

№ 40, 2012

КАФЕДРА **Cathedra**
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

1922–2012



Имени
А.И. Евдокимова

КАФЕДРЕ – 10 лет!



ТЕПЕРЬ
В ИНТЕРНЕТЕ
CATHEDRA-MAG.RU
электронный
журнал

CATHEDRA-MAG.RU

CATHEDRA-MAG.RU

CATHEDRA-MAG.RU

МГМСУ

Уважаемые читатели!

Рад сообщить вам, что согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в год своего 90-летия МГМСУ стал носить имя заслуженного деятеля науки РСФСР, члена-корреспондента АМН СССР, Героя Социалистического Труда, профессора А.И. Евдокимова. В январе 1923 г. Александр Иванович был назначен исполняющим обязанности, а затем и директором института зубочелюстной ортопедии и административный талант немало способствовал развитию вуза, 14 апреля 1927 г. переименованного в Государственный институт стоматологии и одонтологии. В ГИСО проводили постдипломную специализацию зубных врачей, организовывали стоматологическую помощь населению, решали научные проблемы в области патологии и терапии болезней зубов и полости рта, хирургии челюстно-лицевой области, зубочелюстной ортопедии и зубопротезирования. Традиции, заложенные А.И. Евдокимовым, продолжают в вузе и поныне.

В этом номере журнала мы, как всегда, публикуем результаты научных исследований, советы специалистов практикующим стоматологам, новинки рынка, статьи, посвященные различным аспектам психологии. Однако в «Кафедре» от номера к номеру появляется все больше материалов, посвященных образованию в высших медицинских учебных заведениях. В этом смысле издание полностью оправдывает свое название.

В марте, апреле и мае прошло немало важных мероприятий в мире стоматологии. Так, в марте в столичной гостинице «Милан» эндодонтическая секция СтАР организовала II Российский эндодонтический конгресс. Состоялся также медицинский форум «Обучение медицине в XXI веке: глобальные тенденции развития медицинского образования».

Апрель стал месяцем студенческой науки. На базе Первого московского государственного университета прошла III ежегодная общероссийская конференция с международным участием «Медицинское образование-2012», в рамках которой под председательством профессора О.О. Янушевича был проведен круглый стол «Особенности формирования компетентностного подхода подготовки врачей-стоматологов». В МГМСУ состоялась 60-я итоговая студенческая научная конференция «Стоматология XXI века». Жюри констатировало возросший интерес студентов к изучаемой ими науке и качество представленных научно-исследовательских работ. Не могу не вспомнить прошедший в апреле «Стоматологический салон-2012» и проведенный в его рамках I региональный конгресс Международной ассоциации детской стоматологии. А также визит в МГМСУ президента Всемирной федерации стоматологов (FDI) г-на Орландо да Силва (Португалия). На встрече ректора МГМСУ, профессора О.О. Янушевича с почетным гостем были затронуты вопросы сотрудничества университета и FDI, качества оказания стоматологической помощи населению в связи с изменениями в российском законодательстве, реализации проекта развития МГМСУ с перспективой выведения его в число лучших центров стоматологического образования в Европе и мире. Некоторые из упомянутых мною и ряд других событий будут освещены в этом номере журнала.

Желаю всем приятного и познавательного чтения. Благополучия вам и вашим семьям!

С уважением шеф-редактор
журнала Cathedra,
профессор **А.В. Митронин**




Выходит с февраля 2002 г.

ОСНОВАТЕЛЬ ЖУРНАЛА

Барер Гарри Михайлович, профессор, д. м. н.,
заслуженный деятель науки РФ

УЧРЕДИТЕЛИ:

МГМСУ, Овсепян А.П., директор

ШЕФ-РЕДАКТОР

Митронин Александр Валентинович, профессор, д. м. н.

РЕДАКЦИЯ

Михайловская Наталья, главный редактор

Завьялова Наталья, научный редактор

Беркман Эмилия, корректор

Астахова Натела, дизайнер

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Арутюнов С.Д., профессор, д. м. н. (Москва)

Дробышев А.Ю., профессор, д. м. н. (Москва)

Лебеденко И.Ю., профессор (Москва)

Маев И.В., профессор, д. м. н. (Москва)

Максимовский Ю.М., профессор, д. м. н. (Москва)

Максимовская Л.Н., профессор, д. м. н. (Москва)

Панин А.М., профессор, д. м. н. (Москва)

Персин Л.С., член-корр. РАМН, профессор, д. м. н. (Москва)

Рабинович С.А., профессор, д. м. н. (Москва)

Сохов С.Т., профессор, д. м. н. (Москва)

Чиликин В.Н., профессор, д. м. н. (Москва)

Ющук Н.Д., академик РАМН, профессор, д. м. н. (Москва)

Янушевич О.О., профессор, д. м. н. (Москва)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Давыдов Б.Н., член-корр. РАМН, профессор, д. м. н. (Тверь)

Ибрагимов Т.И., профессор, д. м. н. (Москва)

Кисельникова Л.П., профессор, д. м. н. (Москва)

Ронь Г.И., профессор, д. м. н. (Екатеринбург)

Соловьева А.М., профессор, д. м. н. (Санкт-Петербург)

Трунин Д.А., профессор, д. м. н. (Самара)

Тупикова Л.Н., профессор, д. м. н. (Барнаул)

Чуйкин С.В., профессор, д. м. н. (Уфа)

Яременко А.И., профессор, д. м. н. (Санкт-Петербург)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Георг Майер (Georg Meyer), профессор (Германия)

Франк Хаустейн (Frank Hausteijn), профессор (Германия)

Адам Штабхольц (Adam Stabholz), профессор (Израиль)

Мишель Эрден (Michel Arden), профессор (Бельгия)

КООРДИНАТЫ РЕДАКЦИИ

127206, Москва, ул. Вучетича, дом 9а, офис 8016

Тел./факс: +7 (495) 611-0851; 799-2920

red.cathedra@gmail.com; www.cathedra-mag.ru

РАЗМЕЩЕНИЕ СТАТЕЙ

Митронин Александр Валентинович, шеф-редактор

Тел./факс: +7 (495) 650-2568; mitroninav@list.ru

РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ

Тел.: +7 (495) 799-2920; reklama.cathedra@gmail.com

ПОДПИСКА

По e-mail: podpiska.cathedra@gmail.com; по заявке, оставленной на сайте: www.cathedra-mag.ru; по каталогу «Пресса России», индекс 11163.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ

Журнал выходит четыре раза в год в печатной и электронной версиях. Распространяется по подписке.

РЕГИСТРАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ

Журнал зарегистрирован в Министерстве РФ

по делам печати и СМИ 24 января 2002 г.

Свидетельство о регистрации: № ПИ 77-11845.

АВТОРСКИЕ ПРАВА

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Ответственность за достоверность сведений, содержащихся в статьях, несут их авторы. Научные материалы рецензируются. Перепечатка только с разрешения редакции.

ТИПОГРАФИЯ

ООО «Типография Мосполиграф»; тираж 2500 экз.

24

В.Л.М. – ПИОНЕР В ОБЛАСТИ НАНОТЕХНОЛОГИЙ В СТОМАТОЛОГИИ



04 ЭТО ИНТЕРЕСНО

06 100 ЛИЦ

08 ПЕРСОНА

12 НОВИНКИ СТОМАТОЛОГИИ

ВЗГЛЯД НА РЫНОК

16 ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕРИАЛОВ КОМПАНИИ DREVE
Майкл Пилеки

19 АЛМАЗНЫЕ БОРЫ EASY CHAMFER ОТ КОМПАНИИ NTI

20 АКТИВИЗАЦИЯ ИРРИГАЦИОННОГО РАСТВОРА
Людвиг Хермелер

24 В.Л.М. – ПИОНЕР В ОБЛАСТИ НАНОТЕХНОЛОГИЙ В СТОМАТОЛОГИИ

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

27 ХРОНИЧЕСКИЙ ЛУЧЕВОЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ
*Ольга Титова, Валентина Новосельская*31 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ МЕТОДОВ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ДЕФИЦИТЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЛЯ ЗУБНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ
Андрей Ушаков, Армен Даян, Всеволод Онищенко, Надежда Солодова, Алексей Ушаков, Муслим Ибраилов, Вячеслав Сухов, Олег Изотов, Наталья Серова

ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

38 НЕТ ЗАТОЧКЕ ИНСТРУМЕНТОВ!
*Дианн Гласко Воттерсон*42 ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА КОРНЯ ЗУБА ПО МЕТОДИКЕ ТРАНСФИКСАЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)
*Фредерико дос Рейс Гойата, Орландо Изолани Нето, Эрикссон Суза де Суза*46 НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ: ВОПРОСЫ И РЕШЕНИЯ
*Соломон Рабинович, Лариса Заводиленко*50 РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КУЛЬТЫ ЗУБА КОМПОЗИТНЫМ МАТЕРИАЛОМ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ «ДЕНТАКОР»
Танка Ибрагимов, Владимир Маркин, Алексей Викулин, Андрей Гринев

EX CATHEDRA

56 АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ БИОБЕЗОПАСНОСТИ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС
*Татьяна Ковальская, Наринэ Узунян, Наталья Романкова*58 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
Екатерина Миц-Давыденко, Александр Митронин, Олег Айзберг

ВЫСШАЯ ШКОЛА

63 ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНОМ ФАКУЛЬТЕТЕ МГМСУ: ИННОВАЦИОННЫЙ ВЗГЛЯД
*Иван Ярема, Эммануил Луцевич, Луиза Макоева, Дмитрий Бершаденко, Анна Попкова, Людмила Смирнова, Евгения Пономарева*68 ОЛИМПИЙСКАЯ ВЕСНА НА АЛТАЕ
Светлана Токмакова, Ольга Бондаренко, Ольга Сысоева

МИР СТОМАТОЛОГИИ

70 ПРЕДМЕТНЫЙ РАЗГОВОР
*Соломон Рабинович, Александр Митронин, Александр Мальый, Алексей Дробышев*72 ЗА ОПЫТОМ – В МОСКВУ!
Александр Митронин, Андрей Чунихин

ПСИХОЛОГИЯ

74 ВСТУПЛЕНИЕ В СУБКУЛЬТУРУ КАК ФАКТОР СОЦИАЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКА
Наталья Воротыло

НОВИНКА

AIR N GO



Пескоструйный наконечник
двойного назначения

Это устройство, предназначенное для наддесневой обработки, за мгновение может превратиться в PERIO-систему для лечения периодонтальных заболеваний и периимплантита. Для этого только необходимо установить соответствующую насадку для субгингивальной обработки и подсоединить зеленую емкость со специальным порошком Perio. После этого Air-N-Go из прибора для снятия зубного налета превращается в аппарат для поддесневового ухода за зубом или имплантатом и тщательного удаления бактерий.

Реклама



Supra для наддесневой обработки

ПОРОШОК CLASSIC

Пять свежих вкусов на основе 100% натуральных ароматов и эфирных масел: нейтральный, кола малина, перечная мята и лимон.

- основан на бикарбонате натрия
- размер зерна 76 мкм



ПОРОШОК PEARL

С нейтральным вкусом, порошок PEARL для наддесневой обработки, состоит из микрогранул, которые не травмируют мягкие ткани. Во время обработки налет и пятна быстро удаляются.

- основан на карбонате кальция
- размер зерна 55 мкм



Perio для субгингивальной обработки

ПОРОШОК PERIO

Эффективность порошка AIR-N-GO PERIO подтверждена многими испытаниями и исследованиями

- основан на глицине
- размер зерна 25 мкм



Официальный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»

123308, г. Москва, Новохорошевский проезд, 25, тел./факс: 8 (499) 946-4610;
тел.: 8 (499) 946-4609, 946-3999, 191-1268, e-mail: shop@medenta.ru, www.medenta.ru

Зуб за стресс

«Эмоциональное состояние сказывается на состоянии прикуса», – считают исследователи. Тот, кто выходит из себя, рискует зубами. Тяжелые душевные переживания и постоянное эмоциональное напряжение наносят вред зубам и деснам. Насколько сильно стресс влияет на прикус, показали недавние исследования ученых из Университета Цюриха. Специалисты провели медицинские обследования приблизительно 50 студентов медицинского факультета, половина из которых усиленно готовились к экзаменам, а остальные вели обычный образ жизни. У учащихся, подвергавшихся стрессу из-за подготовки к сессии, в день экзамена состояние гигиены полости рта было намного хуже, чем у тех, кто экзамен в этот день не сдавал. Шесть экзаменуемых даже страдали от тяжелого воспаления десны, тогда как в контрольной группе проблемы с зубами наблюдали лишь у одного человека.

Когда мы находимся в стрессовом состоянии, боремся с проблемами или внутренними страхами, вполне возможно, в это время наше тело страдает от внутренних зажимов. И это касается не только мускульных зажимов в спине или шее, но и челюстей: днем мы крепко сжимаем зубы, а во сне непроизвольно продолжаем делать это с удвоенной силой. На коренных зубах возникает напряжение, равное по весу 80 кг и больше. Если сдавливание зубов и скрип ими продолжаются в течение какого-то времени, даже передние зубы постепенно стесываются.

Йогурт против сероводорода

Японские исследователи установили, что регулярное употребление йогурта снижает уровень сероводорода в выдыхаемом воздухе. Сероводород – главный источник неприятного запаха. Дезодорирующие свойства йогурта связаны с содержащимися в данном пищевом продукте бактериями *Lactobacillus bulgaricus* и *Streptococcus thermophilus*. Под наблюдением ученых находились 24 добровольца, которым были даны подробные инструкции в отношении гигиены полости рта, диеты и приема медикаментов. Испытуемые течение двух недель не употребляли йогурт



подобные ему продукты (например, сыры). Исследователи брали пробы слюны, налета с языка, чтобы определить уровень содержания бактерий и ароматических веществ, включая сероводород. Затем добровольцам предлагалось съедать 90 г йогурта ежедневно в течение шести недель. По окончании исследования отмечено снижение уровня сероводорода у 80% испытуемых. Становились меньше и уровень налета, степень поражения десны. По мнению главы Британской ассоциации зубного здоровья доктора Нигеля Картера, не содержащие сахара йогурты должны быть преобладающим вариантом легкого перекуса.

Бесстрашные пациенты

К всеобщей радости в Великобритании разработан новый метод лечения кариеса, исключая не только использование бормашины, но и сами пломбы. Большинство людей испытывает неприятные ощущения перед посещением стоматолога. Кто из нас не вздрагивал от одного звука бормашины? Специалисты из Стоматологического института Университета Лидса создали новый способ лечения кариеса на ранних стадиях. Зубы обрабатывают особым препаратом, который проникает в микропоры, образованные кариесом, а затем превращается в волокнистый гель, схожий по свойствам и внешнему виду с натуральной тканью зуба. Процесс лечения абсолютно безболезненный, и это должно стать главной причиной своевременного обращения к стоматологу. Другой вопрос, когда данная технология станет доступна у нас. Будем надеяться, что скоро.

