 1,12$  до лечения и  $12,1 \pm 1,12$  к концу лечения).

В контрольной группе этот показатель также уменьшился, однако оставался довольно высоким ( $15,8 \pm 1,33$ ). Параллельно с этим повысилось количество фагоцитарных нейтрофилов:  $8,9 \pm 1,02$  — до лечения,  $12,0 \pm 1,5$  к концу исследования в основной группе и  $10,7 \pm 0,91$  в контрольной. Эти данные можно рассматривать как явную тенденцию к стабилизации оздоровительных процессов в полости рта.

Таким образом, данные лабораторного исследования подтвердили стимуляцию местных факторов защиты полости рта при использовании в комплексном лечении препаратов Стоматидин и Лизобакт, а также отсутствие раздражающего действия и побочных эффектов при их применении.

#### Выводы

Проведенные клинико-лабораторные исследования

по изучению эффективности препаратов Стоматидин и Лизобакт в комплексном лечении пациентов с генерализованным пародонтитом начальной—I, I—II степени позволили дать препаратам положительную оценку на основании достоверного улучшения изучаемых показателей. Анализ результатов, полученных до лечения, в динамике лечения (7, 14, 28 суток) позволя-

1. Местное применение препаратов Стоматидин и Лизобакт легко переносится пациентами, препараты способствуют улучшению состояния гигиены полости рта, которое нормализуется через 14 дней после начала лечения и остается стабильно удовлетворительным.

2. Препараты Стоматидин и Лизобакт обладают выраженным противовоспалительным эффектом. После 4—5 сеансов лечения наступает видимое клиническое улучшение.

К концу 4 недели индекс воспаления (РМА) снизился на 73% при I—II степени генерализованного пародонтита, и на 91% при начальной—I степени генерализованного пародонтита.

3. Препараты обладают выраженным антибактериальным действием: на 40% снижается общая микробная обсемененность полости рта, исчезают патогенные формы микроорганизмов (трихомонада, дрожжевые грибы и др.), восстанавливается нормальный микробиоценоз полости рта.

4. Использование препаратов Стоматидин и Лизобакт в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом способствует стимуляции местных защитных факторов полости рта, что позволяет прогнозировать удлинение сроков ремиссии генерализованного пародонтита.

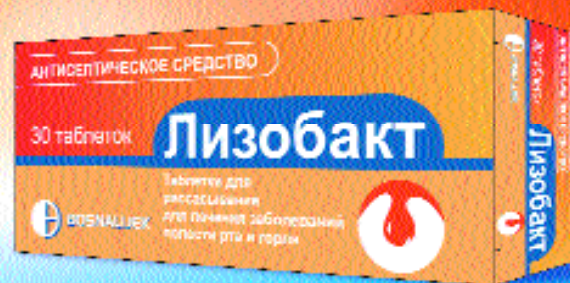
5. Осложнений и аллергических реакций не выявлено.

#### Практические рекомендации

Препарат Стоматидин показан при лечении больных генерализованным пародонтитом хронического и обострившегося течения, особенно осложненного трихомониазом и сопровождающегося галлитозом (неприятным запахом изо рта), для инстилляций в пародонтальные карманы, после кюретажа на 10—15 мин. или под повязку, а также для полосканий и ротовых ванночек в течение 3—5 мин. 3—4 раза в день. Курс лечения 7—10 дней.

Лизобакт рекомендуется при лечении больных генерализованным пародонтитом как обострившегося, так и хронического течения I—II степени, особенно при наличии грибов *Candida* и ротовой трихомонады для рассасывания в полости рта в течение 3—4 мин. по 2 таблетки 3—4 раза в день. После рассасывания таблеток в течение 1—1,5 часов не принимать пищу и не полоскать полость рта. Курс 10—12 дней.

# Лизобакт - естественное лечение заболеваний полости рта



## Таблетки для рассасывания

### 1 таблетка содержит:

лизоцима гидрохлорида 20,00 мг  
пиридоксина гидрохлорида 10,00 мг

**Лизоцим** является ферментом, лизирующим клеточную мембрану грамположительных и грамотрицательных бактерий и грибов, а также обладает противовирусной активностью.

**Пиридоксин** способствует регенерации слизистой, оказывает антиафтозный эффект.

## Показания к применению

Лечение и профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, десен и гортани:

- \* стоматит
- \* гингивит
- \* герпетические поражения
- \* эрозии слизистой оболочки полости рта любой этиологии

## Способ применения и дозы

Таблетки медленно рассасывают; по 2 таблетки 3-4 раза в день. Растворенную массу необходимо как можно дольше задерживать в полости рта. Курс лечения 8 дней, при необходимости его можно продлить.

**Лизоцим усиливает терапевтическую эффективность антибиотиков**  
**Можно назначать во время беременности и кормления грудью**



Представительство в России: 117292, Москва, ул. Дм. Ульянова, д. 16, корп. 2, оф. 321  
Тел./факс: +7 095 771-7632; 124-2895. E-mail: info@bosnalijek.ru; http://www.bosnalijek.ru



## Стоматидин

1 мл раствора содержит  
1 мг Гексетидина

Мощное противомикробное и противогрибковое действие — гарантия высокой эффективности лечения стоматитов, пародонтитов, гингивитов, тонзиллитов, фарингитов, ангин.

Эффективно уменьшает боль, воспаление, устраняет неприятные ощущения и неприятный запах изо рта.

Активная концентрация препарата в слизистой оболочке ротовой полости и горла сохраняется до 65 часов!

Можно применять в течение беременности и в период кормления грудью.

**Стоматидин**  
*Серьезное средство для решения  
серьезных проблем*





Тел.: +7 (095) 938 9212  
E-mail: expo@mediexpo.ru  
<http://www.medlexpo.ru>

**МЭ МЕДИ Экспо**  
МЕДИЦИНСКИЕ ВЫСТАВКИ



Стоматология

2005

**VII**

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ  
ВЫСТАВКА

# СТОМАТОЛОГИЯ

**13 - 16 декабря**

МОСКВА, Центр международной торговли

**IV МОСКОВСКАЯ  
ГОРОДСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

**НАУЧНЫЙ ФОРУМ**

**«ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ»**

СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ  
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ:

- эндодонтия
- заболевания слизистой пародонтология
- профилактика стоматологических заболеваний
- актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии

**УЧРЕДИТЕЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

**ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ ПО СОЗДАНИЮ АССОЦИАЦИИ**



**ОРГАНИЗАТОРЫ**

Министерство здравоохранения и  
социального развития России  
Центральный научно-исследовательский  
институт стоматологии Росздрава  
Московская ассоциация стоматологов  
ЗАО «МЕДИ Экспо»

**ЦНИИС**

2005



## Гигиена полости рта

# Оценка содержания фторида в образцах различных зубных паст

В.Н. Беня, А.А. Дабузов  
Кафедра профилактики  
стоматологических заболеваний МГМСУ

В настоящее время большинство исследователей признают, что снижение интенсивности кариеса, в последние 20—25 лет регистрируемое на популяционном уровне в тех странах, где внедряется профилактика, объясняется широким использованием фторидсодержащих зубных паст [2]. Регулярное их использование приводит к редукции прироста кариеса зубов примерно на 30—40% [1].

Применение таких паст, как и других местных фторидсодержащих средств, приводит к повышению содержания фторида в среде, окружающей зуб, тем самым увеличивая резистентность твердых тканей и снижая возможность развития кариесогенной ситуации. При этом противокариозные свойства зубных паст напрямую зависят от содержания в них свободных ионов фтора.

Целью данного исследования явилось определение концентрации фторида в образцах 6 зубных паст, содержащих лечебные травы.

### Материал и методы исследования

Для исследования были отобраны 6 зубных паст с травами:

— «Blend-a-med Целебные травы + Про-Минерал Комплекс», Германия (фторид натрия — 0,321%, абразив — Hydrated Silica);

— «Лесной бальзам», Екатеринбург [монофторфосфат натрия — 0,76% (фторид — 0,1%), абразив — диоксид кремния];

— «Новый жемчуг Семь трав», «Невская косметика» (СПб) [монофторфосфат натрия — 0,76% (фторид — 0,1%), абразив — диоксид кремния];

— «Aquarelle Herbal», Болгария [монофторфосфат натрия — 0,76% (фторид — 0,1%), абразив — карбонат кальция и диоксид кремния];

— «Colgate Лечебные травы», Бразилия (монофторфосфат натрия — 1,1%, абразив — осажденный карбонат кальция);

— «Dental Dream Лечебные травы», Болгария (без фторида — в качестве контроля).

Концентрацию фторида в стандартных образцах исследуемых зубных паст оценивали следующим образом. Из одного тюбика делали пять навесок зубной пасты по 0,5 г, каждую из которых разводили деионизированной водой (25 мл) и размешивали на магнитной мешалке в течение 10 мин. После этого отбирали 5 мл взвеси, доба-

вляли 10 мл буферного раствора и определяли концентрацию фторида с помощью фторидселективного электрода (ЭЛИТ-221Фтор) на потенциометре ORION (модель 720). В каждой пробе фиксировали три значения концентрации, определяемые прибором, и высчитывали среднее значение.

Такие определения делали во всех образцах зубных паст, для каждой из которых были представлены тюбики из разных партий.

Статистическую оценку результатов исследования осуществляли с помощью пакетов прикладных программ.

### Результаты исследования

Результаты исследования содержания ионов фтора в образцах различных зубных паст представлены ниже.

#### Паста «Blend-a-med Целебные травы + Про-Минерал Комплекс»

#### Паста «Лесной бальзам» (монофторфосфат натрия 0,1%)

При исследовании образцов зубной пасты «Лесной бальзам» отмечено, что среднее содержание фторида в

Дата выпуска тюбика	Средняя концентрация F <sup>-</sup> (М±m ppm) в образцах из одного тюбика
05.04	14,37±0,09

тюбике от 9.04. достоверно (p<0,05) выше, чем в остальных четырех, а колебания концентрации находятся в пределах 27—64%.

Дата выпуска тюбика	Средняя концентрация F <sup>-</sup> (М±m ppm) в образцах из одного тюбика
09.04	0,582±0,020
14.04.05	0,288±0,015
06.04.05	0,275±0,065
05.05	0,239±0,019
06.05	0,211±0,019

#### Паста «Новый жемчуг Семь трав» (монофторфосфат натрия 0,76%)

При исследовании концентрации свободного F<sup>-</sup> в пробах этой зубной пасты не выявлено ее достоверных различий в образцах 04.07 (30) и 04.07 (35). В то же время, в об-





разцах 03.07 и 01.07 среднее содержание фторида достоверно выше ( $p < 0,05$ ).

Дата выпуска тюбика	Средняя концентрация $F^-$ ( $M \pm m$ ppm) в образцах из одного тюбика
04.07 (30)	$0,161 \pm 0,031$
03.07	$0,570 \pm 0,029$
01.07	$0,396 \pm 0,027$
04.07 (35)	$0,207 \pm 0,026$

#### Паста «Aquarelle» (монофторфосфат натрия 0,76%)

В образцах данной зубной пасты средняя концентрация фторида достоверно различается ( $p < 0,05$ ).