Источник: одной строкой.py



Одной строкой

- По легенде, во рту у Будды было 40 зубов. А у первого человека Адама – 30. От этого числа и происходит количество дней в месяце.
- Как известно, у обычного человека на протяжении жизни зубы меняются дважды: вначале появляется 20 молочных, затем 32 постоянных. При этом название «молочные зубы» дал Гиппократ, который был убежден, что самые первые зубы ребенка формируются из молока. Ученые доказали, что какао-порошок, входящий в состав шоколада, содержит вещества, препятствующие образованию кариеса.
- Первая электрическая зубная щетка была запатентована в Швейцарии после Второй мировой войны. Она работала от сети и быстро завоевала популярность. Сейчас такими щетками пользуются 12% людей в мире.
- У улитки около 25 тыс. зубов.
- Аборигены племени Майя красили зубы бирюзой и нефритом, вставляли в них дорогие камни. А любимые женщины пиратов Карибского моря щеголяли зубами, сделанными из бриллиантов.
- Те, кто чистит зубы 3 раза в день, реже страдают от избыточного веса. К такому выводу пришли японские ученые, изучив образ жизни 14 тыс. человек.
- Наличие крепких зубов непосредственно отражается на памяти человека.
- По статистике с 1960-х годов было запатентовано более 3 тыс. моделей зубных щеток. Наиболее экзотические варианты: ионизированная щетка, действие которой основано на взаимодействии разнополярных зарядов; щетка с тремя головками, позволяющая чистить зуб с трех сторон сразу; щетка с автоматически впрыскивающимся чистящим раствором; электрическая зубная щетка со встроенным таймером.
- В древнем Риме патриции нанимали специальных рабов для чистки зубов.
- Зубы могут очень долго храниться, не поддаваясь воздействию воды, щелочей и выдерживают температуру до +1000°C.
- В 1999 г. в городе Финикс (США) прошла акция «За здоровую улыбку». 1300 американских школьников, выстроившись в форме зубной щетки, одновременно чистили зубы в течение 3 мин 3 с.
- Немецкие ученые выяснили, что употребление двух грейпфрутов в день значительно снижает риск заболеваний полости рта.
- В средние века, для укрепления расшатанных зубов, стоматологи рекомендовали привязывать к челюсти лягушку.

Твердые зубы, как считают, признак энергичного, воинственного человека. Маленькие зубы связывают с мелочностью и жадностью, а большие – свидетельство доброты и открытости.

У слонов новые зубы могут вырастать до шести раз за жизнь.

В современном Китае, дабы повысить заинтересованность народа в сохранении здоровых зубов и десен, установлен национальный праздник «День любви к своим зубам», который отмечается 20 сентября.

99% всего кальция, поступившего в организм, усваивается зубами, и лишь один – остальной костной тканью.

Как выяснилось, протезирование зубов может быть процедурой не безопасной для здоровья, так как в состав некоторых зубных протезов входит керамический компонент с микроскопическими включениями урана. Уран добавляется для того, чтобы при искусственном освещении протез не имел зеленоватого оттенка.

Из-за отсутствия дезинфицирующих средств, очень долгое время имплантация зубов была крайне опасной и бессмысленной процедурой. Усилия стоматологов были напрасными, так как в рану попадала инфекция, и имплантат ожидало неминуемое отторжение.

В 1728 г. француз Пьер Фошар изобрел первую ортодонтическую конструкцию. Она представляла собой плоскую полоску металла, которая крепилась к внешней стороне зубов при помощи прочной нити. Фошар также был изобретателем первых золотых коронок. Именно после этого его открытия протезирование зубов было поставлено на поток.

Источник: www.vseblogi.com



Как много пройдено дорог...

Доцент **Сергей Поройский**, кандидат медицинских наук, декан стоматологического факультета ВолгГМУ

Кафедра медицины катастроф ВолгГМУ

Доцент **Виктор Шемонаев**, кандидат медицинских наук

Доцент **Татьяна Моторкина**, кандидат медицинских наук

Доцент **Татьяна Тимачева**, кандидат медицинских наук

Кафедра ортопедической стоматологии ВолгГМУ

How many roads covered ...

Docent **Sergei Poroytsky**, Candidate of Medical Science, Dean of Faculty of Dentistry VolgSMU

Department Of Emergency Medicine VolgSMU

Docent **Viktor Shemonaev**, Candidate of Medical Science

Docent **Tatyana Motorkina**, Candidate of Medical Science

Docent **Tatyana Timacheva**, Candidate of Medical Science

Department Of Prosthodontics VolgSMU

*Тот, кого уже нет, продолжает жить между нами
в своих идеях, в своих делах, своим примером.*

К.А. Тимирязев



В этом году исполнилось бы 80 лет доктору медицинских наук, профессору **В.Ю. Миликевичу**. Более 30 лет жизни Виталий Юрьевич отдал созданной им волгоградской научной школе стоматологов. Жизнь выдающегося ученого, видного организатора здравоохранения,

великолепного педагога – пример трудолюбия, целеустремленности и преданности любимой науке.

В Москву, в Москву!

В.Ю. Миликевич родился 29 апреля 1932 г. в Темрюке, небольшом городке Краснодарского края, в семье служащего. Его первым шагом в профессию стала зубоучебная школа во Львове. После ее окончания молодой специалист работал помощником зубного техника, затем зубным техником в госпитале города Станислава (ныне Ивано-Франковск). Необыкновенное трудолюбие и упорство помогло талантливому юноше в 1951 г. поступить в Московский медицинский стоматологический институт (ММСИ). Начался новый, столичный период в жизни провинциального парня. Студент Виталий Миликевич не только прекрасно учился, но и ак-

тивно участвовал в общественной жизни ММСИ, не раз избирался секретарем комитета комсомола института. Когда в 1956 г. Виталий окончил ММСИ, профессор В.Ю. Курляндский предложил подающему большие надежды выпускнику продолжить учебу в клинической ординатуре, а затем и в аспирантуре на кафедре ортопедической стоматологии.

Благодаря общительному характеру и постоянной готовности прийти на помощь людям за годы учебы в вузе Виталий Юрьевич приобрел много друзей, добрые отношения с которыми сохранил надолго. В их числе был и В.Н. Копейкин. Позже Вадим Николаевич стал доктором медицинских наук, профессором, членом-корреспондентом РАМН, заслуженным деятелем науки РСФСР, заслуженным врачом РСФСР, возглавил кафедру госпитальной ортопедической стоматологии ММСИ. Два профессора были близкими друзьями на протяжении всей жизни, и оба ушли из нее в 1998 г.

Первые победы

В 1964 г. В.Ю. Миликевич приехал в Волгоград для работы на открывшемся три года назад стоматологическом факультете медицинского института. Он возглавил курс ортопедической стоматологии, который в 1970 г. преобразовали в самостоятельную кафедру. Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ В.Ю. Миликевич был ее бессменным заведующим вплоть до 1998 г.



В 1965 г. Виталий Юрьевич защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Вторичная частичная адентия и состояние костной ткани альвеолярных отростков челюстей». Впервые в эксперименте на животных с приме-

нением радиоактивных изотопов (Ca^{45}) он доказал отрицательное влияние нарушения целостности зубных рядов на метаболизм минеральных компонентов челюстных костей. Это была большая победа молодого ученого, после которой перед ним открылись новые перспективы.

Горизонты большой науки

В Волгоградском мединституте В.Ю. Миликевич проделал огромную работу по организации преподавания дисциплины и подготовке профессиональных кадров. Он активно участвовал во всех делах вуза: в разное время совмещал заведование кафедрой с работой в деканате, секретарем партийной организации факультета, председателем цикловой методической комиссии. Виталий Юрьевич пользовался огромным авторитетом и уважением среди студентов, которых он заряжал своей энергией, приобщал к науке. Его интересные и информативные лекции всегда проходили при полных аудиториях.

В 1985 г. В.Ю. Миликевич защитил докторскую диссертацию на тему: «Профилактика осложнений при дефектах коронок жевательных зубов и зубных рядов». Обе его диссертации отражали новое направление в ортопедической стоматологии, основанное на принципах профилактической медицины. На основе теоретических расчетов и клинической практики Виталий Юрьевич впервые обосновал концепцию профилактической направленности в ортопедической стоматологии, учетно-отчетная документация по которой была утверждена Министерством здравоохранения СССР, а затем внедрена в практику.

Профессором В.Ю. Миликевичем написано более 100 научных работ, получено пять патентов на изобретения, под его руководством было защищено три докторских и 19 кандидатских диссертаций. Он соавтор атласа «Заболевания пародонта» (1993) и учебника по ортопедической стоматологии под общей редакцией члена-корреспондента РАМН, профессора В.Н. Копейкина (1989). Сегодня его ученики возглавляют профильные кафедры стоматологического факультета Волгоградского государственного медицинского университета, работают в других вузах страны, руководят

лечебно-профилактическими учреждениями и оказывают стоматологическую помощь населению.

Дорога длиною в жизнь

Виталий Юрьевич проработал в стоматологии 50 лет: вел лечебную работу, разрабатывая и внедряя в практическое здравоохранение современные методы диагностики и ортопедического лечения стоматологических больных, возглавлял Волгоградское научное общество стоматологов. Благодаря В.Ю. Миликевичу Министерство здравоохранения РСФСР утвердило Волгоградскую областную клиническую стоматологическую поликлинику в качестве базы передового опыта Российской Федерации по организационно-методической работе стоматологической службы.

Виталий Юрьевич создал и возглавил Международный учебный центр по современным технологиям в стоматологии (фирма Comesa, Вена, Австрия – «Новолипецкий металлургический комбинат», Липецк, Россия), был научно-практическим консультантом учебного центра фирмы Heraeus Kulzer (Германия) в Волгограде.

В.Ю. Миликевич выступал с научными докладами на III Всероссийском (1978 г.), VI и VII съездах стоматологов СССР (1981, 1987 гг.), I съезде Стоматологической общероссийской ассоциации (1996 г.), международном конгрессе в Германии, международных симпозиумах. Профессор был заместителем председателя проблемного учебно-методического Совета по стоматологическому образованию МЗ РФ, входил в состав редакционного совета журнала «Стоматология», стоял у истоков организации и в течение двух лет возглавлял Диссертационный совет К. 084.54.05 при Волгоградской государственной медицинской академии.

В сердцах и делах

30 июня 1998 г. автомобильная катастрофа оборвала жизнь большого ученого и Человека в самом расцвете его таланта. Для коллектива кафедры ортопедической стоматологии Волгоградского медицинского университета, российской стоматологической общественности трагическая гибель профессора стала тяжелой утратой, боль от которой до сих пор отзывается в сердцах тех, кто близко знал его.

В память о В.Ю. Миликевиче на здании Стоматологической поликлиники № 1, где базируется кафедра ортопедической стоматологии ВолгГМУ, была установлена мемориальная доска с текстом: «В этом здании с 1965 по 1998 гг. работал известный российский ученый, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор Виталий Юрьевич Миликевич». Светлая память о нем навсегда останется в сердцах и делах его учеников.

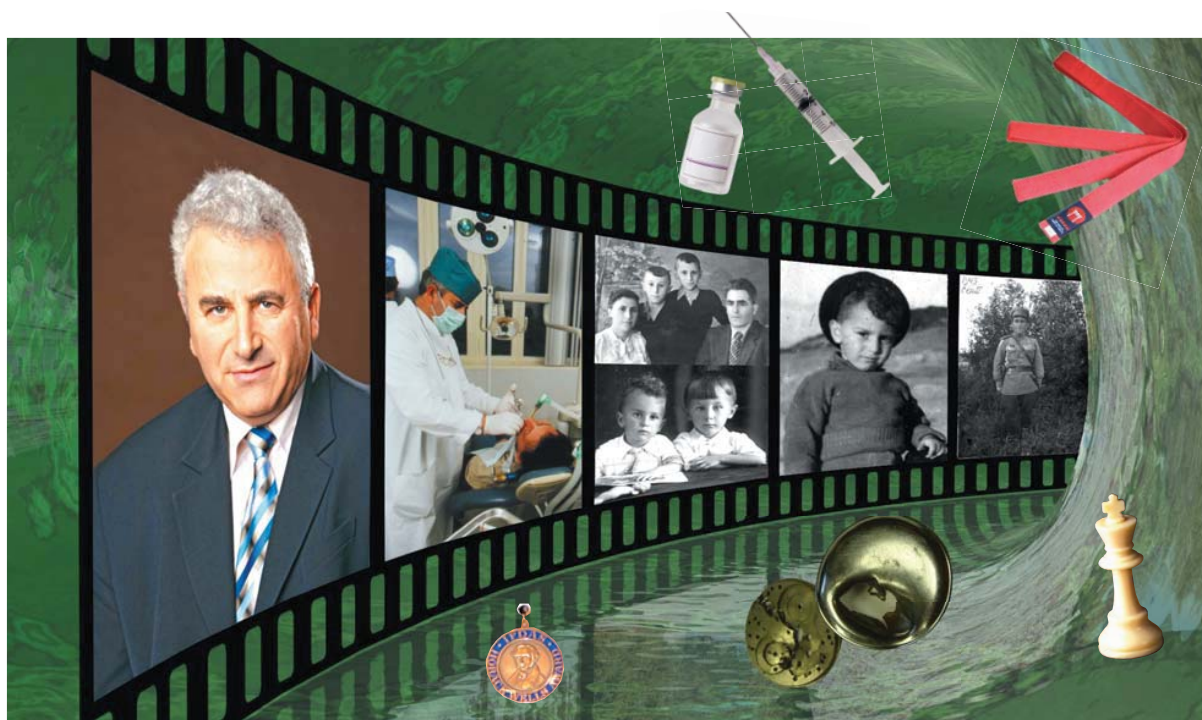
Координаты для связи с авторами:

poroyskiy@mail.ru; +7 (8442) 53-2343 – Поройский Сергей Викторович

Если звезды зажигают, или По ту сторону боли

Пути призвания трудны. Судьба обычно открывает перед нами несколько дорог. И порой бывает легче свернуть на боковую тропку: она ровнее и «сытнее», на ней меньше рытвин, кочек, коряг, а главное тех, кто хочет тебя обогнать, обойти, оттолкнуть... Но твоя ли она, эта прямая тропа? Быть может, стоит выбрать крутую извилистую дорогу и подниматься по ней, пусть медленнее, но все выше и выше, не останавливаясь на достигнутом, преодолевая непреодолимое, потому что чистый и «свободный» воздух – у самых вершин. И только эта дорога – дорога к себе.

Стоматолог-анестезиолог, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор Соломон Абрамович Рабинович сумел найти свой путь, став первым медиком в семье...



Завтра была война...

Судьба. Какое мистическое, довлеющее, немного пугающее слово. Какими маленькими и беспомощными кажемся мы себе перед высшими силами, как верим в предопределенность и как боимся ее... Но когда видишь разбитые на мелкие кусочки карманные часы, спасшие на фронте жизнь Абраму Рабиновичу, понимаешь, что появиться на свет маленькому Соломону было предопределено свыше. Отец никогда не носил часы в нагрудном кармане. Лишь единственный раз случайно положил их туда, и они защитили его сердце от немецкой пули. В семье Рабиновичей до сих пор бережно хранят эту реликвию.

Воистину, если звезды зажигают, значит, это кому-нибудь нужно. А то, что 7 февраля 1948 г. в городе Сегежа Карельской АССР родился будущий знаменитый стоматолог, безусловно, было нужно тысячам тех, кому он помог в жизни.

Его назвали Соломоном в честь погибшего в Великую Отечественную войну дяди – брата отца.

Отец Соломона Абрамовича был родом из Якутска. В Северную столицу приехал, чтобы учиться на юриста. В это же время в Ленинградский педагогический институт им. А.И. Герцена поступила очаровательная девушка из Бобруйска – осваивать специальность учителя русского языка и литературы. Война разрушила их планы. Война же их и познакомила. В 1939 г. молодого человека призвали на фронт – освободить Западную Украину и Белоруссию от надвигающейся «коричневой чумы». Не успел он вернуться на студенческую скамью, как началась Финская кампания. Сибиряка-разведчика вновь призвали в армию, назначив заместителем командира роты. А потом наступило 22 июня 1941-го. Абрам Рабинович сражался на Ленинградском фронте, удерживая так называемый

Невский пяточок близ Великих Лук, – плацдарм, защищавший Дорогу жизни.

В 1942 г. после ранения в шею он попал в челюстно-лицевую госпиталь, где и познакомился со своей будущей женой. Когда началась война, педагогический институт эвакуировали, и она, окончив курсы медицинских сестер, пошла на фронт. Юной девушке пришлось пережить все ужасы войны и блокадного Ленинграда. В госпиталь, где оперировал знаменитый профессор А.А. Лимберг, привозили молодых ребят с изуродованными лицами, и она, валясь с ног от усталости и голода, часами не отходила от пациентов. Но когда неутомимая девушка стала весить меньше 40 кг, ее отправили в тыл. Их пути-дороги могли бы разойтись навсегда, но влюбленный юноша не собирался сдаваться. Вспомнив, на какой адрес девушка писала родным письма, он после войны отправился за любимой на Урал, куда ее семья эвакуировалась, спасаясь от немцев.

Жить в городе на Неве молодые не хотели – слишком тяжелы были воспоминания о блокаде. Поэтому очень кстати пришлось перевод отца на службу в Карелию. Вскоре у четы Рабиновичей родился сын Геннадий, вслед за ним – Соломон. Позже родители будущего профессора по комсомольской путевке поехали на строительство Братской ГЭС, потом работали в лесопромышленном комплексе. Они прожили долгую и достойную жизнь, несмотря на все ее тяготы. Папа умер в возрасте 78 лет, мама дожила почти до 90. Оба похоронены на военном кладбище в Бресте.

Золотые руки

Одни, подобно Джине Лолобриджиде, на миллионы долларов страхуют красивые ноги, другие требуют от страховых компаний материальной компенсации за сломанный в ресторане зуб идеальной формы, третьи в сотни тысяч оценивают свои голоса. Но почему-то никому никогда не пришлось в голову застраховать руки врача – поистине золотые руки.

Руки доктора Соломона Рабиновича умели творить чудеса. Еще у него были щедрая душа и большое сердце...

Слушая рассказы мамы о работе в челюстно-лицевом госпитале, он решил, что нет ничего благороднее профессии стоматолога-хирурга. Соломон поступил на стоматологический факультет Иркутского государственного медицинского института, в 1972 г. окончил его и вместе со своей первой женой – врачом-ортодонтом – поехал в Абакан. Там на практике осваивал все тонкости профессии. Работая стоматологом на трикотажной фабрике «Хакасия», очень многому научился у хирурга Б.Н. Ланкина. Но вскоре Борис Николаевич уехал, и Соломон остался один на один с пациентами. Ему приходилось делать практически все – лечить, удалять, даже оперировать. Для повышения квалификации молодого специалиста направили в Красноярскую краевую больницу, где профессор Анатолий Александрович Левинец и заведующий отделением Альберт Давидович



Каргер преподали ему основы челюстно-лицевой хирургии. До сих пор Соломон Абрамович с восхищением вспоминает, какие уникальные операции делали его учителя. Вернувшись, он занял должность главного хирурга. Через четыре года перебрались с женой в Подольск, где у них родилась красавица-дочка Елена.

Будучи студентом, Соломон Рабинович много читал, интересовался новыми методами лечения. Еще в те годы он решил учиться дальше. «Поступай на кафедру к профессору В.Ф. Рудько, – посоветовали ему, – не ошибешься». И он не ошибся. В 1976 г. пришел к Владимиру Федоровичу, бывшему тогда заведующим кафедрой госпитальной хирургической стоматологии и проректором по науке Московского медико-стоматологического института, и профессор принял подающего надежды специалиста в клиническую ординатуру под начало будущего профессора Ю.И. Чергештова. Вероятно, сегодня мир знал бы гениального челюстно-лицевого хирурга С.А. Рабиновича, но судьба распорядилась несколько иначе.

В 1977 г. на кафедре была создана научно-исследовательская лаборатория по борьбе с болью в стоматологии, заведующим которой назначили кандидата медицинских наук И.А. Шугайлова. Первыми ее сотрудниками были доцент А.Ф. Бизяев, младшие научные сотрудники Л.А. Коваль, М.Н. Куликова, И.А. Зиновьев и др. В 1978 г. после окончания клинической ординатуры к ним присоединился младший научный сотрудник Соломон Рабинович. Его было решено оставить на кафедре после того, как возглавляемые им медицинские отряды два года подряд занимали первое место по Москве. В те годы движение медотрядов было очень



популярно: студенты-медики во время практики ездили не на стройки, а работали санитарями в городских больницах, ухаживая за тяжелыми больными.

С работы в лаборатории, собственно, и начался новый этап профессиональной жизни Соломона Абрамовича.

У страха зубы крепче

Во все времена миром правила красота, и ничего с этим не поделаешь. Во имя нее мужчины бились насмерть, а женщины... О, женщины! Даже одна мысль о том, что можно хоть на грань улучшить и без того совершенную внешность, способна толкнуть их на всякие безумства, во имя красоты они готовы на любые жертвы. Зубы же – совсем немаловажный элемент очарования. Ну а мужчины? Кто сказал, что мужчины – сильный пол? Да они же смертельно боятся пауков, укулов и стоматологов. Тягаться со страхом перед зубо-врачебным креслом им явно не по зубам. У страха зубы крепче.

На Западе от 5 до 14% населения вообще не обращаются к стоматологу из-за страха перед возможной болью. В нашей стране таких людей не меньше 20%. Впрочем, за последние годы кое-что изменилось. Если в 1992 г. около 84% пациентов испытывали страх, садясь в кресло, то аналогичное исследование 2004 г. показало, что стоматологов боятся 49%. И в этом есть немалая заслуга С.А. Рабиновича.

Боль. У каждого она своя, и кажется, измерить ее невозможно. Но именно это попробовал сделать Соломон Абрамович. Темой его кандидатской диссертации, которую он защитил в 1984 г., была «Разработка метода нейрофизиологического анализа уровня обезболивания в стоматологии». Молодой ученый изучал реакцию на болевые ощущения и вопросы обезболивания.

В 1986 г. в ММСИ была создана первая в Советском Союзе кафедра анестезиологии и реаниматологии ФПДО, которая занималась вопросами обезболивания в стоматологии. В

1997 г. доцент С.А. Рабинович стал ее заведующим. Он и ныне возглавляет эту кафедру, которая теперь называется кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии.

В 2000 г. Соломон Абрамович защитил докторскую диссертацию на тему: «Современные технологии обезболивания в стоматологии». Позже стал профессором. Восемь лет был проректором МГМСУ по учебной работе и международным связям.

За 20 лет работы кафедры подготовлено свыше 6 тыс. врачей со всех уголков Российской Федерации, углубленную подготовку в клинической ординатуре прошло более 110 стоматологов, несколько десятков врачей защитили диссертационные работы. На кафедре создана современная технология местного обезболивания, которая включает знания по анатомии, фармакологии, патофизиологии, геронтологии, анестезиологии, психологии, а также умения пользоваться современными инструментами, безыгольными инъекторами и различными шприцами. Одна из традиций кафедры – чемпионаты стоматологического мастерства по обезболиванию и оказанию неотложной помощи, задача которых – распространение новых технологий обезболивания и профилактики неотложных случаев в самых отдаленных уголках России. Стараниями С.А. Рабиновича на его кафедре принята новая программа обучения студентов анестезиологии. Экзамен по неотложной помощи, диагностике и основам реанимации отныне входит в ИГА.

В последнее время кафедре, возглавляемой профессором С.А. Рабиновичем, уделяют особое внимание. Причин тому несколько. Прежде всего, востребованность населения в стоматологической помощи составляет сегодня 93%. По данным профессора В.К. Леонтьева, ежегодно в нашей стране стоматологов посещают 150 млн человек. При этом 30% пациентов имеют сопутствующие заболевания: диабет, аллергию, инфаркт, ИБС, гипертонию, беременность. Все они составляют группу риска. Более того, продолжается стремительное старение населения, а у пожилых людей порой обнаруживают до 8 сопутствующих заболеваний. Побывав с выездными циклами более чем в 70 регионах России – от Сахалина до Калининграда – Соломон Абрамович обнаружил также, что россияне по-прежнему боятся стоматологов. А стресс ухудшает обезболивание, вызывает осложнения.

Повышенного внимания к себе требуют и дети. Подход к детской анестезии должен быть особым. Здесь важна не только местная анестезия, но и седация, умение доктора поговорить с малышом, успокоить его. Строгие медицинские показания необходимо предъявлять к общему обезболиванию.

К сожалению, нештатные неотложные ситуации при стоматологических вмешательствах в 54,9% случаев происходят во время или сразу после анестезии. Для сравнения, при удалении зуба они встречаются лишь в 22,9% случаев

(вместе с эндодонтией), до лечения такое происходит в 1,5%, поздние осложнения составляют не более 5%. Так что проблем у профессора и его коллег еще очень много, ведь сегодня в мире речь идет не просто о безболезненности и безопасности анестезии, но и о ее комфортности. А российская анестезиология усилиями Соломона Абрамовича вышла на международный уровень.

В 2000 г. он с соавторами впервые послал свои тезисы на конгресс Всемирной организации анестезиологических стоматологических обществ (IFDAS), проходивший в Иерусалиме. Доклад наших специалистов об особенностях лечения беременных женщин вызвал небывалый интерес, и в 2001 г. России были предложено вступить в Европейскую федерацию по развитию обезболивания в стоматологии (EFAAD). А в 2011–2012 гг. Соломон Абрамович Рабинович стал первым российским стоматологом, избранным президентом этой организации. Первым из россиян он получил и премию одного из изобретателей обезболивания в стоматологии Горацио Уэллса, вручаемую за большой вклад в развитие стоматологической анестезиологии в своей стране и мире.

Дороги жизни

*... За то, что было,
Говорю – «спасибо!».
Всему, что будет,
Говорю – «держись!»
Престолы счастья
И страданий дыбы:
Две стороны
Одной медали –
«Жизнь».*

Эти друнинские строки про него – Соломона Абрамовича Рабиновича. Чего только не было в его судьбе, которая могла бы вместить не одну жизнь: радости и огорчения, учеба и научные открытия, тяжелый труд практикующего хирурга и мировое признание... Сколько боли прошло через его руки, но столько же радости он подарил людям.

Только ради этого стоило жить. Как многое он успел, и сколько еще предстоит сделать в одной из самых востребованных отраслей стоматологии – анестезиологии.

Вот уже 40 лет он просыпается в 6 утра, иначе день не вмещает всего задуманного. Профессором написано 18 монографий, около 500 научных работ, 27 учебно-методических пособий, получено 20 патентов на изобретения. Но, несмотря на такую загруженность, Соломон Абрамович находит время для спорта. В пятницу вечером искать его бесполезно – он на тренировке по карате. У профессора красный пояс. Второе увлечение – шахматы. Правда, сегодня он вряд ли выиграл бы дуэль со своими сыновьями. Старший Антон – мастер спорта, младший Яков – кандидат. Соломон Абрамович ездил с мальчишками на все чемпионаты, в том числе на международные. Это было и остается их главным общим увлечением, потому что профессию ребята выбрали другую. Антон с отличием окончил Высшую школу экономики, Яша собирается поступать в Политехнический университет. А вот Лена пошла по стопам родителей, став, как и мама, врачом-ортодонтом на кафедре профессора Л.С. Персина. Правда, сейчас она взяла небольшой тайм-аут – воспитывает малышей. Внучка Майя – самая большая радость счастливого деду. Внук Димка еще совсем маленький, но, может, именно он продолжит династию врачей-стоматологов.

Эйзенштейн, человек отнюдь не сентиментального ума, как-то сказал о докторах: «Они принадлежат другому измерению». Ведь у них действительно сутки измеряются не 24 часами, силы – не восьмичасовым рабочим днем, эмоции – не просто плакать и смеяться, любить и ненавидеть, палитра цветов – не белым и черным, а ста тысячами радуг... Откуда черпают они энергию, настроение, бесконечную доброту и благожелательность? Эти сильные люди в белых халатах.

Дорогу осилит идущий. Однако не всякому по плечу та дорога, которую выбрал для себя профессор Соломон Абрамович Рабинович. Профессионал не имеет права останавливаться, чего бы он ни добился. Самый чистый воздух у самых высоких вершин...

Наталья Михайловская





Новая система 3D-компьютерной томографии WhiteFox

Система получила премию Red Dot в категории «Дизайн продукции». Red Dot Design Awards – одна из самых авторитетных наград, присуждаемая европейским институтом дизайна земли Северный Рейн Вестфалия, который находится в городе Эссен (Германия).



Награда вручается дизайнерам и компаниям-производителям за выдающееся качество и особые достижения в дизайне товаров широкого потребления. WhiteFox – система с широким полем обследования. Работая с пятью зонами интереса диаметром от 200x170 до 60x60 мм, прибор позволяет проводить точную диагностику в таких областях медицины, как цефалометрия, ортодонтия и гнатология, челюстно-лицевая хирургия, имплантологическое планирование, минимизируя при этом дозу радиации для пациента. Благодаря калибровке единиц Хаунсфилда, в основном использующейся в медицинских КТ-сканерах, вы имеете возможность получить изображение высокого качества, а также точный релевантный показатель толщины и плотности ткани. Полный комплект системы WhiteFox включает в себя сканер и рабочую станцию с программным обеспечением.



Эндодонтическая система Wave•One™ делает процедуру формирования корневого канала простой и эффективной

wave • one™



Регистрационное удостоверение № ФСЗ 2011/10463

Никель-титановые файлы Wave•One™ приводятся в движение с помощью эндодонтического **мотора Wave•One™**, который позволяет формировать корневые каналы, используя реципрокное движение, т.е. файл постоянно меняет направление вращения в процессе работы: больший угол вращения при движении вперед (для режущей эффективности) и меньший – при движении назад (для продвижения в просвете корневого канала с сохранением его анатомии). Оптимальные углы вращения помогают снизить риск эффекта «вкручивания» и перелома файла.

В большинстве случаев для формирования канала требуется лишь один никель-титановый инструмент Wave•One™ (размера Small, Primary или Large), при этом не тратится время на смену инструментов в процессе обработки корневого канала и снижается количество лечебных приспособлений на рабочем месте эндодонтиста.

Файлы Wave•One™ поставляются стерильными, предназначены для одноразового использования, что исключает необходимость их дезинфекции, очистки, стерилизации и организации. Они производятся с применением передовой технологии термической обработки M-Wire™, которая придает инструментам большую гибкость и повышенную прочность, предотвращает риск развития циклической усталости и перелома файла.

→ Обтурация

Бумажные штифты Wave•One™ соответствуют размеру канала, обработанного файлом Wave•One™, и идеально подходят для безопасного и быстрого высушивания каналов.

Гуттаперчевые штифты Wave•One™ соответствуют размеру канала, обработанного файлом Wave•One™, что позволяет быстро и точно подбирать мастер-штифт для обтурации.

Обтураторы Wave•One™ помогают быстро и грамотно осуществлять трехмерную обтурацию.

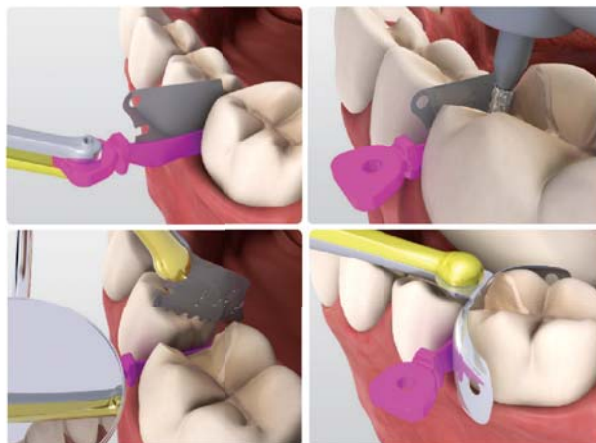
WEDGE GUARD – клинья с защитной пластиной



Безопасность и точность препарирования



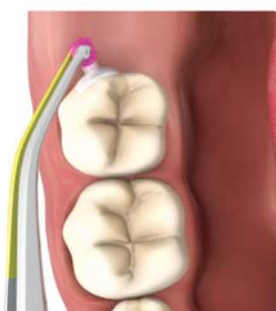
WEDGE GUARD клинья с защитной пластиной исключают риск повреждения соседнего зуба и оставляет свободным десневой сосочек, что позволяет получить безопасное препарирование кариозной полости для последующей анатомически совершенной реставрации.