#### Паста «Colgate» (монофторфосфат натрия 1,1%)

В образцах зубной пасты от 10.04 и 8.04. концентрация фторида достоверно выше.

Дата выпуска тюбика	Средняя концентрация $F^-$ ( $M \pm m$ ppm) в образцах из одного тюбика
04.07	$4,14 \pm 0,03$
03.07	$2,83 \pm 0,01$
11.04	$3,09 \pm 0,02$

#### Паста «Dental Dream» (без фторида — контроль)

В представленных образцах зубной пасты концентрация фторида минимальна, и вероятно, связана с его со-

Дата выпуска тюбика	Средняя концентрация $F^-$ ( $M \pm m$ ppm) в образцах из одного тюбика
01.05	$2,41 \pm 0,02$
02.05	$2,46 \pm 0,02$
08.04	$2,86 \pm 0,03$
10.04	$3,01 \pm 0,03$

держанием в воде, использованной при изготовлении пасты.

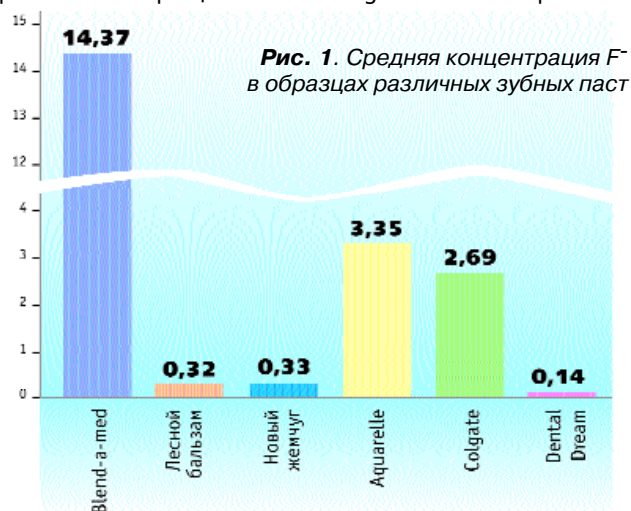
Таким образом, наибольшая концентрация фторида бы-

Дата выпуска тюбика	Средняя концентрация $F^-$ ( $M \pm m$ ppm) в образцах из одного тюбика
04.06	$0,113 \pm 0,03$
11.07	$0,162 \pm 0,04$

ла выявлена в стандартных навесках зубной пасты «Blend-a-med Целебные травы + Про-Минерал Комплекс», содержащей фторид в виде фторида натрия. В то же время, в пастах, в состав которых входит монофторфосфат натрия (Лесной Бальзам, Новый жемчуг Семь трав, Aquarelle Herbal, Colgate Лечебные травы), концентрация свободных ионов фтора оказалась ниже, по-видимому вследствие того, что для ее

повышения требуется гидролиз монофторфосфата натрия (рис. 1).

Так, концентрация ионов свободного фтора, который обеспечивает противокариозную эффективность зубных паст, в «Blend-a-med Целебные травы + Про-Минерал Комплекс» была на 96% выше аналогичной концентрации в пасте «Новый Жемчуг Семь трав» и, в среднем, более чем на 80% выше, по сравнению с образцами пасты «Colgate Лечебные травы». В



образцах других протестированных зубных паст концентрация свободных ионов фтора так же была значительно ниже при сравнении с пастой «Blend-a-med Целебные травы + Про-Минерал Комплекс».

Следует отметить так же значительные колебания содержания фторида в различных образцах зубных паст внутри одной марки (Лесной Бальзам, Новый жемчуг Семь трав, Aquarelle Herbal, Colgate Лечебные травы).

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало, что содержание ионов свободного фтора оказалось наивысшим в зубной пасте «Blend-a-med Целебные травы + Про-Минерал Комплекс», содержащей фторид натрия, и можно предположить, что, благодаря этому она будет наиболее успешно препятствовать развитию полости рта в критической ситуации и способствовать реминерализации эмали зубов.

#### Литература

1. N.O. Harris, F. Garcia-Godoy. Primary preventive dentistry. — Appleton&Lange: Stamford, Connecticut. — 1999. — 658 pp.
2. P.E. Petersen, M.A. Lennon. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21-st century: the WHO approach. // Comm. Dent. Oral Epidem. — 2004. — V. 32. — P. 319—321.



## Хирургическая стоматология

# Остеоиндуктивные свойства новых материалов, разрабатываемых НПО «ПОЛИСТОМ»

К.С. Десятниченко,  
Н.А. Слесаренко,  
С.Г. Курдюмов,  
А.И. Торба  
НПО «ПОЛИСТОМ»,  
МГА ветеринарной медицины  
и биотехнологии  
им. К.И. Скрябина

Необходимость совершенствования методов лечения опорно-двигательного аппарата и зубочелюстной системы стимулирует создание новых материалов для имплантации в дефект минерализованных тканей, наиболее оптимально возбуждающих их новообразование и полностью деградирующих к моменту репарации. Ученые и технологи НПО «ПОЛИСТОМ» постоянно совершенствуют технологические приемы производства, что приводит к улучшению поведения материалов в костных тканях, в чем врачи-практики смогут убедиться, начиная с сентября 2005 г. Вместе с тем, на качественно новом уровне представляется перспективным добавление к известным композициям коллагена и ортофосфатов кальция, разработанных и выпускаемых НПО «ПОЛИСТОМ» [1], факторов роста полипептидной природы, депонируемых костной тканью, контролируемых в физиологических условиях скелетный гомеостаз [2—4]. В настоящем сообщении мы продолжаем серию публикаций (см. [5, 6]), характеризующих биологические свойства новых материалов.

### Материалы и методы

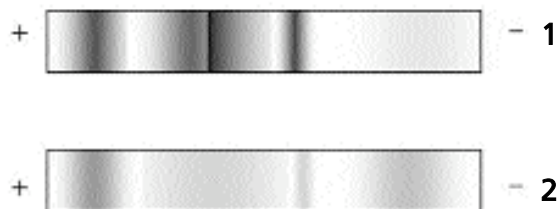
Для получения материалов использовали препараты гранулированного гидроксиапатита, выпускаемые НПО «ПОЛИСТОМ» — ГИДРОКСИАПОЛ ГАП-99г-0,25. Диафизы трубчатых костей свиней освобождали от пареоассальных тканей и измельчали, используя специальное устройство, до частиц с поперечником 0,1—0,2 мм. В результате ряда ранее описанных процедур [5] был получен раствор костных неколлагеновых белков (НБК). Раствор использовали для сорбции НБК на гранулах ГАП. Спектр НБК, сорбирующихся и несорбирующихся на гидроксиапатите, выявляли, используя электрофорез на ацетатцеллюлозе [7]. Для проведения контрольных опытов гранулы инкубировали в дистиллированной воде вместо раствора НБК. Перед применением материал обеих модификаций лиофильно высушивали и стерилизовали гамма-излучением.

Эксперимент выполнен на 60 половозрелых крысах самцах линии Вистар, как ранее было описано [5], с соблюдением гуманного обращения с лабораторными животными (приказ МЗ СССР № 12000 от 2.04.80). Выделяли макропрепараты оперированных голени, in legunt artis готовили и окрашивали гистологические

срезы для морфо-функционального анализа, используя микрофотосъемку в проходящем свете и при аддитивно-инверсионной компенсации в поляризованном свете проводили на микроскопе Olympus с цифровой камерой Camedia-4000. Достоверность различий активности регенераторного процесса в разных группах оценивали непараметрически, используя пакет программ SP.SS 8-02.

### Результаты и обсуждение

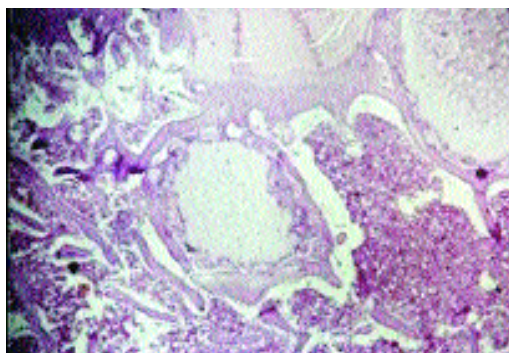
Гранулы ГИДРОКСИАПОЛ ГАП-99г-0,25 сорбировали (удерживали после двукратного отмывания дистиллированной водой) из этого раствора белки в количестве 0,3-0,4 мг/г. Различия электрофореграмм сорбирующихся и несорбирующихся на ГАП белков (рис. 1) убеждают в наличии сродства у части НБК к гидроксиапатиту.



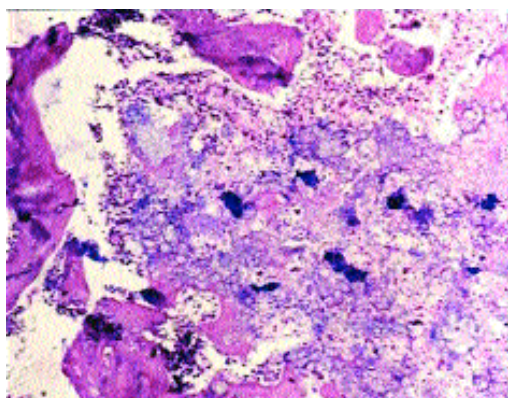
**Рис. 1.** Электрофореграммы неколлагеновых белков костной ткани, сорбирующихся (1) и несорбирующихся (2) на гидроксиапатите

Все животные хорошо перенесли вмешательство, оперированную конечность нагружали к концу 1-й недели после операции. В контрольной группе (гранулы ГАП без НБК) заполнение дефекта происходило за счет фиброзно-хондроидного пролиферата, по периферии которого постепенно формировались молодые костные балки (рис. 2). В тот же срок — 15 суток после операции — в опытной группе (гранулы ГАП, модифицированные НБК) в зоне костного дефекта обнаруживали грануляционную ткань, представленную соединительнотканскими элементами, между которыми выявляли базофильно окрашенные частицы имплантата и одиночные молодые костные трабекулы, формировавшиеся вокруг капилляров микроциркуляторного русла (рис. 3). Молодые костные балки, дифференцировались за счет эндесмального остеогенеза. На периферии

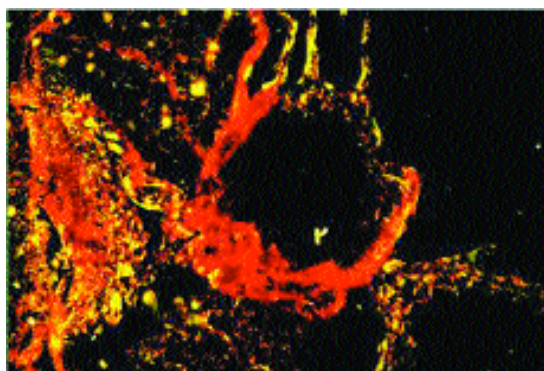




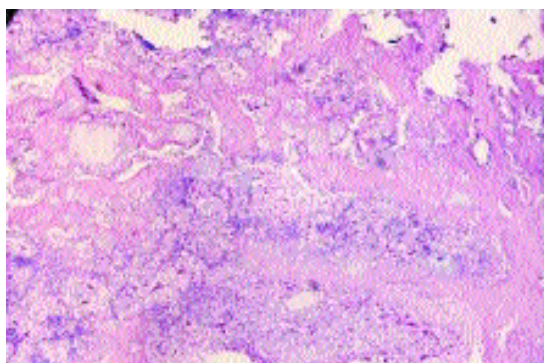
**Рис. 2.** Контроль, 15 сут. Фиброзно-хондронный регенерат в зоне повреждения, окруженный костными балками. Очаги энхондрального остеогенеза, обрамляющие регенерат по периферии (Гематоксилин и эозин. Об. 10, ок. 10)