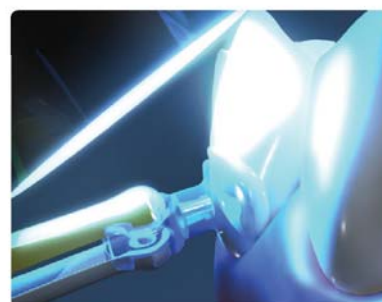
Цервикальные матрицы 360°



ЦЕРВИКАЛЬНЫЕ МАТРИЦЫ **360°** ДЛЯ РЕСТАВРАЦИЙ КОМПОЗИТАМИ V КЛАСС



Вращающаяся силиконовая матрица позволяет получить быстро и предсказуемо совершенную адаптацию композита полостей V класса с идеальной конечной поверхностью реставрации.





Первый двухкомпонентный силер для корневых каналов на основе МТА — FILLAPEX MTA

- Превосходные герметизирующие свойства.
- Низкая растворимость.
- Стимулирует регенеративные процессы в околокорневых тканях.
- Отсутствие послеоперационных воспалительных реакций.
- Хорошая биосовместимость.



Конические стекловолоконные штифты EXACTO TRANSLUCENT

Стекловолокно:

- превосходный эстетический результат;
- снижение риска перелома корня;
- модуль эластичности такой же, как у дентина;
- рентгеноконтрастность.

Коническая форма:

- лучшая адаптация в конически подготовленных корневых каналах (центральные резцы и клыки);
- снижение толщины цементирующего вещества.



Материалы для технологии CAD/CAM



Контрастный спрей аэрозоль BlueSpray

Идеальный инструмент для оптического сканирования (интраорально или на модели).
D-5135 BlueSpray
Аэрозоль 50 мл

Контрастный спрей аэрозоль BlueSpray plus

Контрастный спрей по новейшей формуле для оптического сканирования (интраорально или на модели).
D-5136 BlueSpray plus
Аэрозоль 50 мл с двумя аппликационными насадками

Сканируемые оттисковые массы для регистрации прикуса StoneBite® scan plus и StoneBite® scan

Сканируемый материал для регистрации прикуса на основе

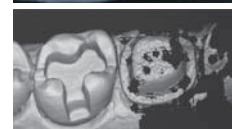
А-силиконов, обладающий высокой окончательной твердостью. Клинически доказано преимущество применения материалов с технологией CAD/CAM, оптимальным выравниванием по технологии Cerec AC и Bluecam.

D-504871 StoneBite® scan plus;
D-504870 StoneBite® scan
Два двойных картриджа по 50 мл с 12 смесительными розовыми насадками и 12 интраоральными насадками

GumQuick® scan

Дополнительно вулканизируемый силикон для производства гибких и сканируемых десневых масок для применения с технологией CAD/CAM.

D-504890 GumQuick® scan
Два двойных картриджа по 50 мл, 12 смесительных голубых насадок и флакон DuoSep 10 мл



BJM LAB

BJM — инновационное предприятие по изготовлению современных стоматологических адгезивов, композитных цементов и пломбировочных материалов нового поколения.



High Q Bond Band™

Светоотверждаемый цемент для фиксации ортодонтических колец

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- Специально разработан для ортодонтической практики. Для фиксации ортодонтических колец к поверхности зуба.

СВОЙСТВА

- **High Q Bond Band** – используемая технология светополимеризуемых адгезивов обеспечивает дополнительное рабочее время для точного расположения ортодонтических колец.

- **High Q Bond Band** – материал может быть полимеризован любыми стандартными лампами.

- **High Q Bond Band** содержит усилитель адгезии 4-Мета для прочной, надежной фиксации к эмали, металлам и керамическим поверхностям. Обладает фторвыделяющим эффектом.

- **High Q Bond Band** химически и механически фиксирует сплав ортодонтического кольца к эмали зуба.

High Q Bond Bracket™



Комплект универсальных светополимеризующихся материалов для фиксации брекетов

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- Стеклонаполненный материал разработан для ортодонтической практики.
- Применяется для фиксации металлических и керамических брекетов к поверхности зуба. Используемая технология светополимеризуемых адгезивов обеспечивает дополнительное рабочее время для точного расположения и фиксации брекетов.

СВОЙСТВА

- **High Q Bond Bracket** содержит усилитель адгезии 4-Мета для прочной, надежной фиксации к эмали, металлам и керамическим поверхностям. Обладает фторвыделяющим эффектом.

- **High Q Bond Bracket** – материал может быть полимеризован любыми стандартными лампами.

- **High Q Bond Bracket** обладает оптимальными характеристиками вязкости и прочности для использования с современными ортодонтическими конструкциями.

- **High Q Bond Bracket** при фиксации проникает в мельчайшие ячейки брекета и обеспечивает прочную химическую и механическую фиксацию, не допуская его смещения.

Подготовка пациентов к ортопедическому лечению с использованием материалов компании Dreve



Ортопед-стоматолог **Майкл Пилеки**

Резюме. В данном клиническом случае у пациента наблюдали снижение высоты прикуса, изменение положения передних зубов (смещение зуба 21 в вестибулярную сторону), а также компрессию обоих височно-нижнечелюстных суставов. Тщательное планирование лечения, правильный выбор его методики, использование материалов компании Dreve позволили добиться превосходного результата.

Ключевые слова: высота прикуса; окклюзионная каппа; височно-нижнечелюстной сустав; артикулятор; фотополимеризация.

The possibilities of the pre-prosthetic care with materials of Dreve

Dentist- podiatrist **Michael Pilecki**

Summary. In this case report the vertical dimension is slumped, the anterior teeth are diversified, the tooth 21 is always quite labial, in both joints are compressions. A well-thought-out planning and a way of proceeding, use of the material of Dreve as represented here shows that an excellent result can be achieved despite of difficult conditions.

Keywords: height of the occlusion; occlusion of kappa; temporo-mandibular joint; articulator; photopolymerization.

С возрастом изменение претерпевает не только внешний вид человека, но и состояние его зубочелюстной системы. В данном клиническом случае у пациента наблюдали снижение высоты прикуса, изменение положения передних зубов (смещение зуба 21 в вестибулярную сторону), а также компрессию обоих височно-нижнечелюстных суставов (рис. 1).

Для лечения выбрали более консервативную, но эффективную методику. На первом этапе получили оттиски и провели диагностическое восковое моделирование. Для повышения высоты прикуса покрыли искусственными коронками боковые зубы двух квадрантов нижней челюсти. Перед ортопедическим лечением запланировали сплент-терапию с использованием окклюзионной каппы.

Для получения детальной информации о состоянии зубочелюстной системы провели аксиографию и МР-диагностику (рис. 2).

При анализе данных исследований определили величину угла наклона саггитального суставного пути и угла Беннета (рис. 3), а также степень компрессии височно-нижнечелюстных суставов (рис. 4). Полученные данные использовали для настройки артикулятора.

Для изготовления окклюзионной шины в мышечловое соединение артикулятора поместили тонкую фольгу.

Модель нижней челюсти покрыли силиконовым материалом (рис. 5).

Далее по методике термоформирования из материала Biolon (Dreve) изготовили окклюзионную каппу толщиной



Рис. 1

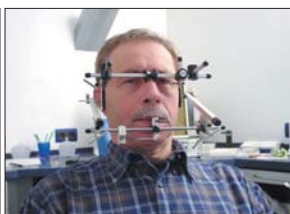


Рис. 2



Рис. 5



Рис. 6

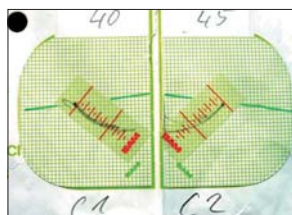


Рис. 3

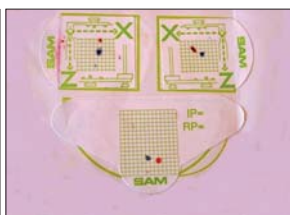


Рис. 4



Рис. 7



Рис. 8



Цените время!



Технология Castdon – это быстро!



2 мм (рис. 6). Излишки материала удалили с помощью треугольной фрезы. Для сокращения времени полировки каппы фрезу разместили непосредственно вблизи границ отпечатков зубов (рис. 7). Длина окклюзионной каппы определяется площадью поверхности зубов, не покрытой силиконовым материалом. Для финишной обработки каппы использовали инструмент Ultra-Trimm (Dreve, рис. 8).

Далее окклюзионную каппу обработали в пескоструйном аппарате, нанесли на ее поверхность материал Lightdon-Bonding (Dreve, рис. 9) и провели фотополимеризацию в течение 1 мин (рис. 10). Из материала Lightdon-Splint (Dreve) изготовили тонкую полоску и адаптировали ее к поверхности каппы. После смыкания гипсовых моделей в артикуляторе на поверхности материала были отчетливо заметны отпечатки зубов верхней челюсти (рис. 11). Излишки материала Lightdon-Splint удалили с помощью скальпеля (рис. 12). После фотополимеризации (рис. 13) поверхность окклюзионной каппы обработали инструментом Ultra-Trimm (рис. 14). Далее окклюзионную каппу покрыли слоем материала Plaquit (Dreve, рис. 15), а

на следующем клиническом этапе припасовали в полости рта пациента (рис. 16).

Спустя 3 мес после изготовления окклюзионной каппы зубы 24, 25, 26, 27, 34, 35, 36, 37 отпрепарировали под искусственные коронки. При этом премоляры запланировали покрыть полукоронками, моляры – полными искусственными коронками. Так как временные коронки, изготовленные из традиционных материалов, обладают повышенной хрупкостью, в данной клинической ситуации их изготовили из материала Biolon путем термоформирования (рис. 17) и зафиксировали на цемент Long-Temp (рис. 18).

После завершения подготовительного этапа лечения из материала Lightplast (Dreve) изготовили прикусной шаблон (рис. 19). Для определения центральной окклюзии в каждый квадрант шаблона внесли самополимеризующийся материал (рис. 20). Препарирование зубов с учетом результатов сплент-терапии, а также припасовка искусственных коронок на гипсовой модели (рис. 21) и в полости рта пациента (рис. 22) прошли без каких-либо затруднений.

Тщательное планирование лечения и правильный выбор его методики позволили добиться превосходного результата в данной клинической ситуации и реализовать поставленные цели: повысить высоту прикуса и устранить функциональную перегрузку зубов верхней челюсти.

Координаты для связи с автором:
info@medenta.ru



Рис. 9



Рис. 10



Рис. 11



Рис. 12



Рис. 17



Рис. 18



Рис. 13



Рис. 14



Рис. 19



Рис. 20



Рис. 15



Рис. 16



Рис. 21



Рис. 22

Алмазные боры Easy Chamfer от компании NTI

Компания **NTI-Kahla GmbH** представляет широкий спектр высококачественных вращающихся инструментов для врачей-стоматологов и лабораторных техников, предназначенных для разных клинических ситуаций. Вращающиеся инструменты Easy Chamfer (в пер. с англ. «легкий скос») позволяют точно и быстро придать конусность культе зуба при препарировании его под металло- или цельнокерамическую коронку. Все боры имеют неагрессивный направляющий кончик, благодаря которому врач может осуществлять препарирование зуба даже при недостаточном визуальном обзоре. Наличие такого кончика уменьшает вероятность травмы твердых тканей зуба, а также снижает время препарирования на 30%. Особая технология нанесения алмазного напыления UNIMATRIX существенно увеличивает срок службы данных боров и обеспечивает непревзойденную режущую способность. Благодаря точной калибровке диаметра хвостовиков исключается возможность повреждения турбинного наконечника. Вращающиеся инструменты с крупнозернистым напылением предназначены для быстрого препарирования культи зуба, боры с мелкозернистым напылением – для ее полировки.

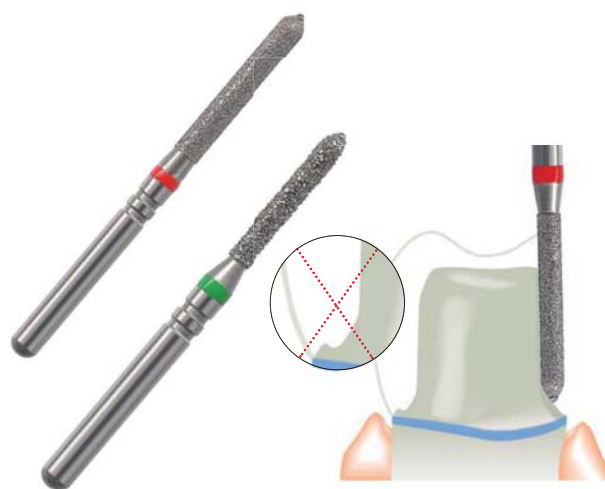
Серия вращающихся инструментов Easy Chamfer EC-2009 состоит из боров с цилиндрической формой рабочей части. Серия алмазных боров Easy Chamfer EC-2011 представлена инструментами конусности 6° , которые отвечают стандартам, предъявляемым к препарированию культи зуба, а также требованиям сканирующих систем CAD/CAM. При проведении препарирования зубов с использованием данных боров значительно повышается качество полученных оттисков и точность сканирования культи зубов, что позволяет сократить количество ошибок, возникающих на лабораторных и клинических этапах лечения.

Спрашивайте у дистрибьюторов NTY.



**КАЧЕСТВО НАШИХ
ИСТРУМЕНТОВ – УСПЕХ
ВАШЕЙ РАБОТЫ!**

Easy Chamfer



На правах рекламы

Активизация ирригационного раствора

Доктор **Людвиг Хермелер** (Райне, Германия)

Резюме. «Эндоактиватор» от компания Dentsply Maillefer предлагает клиницистам безопасный, эффективный и удобный путь для оптимизации процесса ирригации, который будет способствовать успеху эндодонтического лечения.

Ключевые слова: эндодонтическое лечение; корневой канал; ирригация; obturation; насадка.

Activation of irrigation solution

Dr. **Ludwig Hermeler** (Rheine, Germany)

Summary. Endoaktivator from the company Dentsply Maillefer offers clinicians a safe, effective and convenient way to optimize the irrigation, which will contribute to the success of endodontic treatment.

Keywords: endodontic treatment; root canal; irrigation; obstruction; cap.

Эффективный протокол ирригации – ключевой фактор в достижении эндодонтического успеха. Клинические исследования подтверждают, что гидродинамическая активация ирригационного раствора улучшает отдаленные результаты лечения. Компания Dentsply Maillefer предлагает безопасное и простое решение – систему «Эндоактиватор», разработанную докторами Риддлом, Шарпом и Машту (рис. 1).

Восстановление стенок зуба до эндодонтического лечения и качественная реставрация зуба после – обязательные процедуры, позволяющие защитить корневые

каналы от бактерий и препятствующие реинфицированию. Без этого добиться долговременного успеха невозможно.

Три ключевых фактора лечения корневых каналов – формирование, ирригация и obturation. Ввиду сложной анатомии системы корневых каналов, имеющей латеральные и дополнительные каналы, анастомозы, ниши и апикальные дельты, даже самая продвинутая техника механической очистки удалит лишь часть загрязнений и микроорганизмов. Однако тщательная обработка и очищение основных каналов – предпосылка для адекватной



Рис. 1

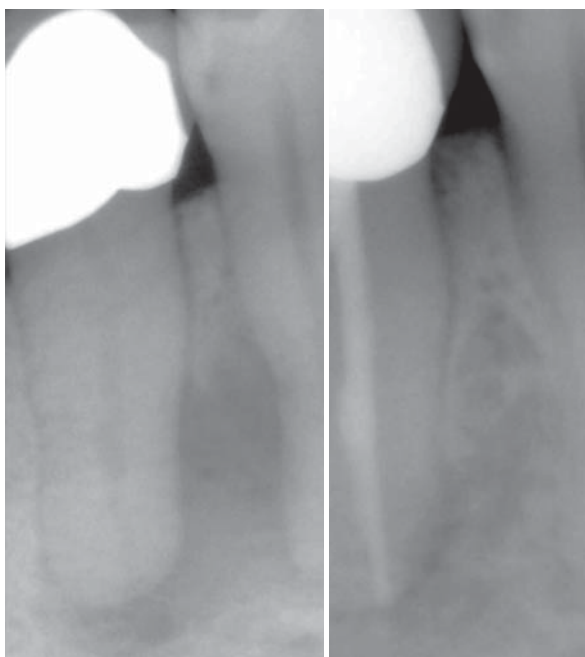


Рис. 2

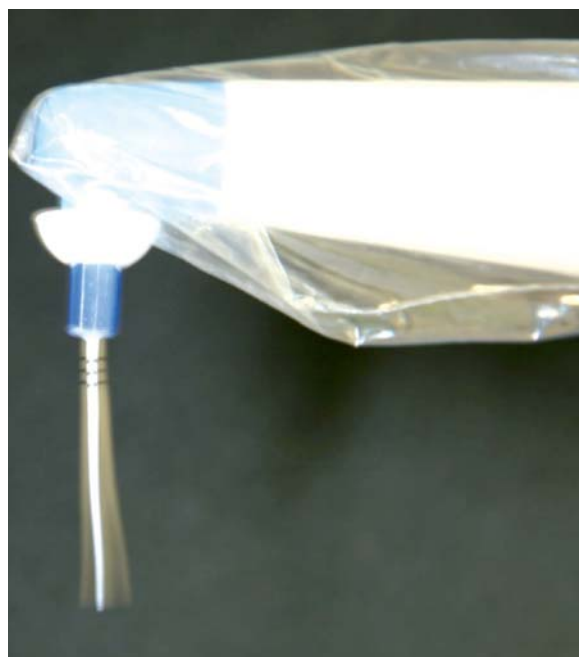


Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

химической дезинфекции инфицированной системы корневых каналов в рамках проведения протокола ирригации. Удаление всех остатков инфицированных тканей, дентинной стружки и некротических масс – главное условие эндодонтического успеха. Оптимальная механическая и химическая обработка корневых каналов, в свою очередь, является предпосылкой к успешной obturации – первому шагу в обеспечении герметичности каналов. В приведенном ниже клиническом случае особое внимание уделяли постоянному использованию ирригантов совместно со звуковой активацией, поскольку наблюдали очаг инфекции. Впоследствии было достигнуто хорошее апикальное заживление (рис. 2). Различные клинические исследования доказывают, что активация

ирригационного раствора улучшает долговременный успех эндодонтического лечения. Аппарат «Эндоактиватор» гидродинамически активирует ирриганты. Звуковой мотор в наконечнике вызывает вибрацию насадок активатора, сделанных из полимерного материала, с частотой 2000, 6000 или 10000 циклов в минуту (рис. 3). Наконечник «Эндоактиватора» не только портативный и понятный в использовании, но и работает от батареи, т.е. не имеет провода (рис. 4). Это позволяет легко и быстро использовать его в любом кабинете.

Дизайн аппарата в виде углового наконечника очень удобен, так как облегчает доступ даже к боковым зубам. Гибкие нережущие насадки без покрытия из полимера медицинского назначения бывают нескольких размеров: small, medium, large (цветовая кодировка: желтый, красный, синий) и имеют маркировочные кольца, соответствующие глубине 18, 19 и 20 мм. Благодаря такой конструкции проблема переломов, характерная для тонких металлических насадок, полностью исключается. Насадки активатора можно изгибать плоскими щипцами (рис. 5), подобно защитным чехлам для наконечника, данные насадки одноразового использования (рис. 6). Это обеспечивает гигиеническую безопасность и исключает процесс их очищения, дезинфекции и стерилизации, экономя время в процессе работы.

Перед использованием «Эндоактиватора» корневые каналы должны быть качественно сформированы с учетом размеров и конусности. Затем полость зуба заполняют ирригационным раствором. Наконечник полностью покрыт защитным чехлом, а насадка для активатора (предварительно припасованная вручную не доходя 2 мм до рабочей длины) фиксируют поверх защитной оболочки. Насадку вводят в корневой канал, включают аппарат и осуществляют короткие вертикальные движения амплитудой 2–3 мм подобно поршню шприца. Ирригационный раствор гидродинамически активируется в корневом канале в течение 30–60 с, например, 17%-ный ЭДТА в течение 1 мин, 6%-ный NaOCl – 30 с (рис. 7). Отделившиеся продукты распада впоследствии эвакуируются. Процедуру повторяют для каждого корневого канала. Исследование, проведенное в университете Парижа в 2006 г., доказало, что после использования «Эндоактиватора» стенки корневого канала становятся чистыми, с открытыми дентинными канальцами (рис. 8).

«Эндоактиватор» предлагает клиницистам безопасный, эффективный и удобный путь для оптимизации процесса ирригации, который будет способствовать успеху эндодонтического лечения.

Координаты для связи с автором:
+7 (495) 988 2808



Рис. 7

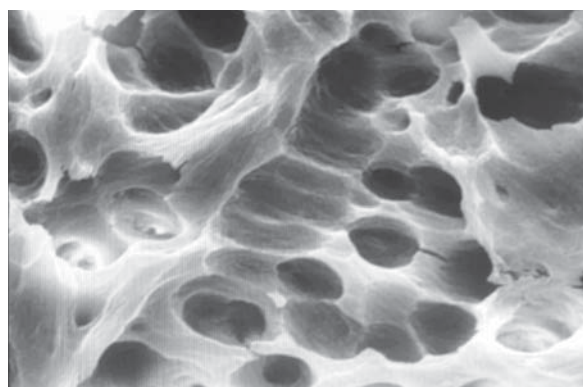


Рис. 8

НАША СПРАВКА

Людвиг Хермелер

Родился в 1964 г., защитил степень доктора в университете Мюнстера (Германия). В 1988 г. получил лицензию, а в 1991-м организовал свою стоматологическую практику в городе Райне. Доктор Хермелер – член Немецкого общества имплантологии (DGOI), автор многих работ по эстетической стоматологии, отбеливанию, имплантологии, эндодонтии и программному обеспечению для управления практикой.



ENDO ACTIVATOR®

УДОБНЫЙ И БЕЗОПАСНЫЙ АППАРАТ ДЛЯ АКТИВАЦИИ ИРРИГАЦИОННОГО РАСТВОРА



Разработан при участии:
Clifford J. Ruddle DDS,
Robert H. Sharp DDS,
Pierre Machtou DDS

Преимущества

Безопасно

- Прочные, гибкие насадки из полимера медицинского назначения
- Одноразовое использование
- Нерезущие насадки без покрытия

Эффективно

- Создаётся движение жидкости
- Улучшается удаление продуктов распада и разрушение смазанного слоя и биоплёнки

Просто

- Очень простая процедура клинического применения
- Удобное управление
- Портативный, идеален для практики

DENTSPLY
MAILLEFER

www.dentsplycis.com



Компания В.Ж.М. – пионер в области нанотехнологий в стоматологии

Артем Овсепян, руководитель учебного центра «БиоСан ТМС»
Карина Сунугурова, врач - консультант учебного центра «БиоСан ТМС»

Резюме. В последние годы на рынке появилось множество новых материалов, благодаря которым стало возможным использование тех методик, которые еще вчера казались нереальными. Одна из последних разработок компании В.Ж.М. – однокомпонентный эмалево-дентинный адгезив седьмого поколения Prima 1. При изготовлении данного материала использованы последние достижения в области нанотехнологий и химии разветвленных (дендритных) полимеров.

Ключевые слова: адгезив; композит; полимер; нанотехнология; силер.

The company B.J.M. – a pioneer in the field of nanotechnology in dentistry

Artem Ovsepyan, Head of Training Centre BioSan TMS
Karina Sungurova, consultant physician of Training Centre BioSan TMS

Summary. In recent years, the market, a host of new materials, which have made possible the use of those techniques, which only yesterday seemed unrealistic. One of the latest developments of the company B.J.M. - one-component enamel-dentin adhesive is a seventh generation Prima 1. In the manufacture of the material used in the latest advances in nanotechnology and chemistry of branched (dendritic) polymers.

Keywords: adhesive; composite; polymer; nanotechnology; sealer.

Компания В.Ж.М. Laboratories Ltd. была основана в 1992 г. для разработки, производства и внедрения в стоматологическую практику инновационных стоматологических материалов. В настоящее время В.Ж.М. – одно из немногих предприятий, выпускающих полный спектр стоматологических адгезивов, композитных цементов и пломбирочных материалов нового

поколения. Продукция компании широко представлена во всех странах и хорошо известна на стоматологическом рынке под торговыми марками ведущих торговых сетей.

В.Ж.М. уделяет большое внимание контролю качества производимых продуктов. Этому способствуют многочисленные научные испытания и исследования.

PRIMA™ 1..

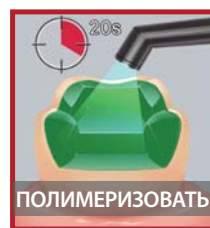
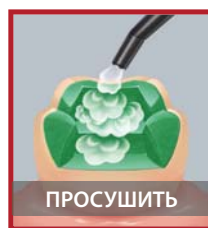


Светоотверждаемый самопротравливающий однокомпонентный адгезив



- PRIMA 1 - эмалево-дентинный адгезив 7-го поколения, содержащий для простоты нанесения протравливающий агент, праймер и адгезив в виде единого компонента.
- PRIMA 1 превращает сложный и многоступенчатый процесс в быструю и простую процедуру, обеспечивающую максимальный комфорт для пациента и упрощающую рабочий процесс.
- В PRIMA 1 используются последние достижения в области нанотехнологии и разветвленных полимеров, поэтому он обеспечивает превосходную адгезию к эмали и дентину, любым композитам химического, светового и двойного отверждения, компомерам и композитным цементам.
- Теперь Вы можете сократить свое время работы и усилия, осуществляя протравливание, нанесение праймера и адгезива за один этап. Без смешивания компонентов. Без лишних сложностей. Без проблем!
- Вы можете всегда быть уверенными в идеальном результате адгезивных процедур.

Реклама



BJM LAB



B.J.M. Laboratories Ltd.
12 Hassadna St., Industrial Park
Or-Yehuda 60200, ISRAEL
Fax: 972-3-7353020
web: www.bjmlabs.com



CE
0473



Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»

123308, г. Москва, Новохорошевский проезд, 25, тел./факс: 8 (499) 946-4610

тел.: 8 (499) 946-4609, 946-3999, 191-1268, e-mail: shop@medenta.ru, www.medenta.ru



С 1997 г. вся выпускаемая продукция проходит обязательную сертификацию на соответствие требованиям стандартов ISO 9001:2008, ISO 13485:2003, что позволяет распространять материалы в странах ЕЭС с маркировкой CE.

В последние годы на рынке появилось множество новых материалов, благодаря которым стало возможным использование тех методик, которые еще вчера казались нереальными. Одна из последних разработок компании В.Ж.М. – однокомпонентный эмалево-дентинный адгезив седьмого поколения Prima 1. При изготовлении данного материала использованы последние достижения в области нанотехнологий и химии разветвленных (дендритных) полимеров. Включение данных полимеров в состав адгезива обеспечивает превосходную адгезию к эмали и дентину, любым компомерам, композитным материалам и цементам. Несмотря на то, что для удобства применения протравливающий компонент, праймер и адгезив представлены в виде единого компонента, сканирующая электронная микроскопия показала: при использовании адгезива Prima 1 в дентине образуется гибридная зона, достаточная для обеспечения адекватной адгезии.

Научно-технический прогресс затронул и процесс производства композитных цементах. Наряду с материалами, уже заслужившими доверие врачей-стоматологов (High-Q-Bond и High-Q-Bond SE), в производственную линейку включены новые цементы для ортопедической (Zirconite) и ортодонтической практики (High-Q-Bond Bracket, High-Q-Bond Band, High-Q-Bond Retainer), содер-

жащие в своем составе усилитель адгезии, аналогичный молекуле 4-Meta, которая обеспечивает высокую прочность адгезии к тканям зуба, металлу и керамике, а также прецизионное краевое прилегание.

Наиболее долгожданным продуктом в 2012 г. стал силер В.Ж.М. Root Canal Sealer на основе эпоксидной смолы, содержащий в своем составе нерастворимые антибактериальные наночастицы I-ABN. Ядро I-ABN-частицы имеет достаточно мощный положительный заряд и притягивает к себе отрицательно заряженные бактерии. Далее длинные углеродные цепи на поверхности I-ABN-частиц проникают в мембрану бактерий, разрушая ее. Таким образом, внедрение наночастиц в структуру эпоксидного силера препятствует росту бактерий и предотвращает образование биопленки. К преимуществам силера можно также отнести хорошие манипуляционные свойства, высокую рентгеноконтрастность, биологическую совместимость, отличные запечатывающие свойства длительного действия, низкую усадку и умеренную эластичность материала после полимеризации, предотвращающую возникновение трещин.

Научно-исследовательская лаборатория компании В.Ж.М. находится в постоянном поиске новых решений и путей применения научных разработок будущего в современном производстве стоматологических материалов. Материалы и технологии компании В.Ж.М. позволяют сделать каждый этап стоматологического вмешательства более простым, эффективным и предсказуемым.



Хронический лучевой остеомиелит челюстей. Клиника, диагностика, лечение

Ассистент **Ольга Титова**, кандидат медицинских наук

Доцент **Валентина Новосельская**, кандидат медицинских наук

Кафедра челюстно-лицевой травматологии МГМСУ

Резюме. Проведено обследование и лечение больных с лучевым остеомиелитом. На основании клинического опыта установлено, что заболевание чаще бывает на нижней челюсти, имеет длительное течение, вялотекущий характер с медленно образующейся демаркационной линией. Длительные курсы дезинтоксикационной инфузионной терапии улучшают общее и местное состояние больного, способствуя отграничению и отделению секвестра.

Ключевые слова: лучевой остеомиелит; дезинтоксикационная терапия.

Chronic osteomyelitis of the jaws of radiation. Clinic, diagnosis, treatment

Assistant **Olga Titova**, Candidate of Medical Sciences

Docent **Valentina Novoselskaya**, Candidate of Medical Sciences

Department of Maxillofacial Trauma MSMSU

Summary. Treatment of patients with radiation osteomyelitis (RO) has been performed. Based on the clinical experience it is established that RO is a long-acting disease, with slow buildup of demarcation line. The longtime use of disintoxication therapy results in patient condition improvement and promotes detachment.

Keywords: radiation osteomyelitis; disintoxication therapy.

Частота злокачественных новообразований составляет 20–25% от общего числа заболеваний челюстно-лицевой области, причем эта цифра ежегодно увеличивается. Лучевая терапия (ЛТ) – один из способов лечения онкологических больных [5]. Как самостоятельный метод, а также в сочетании с хирургическим или химиотерапией ЛТ эффективна более чем в 75% случаев. Если опухоль не операбельна либо имеется отягощенный анамнез, радиотерапию применяют для 70–80% больных.