**Рис. 3.** Опыт, 15 сут. В зоне костного дефекта обнаруживается грануляционная ткань, представленная соединительнотканскими элементами, между которыми выявляются базофильно окрашенные частицы имплантата и одиночные молодые костные трабекулы, формирующиеся вокруг капилляров микроциркуляторного русла (Гематоксилин и эозин. Об. 20, ок. 10)



**Рис. 4.** Контроль, 30 сут. Костное вещество кольцевидной формы, окружающее зону нанесенного повреждения, характеризуется доминированием коллагена с высокой степенью морфологической зрелости. Регенерат, расположенный внутри «костного кольца» отличается пониженной структурной анизотропией (Пикросириус. Об. 10, ок. 10)



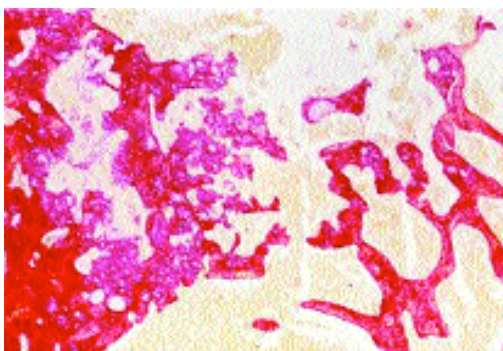
**Рис. 5.** Опыт, 30 сут. В зоне костного дефекта выявляется регенерат, представленный молодыми трабекулами костной ткани, ассимилировавшими имплантат (Гематоксилин и эозин. Об. 20, ок.)

регенерата визуализировали зрелые костные балки, с высокой степенью морфологической зрелости коллагена.

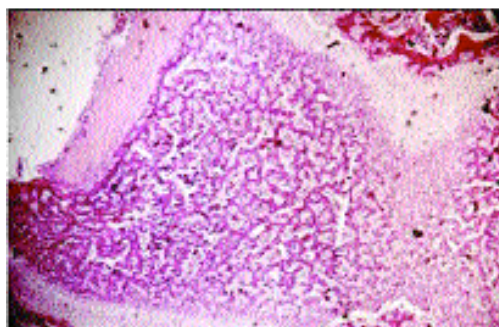
Через месяц после создания дефекта и имплантации в него материала контрольной группы в динамике эксперимента на базе первичного регенерата продолжала формироваться молодая кость. Костное вещество кольцевидной формы, окружавшее зону нанесенного повреждения, было представлено коллагеном с высокой степенью морфологической зрелости, в то время как регенерат, расположенный внутри «костного кольца» отличался пониженной структурной анизотропией, что может свидетельствовать о низкой ориентационной упорядоченности макромолекул коллагена и продолжающихся процессах фибриллогенеза (рис. 4).

В опытной группе на тот же срок в зоне костного дефекта обнаруживали регенерат, представленный молодыми трабекулами костной ткани, ассимилировавшими имплантированный материал. Межтрабекулярные пространства выявляли остатки остеоиндуктора, расположенного в резорбционных лакунах, обрамленных цепочками остеобластных клеток. Регенерат, заполняющий дефект кортикальной костной пластины и губчатой кости, содержал изоформы коллагена с повышенной степенью морфологической зрелости и относительной инертностью в метаболическом отношении (рис. 5).

Через 75 суток наблюдения в контрольной костная рана была выполнена относительно зрелой костной тканью, находившейся в фазе репарации и ремоделирования,



**Рис. 6.** Контроль, 75 сут. Молодые костные балки, дифференцирующиеся путем энхондрального остеогенеза, отличает вариабельность тинкториальных свойств — свидетельство адаптивного ремоделирования структуры костного регенерата (Пикрофуксин. Об. 10, ок. 10)



**Рис. 7.** Регенерат в зоне дефекта представлен морфологически зрелой костной тканью. Отмечается постепенная спонгизация компактной кости — свидетельство адаптивного ремоделирования структуры регенерата к предъявляемой биомеханической нагрузке. Межтрабекулярные пространства содержат красный костный мозг (Гематоксилин и эозин. Об. 10, ок. 10)

о чем свидетельствовали вариабельность тинкториальных свойств экстрацеллюлярного матрикса (рис. 6) и генетическая изоформность коллагена по степени морфологической зрелости. В опытной группе к этому сроку происходила полная биодеградация имплантата. Регенерат в зоне дефекта был представлен морфологически зрелой костной тканью, отмечали постепенную спонгизацию компактной кости — свидетельство адаптивного ремоделирования структуры регенерата к предъявляемой биомеханической нагрузке (рис. 7). Межтрабекулярные пространства содержали красный костный мозг.

Известно, что костные дефекты без имплантации в них остеоиндуктора возмещаются фиброзной соединительной тканью. Нами во всех случаях использования в эксперименте остеоиндуцирующих материалов НПО «Полистом» в сроки от 2 до 2,5 месяцев было отмечено на месте дефектов развитие полноценной пластинчатой кости, претерпевающей к последнему сроку наблюдения органно-типическую перестройку в соответствии с местными биомеханическими условиями — аналогичной окружающей материнской ткани. По приведенным в настоящем сообщении морфологическим признакам, характеризующим механизм остеорепаляции, главное отличие при использовании в качестве носителя местных факторов роста гранул ГАП заключается в том, что остеогенез развивается на основе преимущественно (ГАП) или полностью (ГАП+НБК) фибрино-грануляционной ткани — эндесмальный остеогенез. Такой тип остеогенеза наблюдается при стабильной фиксации точно сопоставленных отломков и получил название первичного костного сращения.

Таким образом, приведенные в настоящем сообщении результаты исследования материалов, основу которых составляют фосфаты кальция, показали, что каждый из них обладает остеоиндуцирующими свойствами, наиболее выраженными при добавлении к ним не-

коллагеновых белков, содержащих набор полипептидных факторов, воздействующих на пролиферацию, дифференцировку и экспрессию клеток.

## Литература

1. Воложин А.И., Курдюмов, В.П. Орловский и др. Создание нового поколения биосовместимых материалов на основе фосфатов кальция для широкого применения в медицинской практике // Технологии живых систем. — 2004. — Т. 1. — № 1. — С. 41—56.
2. Десятниченко К.С., Балдин Ю.П. Экспериментально-теоретические исследования, подтверждающие концепцию Г.А. Илизарова о единстве генеза костной и кроветворной тканей // Гений ортопедии. — 1995. — № 1. — С. 29—32.
3. Boyne P.J. Studies of the surgical application of osteoconductive and osteoinductive materials // Tissue engineering: application in maxillofacial surgery and periodontics (ed. S.E. Lynch, R.G. Genco, R.E. Marx). — Quintessence Publishing Co, Inc. — 1999. — P. 125—130.
4. Mc Carthy T.L., Centrella M. Links among growth factors, hormones, and nuclear factors with essential roles in bone formation // Crit. Rev. Oral Med. — 2000. — V. 11. — No 4. — P. 409—422.
5. Десятниченко К.С., Слесаренко Н.А., Кайдановский М.А., Курдюмов С.Г. Апробация в эксперименте остеоиндуцирующих материалов нового поколения ЗАО «Полистом» // Стоматология для всех. — 2004. — № 3. — С. 40—42.
6. Десятниченко К.С., Истранов Л.П., Курдюмов С.Г. и др. Остеопластические материалы 2-го поколения на основе фосфатов кальция // Современные проблемы имплантологии. — Саратов. — 2004. — С. 32—34.
7. Практическая химия белка (ed. A. Darbre) // М., «Мир». — 1989. — 623 с.



# "СТОМА ПРЕМЬЕР"

г. Москва, Проспект Мира, 106, офис 522, т./ф. (095) 785-3742, т. (095) 287-8719, т./ф. (095) 287-8727  
www.stomapremier.boom.ru E-mail: stomapremier@bk.ru



СПЕЦИАЛЬНОЕ  
ПРЕДЛОЖЕНИЕ  
**€7950**

Стоматологическая установка

**"ФОРМУЛА МАСТЕР"**  
(Италия – CEMM)

ГАРАНТИЯ 24 МЕСЯЦА • ПРОДАЖА СО СКЛАДА В МОСКВЕ • МОНТАЖ И СЕРВИСНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ



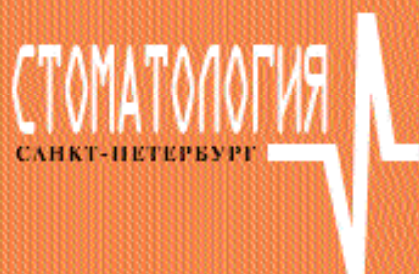
**\$5100**

Стоматологическая установка  
**SUN SD 868-B**



МЕТАЛЛИЧЕСКАЯ МЕБЕЛЬ  
**«ЛОТОС»**





## 9-я МЕЖДУНАРОДНАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ И ВЫСТАВКА

# 24 – 27 МАЯ 2006

Россия, Санкт-Петербург  
Ленэкспо, Гавань

### ПРИ СОДЕЙСТВИИ:

Стоматологическая  
ассоциация  
Санкт-Петербурга

### ОФИЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА:



Правительство  
Санкт-Петербурга

### ОРГАНИЗАТОРЫ:



Тел.: +7 (812) 380 60 00/00  
E-mail: med@primexpo.ru



[www.med-exhibitions.ru](http://www.med-exhibitions.ru)

Министерство здравоохранения Ставропольского края  
Ставропольская государственная медицинская академия  
Стоматологическая ассоциация Ставропольского края  
Выставочный центр "Прогресс"

### Основные разделы выставки:

#### Оборудование:

- стоматологические установки и компрессоры;
- рентгеновские аппараты;
- аппараты для диагностики кариеса и заболеваний пародонта;
- для фотополимеризации; пескоструйные и интритровые;
- эндодонтические; для хирургических вмешательств;
- физиотерапевтические;
- наконечники и микрометры;
- оборудование для стерилизации;
- оборудование зуботехническое;
- мебель для оснащения стоматологических кабинетов и клиник.

#### Инструменты, принадлежности и материалы:

- общего назначения;
- для терапевтической стоматологии и реставрации;
- эндодонтические;
- ортопедические;
- для стоматологии хирургической, ортопедической, пародонтологической.

#### Профилактические средства:

- профессиональная гигиена;
- индивидуальная гигиена полости рта.

#### Специализированная литература.

3-я специализированная выставка - конгресс  
**СТОМАТОЛОГИЯ**  
Ставрополья

13-15 октября 2005  
г. Кисловодск

Научно-практическая конференция  
стоматологов Юга России  
"Современные технологии в стоматологии".