Суммарную поглощенную дозу на курс ЛТ определяют исходя из клинических и радиобиологических предпосылок, гистологической структуры и особенностей роста опухолей. Наиболее оптимальный метод радиотерапии – наружный дистанционный с источником излучения высокой энергии, или гамма-терапия (ДГТ) [4].

При проведении лучевой терапии злокачественных опухолей челюстно-лицевой области в зону облучения неизбежно попадают окружающие их здоровые ткани: слизистая оболочка полости рта и глотки, слюнные железы, зубы, кости [1, 8]. При ДГТ местные лучевые реакции отмечают в 100% случаев, что считается показателем правильного лучевого лечения, и при адекватной терапии они полностью обратимы. Среди причин развития лучевых повреждений (остеорадионекроз (ОРН) челюстей, лучевые

язвы) называют нарушение в проведении курса лечения (завышение суммарной очаговой дозы (СОД), сокращение межкурсового восстановительного периода), неправильную тактику ведения больных в предлучевой период (отсутствие санации полости рта, защитных устройств), а также во время и после лучевого лечения (несоблюдение рекомендаций врача по уходу за полостью рта, диеты) [2, 3, 6, 7].

Лучевой остеомиелит (ЛО) – тяжелое осложнение радиотерапии. Доминируют две теории объяснения патогенеза развития ОРН. Первая теория трех «Г» по Марксу (1983): тканевая гипоксия, клеточная гипоксия и гиповаскуляризация, вызванные ионизирующим излучением. Эти нарушения увеличиваются со временем, т.е. наблюдается явление последствия. Вторая теория двух «И» по Дамбре-



ну (1993): ишемия и инфекция, т.е. на фоне гиповаскуляризации тканей происходит присоединение инфекционного фактора, например одонтогенного.

Чувствительность к радиации у челюстных костей выше, чем у любых других. В этом играют роль несколько причин: наличие и проникновении инфекции из полости рта, отраженные радиационные излучения от зубов, особые свойства ретикуло-эндотелиальной ткани челюстных костей, отличающейся богатством молодых, малодифференцированных элементов. При этом нижняя челюсть поражается чаще, чем верхняя в связи с анатомическими особенностями (магистральный тип кровоснабжения). Развитие ЛО возможно как в ближайшем, так и в отдаленном периодах после лучевой терапии.

Цель работы

Проанализировать результаты обследования и лечения больных с ЛО челюстей.



Материал и методы

Исследование проводили в клинике кафедры челюстно-лицевой травматологии МГМСУ совместно с кафедрой лучевой диагностики. Под наблюдением находились 37 больных в возрасте 41–76 лет с ЛО нижней (33) и верхней (4) челюстей. У троих наблюдали двустороннее поражение челюстей. При лечении опухоли больным назначали СОД от 40 до 91 Гр. Было отмечено, что у поступивших на лучевое лечение отсутствовала санация полости рта. ЛО у всех больных развился в период от 2 мес до 10 лет после проведения ДГТ. Сроки наблюдения за больными составили от 6 мес до 2 лет.

Результаты и их обсуждение

Клинические проявления ЛО характеризовались ноющей или постоянной сильной болью, чувством онемения, зуда или жжения (симптом Венсана), неприятным гнилостным запахом изо рта, слабостью, потливостью, быстрой утомляемостью. При внешнем осмотре определяли бледные кожные покровы, наличие отека и инфильтрации мягких тканей, наружные кожные свищи с выходящими грануляциями, ограниченное открывание рта, нарушение целостности слизистой оболочки альвеолярного отростка с обнажением измененной в цвете узурированной кости, покрытой некротическим налетом. У 3 больных выступала некротизированная серая кость, у 4 наблюдали тризм. Ограниченная подвижность секвестра отмечена у 6 больных, полная подвижность – у 3. У 3 больных зафиксировано поражение челюстей с обеих сторон: у 2 – нижней, у 1 – верхней.

При рентгенологическом исследовании выявлены деструктивные изменения костной ткани на всем протяжении облученной кости челюсти, не имевшие отграничения патологического процесса.

Всем больным проведено комплексное лечение, включавшее противовоспалительную, общеукрепляющую, стимулирующую и симптоматическую терапию, обработку гнойных очагов в костных и мягких тканях. Перевязки пациентам выполняли 2–3 раза в неделю. В период лечения свищевые ходы поддерживали в функциональном состоянии для оттока экссудата, через них вводили антисептические растворы. Также раны обрабатывали турундами с мазью Вишневского или «Левомеколем». Кюретаж патологических грануляций и удаление секвестров выполняли по показаниям. Пяти больным в окружающие патологический процесс ткани вводили препарат «Траумель С» по типу инфильтрационной анестезии (10 инъекций через день). Это дало положительный результат – активизацию вялотекущего процесса и отделение секвестров. У 16 больных общее лечение включало длительную дезинтоксикационную терапию, проводимую в условиях стационара. Она состояла из внутривенных капельных вливаний растворов реополиглюкина и гемодеза по 400 мл (7–10

НПО «Полистом»



Лидер в производстве остеопластических материалов на основе фосфатов кальция



Гидроксиапол – фирменное название гидроксиапатита (ГАП)
ТФК-95 – гранулы трикальцийфосфата для регенерации костной ткани
ФТАП-50 д – порошок фторгидроксиапатита используется при лечении и профилактике кариеса для защиты пульпы и усиления дентиногенеза

Композиционные материалы (биополимер + ГАП)

Гемостатический Колапол КП – лучший отечественный местный гемостатик
Гапкол, Колапол КП-2 – композиционный материал, служащий для лечения пародонтита

Колапол КП-3 – композиционный материал, служащий для заполнения костных полостей различного генеза



Пародонкол – резорбируемые мембраны для направленной регенерации костной ткани

Индост – остеоиндуктивный композиционный материал, служащий для усиления регенерации костной ткани, особенно у больных из группы риска

ТрАпекс-гель – рекомендуется для заапекального выведения при лечении деструктивных форм периодонтита (при наличии кистогранулем)

Москва, 107023, Большая Семеновская ул., 40.
Тел./факс: (495) 737-6892, тел.: (495) 967-9938;
сайт: www.polystom.ru; e-mail: office@polystom.ru.



инъекций через день). В результате лечения у пациентов уменьшились боли и отек, закрылись наружные свищи, улучшилось общее состояние, произошло отграничение секвестров в кости. Всем им назначали длительные курсы поливитаминов с микроэлементами, рекомендовали сбалансированное питание, включавшее достаточное количество белков, жиров и углеводов.

У 9 больных в динамике развития лучевого остеомиелита произошел патологический перелом нижней челюсти.

Таким образом, из 37 больных с ЛО выздоровление наступило у 14: у 10 – полное, у 4 – замедленная консолидация. К сожалению, 9 больных погибли в результате отдаленного метастазирования и рецидива опухоли. У остальных наблюдали стабилизацию процесса, однако полного отделения секвестров не выявили.

Выводы

1. ЛО чаще бывает на нижней челюсти.
2. ЛО имеет длительное течение, вялотекущий характер с медленно образующейся демаркационной линией.
3. Течение ЛО может сочетаться с рецидивом основного заболевания, приводящего к гибели больного.
4. Применение длительных курсов дезинтоксикационной инфузионной терапии улучшает общее и местное состояние больного, способствуя отграничению и отделению секвестра.

Координаты для связи с авторами:

ton.7219@mail.ru; +7 (903) 792-2934 – Титова Ольга Николаевна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барер Г.М. Реакция слизистой оболочки полости рта при лучевой терапии новообразований челюстно-лицевой области. – Автореф. канд. дисс., М., 1965, ММСИ, 25 с.
2. Барер Г.М. Лучевые поражения зубов. Клинико-экспериментальные и морфологические исследования. – Автореф. докт. дисс., М., 1982, ММСИ, 43 с.
3. Воробьев Ю.И. Местные реакции и осложнения (повреждения) при лучевой терапии злокачественных опухолей головы и шеи. Профилактика и лечение. – Мед. радиология, 1991, т. 36, № 3, с. 50–52.
4. Воробьев Ю.И., Гарбузов М.И. Показания к применению сокращенного и расщепленного вариантов дистанционной гамма-терапии злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.//Сб. Вопр. стоматолог. онкологии.– М.: Медицина, 1974, с. 45–47.
5. Воробьев Ю.И., Гарбузов М.И., Саранцева И.П. Эффективность лучевого лечения рака слизистой оболочки полости рта. – Мед. радиология, 1977, т. 22, № 5, с. 7–12.
6. Кьяндский А.А. К клинике радионекроза челюстей.//Сб. Вопр. онкологии в стоматологии. – М.: Медицина, 1966, с. 177–184.
7. Лахно В.М., Куколева М.И. Лечение лучевых некрозов.//Сб. Акт. вопр. хирургии. – Челябинск: Абрис, 1996, с. 167–169.
8. Латышев С.В. Секрция околоушных слюнных желез при лучевой терапии больных опухолями челюстно-лицевой области. – Автореф. канд. дисс., 1967, ММСИ, 21 с.

Результаты применения дифференцированных методов реконструкции при дефиците костной ткани для зубной имплантации

Профессор Андрей **Ушаков**, доктор медицинских наук

Ассистент **Армен Даян**, кандидат медицинских наук

Врач-стоматолог **Всеволод Онищенко**

Аспирант **Надежда Солодова**

Стоматолог хирург-имплантолог **Алексей Ушаков**, кандидат медицинских наук

Аспирант **Муслим Исраилов**

Аспирант **Вячеслав Сухов**

Олег Изотов

Кафедра стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО МГМСУ

Профессор **Наталья Серова**, доктор медицинских наук

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Резюме: В статье рассмотрены основные принципы выбора оптимальной тактики обследования и лечения пациентов с дефицитом костной ткани челюстей при дентальной имплантации. Приведена подробная характеристика используемых костнопластических материалов, описана методика выполнения различных видов костнореконструктивных операций. Представлены критерии оценки эффективности операций и обоснованы алгоритмы применения используемых методов для повышения результативности лечения.

Ключевые слова: дентальная имплантация; дефицит костной ткани; костнореконструктивные операции; костнопластический материал.

Results of application of the differentiated reconstruction methods for patients with deficiency of the jaws bone before dental implantation

Professor **Andrew Ushakov**, Doctor of Medical Sciences

Assistant **Armen Dayan**, Candidate of Medical Science

Dentist **Vsevolod Onishchenko**

Graduate **Nadejda Solodova**

Dental surgeon, implantologist **Alex Ushakov**, Candidate of Medical Sciences

Graduate **Muslim Israilov**

Graduate **Vyacheslav Suhov**

Oleg Izotov

Department of General Practice and Dental Anesthesiology FPDO MSMSU

Professor **Natalia Serova**, Doctor of Medical Sciences

Department of Radiology and Radiotherapy PMSMU behalf I.M. Sechenov

Summary: In article main principles of a choice of optimum tactics of inspection and treatment of patients with deficiency of a bone fabric of jaws are considered at dental implantations. The detailed characteristic of used bone-plastic materials is resulted, the technique of performance of various kinds of bone-reconstructive operations is described. Criteria of an estimation of efficiency of the spent operations are presented and algorithms of application of used methods for increase of efficiency of treatment are proved.

Keywords: dental implantation; deficiency of a bone fabric; bone-reconstructive operations; bone-plastic materials.

В настоящее время известно много методов реконструкции челюстей при дефиците костной ткани во время дентальной имплантации, но не проведен их сравнительный анализ. Поэтому в той или иной клинической ситуации практическому врачу трудно выбрать оптимальное оперативное вмешательство для наращивания кости и установления имплантатов, а также вид костнопластического материала [1–3, 5, 6, 15, 17].

Костнопластическая хирургия, в том числе костная пластика челюстей для зубной имплантации, значительно расширила свои возможности благодаря применению ауто- и аллокости, а также внедрению новых видов синтетической кости на основе керамиков и материалов из натуральной кости [6–10, 16].

При планировании дентальной имплантации необходимо правильно выбрать место установки имплантата, тип имплантологической системы, оценить возможное количество устанавливаемых имплантатов. Решающее значение имеет костная структура челюстей, о достоверном состоянии которой можно судить только по результатам лучевых методов исследования [4]. На предоперационном этапе чрезвычайно важно определить размеры альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти, вид адентии, выявить степень атрофии костной

ткани челюстей, оценить ее архитектуру и плотность для решения основных задач планирования дентальной имплантации и прогнозирования лечения [1, 5, 11–14, 16, 17].

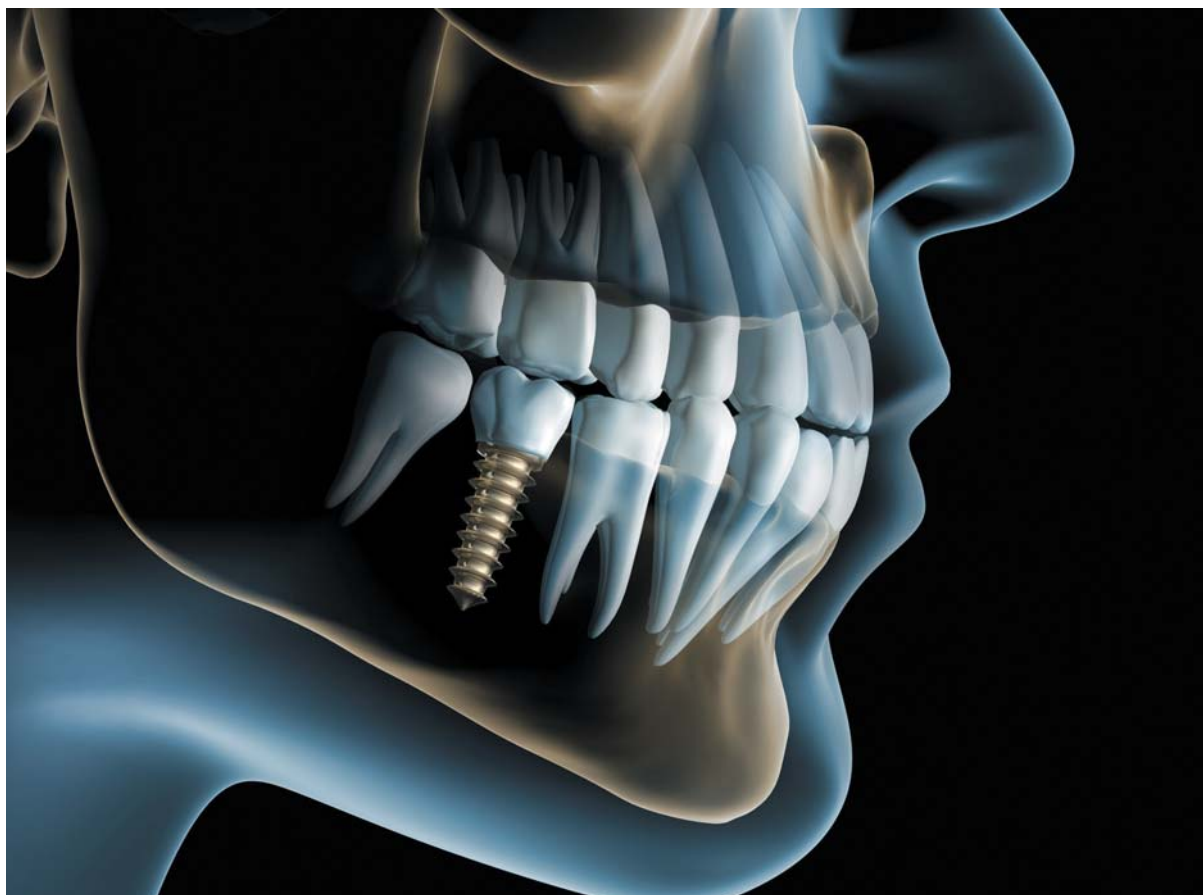
Так как практические врачи решают разные клинические задачи, важно изучать различные методы диагностики, стандартизировать схему обследования пациента для костнореконструктивной операции при дефиците костной ткани. Это позволит выбрать оптимальный хирургический метод, определить количество биоматериала и решить вопрос последовательности операций. Подобная позиция поможет определить необходимые варианты операции в каждом конкретном случае пластики при дефиците костной ткани.

Цель исследования

Разработка единых подходов к диагностике, а также дифференцированных методов реконструкции при дефиците костной ткани для зубной имплантации.

Материалы и методы

Настоящее исследование основано на результатах костнопластических операций, проведенных с 2007 по 2011 гг. у 356 больных (215 женщин и 141 мужчина) в возрасте 25–70 лет с деформацией, атрофией костной ткани альвеолярного отростка челюсти для установления внутрикостных



зубных имплантатов. Дефицит костной ткани на верхней челюсти наблюдали у 203 человек, на нижней – у 153. После оценки функционального состояния организма пациентов проведена предоперационная подготовка, методы которой зависели от сопутствующих заболеваний и иммунных показателей.

В ряде случаев перед стоматологической имплантацией возникала необходимость дополнительных костнореконструктивных операций для восстановления объема и формы альвеолярных отделов челюстей. Как правило, подобные ситуации связаны с атрофией альвеолярных гребней, постэкстракционными состояниями, реже – с неблагоприятными анатомическими условиями (например, критически низким расположением нижней стенки верхнечелюстной пазухи). Основные виды таких операций – пластика с фиксацией трансплантационного материала «внакладку» или с фиксацией материала внутри кости. Также, по необходимости, могут выполняться репозиция нижнего альвеолярного нерва либо поднятие дна верхнечелюстной пазухи (открытый или закрытый синус-лифтинг). Кроме того, костнопластические материалы используют при одномоментной имплантации либо для заполнения околоимплантационного дефекта в лунке удаленного зуба.

В качестве трансплантатов применяли ксеногенные костнопластические материалы (КПМ) OsteoBio[®] – Apatos, Gen-os, mp3, Sp-Block, а также их сочетания. Для закрытия биоматериала и лучшей его адаптации к кости использовали мембрану Evolution.

Перед оперативными вмешательствами проводили комплексное обследование: клиническое, антропометрическое, рентгенологическое, исследование моделей челюстей. Наряду с этим на основании данных лучевой диагностики планировали этапы. С помощью компьютерной томографии первично оценивали плотность костнопластических материалов.

Изучены результаты операций костной пластики шести различных типов: поднадкостничная трансплантация (группа I), накладная трансплантация с подготовкой кости (II), трансплантация биоматериала внутрь кости (III), реконструкция альвеолярного сегмента верхней челюсти доступом через альвеолярную дугу с поднятием дна верхнечелюстной пазухи (IV), реконструкция альвеолярного отростка верхней челюсти доступом через переднелатеральную стенку с поднятием дна верхнечелюстной пазухи (V), реконструкция альвеолярного отростка и тела верхней челюсти доступом через дистально-латеральную стенку с поднятием дна верхнечелюстной пазухи (VI). Все операции проводили в амбулаторных условиях с премедикацией под проводниковой и инфильтрационной анестезией анестетиками амидного ряда. Срок контрольного наблюдения составил 1–4 года. Тактика рентгенологического контроля эффективности костнореконструктивных операций вклю-



Рис. 1 Поднадкостничная туннельная трансплантация: этап ведения КПМ

чала лучевые исследования сразу после хирургического вмешательства и через 5–6 мес (в зависимости от вида биоматериала и его свойств) перед следующим этапом лечения.

Результаты и их обсуждение

Поднадкостничная трансплантация (рис. 1) проведена у 67 больных. Показанием для нее стали недостаточная высота и ширина кости альвеолярного отростка и снижение окклюзионной плоскости. Операция состояла из двух этапов. Вначале через вертикальный разрез на альвеолярной дуге образовывали туннель и вводили ксеногенные материалы OsteoBio[®] – Apatos, Gen-os, mp3, Sp-Block или их сочетания. Предпочтение отдавали КПМ mp3 благодаря простоте и контролируемости введения материала и Sp-Block, обеспечивающему жесткость профиля создаваемого объема костного материала. На втором этапе через полгода устанавливали имплантат, затем еще через 5–6 мес выполняли протезирование. Остеокондуктивные материалы к этому времени клинически и рентгенологически не реструктурировались в зрелую кость; остеоиндуктивные представляли плотную минерализованную кость. В 97% случаев операция была успешной.

Накладная трансплантация с подготовкой кости проведена у 42 пациентов. Показанием к операции была недостаточная ширина альвеолярной дуги и атрофия передней поверхности альвеолярного отростка, что не позволяло установить имплантат в правильное положение в соответствии с окклюзией. После традиционного трапециевидного разреза откидывали слизисто-надкостничный лоскут, отступив на 2–3 мм от центра альвеолярной дуги к небу. По передней поверхности после сепарации слизистой от кости перфорировали кортикальную пластину и на подготовленное костное ложе укладывали биоматериал, фиксировали его костными винтами и закрывали мембра-

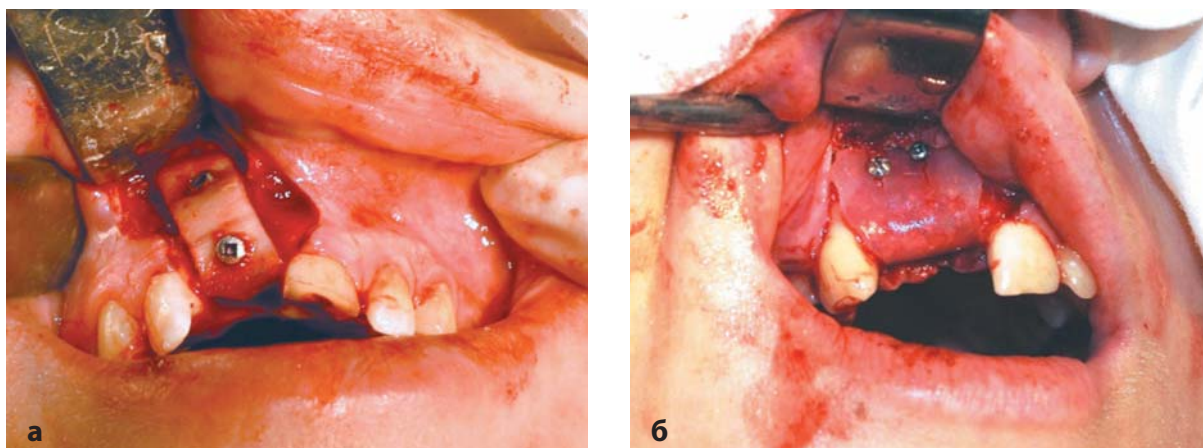


Рис. 2 Накладная трансплантация. Фиксация костного блока Sp-Block (а) и КПМ-пластины Cortical Lamina (б)

ной Evolution. Предпочтение отдавали костному блоку Sp-Block (рис. 2, а), обеспечивающему жесткий профиль создаваемого объема костного материала, и пластине Cortical Lamina (рис. 2, б), которая хорошо восстанавливала объем утраченной костной ткани с вестибулярной стороны альвеолярной части челюстей. Имплантаты устанавливали через 4–6 мес. В это время граница материнской кости и ремоделированного биоматериала рентгенологически не определялась. У двух больных в раннем послеоперационном периоде отмечено расхождение единичных швов. Наличие мембраны позволило полностью сохранить костнопластический материал. После лечения заживление раны прошло благополучно. Имплантаты и зубные протезы с опорой на них функционировали хорошо.

Трансплантация биоматериала внутрь кости осуществлена у 41 человека. Показания: узкая альвеолярная дуга и необходимость ее смещения в вестибулярную сторону для правильных окклюзионных взаимоотношений. Слизистую оболочку и надкостницу рассекали по ходу альвеолярной дуги, при необходимости выполняли вертикальные разрезы к преддверью рта. Откидывали слизисто-надкостничный лоскут. При помощи пьезохирургического инструмента осуществляли вертикальную остеотомию и репозицию вестибулярной стенки снаружи. На дне образовавшегося пространства формировали ложа для имплантата, которые устанавливали так, чтобы 1/2 или 1/3 тела конструкции фиксировалась в материнской кости. При значительном дефиците кости проводили только костнопластическую операцию. Образовавшиеся пустоты заполняли биоматериалом, который закрывали мембраной Evolution. Предпочтение отдавали КПМ Apatos, который применяли у пациентов с III и IV классами плотности костной ткани (по Misch), и Gen-os – у пациентов с I классом. Через 5–6 мес выполняли окончательное зубное протезирование. На рентгенограмме и РКТ через полгода наблюдали: кость плотного строения, имплантаты

окружены костной тканью и плотно сращены с ней. У всех пациентов достигнут 100%-ный успех операции.

Трансплантация внутрь кости оказалась самой эффективной по следующим признакам:

- в раннем послеоперационном периоде воспалительная реакция выражена умеренно;
- простота установления имплантатов;
- стабильность имплантатов и протезов с опорой на них при длительном функционировании.

Реконструкция альвеолярного сегмента верхней челюсти доступом через альвеолярную дугу с поднятием дна верхнечелюстной пазухи проведена у 52 пациентов. Суть операции заключается в увеличении высоты альвеолярного отростка, поднятии дна верхнечелюстной пазухи путем введения биоматериала между ее дном и базальной костью. Показанием для такого доступа и костной пластики были высота базальной кости в области моляров и премоляров не менее 7–9 мм и ширина альвеолярной дуги не менее 5 мм. Биоматериал вводили доступом через ложе, сформированное для имплантата или имплантатов. Трапециевидный разрез делали на 2–3 мм в сторону неба и параллельно альвеолярной дуге. Отслаивали слизисто-надкостничный лоскут и отодвигали его в вестибулярную сторону. Формировали ложа под имплантаты. Под контролем визиографа вводили гранулы биоматериала и поднимали кортикальную пластинку дна верхнечелюстной пазухи. Затем устанавливали имплантаты, также с помощью визиографа отслеживая правильное расположение биоматериала, уровень поднятия дна верхнечелюстной пазухи. Через 4–6 мес осуществляли окончательное протезирование. У всех 48 человек функционирование имплантатов в протезных конструкциях проходило хорошо, лишь 4 пациентам спустя 1,5–2 года понадобилась смена зубного протеза.

Реконструкцию альвеолярного отростка верхней челюсти доступом через переднелатеральную стенку с поднятием дна верхнечелюстной пазухи выполнили 46

больным. Для этого перфорировали окно в переднелатеральной стенке верхней челюсти в виде узкой щели на уровне премоляров и первого моляра. У 29 человек проведена одноэтапная операция, у 17 больных – двухэтапная: на первом – костная пластика, на втором (через 4–6 мес) – установка имплантатов. Биоматериал вводили доступом через костное окно в переднелатеральной стенке верхней челюсти соответственно премолярам и первому моляру. Материал постепенно утрамбовывали так, чтобы он по глубине составлял не менее 5–7 мм, по высоте – 10–12 мм, по длине – 20–25 мм. По МСКТ-моделям выбирали места установления имплантатов, размер и достаточность ремоделированной кости. Костное окно закрывали мембраной Evolution. Во время и после операции 26 человек отмечали заложенность половины носа, неприятные ощущения в верхнечелюстной пазухе с соответствующей стороны, которые исчезали через 4–8 дней. Послеоперационный период у всех 56 пациентов протекал гладко. У 17 человек через 4–6 мес устанавливали имплантаты. Согласно анализу ремоделирования биоматериала по рентгенограмме и МСКТ, у этих пациентов к концу 4 мес тень костного регенерата была расплывчатой, кортикальная пластинка у дна верхнечелюстной пазухи не просматривалась, к концу 6 мес отмечена плотная структура реорганизованной кости. У 29 человек с одномоментной костной пластикой и имплантацией рентгенологические исследования, в том числе МСКТ, показали: через 6 мес кость имела плотное строение, рисунок ее был несколько смазан. Четко прослеживалась кортикальная пластинка как по альвеолярной дуге, так и обращенная к верхнечелюстной пазухе. В динамике плотность ремоделированной кости увеличивалась через два года. По данным МСКТ, массив кости в среднем уменьшился

по высоте на 2 мм, а по горизонтальной и сагиттальной плоскостям остался неизменным. У всех 56 пациентов получены положительные результаты, клинически зубные протезы на имплантатах функционировали хорошо.

Реконструкция альвеолярного отростка и тела верхней челюсти доступом через дистально-латеральную стенку с поднятием дна верхнечелюстной пазухи показана при малом количестве кости в области моляров, пневматическом типе верхнечелюстной пазухи с низким расположением бухт, в том числе в области бугра верхней челюсти. Вмешательство проведено 98 больным: 62 – двухэтапное, 36 – одноэтапная костная пластика с установлением имплантатов. Трапециевидное рассечение слизистой оболочки и надкостницы осуществляли на уровне моляров и премоляров, отступив на 2 мм от центра альвеолярной дуги в небную сторону с боковыми разрезами к своду преддверия рта. Отслаивали слизисто-надкостничный лоскут. Костное окно размером 15x15 мм, 20x20 мм образовывали на 3 мм выше альвеолярной дуги, чаще на уровне верхнего края базальной кости. Кпереди и кзади от скулоальвеолярного гребня трепанировали дистально-латеральную стенку верхней челюсти, расширяли костное окно, отсепааровывали слизистую оболочку по дну пазухи, кнутри, вверх и кпереди. В образовавшееся пространство вводили биоматериал, смешав его с кровью и опилками аутокости, утрамбовывали кзади, кпереди и вверх. Проверив по визиографу распределение биоматериала в трех плоскостях и убедившись, что объема будущей кости хватит для имплантации, закрывали костное окно мембраной Evolution. При немедленной имплантации со стороны альвеолярной дуги формировали ложе для имплантатов и устанавливали их. Ремоделирование всего биоматериала зависело от количества материнской кости



и введенного материала. Исследование биоптата биоматериала, взятого к концу 5–6 мес, при отсроченной имплантации показало наличие плотной бесструктурной ткани. У 14 больных окончательной минерализации материала через 12–18 мес не происходило. Вместе с тем функционирование имплантатов было хорошим.

Из 615 установленных имплантатов 98,5% функционировали от 2 до 4 лет, 9 были удалены через 2–3 года в связи с перимплантатом. У пациентов IV–VI групп при вмешательствах использовали материал тp3 как наиболее адаптированный для операций по поднятию дна верхнечелюстной пазухи.

Эффективные операции реконструкции альвеолярного отростка челюстей, поднятия дна верхнечелюстной пазухи и зубной имплантации осуществляли на основании:

- 1) жалоб больного, в том числе на функцию зубного протеза с опорой на имплантат;
- 2) клинической оценки зубного протеза с опорой на имплантат;
- 3) состояния слизистой оболочки у шейки имплантата, ее плотности, глубины кармана, наличия кровоточивости при погружении зонда;
- 4) рентгенологической картины кости вокруг имплантата и ремоделированной кости;
- 5) состояния верхнечелюстной пазухи в соответствии с жалобами больного и в рентгеновском отображении;
- 6) индекса гигиены полости рта.

Считается, что установление имплантатов возможно только через 5–6 мес после пластики кости. Однако проведенный сравнительный анализ двух- и одноэтапной операций – немедленное после пластики и отсроченное установление имплантатов – позволяет рекомендовать одновременное наращивание кости и имплантацию.