Выставочный центр "Прогресс"  
(8652) 35-37-70, 95-67-21  
[med@progrexpo.ru](mailto:med@progrexpo.ru)  
[www.progrexpo.ru](http://www.progrexpo.ru)





# DISCUS DENTAL®

*представляет*

# ZOOM!®

**1 - ЧАСовая Клиническая  
Система Отбеливания Зубов\***



до 12 оттенков  
белее

\* Система состоит из лампы и  
набора Chairside  
Вся система сертифицирована  
и зарегистрирована в Минздраве РФ

*Также Профессиональные  
Домашние Системы*

**Day White**  
Дневная

**Nite White**  
Ночная

**Zoom! Weekender**  
3-х дневная

**Официальные российские дистрибьюторы**

Амфодент  
СПб., т.: (812) 373-51-59, 373-34-72  
Москва, т.: (095) 334-41-19, 334-48-68  
e-mail: amfodent@amfodent.ru

Денталь  
Москва,  
т.: (095) 251-45-89, 251-90-29  
e-mail: bizcenter@mail.ru,  
dental-ld@mail.ru

Геософт  
Москва,  
т.: (095) 881-99-41, 881-90-48  
e-mail: mail@geosoft.ru

ЗАО "Сиамед"  
Чикагский Центр  
Современной Стоматологии  
Москва, т.: (095) 251-75-78, 251-78-10  
e-mail: apetrova@chikagosentre.com

Представительство: "Дискус Дентал Ист"  
Москва, ул. Трубная, д.12; "Милениум Хаус", т.: (095) 795-06-21

или

[www.discusdental.ru](http://www.discusdental.ru)

e-mail: [info@discusdental.ru](mailto:info@discusdental.ru)



## Хирургическая стоматология

# Опыт и перспективы применения «Cerasorb®» при удалении зубов у работников газодобывающего комплекса

С.В. Zubov, к.м.н., главный стоматолог ОАО «Газпром»  
С.А. Заславский, д.м.н., профессор  
Р.С. Заславский, к.м.н.  
Кафедра стоматологии и зубопротезных технологий РМАПО

Аргументированный и высокопрофессиональный подход к удалению зубов — залог их успешного замещения и полноценного восстановления утраченной жевательной функции зубочелюстной системы.

Хирургический этап стоматологического лечения, как правило, следует по завершении всех неудавшихся допустимых консервативных лечебных мероприятий, позволяющих его исключить. Чаще всего к удалению (экстракции) зубов прибегают вследствие:

- осложнений проведенного стоматологического лечения,
- резкого обострения хронических заболеваний зубочелюстной области и всего организма в целом, проявляющихся в полости рта,
- проведения реконструктивных мероприятий, предусмотренных планом комплексной стоматологической помощи.

Особое значение приобретает эта, на первый взгляд, простая операция в экстремальных условиях трудовой деятельности работников газонефтяной отрасли. При работе вахтовым методом их организм подвергается большой нагрузке — длительные перелеты, перемена климатических условий и тяжелые условия труда. Это приводит к обострению хронических процессов в зубочелюстной области и, как результат, — удалению зубов, последствия которых как непосредственно после операции, так и в отдаленный период времени, как правило, не предсказуемы. Воспалительные процессы и осложнения, связанные с недостаточной квалифицированными хирургическими вмешательствами в зубочелюстной области, могут приводить к возникновению угрозы жизни пациентов; послеэкстракционные атрофические процессы альвеолярных отростков — осложнять и часто исключать дальнейшее полноценное ортопедическое лечение.

Тесный контакт бактериальной флоры полости рта с открытой раневой поверхностью требует проведения традиционных профилактических мероприятий, имеющих в основном противовоспалительный характер, сжигания краев постэкстракционной лунки альвеолярно-

и улучшения регенерации тканей. Крайне редко одновременно проводятся мероприятия, направленные на формирование протезного ложа.

Проблемы, связанные с убылью костной ткани, в основном, приходится решать врачам-стоматологам в процессе замещения дефектов зубных рядов в целях восстановления жевательной функции с соблюдением эстетических требований и комфорта пользования протезными конструкциями. Анализ клинического материала стоматологической службы поликлиники ОАО «Газпром» позволяет констатировать: изготовленные с учетом убыли костной ткани протезные конструкции и отличаются значительной массивностью, объемом и весом, вызывают перегрузку опорных зубов, имплантатов и протезного ложа, усугубляя процесс атрофии костной ткани. Статическая (покоя) и динамическая (функциональная) устойчивость челюстей подобных съемных протезов весьма проблематична, особенно при полном отсутствии зубов. Адаптационный период у пациентов проходит достаточно трудно и сопровождается большим количеством коррекций. Процесс постэкстракционной атрофии костной ткани альвеолярного отростка проходит достаточно динамично, особенно в первые 2—3 месяца после удаления зубов, достигая 40—60% резорбции костной ткани через 2—3 года вследствие недостаточной нагрузки на альвеолярный отросток. В дальнейшем при отсутствии неблагоприятных факторов процесс резорбции нормализуется и протекает в пределах 1% в год.

В целях снижения негативных последствий экстренных удалений зубов нами была использована и адаптирована к условиям трудовой деятельности работников газонефтяной отрасли специальная лечебно-профилактическая программа с применением остеоиндуктивных материалов.

В настоящее время практически уже ни у кого не вызывает сомнений в преимуществах синтетических остеопластических препаратов перед остальными материалами, предложенными для этих же целей при исполь-





## ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Все манипуляции с «Cerasorb®» проводились титановым или керамическим инструментом, а также специальным высокопрочным полированным стальным инструментом в идентичных мини-лотках, исключая образование стружки при замешивании гранулята (DCV Instrumente, Германия).

Не допускалась излишняя компрессия в процессе смешивания «Cerasorb®» с кровью, приводящая к повреждению гранул, а при размещении «Cerasorb®» в дефеках вызывающая нежелательное напряжение и ухудшающее регенерацию костной ткани.

По завершении всех необходимых манипуляций раневая поверхность ушивалась традиционным путем.

При замещении обширных дефектов костной ткани альвеолярного отростка после осложненного удаления зубов или отсутствия стенки альвеолы нами применялась методика направленной тканевой регенерации (GBR) с использованием мембранной техники с целью моделирования утраченной костной ткани.

Сочетание мембраны «Epi-Guide» и синтезированной гранулы «Cerasorb®» способствовало росту костной ткани и сохранению десневого края, обеспечило получение обнадеживающих результатов.

Своевременно и рационально проведенные стоматологической службой ОАО «Газпром» мероприятия, направленные на профилактику возможных осложнений при удалении зубов, сопровождающихся прогрессирующей постэкстракционной атрофией костной ткани альвеолярного отростка, с использованием «Cerasorb®» позволили:

- снизить травматичность оперативного вмешательства;
- уменьшить прямой контакт постэкстракционной раневой поверхности с бактериальной флорой полости рта;
- значительно снизить опасность возникновения воспалительных процессов;
- исключить провоцирование иммунных защитных реакций;
- сформировать протезное ложе для последующего замещения дефектов зубных рядов всевозможными видами съемных и несъемных конструкций зубных протезов с опорой на имплантаты;
- осуществить стабилизацию устойчивости к функциональной нагрузке зубов, граничащих с постэкстракционным дефектом;
- предотвратить формирование травматической окклюзии с последующим прогрессирующим разрушением опорного аппарата зубочелюстной системы.

Доступная по сложности техника клинического применения и качественные характеристики позволяют широко использовать «Cerasorb®» и «Epi-Guide» в повседневной амбулаторной стоматологической практике.

Разработанная стоматологической службой ОАО

«Газпром» при участии кафедры стоматологии и зубопротезных технологий РМАПО лечебно-профилактическая программа, несмотря на увеличение общей стоимости оперативного вмешательства, позволила значительно сократить дополнительные затраты благодаря снижению риска послеоперационных осложнений, уменьшению количества выдаваемых больничных листов и обеспечению последующего, относительно несложного и, естественно, менее дорогостоящего ортопедического лечения. Накопившийся опыт и обнадеживающие отдаленные результаты подтверждают большую перспективность разработанной программы, базирующейся на остеоиндуктивных процессах, и позволяет более широко внедрять ее в повседневную клиническую практику, постоянно совершенствуя и адаптируя к экстремальным условиям трудовой деятельности работников газонефтяной отрасли.

*Клинический случай*

**Рис. 1.**  
Обширный постэкстракционный дефект



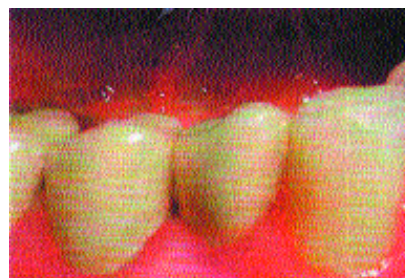
**Рис. 2.**  
Формирование восстанавливаемого Cerasorb альвеолярного отростка с помощью Epi-Guide



**Рис. 3.**  
Ушивание раневой поверхности



**Рис. 4.**  
Окончательное протезирование через 12 месяцев





**curasan**

Pharma AG

(ФРГ)

[www.curasan.de](http://www.curasan.de)

# Cerasorb + PRP = SuperSystem

искусственно синтезированный полностью рассасывающийся  
гранулят бета-трикальцийфосфат



- Пародонтология
- Имплантология
- Амбулаторная и  
челюстно-лицевая хирургия



Эксклюзивный поставщик в Россию и страны СНГ

Информация,  
профессиональные  
консультации,  
проектирование  
и продажи

Сервисный  
центр



**German Dental Group Depot**  
Дентальный Информационный Центр

125284 Москва,  
ул. Поликарпова, д.12  
Тел./факс: (095) 252-37-63,  
946-02-30, 945-58-31, 945-70-00  
E-mail: [gdg-russia@mtu-net.ru](mailto:gdg-russia@mtu-net.ru)



## Основные структуры и мероприятия Стоматологической Ассоциации России. Ответы на вопросы читателей

Стоматологическая Ассоциация России является крупнейшей добровольной общественной организацией российских медиков. Тем не менее довольно часто возникают вопросы относительно структуры и задач этой организации, проводимых ею мероприятий. На основе официальных документов СТАР, бесед с ее руководителями, личных наблюдений наших сотрудников во время мероприятий СТАР, мы постарались дать ответы на наиболее часто возникающие вопросы относительно деятельности СТАР.

— **Какие основные цели и задачи ставит перед собой СТАР?**

— Кратко их можно сформулировать следующим образом. Во-первых, это отражение интересов стоматологов страны перед лицом государства, общества и различных структур государства и общества, а также различных других общественных профессиональных образований. Во-вторых, это защита интересов стоматологов перед лицом государства, общественных организаций, различных административных органов и т.д.

Эти цели связаны непосредственно с профессиональными функциями стоматологов страны, с их профессиональными задачами, и они необходимы, чтобы поддержать единство стоматологов в обществе, создать достойный имидж стоматологической общественности, а также правильно взаимодействовать с государством и различными общественными и административными структурами.

— **Что является основой административной структуры Стоматологической Ассоциации России?**

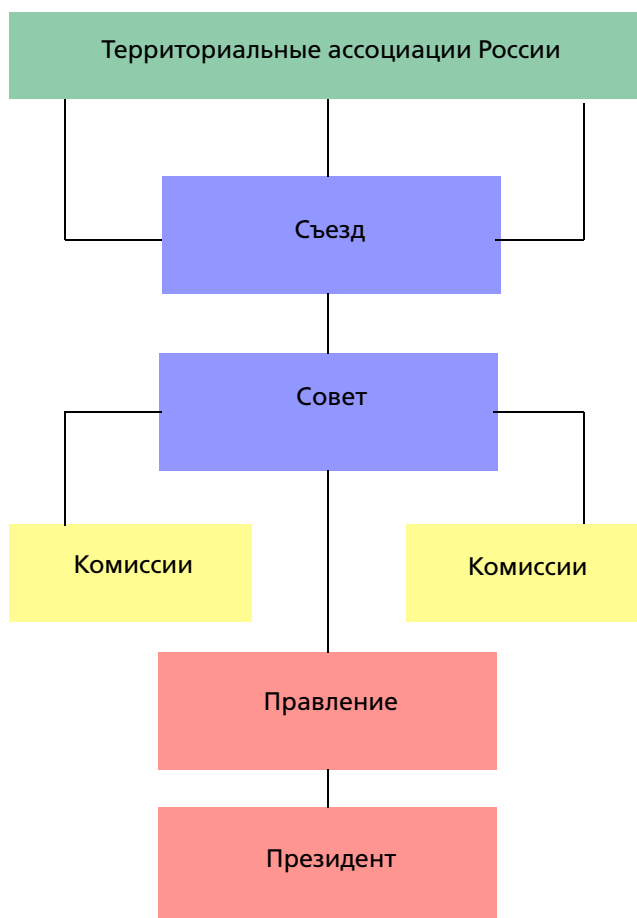
Основой административной структуры Стоматологической Ассоциации России являются территориальные стоматологические ассоциации (рис. 1). Это обычно юридические лица, которые созданы в 80 регионах России, то есть практически вся территория страны имеет свои территориальные ассоциации. Большая их часть имеет структуру в соответствии со своим Уставом. Ассоциации созданы в областях, краях, республиках, входящих в состав Российской Федерации. Территориальные ассоциации формируют более высокий уровень — Стоматологическую Ассоциацию России. Они сами, на основе Устава, создают органы управления СТАР на съездах для того, чтобы проводить согласован-

ные линии политики, экономики, профессиональных действий для защиты интересов стоматологов страны.

— **Когда и с какой целью проводятся съезды СТАР?**

— Съезд является главным ежегодным мероприятием, которое СТАР проводит обычно в сентябре текущего года. В соответствии с Уставом съезд является основной законодательной и административной структурой Стоматологической Ассоциации России. На съезд выносятся все основные проблемы, которые стоят перед СТАР. Его решения обязательны для всех территориальных ассоциаций. Кроме того, они являются директивными для работы остальных организаций Стоматоло-

**Рис. 1.** Административная структура Стоматологической Ассоциации России







гической Ассоциации России (Совет, Правление, Президент и др.), которые обязаны выполнять их. Основная функция всех структур СТАР — выполнять решения съезда.

— **Что является главным административным и главным исполнительным органом ассоциации в период между съездами?**

— В период между съездами главным административным органом, согласно Уставу Стоматологической Ассоциации России, является Совет СТАР. В Совете представлены делегаты всех территориальных ассоциаций России в зависимости от численности (два или один член Совета). Количество делегатов на съезд так же зависит от числа членов в региональной ассоциации. В целом количество делегатов съезда отражает и количество членов, и число территориальных ассоциаций России. В Совете, по мере необходимости, создаются комиссии, которые выполняют решения съезда. Совет обычно собирается два-три раза в год и на него выносятся актуальные для данного момента проблемы.

В перерыве между съездами и заседаниями Совета главным исполнительным органом является Правление СТАР. В него входят Президент, Вице-президенты и ответственный секретарь СТАР. Правление осуществляет исполнительные функции. Оно организует выполнение решений съезда и Совета, а также выполняет различные оперативные задачи, решает текущие вопросы, готовит съезд и различные конференции. В Правление входят как непостоянные члены различные лица, необходимые для решения тех или иных задач.

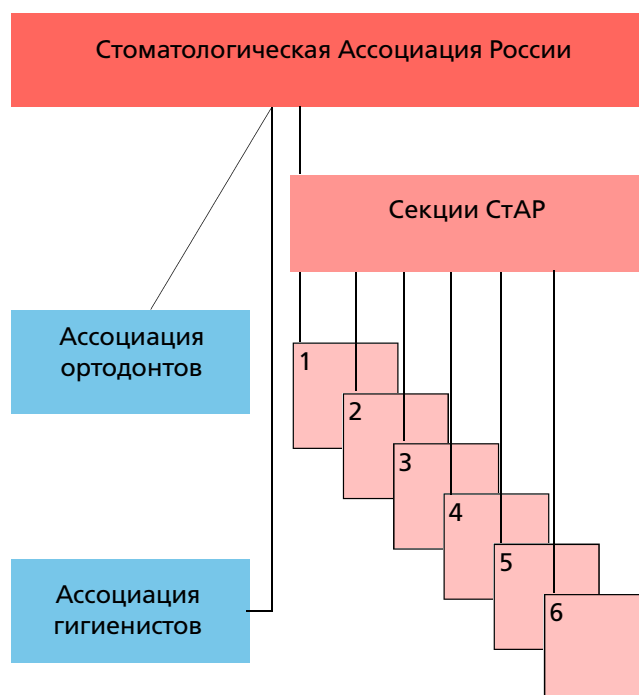
— **Каким образом выбирается президент СТАР и каковы его функции?**

— Президент СТАР выбирается прямым голосованием на Съезде. Это лицо, которое ответственно за все текущие дела, за выполнение всех решений Съезда и Совета. За президентом в Уставе записаны определенные функции. Президент избирается на один срок, но может быть переизбран на второй срок по решению съезда. Президент несет на себе представительские и основные исполнительные функции между съездами и советами. Главные вопросы деятельности СТАР в зависимости от их значимости он должен согласовывать с Советом или Съездом.

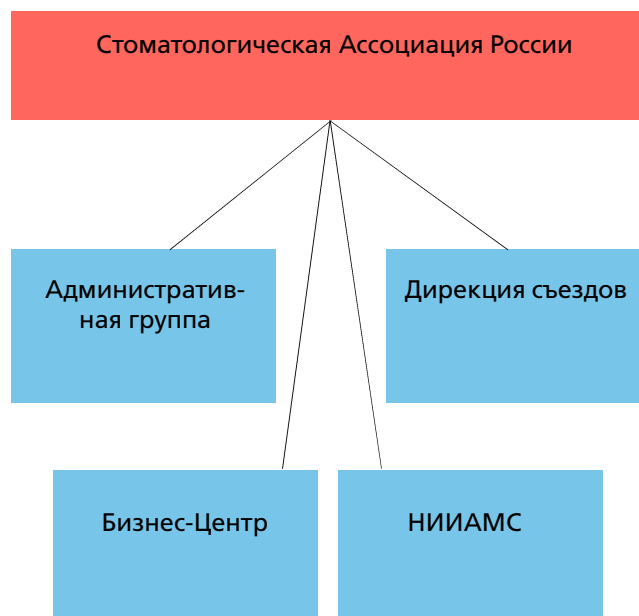
— **Какие элементы содержит профессиональная структура СТАР?**

— Под профессиональной структурой (рис. 2) мы понимаем стоматологические добровольные общественные организации, которые создаются по решению Совета СТАР. Они представлены ассоциациями или секциями. Они могут быть или не быть юридическими лицами. В структуре СТАР имеются две Ассоциации (ортодонтов и гигиенистов) и ряд секций — эндодонтов, зубных техников, ортопедов, пародонтологов и др. Количество секций зависит от желания определенных про-

**Рис. 2.** Профессиональная структура Стоматологической Ассоциации России



**Рис. 3.** Аппарат Стоматологической Ассоциации России





фессиональных групп стоматологов создавать их. В секциях решаются узкопрофессиональные проблемы — проведение профильных конференций, обучение специалистов, внедрение новых технологий, учебных планов и т.д.

Для выполнения решений Съезда и исполнительных функций в СТАР имеется аппарат постоянно работающего персонала (на зарплате), который под руководством Правления выполняет решения Съезда (рис. 3). Это, прежде всего, Дирекция съезда. Основной ее задачей является подготовка к Съезду и организация выполнения его решений. В составе дирекции — опытные специалисты по управлению и организации, способные готовить и проводить крупные мероприятия. Кроме того, в аппарате СТАР есть научная и творческая группа. Она занимается выполнением ряда проектов СТАР, связанных с научными исследованиями, взаимодействием с различными фирмами, выполнением совместных проектов. Группа состоит из 5—7 человек.

## — Существует ли коммерческая деятельность СТАР?

— Так как Стоматологическая Ассоциация России не является коммерческой организацией, она не имеет права заниматься коммерческими проектами, но СТАР может учреждать структуры, которые занимаются ими. Например, «Бизнес-центр» решает такие проблемы, как научный туризм, организация различных поездок, организация платных курсов, снабжение оборудованием и материалами на коммерческих началах и др. Часть средств от деятельности «Бизнес-Центра» идет в СТАР, а часть остается в «Бизнес-Центре» на содержание работников и развитие Центра.

В составе СТАР имеется Национальный институт информатики, анализа и маркетинга в стоматологии (НИИАМС). Он занимается как на коммерческих, так и на общественных началах разработкой таких проектов, как генеральный каталог стоматологических изделий и материалов, продвижением информации, технологий и т.д. Это очень перспективная работа. НИИАМС занимается также рассмотрением вопросов присуждения «Знака одобрения СТАР» на стоматологические изделия, ведет ряд проектов, связанных с внедрением современных технологий.

## — Каковы методы работы Стоматологической Ассоциации России?

— Основным мероприятием и главным способом решения проблем, стоящих перед Ассоциацией, является проведение съездов (рис. 4). На них выносятся основные проблемы и вопросы, которые стоят перед Ассоциацией.

Второй метод работы — это проведение конференций, симпозиумов, семинаров. Они могут носить организационно-управленческий характер или на них решаются чисто профессиональные, научные и некоторые другие проблемы.

Третий метод — работа Правления, которое решает все оперативные вопросы, а также готовит съезды, симпозиумы, конференции и семинары.

Отдельными мероприятиями проходит работа в профессиональных стоматологических объединениях секций гнатологов, эндодонтов, ортопедов-стоматологов, ортодонтонтов и др. Ими проводится круг мероприятий, связанных с совершенствованием технологий, методов лечения больных, профилактикой и др.

Важнейшим методом работы центрального аппарата СТАР является информатика — конференции, съезды, журналы, газеты, работа через Интернет и выставки.

Отдельные группы специалистов ведут подготовку документов нескольких видов (документы ассоциации для внутреннего пользования, документы для Министерства здравоохранения и социального развития РФ и других организаций). Ряд документов носят характер рекомендаций по тем или иным видам стоматологической помощи.

**Рис. 4.** Методы работы Центрального аппарата Стоматологической Ассоциации России

1. Съезды
2. Конференции, симпозиумы, семинары
3. Правление
4. Профессиональные стоматологические объединения
5. Информационные каналы
6. Подготовка документов
7. Связи с государственными и общественными организациями
8. Работа со стоматологическими институтами и вузами
9. Работа с президентами и главными стоматологами регионов
10. Ответы на обращения, вопросы, предложения
11. Программы СТАР
12. Структуры СТАР (Бизнес-Центр, НИИАМС, Правление, Административная



# Нет ничего проще - качество в считанные секунды

## Цифровая панорамная рентгеновская система KODAK 8000

Цифровая панорамная рентгеновская система Kodak 8000 (ранее TrophyPan) позволит Вам быстро и точно поставить диагноз пациенту и составить оптимальный план его лечения.

Система Kodak 8000 достаточно проста в использовании: процесс управления и выбор параметров экспозиции осуществляется непосредственно с персонального компьютера. Сразу же после завершения рентгенографического исследования, готовые цифровые изображения передаются на экран монитора. Лазерное позиционирование пациента делает его пребывание в рентгеновском кабинете максимально комфортным.

Большим преимуществом системы Kodak 8000 является доступная цена, а также компетентность и надежность специалистов сервисной службы. Эти качества обеспечат рентабельность Ваших инвестиций и сделают Вашу практику более успешной.

Для получения более подробной информации обращайтесь по тел. **(095) 929 9166** или на сайт [www.kodak.com/dental](http://www.kodak.com/dental)

Пленочная визуализация | Цифровая визуализация | Сервис



© Eastman Kodak Company, 2004.  
Kodak is a trademark of Eastman Kodak Company.



## 10 лет компании «Стома-Денталь»

В нашем журнале есть рубрика «Лучшие стоматологические клиники». Рубрики «Лучшие поставщики стоматологического оборудования, материалов, инструментов» пока нет. Но если бы такая рубрика была, то, безусловно, в числе первых мы с удовольствием представили бы в ней компанию «Стома-Денталь», генеральный директор — Ирина Викторовна Павленко.

По каким критериям сделан этот выбор?

— Надежность и высокое качество поставляемой продукции.

— Широкий ассортимент предлагаемых товаров от самых известных и авторитетных мировых производителей.

— Надежность, обязательность, четкость в работе самой компании.

— Реальный потенциал в оказании целого спектра услуг, необходимых для функционирования стоматологической клиники (юридическая помощь, дизайн, менеджмент...) и возможность создавать новые клиники «под ключ».

— Широкая география деловых контактов с поставщиками и потребителями.

— Творческий подход к делу, увлеченность в работе, восприимчивость к новому и готовность преодолеть трудности по его внедрению.

Всем этим критериям в полной мере удовлетворяет компания «Стома-Денталь», ее руководители и сотрудники.

Волгоград, Новосибирск, Омск, Екатеринбург, Санкт-Петербург, Пермь, Псков, Нижний Новгород, Краснодар, Ростов-на-Дону, Тюмень — далеко не полный перечень городов, где работают на оборудовании, поставляемом «Стома-Денталь». Во многие регионы России именно компания «Стома-Денталь» поставила первые светоотверждаемые материалы, первую карпульную анестезию, первые фарфоровые печи, первые наконечники с клапанами «антиспид» и многое другое первое и передовое.

И, конечно, же компанию «Стома-Денталь» отлично знают стоматологи в Хабаровске и Москве, где расположены офисы компании.

Авторитет «Стома-Денталь» еще раз был подтвержден успешным проведением летом этого года Дальневосточного стоматологического форума в Хабаровске.

Редакция журнала «Стоматология для всех» присоединяется к многочисленным поздравлениям компании «Стома-Денталь» с 10-летием со дня основания. Мы очень ценим многолетние плодотворные контакты со «Стома-Денталь» и уверены, что в дальнейшем еще много позитивных событий в стоматологическом мире будет связано именно с этой компанией.

Генеральный директор компании «Стома-Денталь»  
Павленко Ирина Викторовна



На заседании Дальневосточного стоматологического форума, проведенного с 7 по 9 июля 2005 г. в институте повышения квалификации работников здравоохранения на базе Краевой клинической больницы № 1 г. Хабаровска компанией «Стома-Денталь»



На стенде «Стома-Денталь» сотрудники Хабаровского офиса компании (слева-направо): Сагон И.И., менеджер; Реваденко В.М., генеральный директор Хабаровского офиса; Бабушкина Г.В., менеджер





*Надежное оборудование  
от надежного партнера!*

Просто  
работайте –  
мы обеспечим Вас  
лучшим!

**Стома-Денталь**

Москва: (095) 781-00-36, 729-11-52, 242-98-10. Хабаровск: (4212) 30-55-63  
E-mail: [info@dent.ru](mailto:info@dent.ru) [www.dent.ru](http://www.dent.ru), [www.hagerwerken.ru](http://www.hagerwerken.ru)





## Стоматологическая Ассоциация России Чемпионат стоматологического мастерства

**Информация о проводимых в 2005 г. конкурсах профессионального мастерства стоматологов, предоставленная Оргкомитетом конкурсов**

Материалы для участия в конкурсах необходимо направлять в Оргкомитет: 125047, г. Москва, 1-й Тверской-Ямской пер., д. 16, «Чемпионат стоматологического мастерства», Белопольской Светлане; тел.: (095) 250-05-28, 250-38-99; E-mail: dentalforum@mail.ru

### Конкурс «Профилактика стоматологических заболеваний»

#### **Структура конкурса:**

Конкурс проводится заочно по оценке письменных конкурсных работ, полученных организаторами не позднее 24 октября 2005 г. по факту получения. Подведение итогов конкурса должно состояться не позднее 1 ноября, после чего авторы 3-х лучших конкурсных работ приглашаются 12 декабря 2005 г. в г. Москва. Рефераты лучших работ будут опубликованы в журнале «Мастро стоматологии».

#### **Состав жюри:**

Аврамова О.Г., к.м.н., председатель секции профилактики СтАР (г. Москва) — председатель; Улитовский С.Б., проф. (г. Санкт-Петербург) — зам. председателя; члены жюри — Кузьмина Э.М., проф., МГМСУ (г. Москва); Колесник А.Г., проф., ЦНИИС (г. Москва); Шевченко О.В., к.м.н, директор стомат. колледжа № 1 (г. Москва).

#### **Условия оформления конкурсных работ**

По троем работы: 1. Краткое содержание работы — около 250 слов, включая: предпосылки, гипотезу или цель исследования, существо работы, значимые результаты, выводы.

2. Введение: краткое и ясное описание истории вопроса, существующих теории и гипотез, указания на то, какие исследования будут рассматриваться.

3. Краткий перечень литературы, на которую идут ссылки.

4. Материалы и методы: а) разработка экспериментов и исследований, б) типы статистического анализа в логическом порядке — ссылки на известные методы, описание новых методов.

5. Результаты исследований.

6. Обсуждение — объяснение в более развернутой форме сведений, представленных в главе «Результаты».

7. Благодарности.

8. Ссылки.

9. Правило оформления работ (параметры редактора Word для Windows): размер бумаги А4; поля со всех сторон по 2 см; межстрочное расстояние — двойное; шрифт — Times New Roman, высота шрифта — 12; работу необходимо предоставить в печатном (3 экз.) и электронном виде на диске. Рукописные экземпляры подписываются авторами.

10. Данные об авторах — Ф.И.О., телефон, адрес, индекс, E-mail — предоставляются на отдельном листе.

11. В конкурсе могут принимать участие врачи-стоматологи, гигиенисты стоматологические, преподаватели, студенты, творческие коллективы.

12. Основные темы конкурса:

- гигиена полости рта (средства, методы, исследования и т.д.);
- профилактика различных стоматологических заболеваний (исследования, методы, лекарства и т.д.);
- проекты коммунальных программ профилактики,
- результаты практических исследований по профилактике стоматологических заболеваний;
- оригинальные изобретения и предложения, связанные с основной темой конкурса;
- маркетинговые исследования в вопросах профилактики основных стоматологических заболеваний;
- особенности гигиенических и профилактических мероприятий

в зависимости от климатогеографических условий обитания;

— приборы, материалы, инструменты, методики, способствующие гигиене полости рта, профилактике стоматологических заболеваний, снижению их распространенности и интенсивности.

13. На конкурс не принимаются работы, являющиеся переводами или выкипировками из сайтов Интернета или международных журналов. По большей части — это должна быть самостоятельная работа.

#### **Партнеры конкурса:**

Генеральный партнер и партнер в номинации «Зубные щетки и Флоссы» — компания «BRAUN ORAL-B». Главный партнер в номинации «Зубные пасты» — Торговая марка «BLEND-A-MED». Главный партнер в номинации «Жевательные резинки» — компания «DIROL». Главный партнер в номинации «Клиническая профилактика» — компания «Денталь» — глубокое фторирование «Хуман Хеми»

### Конкурс «Дентальная имплантология»

#### **Структура конкурса:**

##### **1. Заочный этап.**

Все желающие принять участие в Конкурсе высылают в адрес Правления Секции имплантологии СтАР до 30 октября 2005 г. (по почтовому штемпелю) следующие документы:

выписка из истории болезни одного (или более) пациента с дентальными имплантатами; рентгенограммы (ОПГ) указанного пациента до операции имплантации и в любые сроки более 1 года после протезирования на имплантатах; дополнительные документы и иллюстрации (например, фотографии моделей, полости рта пациентов); сведения об участнике конкурса или коллективе участников конкурса (хирург, ортопед, зубной техник) в соответствии с формой личного листа по учету кадров.

Заочный этап Конкурса оценивается жюри по десятибалльной системе, затем вычисляется среднее количество набранных баллов для каждого участника.

##### **Критерии оценки заочного этапа Конкурса:**

полнота сведений в представленной выписке; профессионально грамотное изложение сведений в выписке из истории болезни; адекватность методов диагностики; обоснованность поставленного диагноза; целесообразность лечения с использованием имплантатов; выбор количества и расположение имплантатов; соответствие типа (конструкции) имплантатов клинической ситуации; адекватность протезной конструкции клинической ситуации; состояние костной ткани вокруг имплантатов на момент окончания протезирования; информативность дополнительных сведений и иллюстраций.

##### **2. Очный этап.**

Проводится в г. Санкт-Петербурге 13—15 ноября 2005 г.

В очной части Конкурса операция имплантации и несъемное протезирование с опорой на винтовые двухфазные имплантаты будут проводиться на фантомах с идентичной клинической ситуацией — односторонний концевой дефект зубов ряда нижней челюсти. Участники Конкурса обеспечиваются всем необходимым инструментарием и материалами для выполнения хирургической и ортопедической части лечения. Операцию имплантации и последующее изготовление протеза могут выполнять как один специалист, так и коллектив (хирург ортопед, зубной техник). Жюри оценивает результаты по десятибалльной





си теме с вычислением среднего количества набранных баллов по соотношению с принципами дентальной имплантологии и .

#### Критерии оценки очного этапа Конкурса:

планирование количества и размеров имплантатов; навыки работы с физиодиспенсером; время проведения имплантации, устойчивости при сжатии имплантатов в челюсти (в т.ч. на рентгенограммах); качество оттока слюны с использованием клинических аналогов имплантатов; качество модели с использованием лабораторных аналогов имплантатов; адгезия оттока слюны при протезах клинической ситуации; использование вспомогательных деталей при моделировании и отливке металлов и чеканка каруса протеза; качество припасовки металлов и чеканка каруса (в т.ч. по рентгенограммам); качество эстетичности облицовки металлокерамическим протезом на имплантатах; надежность фиксации протеза к имплантатам; качество маскировки винтов светлым цветом при использовании винтовой фиксации протеза.

Участники Конкурса дорогу и пребывание (не менее трех дней) оплачивают самостоятельно.

#### Персональный состав жюри:

Председатель Секции имплантологии СтАР профессор М.З. Миргазизов — председатель жюри.

Члены жюри: профессора В.Н. Олесева, И.М. Федяев, А.А. Никитин, С.Ю. Иванов, С.Е. Жолудев, В.А. Трезубов, А.И. Матвеева, А.А. Кулаков, Ф.Ф. Лосев, к.м.н. В.И. Пьянзин, к.м.н. М.В. Дунаев, к.м.н. А.И. Жусев.

#### Подведение итогов Конкурса

Для подведения итогов Конкурса количество набранных баллов заочного и очного Конкурса суммируется.

Пройдет спутниковый симпозиум с разбором ошибок конкурсантов и мастер-классами.

#### Партнеры конкурса:

Генеральный партнер — IMPLASA HOCHST GmbH, Germany. Главный партнер в номинации «Рентгенодиагностика» — компания «KODAK Dental Systems». Главный партнер в номинации «Имплантаты импортные» «INTERPRESTIGE Alpha Bio Ltd» (Израиль). Главный партнер в номинации «Имплантаты отечественные» — компания «Конмет», г. Москва. Главный партнер в номинации «Материалы для снятия слепков» — компания «3M ESPE». Главный партнер в номинации «Физиодиспенсеры» — фирма «W&N» Dentalwerk, Австрия. Главный партнер в номинации «Остеопластические материалы» — «R.T.R. (Septodont)». Главный партнер в номинации «Имплантологическая клиника» — «Мегастом».

#### Конкурс «Эндодонтическое мастерство»

##### Структура конкурса:

Для выработки критериев оценки конкурсантов, места проведения региональных этапов создается Федеральный Оргкомитет.

Федеральный уровень соревнований включает два этапа: 1. Полуфиналы. 2. Финал.

Территориальные ассоциации СтАР, распределяются по семи географическим зонам, где организуются полуфинальные соревнования, для участия в которых допускаются специалисты по направлению стоматологической ассоциации субъекта Федерации-члена СтАР. В полуфинальном туре допускается участие более одного специалиста из конкретного субъекта федерации.

В 2005 г. полуфинальные конкурсы организуются в городах: Москва (Центральный округ), Санкт-Петербург (Северо-Западный округ), Екатеринбург (Уральский округ), Омск (Сибирский округ), Краснодар (Южный округ), Самара (Поволжский округ), Хабаровск (Дальневосточный округ).

Полуфинальный конкурс проводится в два этапа:

**1. Предварительный тур.** Проводится на основании оценки рентгенограмм, которые присылают претенденты в адрес оргкомитета полуфинала. Оценка производится на основании рентгенограмм не менее 5 различных зубов, отражающих уровень профессионального эндодонтического мастерства автора (работа по лечению пульпита, периодонтита), с указанием конкретного зуба и диагноза, кратким описанием методик лечения и его эффективности.

#### 2. Заключительный тур.

Все полуфиналы должны закончиться до 1 октября 2005 г.

**Финал проводится в Москве 21 октября 2005 г.,** в нем участвуют победители полуфиналов. Финальный конкурс складывается из работы в клинике, по аналогии с заключительным туром полуфинала и на тех же условиях. В финале могут принять участие максимум восемь специалистов из Российской Федерации.

#### Персональный состав жюри финала 2005 г.:

Председатель — Председатель секции эндодонтии СтАР, профессор Е.В. Боровский, (г. Москва).

Зам. председателя: профессор Ю.М. Максимовский (г. Москва), доцент О.П. Максимова (г. Москва).

Члены жюри: д.м.н. А.М. Соловьева (г. Санкт-Петербург), профессор И.М. Рабинович (г. Москва), доцент В.Н. Чиликин (г. Москва), Победитель четвертого Чемпионата СтАР по эндодонтии Авдюхин М.В. (г. Москва).

#### Особые условия:

1. Все критерии оценки клинического этапа работ полуфиналистов и финалистов будут сообщены в письменном виде только отобранным претендентам.

2. Оргкомитеты полуфиналов вправе самостоятельно устанавливать оргвзносы участников полуфинала, но не более 10 МРОТ РФ. Участники финала при регистрации вносят оргвзнос в размере 10 МРОТ РФ из средств организаций, их представляющих, личных средств специалиста либо средств территориальной ассоциации. Участник самостоятельно оплачивает также расходы на проживание (при необходимости) и транспорт.

По вопросам участия в полуфиналах обращаться к Руководителям ассоциаций субъектов Федерации, а также к членам эндодонтической секции СтАР (подробности на сайте [www.e-stomatology.ru](http://www.e-stomatology.ru)).

22 октября пройдет спутниковый симпозиум с разбором ошибок конкурсантов и мастер-классами.

#### Партнеры конкурса:

Генеральный партнер — компания «SYBRONENDO» (США). Главный партнер в номинации «Система Рабердам» — компания «Kerr Hawe». Главный партнер в номинации «Штифтовые конструкции» — компания «Валлекс-М». Главный партнер в номинации «Материалы для эндодонтии импортные» — «Septodont» (Франция). Главный партнер в номинации «Наконечники эндодонтические» — компания «Н. Селла» — линия NSK. Партнер в номинации «Апекс-локаторы» — компания «БИОСАН» — линия «MORITA». Партнер в номинации «Инструменты импортные» — компания «СТОМ У» — линия «VDW». Партнер в номинации «Материалы отечественные» — компания «ДЕНТАЛ».

#### Конкурс «Клиническая пародонтология»

##### Структура конкурса:

**1. Заочный этап.** Все желающие высылают в адрес Оргкомитета работы, которые принимаются по почте, в том числе электронной, по факту получения до 15 октября 2005 г.; сведения об участнике конкурса; реферат (не более 20 страниц машинописи) на выбранную тему (список тем рефератов приводится ниже).

Заочный этап конкурса оценивается по 5-балльной системе.

Критерии оценки: полнота сведений по заданной теме реферата; профессионально грамотное изложение; глубина поиска литературных источников; анализ имеющихся сведений; определение основных направлений развития исследований в области пародонтологии и .

#### Персональный состав жюри:

Председатель — председатель Секции пародонтологии СтАР, проф. А.И. Грудянов (г. Москва). Зам. председателя — д.м.н. И.В. Безрукова (г. Москва).

Члены жюри: профессора Л.Ю. Орехова (г. Санкт-Петербург), Л.А. Дмитриева (г. Москва), Т.И. Лемецкая (г. Москва), А.С. Григорян, (г. Москва), В.С. Иванов (г. Москва), к.м.н. О.А. Фролова (г. Москва), к.м.н. Н.А. Стариков (г. Москва), Чемпион России 2004 г. Е. Просвирина.

Темы рефератов: 1. Теории заболеваний пародонта. 2. Роль местных и общих факторов при заболеваниях пародонта. 3. Роль микробной флоры полости рта в возникновении воспалительных заболева-



ний пародонта. 4. Методы клинического обследования лиц с заболеваниями пародонта. 5. Методы лабораторных исследований для пациентов с заболеваниями пародонта: биохимические, микробиологические, иммунологические (по выбору). 6. Функциональные показатели состояния пародонта в норме и при его заболеваниях. 7. Особенности течения заболеваний пародонта на фоне соматической патологии (по выбору). 8. Основные принципы комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта. 9. Местная противовоспалительная терапия при воспалительных заболеваниях пародонта (БЗП). 10. Методы хирургического лечения пародонтита. 11. Хирургические корригирующие вмешательства на пародонте. 12. Остеопластические средства при лечении заболеваний пародонта. 13. Методика направленной регенерации. Виды мембран. 14. Лекарственные средства растительного происхождения в терапии заболеваний пародонта. 15. Иммунокорригирующая терапия при воспалительных заболеваниях пародонта. 16. Антибиотикотерапия при воспалительных заболеваниях пародонта. 17. Роль поддерживающей терапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта. 18. Атипичные формы воспалительных заболеваний пародонта (ювенильный пародонтит, быстро прогрессирующий пародонтит). Клиническое течение, дифференциальная диагностика. 19. Особенности клинического течения и лечения пародонтита у пациентов с патологией эндокринной, иммунной системы, заболеваниями щитовидной железы, сахарного диабета (по выбору). 20. Средства и методы профилактики воспалительных заболеваний пародонта.

## 2. Очный этап конкурса.

Победители заочного тура на очный тур будут приглашены дополнительно.

Очный этап конкурса проводится в Москве на базе отделения пародонтологии ЦНИИС 14 ноября 2005 г. и состоит из 2 частей: теоретической и практической.

### Теоретическая часть предусматривает:

1. Ответы на вопросы по основным разделам пародонтологии в письменной форме (вопросы этиологии, патогенеза, классификации, методы клинического и лабораторного обследования и комплексного лечения заболеваний пародонта).

2. Решение ситуационной задачи: приводятся данные клинико-лабораторного обследования больного с воспалительным заболеванием пародонта.

Критерии оценки решения ситуационной задачи: обоснование методов исследования, правильность диагноза, проведение дифференциальной диагностики, обоснованность методов комплексной терапии.

Практическая часть очного конкурса предусматривает: прием пациента, обследование пациента, дифференциальная диагностика, окончательный диагноз, составление плана лечения.

Критерии оценки: 1. Владение современными методами клинической диагностики заболеваний пародонта. 2. Полнота диагноза. 3. Способность проведения дифференциальной диагностики. 4. Правильная и обоснованная интерпретация лабораторных показателей. 5. Способность обосновать предложенный комплексный план лечения воспалительных заболеваний пародонта (конкретно пациента).

Подведение итогов конкурса — 1 ноября 2005 г. Количество набранных баллов заочной и очной частей конкурса суммируется.

Учреждены ГРАН-ПРИ призы, 1-е, 2-е и 3-е места, а также поощрительные призы.

Пройдет сателлитный симпозиум с разбором ошибок конкурсантов и мастер-классами.

### Партнеры номинации:

Генеральный партнер — компания «EMS», Швейцария. Второй партнер — «Natusana» (г. Москва). Третий партнер — «Метрогил Дента». Главный партнер в номинации «Технология для шинирования зубов» — компания «KerrHawe». Главный партнер в номинации «Материал для снятия слепков» — компания «Валлекс М» — линия DMG. Партнер в номинации «ЛАЗЕРЫ» — компания «Rosslyn Medical». Партнер в номинации «Ручные инструменты» — «Hu Friedy». Партнер в номинации «Аппаратная диагностика в пародонтологии» — «Улыбка»

(Кемерово). Партнер в номинации «Антибактериальные препараты». Партнер в номинации «Средства для инфекционного контроля». Партнер в номинации «Шовный материал».

**Работы для участия в номинации присылайте по адресу:** 119021, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, 16, Отделение пародонтологии, зав. отд. пародонтологии проф. Грудянову А.И. Телефон для справок: (095) 250-05-28.

### «Федеральный чемпионат зубных техников»

Конкурс профессионального мастерства зубных техников служит развитию и масштабному внедрению современных и прогрессивных методов зуботехнического производства на территории всей страны посредством:

1. Выявления и поощрения лучших представителей профессии «зубной техник».
2. Выявления и поощрения лучших зуботехнических производств.
3. Популяризации и оперативного внедрения современных технологий зуботехнического производства.
4. Внедрения высоких профессиональных стандартов среди техников страны.
5. Сближения позиций зубных техников и клиницистов на почве освоения передовых технологий.
6. Обмена профессиональным опытом между отечественными и зарубежными участниками.

### Организационная структура чемпионата.

Соревнования проводятся в два этапа:

1. Региональный.
2. Финальный.

Чемпионат зубных техников России является открытым и допускает участие в соревнованиях специалистов из стран СНГ, ближнего и дальнего зарубежья. Основанием для участия зарубежных специалистов в чемпионате России является ходатайство ассоциации стоматологов страны, представляющей участника. По решению председателя жюри чемпионата России зарубежный участник проходит через региональные соревнования или допускается до финала без участия в отборочном туре при наличии возможностей Оргкомитета.

### Соревнования проводятся по трем номинациям:

1. «Комбинированные конструкции зубных протезов (металлокерамика + бюгель с фиксацией на аттачменах)» — статус Абсолютного чемпиона России.
2. «Полные съемные протезы» — чемпион в соответствующей номинации.
3. «Бюгельные протезы» с кламмерной фиксацией — чемпион в соответствующей номинации.

Оргкомитет соревнований обязан сообщить в прессе о приглашении спонсоров не менее чем за 6 месяцев до проведения финала мероприятия.

### Организация региональных соревнований.

Территориальные Ассоциации, входящие в СТАР, распределяются по восьми географическим зонам, где организуются и проводятся соревнования первого тура — полуфиналы.

Место и срок проведения полуфиналов определяется территориальными ассоциациями, входящими в географическую зону, и утверждаются Оргкомитетом.

Допускается два варианта выполнения конкурсных заданий в каждой из номинаций. Территориальная ассоциация имеет право организовать выполнение заданий заочно. Для этого участникам соревнований рассылается необходимая для выполнения работы информация: модели челюстей, прикусные шаблоны, фотографии и т.п. Объем и качество информации определяется оргкомитетом соревнований и согласовывается с председателем жюри полуфинала.

В случае очного выполнения конкурсных заданий территориальная ассоциация организует рабочие места и обеспечивает участников необходимым оборудованием и материалами.

Жюри полуфиналов состоит из пяти специалистов, формируется президентом (руководителем) и утверждается Советом головной территориальной ассоциации.





С целью соблюдения преемственности и достижения целей чемпионата России желательнее, чтобы жюри региональных этапов возглавлял один из членов жюри финала. В состав жюри полуфинала входят представители ассоциаций, входящих в географическую зону, за исключением членов ассоциации, органа и/или жюри соревнования.

Победители полуфиналов в отдельных номинациях получают звание «Первый (второй, третий) Лауреат полуфинала Федерального чемпионата зубных техников России (...) зоны в номинации (...)».

#### **Организация финальных соревнований чемпионата.**

Для участия в финальных соревнованиях на звание чемпиона России допускаются победители полуфинальных турниров. В виде исключения, по ходатайству головной территориальной организации, до участия в финале может быть допущен специалист, занявший второе или третье место на региональных соревнованиях, но не более одного участника в каждой номинации от зоны. Решение о возможности участия принимает председатель жюри финальных соревнований. Участником финала может быть представитель зарубежной ассоциации стоматологов, минуя региональные соревнования.

Делегирование для участия в финале любого участника подтверждается выпиской из протокола заседания Совета головной территориальной ассоциации и заверяется ее президентом (руководителем).

Жюри финала чемпионата состоит из семи человек и утверждается ежегодно на первом в текущем году заседании Совета СТАР. Председатель жюри утверждается съездом СТАР сроком на три года. В каждой номинации определяется «Чемпион», «Первый вице-чемпион» и «Вице-чемпион» Федерального чемпионата зубных техников России с вручением дипломов и призов. Все остальные участники финальных соревнований получают звание лауреатов Федерального чемпионата зубных техников России.

Финал состоится 15 ноября 2005 г. в г. Санкт-Петербурге.

#### **Организация работы жюри.**

Конкурсные работы принимаются оргкомитетом соответствующего уровня соревнований, шифруются и передаются в жюри. Членами жюри конкурсные работы оцениваются анонимно. Расшифровка автора работы возможна только после подведения итогов конкурса.

#### **Финансирование Федерального чемпионата зубных техников.**

Оргвзнос в полуфинальных соревнованиях составляет 5 МРОТ, для участников финала — 10 МРОТ за каждого участника соревнований. Оплата взноса производится из средств организации, представляющей участника соревнований, личных средств специалиста или оплачивается территориальной ассоциацией. Оплата проживания участника и его представителей производится также за их счет (по необходимости). Основные фонды чемпионата формируются за счет партнеров и оргвзносов.

#### **Статус победителя Федерального чемпионата.**

Чемпион в любой из номинаций не может участвовать в Федеральном чемпионате в течение двух лет после победы в соревнованиях.

1. Центральная зона — Все области вокруг Московской области, включая Москву и Московскую область — проф. Сергей Дарчович Арутюнов. Тел./факс (095) 973-32-72.

2. Северо-Запад — проф. Александр Викторович Цимбалистов. Тел. (812) 157-46-47, (812) 157-23-98.

3. Юго-Запад — Литвинов Алексей Николаевич. Тел. (8612) 68-47-39, 68-43-25.

4. Поволжье — доц. Андреев Иван Михайлович. Тел. (8432) 36-40-38.

5. Урал — проф. Жолудев Сергей Егорович. Тел. (3432) 51-53-32, 51-61-71.

6. Западная Сибирь — Андрей Андреевич Опарко. Тел. (3812) 15-49-08.

7. Восточная Сибирь — проф. Аркадий Яковлевич Вязьмин. Тел. (3952) 24-06-88, 24-28-58.

8. Дальний Восток — к.м.н. Галёса Сергей Александрович. Тел. (4212) 32-61-17, 32-61-14.

**Партнеры конкурса:** Генеральный партнер — «IVOCLAR-

VIVADENT». Главный партнер — «HERAEUS Kulzer». Главный партнер — компания «BREDENT». Главный партнер отечественный производитель — компания «АВЕРОН» (Екатеринбург). Главный партнер в номинации «Сварочные технологии» компания «АНИС-ДЕНТ»

#### **Конкурс для детских стоматологов «Помогите ребенку не бояться стоматолога»**

##### **Структура конкурса:**

##### **1 этап — заочный.**

Представление материалов работы врача, клинических наблюдений, слайдов, фотографий, рефератов, проектов, по любой из тематик: 1. Психо-эмоциональная и медикаментозная подготовка пациента к лечению. 2. Местное обезболивание. 3. Ургентная помощь. 4. Атравматичные методы лечения. 5. Стеклоиномеры в лечении временных и постоянных зубов. 6. Реставрации зубов у детей. 7. Диспансеризация детей у стоматолога. 8. Альтернативная государственной стоматологической помощи детям.

Требования к заочной работе:

1. Объем работы — от 1 до 20 страниц реферата.

2. Машинописный текст Times New Roman с интервалом 1,5 и размером шрифта 10.

3. Возможно использование схем и рисунков.

Заочный тур оканчивается 1 октября и лица, прошедшие в финал будут приглашены на очный тур конкурса в г. Ростов-на-Дону, который состоится 25 октября 2005 г.

##### **2 этап — очный.**

А. Оценка мануальных навыков на фантомах по разделам:

1. Местное обезболивание.

2. Ургентная помощь.

3. Технология препарирования тканей зубов с последующим пломбированием:

а) стеклономерным цементом,

б) композитными материалами светового отверждения.

Б. Решение ситуационных задач по разделам:

1. Психо-эмоциональная и медикаментозная подготовка пациента к лечению.

2. Диспансеризация детей у стоматолога.

3. Клинические ситуации.

Персональный состав жюри:

Н.В. Морозова, профессор, председатель секции детских стоматологов СТАР, г. Москва — председатель; В.М. Елизарова, профессор, г. Москва — зам. председателя; члены жюри — А.А. Мамедов, профессор, г. Москва — член, Е.В. Васманова, профессор, г. Москва, Т.А. Сушинская — главный врач, г. Москва.

26 октября пройдет V Всероссийская конференция «Стоматология детского возраста» с разбором ошибок конкурсантов и мастер-классами.

Партнеры конкурса:

Генеральный партнер — компания «SPOFADENTAL». Главный партнер в номинации «Наконечники» — компания «H. Sella» — линия NSK. Партнер в номинации «Отечественный производитель» — компания «Владмива». Партнер в номинации «БОРЬ» — компания «SS White». Партнер в номинации «СИЛАНТЫ» — компания «Стомат-Дент». Партнер в номинации «Косметика в детской стоматологии» — компания «Валлекс-М» — линия DMG. Партнер в номинации «ЛАЗЕРЫ» — компания «Rosslyn Medical». Партнер в номинации «Ортодонтия». Партнер в номинации «Препараты для премедитации». Партнер в номинации «Установка стоматологическая для детей». Партнер в номинации «Инъекционный анестетик». Партнер в номинации «Аппликационный анестетик».



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

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

### Как подписаться на журнал «Стоматология для всех»

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

Индексы журнала в каталоге агентства «Роспечать» — 47477 и 80711.

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

Для оформления подписки через редакцию необходимо перечислить деньги за подписку на расчетный счет редакции, сделать почтовый перевод или заплатить наличными деньгами соответствующую сумму.

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

Документами, подтверждающими произведенную подписку через редакцию, служат копия платежного поручения, квитанция о почтовом переводе или квитанция об оплате наличными с печатью редакции.

Журнал будет доставляться Вам по почте или курьерской службой.

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

На бланке почтового перевода в графе «Кому» делайте пометку:

**Редакция журнала «Стоматология для всех».**



Периодичность выхода журнала 1 раз в 3 месяца.

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

**Адрес редакции:**

64

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

**Телефон/факс:** (095) 205-74-24, 681-58-79; **E-mail:** [sdv@ane.ru](mailto:sdv@ane.ru); **Интернет:** [www.sdv.ru](http://www.sdv.ru)

Главный редактор: Конарев Александр Васильевич.

Банковские реквизиты:

ООО «Редакция журнала «Стоматология для всех», ИНН 7704167552, расчетный счет 40702810438260101570

в Киевском ОСБ 5278 Сбербанк России, г. Москва, БИК 044525225, корреспондентский счет 30101810400000000225.

© «СТОМАТОЛОГИЯ ДЛЯ ВСЕХ/International Dental Review», 2005