Для выбора вмешательства и оперативного доступа предложен алгоритм, учитывающий размеры базальной кости в трех плоскостях, локализацию, степень атрофии верхней челюсти, близость дна верхнечелюстной пазухи, окклюзионные взаимоотношения челюстей. Протезирование следует проводить спустя 5–6 мес после операции.

Выводы

Все используемые биоматериалы оказались эффективны с учетом конкретного клинического случая. Следует рекомендовать сочетание КПМ, особенно с аутокостью. Для выбора метода наращивания кости на верхней челюсти очень важна комплексная диагностика. При поднятии дна верхнечелюстной пазухи и трансплантации под пазуху необходимо создание трехмерной математической виртуальной МСКТ-модели. При малом количестве материнской кости не происходит полного ремоделирования в полноценную зрелую кость, но стабильность функционирования имплантата сохраняется.

Таким образом, анатомо-клиническое исследование челюстей при дефиците костной ткани и объемная диагностика атрофии кости позволяет применять различные методы наращивания кости и оперативного доступа.

Координаты для связи с авторами:

stomat-msmsu@mail.ru; (495) 790-7009; 790-7008; 676-3008

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров Н.М. Операции на верхней челюсти. // В кн. Руководство по оперативной челюстно-лицевой хирургии. – СПб.: СпецЛит, 1999, с. 430–453.
2. Базикян Э.А. Принципы прогнозирования и профилактики осложнений при дентальной имплантации (клинико-лабораторные исследования). – Автореф. докт. дисс., М., 2001, МГМСУ, 37 с.
3. Васильев А.В., Шульман Ф.И. Операция Sinus lift с одномоментным введением зубных имплантатов. // Сб. трудов кафедры и клиники челюстно-лицевой хирургии с курсом одонтологии. – СПб.: СПбГМА, 1995, 85 с.
4. Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Трутьев В.П. Лучевая диагностика в стоматологии. – М.: Медика, 2007, 495 с.
5. Кулаков А.А., Лосев Ф.А., Гветадзе П.Ш. Зубная имплантация: основные принципы, современные достижения. – М.: МИА, 2006, 429 с.
6. Ломакин М.В. Новая система стоматологических остеоинтегрируемых имплантатов. – Автореф. докт. дисс., М., 2001, МГМСУ, 49 с.
7. Лосев Ф.Ф. Экспериментально-клиническое обоснование использования материалов для направленной регенерации челюстной костной ткани и дефектов различной этиологии. – Автореф. докт. дисс., М., 1998, ЦНИИС, 39 с.
8. Лосев Ф.Ф., Жарков А.В., Дмитриев В.М. Применение метода направленной тканевой регенерации для костной пластики при различной степени атрофии альвеолярного отростка челюстей. – Росс. вестник дентальной имплантологии, 2004, № 1, с. 58–61.
9. Носов В.В. Реконструкция верхней челюсти для зубной имплантации. – Автореф. канд. дисс., М., 2005, Институт повышения квалификации, 28 с.
10. Островский А.В. Остеопластические материалы в современной парадонтологии и имплантологии. – Новое в стоматологии, 1999, № 6 (76), с. 39–52.
11. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. – М.: МИА, 2006, 339 с.
12. Темерханов Ф.Т., Анастасов А.Н. Применение техники синус-лифтинга при атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти. // Мат. симпозиума «Проблемы эффективности стоматологич. имплантологии». – М.: Медиа Сфера, 1999, с. 557–559.
13. Babbush C. The use of a new allograft material for osseous reconstruction associated with dental implants. – Implant. Dent., 1998, v. 7, p. 205–212.
14. Fonseca R., Davis H., Reitzik M. et al. Osseous reconstruction for implants. – S. Lius: Mosby, 1995, p. 383–479.
15. Misch C.M. Dental implant prosthetics. – S. Lius: Mosby, 2005, p. 567.
16. Misch C.M., Misch C.E., Resnik R. et al. Reconstruction of maxillary alveolar defects with mandibular symphysis grafts for dental implants: a preliminary procedural report. – Int. J. Oral Maxillofac. Implants., 1992, v. 7, № 3, p. 360–366.
17. Sevett E.B.Jr. Treatment of the severely atrophic fully edentulous maxilla: the zygoma implant option. – Atlas Oral Maxillofac Surg. Clin. North. Am., 2006, № 14 (1), p. 121–136.

DENTAL DAM

МЕДЕНТА™

- Эндодонтия
- Реставрация
- Профилактика

- Премиум класса
- Гипоаллергенны
- Без талька



Реклама

Безопасность прежде всего!

- Защита врача и пациента
- Высокое качество лечения
- Асептика рабочего места
- Экономия времени



Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»

123308, г. Москва, Новохорошевский проезд, 25, тел./факс: 8 (499) 946-4610

тел.: 8 (499) 946-4609, 946-3999, 191-1268, e-mail: shop@medenta.ru, www.medenta.ru

Нет заточке инструментов!

Дианн Гласко Воттерсон, RHD, BS, MBA, лектор, писатель, консультант по вопросам стоматологии, генеральный директор Профессионального менеджмента в стоматологии (Фредерик, штат Мэриленд, США)

Резюме. Какие факторы могут влиять на качество профессиональной гигиены полости рта? Почему гигиенисты так часто страдают от боли в руках, запястьях, шее, плечах, спине и вынуждены рано завершать свою профессиональную деятельность? Причина этого – быстрое затупление пародонтологических инструментов. А какова самая нелюбимая обязанность гигиенистов? Заточка инструментов.

Для каждого стоматологического инструмента характерен свой срок службы. Когда инструмент ломается или сильно истончается в результате многократной заточки, его необходимо заменить на новый либо поменять рабочую насадку. Инструменты компании American Eagle сохраняют первоначальную остроту режущей кромки на протяжении всего срока службы.

Ключевые слова: пародонтологический инструмент; затупление; заточка; поверхность зубов; скалер; кюрета.

No more dull instruments!

Dianne Glasscoe Watterson, RDH, BS, MBA, speaker, writer, consultant to dental practices, CEO of Professional Dental Management (Frederick, Maryland, USA)

Summary. What can interfere with a hygienist's ability to scale a patient thoroughly; cause serious hand, wrist, neck, shoulder, and back pain; and shorten a hygienist's career longevity? Dull instruments. Of all the duties a hygienist must perform throughout the course of a workday, what is the most dreaded duty? Sharpening instruments.

Every dental instrument has a useful life. When an instrument breaks or becomes so thin from sharpening that it is impossible to maintain a sharp blade, the instrument should be replaced or retipped. When purchasing new instruments in the future, clinicians should seriously consider switching to American Eagle instruments because of their ability to retain a sharp edge over the life of the instrument.

Keywords: periodontal instruments; dulling; sharpening; surface of the teeth; scaler; curesettes.

Какие факторы могут влиять на качество профессиональной гигиены полости рта? Почему гигиенисты так часто страдают от боли в руках, запястьях, шее, плечах, спине и вынуждены рано завершать свою профессиональную деятельность? Причина этого – быстрое затупление пародонтологических инструментов. А какова самая нелюбимая обязанность гигиенистов? Правильно, заточка инструментов.

Представьте, что вам необходимо удалить старую краску с дома только при помощи футбольного мяча. Примерно тот же результат будет, если удалять минерализованные зубные отложения затупленными пародонтологическими инструментами. Такую процедуру гигиенисты вынуждены совершать ежедневно и все потому, что большинство из них не знакомо с правильной методикой заточки инструментов. Так как при закруглении режущей кромки инструмента снижается эффективность удаления минерализованных зубных отложений, в качестве компенсации гигиенисты увеличивают силу давления на инструмент, что, в конечном итоге, способствует появлению физической усталости. Кроме того, при обработке поверхностей зубов затупленными пародонтологическими инструментами невозможно полностью удалить все отложения, и это становится причиной активно-го бактериального роста (рис. 1).

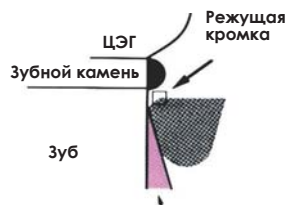


Рис. 1 Обработка поверхностей зубов затупленными пародонтологическими инструментами

При использовании пародонтологического инструмента его режущая кромка, располагающаяся между передней и боковой поверхностями, постепенно закругляется. Необходимо помнить, что рабочая поверхность затупленного пародонтологического инструмента отражает свет, острого – нет.

Строение рабочей части скалеров и кюрет

Для скалера характерна треугольная форма поперечного сечения рабочей части и заостренный кончик. Боковые поверхности инструмента формируют линейный угол (рис. 2). При использовании скалера его режущая кромка постепенно закругляется. Для того чтобы заточить инструмент, необходимо сошлифовать металл со стороны либо режущей поверхности инструмента, либо боковых (рис. 3 – обрабатываемые поверхности обозначены красными линиями).

Рабочая часть кюреты имеет в поперечном сечении форму полумесяца (рис. 4). Благодаря наличию закруглен-



Рис. 2 Строение рабочей части скалера



Рис. 5 Рабочая часть кюреты

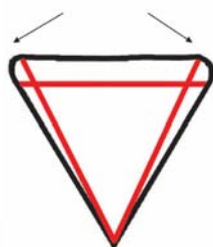
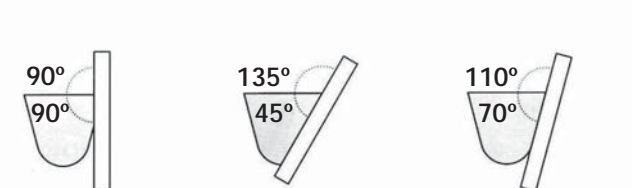


Рис. 3 Схема правильной заточки скалера



Рис. 4 Постепенное закругление режущих кромок кюреты



- а) недостаточный: при увеличении внутреннего угла более 80° площадь режущей кромки увеличивается, что затрудняет обработку поверхности зуба;
- б) чрезмерный: при уменьшении внутреннего угла менее 70° режущая кромка становится тонкой и быстро затупляется;
- в) правильный: угол наклона поверхности абразивного бруска по отношению к режущей части инструмента составляет 70°

Рис. 6 Виды углов заточки инструментов

ного кончика и отсутствию острого угла между боковыми поверхностями кюреты менее травматичны чем скалеры, их можно использовать для удаления поддесневых зубных отложений (рис. 5).

Для правильной заточки пародонтологического инструмента необходимо, чтобы на протяжении всего процесса заточки угол между его режущей частью и поверхностью абразивного бруска составлял 70° . При уменьшении угла наклона изменяется строение режущей поверхности инструмента и снижается его режущая способность, при увеличении – инструмент быстро затупляется (рис. 6).

Автоматические системы заточки пародонтологических инструментов

На стоматологическом рынке представлено множество различных систем для заточки пародонтологических инструментов. Наиболее прогрессивная из них – автоматическая система PerioStar 3000 (Kerr Dental Specialities, Швейцария). Уникальность ее в том, что в процессе заточки инструмент зажимается в аппарате и абразивный полир автоматически затачивает его поверхность. Таким образом, при работе с данным прибором исключается возможность регулировки пользователем положения инструмента и давления на него абразивного полира.

Другой популярный аппарат для заточки – Sidekick Sharpener (Hu-Friedy, США). Для упрощения регулиров-

ки положения режущей кромки инструмента в данном устройстве предусмотрены специальные канавки и вертикальный ограничитель обратного хода (рис. 7).

Ручная заточка пародонтологических инструментов

Ранее для ручной заточки широко применяли метод «неподвижного абразивного бруска». Брусок неподвижно фиксировали на поверхности стола и о его поверхность затачивали инструмент. К недостаткам данной методики можно отнести отсутствие контроля над правильным углом наклона режущей части инструмента к поверхности абразивного бруска.

Позже компания Hu-Friedy усовершенствовала данную методику, добавив в нее правило циферблата: в одной руке неподвижно удерживают инструмент, другой затачивают его режущую часть абразивным бруском. Рукоятку инструмента размещают в позиции 12 ч, а угол наклона абразивного бруска соответствует 3,5 мин после или до 12 ч – для правой и левой соответственно. Однако даже при использовании этого правила достаточно сложно поддерживать величину наклона неизменной на протяжении всей заточки.

Большинство гигиенистов для проверки степени заточки инструментов используют специальный брусок. Если инструмент не врезается в его поверхность, это говорит о затуплении режущей кромки. Но правильнее изучать со-



Рис. 7 Аппарат для автоматической заточки Sidekick Sharpener



Рис. 8 Заточка инструментов с помощью наконечника и цилиндрического абразивного полира



Рис. 9 Строение инструментов American Eagle

стояние режущей части, используя оптическое увеличение и дополнительный источник освещения.

Обычно режущая кромка затупляется в местах наиболее интенсивного использования, т.е. на протяжении первых 3–5 мм рабочей части инструмента. Отсутствие визуального обследования состояния режущей кромки приводит к избыточной обработке его режущей части. Кроме того, стоит обратить внимание, насколько поверхность абразивного бруска превышает поверхность закругленной режущей кромки.

Заточка инструментов с помощью наконечника и цилиндрического абразивного полира

Для заточки пародонтологических инструментов применяют также турбинный наконечник и специальные абразивные полиры цилиндрической формы (маркировка FG). Полир зеленого цвета обладает большей абразивностью по сравнению с белым и используется только при выраженном затуплении режущей кромки (рис. 8, а). Данная методика заточки инструментов состоит из следующих этапов:

- ⊙ изучите состояние режущей кромки пародонтологических инструментов с использованием оптического увеличения и дополнительного источника освещения;
- ⊙ удерживайте инструмент в левой руке, при этом его режущая поверхность располагается параллельно полу, а кончик обращен в вашу сторону;
- ⊙ турбинный наконечник держите в правой руке, пальцем которой обопритесь на левую руку (рис. 8, б);
- ⊙ расположите абразивный полир напротив режущей поверхности инструмента (рис. 8, в);

⊙ нажимая на педаль, аккуратно продвигайте полир по направлению от рукоятки к кончику инструмента;

⊙ при данной методике необходимо незначительное давление на наконечник, для заточки режущей кромки нужно всего лишь несколько движений полиром;

⊙ повторно изучите рабочую часть инструмента с использованием оптического увеличения и дополнительного источника света, памятуя о том, что острая рабочая кромка не отражает свет (рис. 8, г).

Эта методика идеально подходит для заточки скалеров, так как дает возможность одновременно заточить обе режущие кромки инструмента. Для заточки кюрет рекомендуется обрабатывать абразивным полиром только боковые поверхности рабочей части инструмента (полир размещают под небольшим углом к ним). Все движения бором осуществляют по направлению от рукоятки инструмента к его кончику.

Пародонтологические инструменты, длительное время сохраняющие остроту режущей кромки

Недавно на стоматологическом рынке было представлено новое поколение пародонтологических инструментов компании American Eagle. Используемая при их изготовлении XR Technology позволяет инструментам дольше сохранять угол заточки режущей кромки по сравнению с традиционными стальными. Твердость по Роквеллу большинства пародонтологических инструментов находится в диапазоне от 58 до 60, аналогичный показатель у инструментов American Eagle – 89, у алмаза – 100.

На рис. 9 (слева) показано состояние режущей кромки стального скалера после 1500 циклов механической обработки. Желтой линией обозначена первоначальная форма режущей части. Справа – состояние режущей кромки инструментов компании American Eagle после 15 тыс. циклов механической обработки.

Один из наиболее популярных пародонтологических инструментов компании – Scandette – сочетает в себе преимущества кюреты Грейси 11/12 и 13/14. Так как в средней трети его передней поверхности имеется небольшой выступ, осуществлять механическую обработку передней поверхностью данного инструмента не рекомендуется.

Преимущества инструментов American Eagle

- ⊙ длительный срок сохранения остроты режущей кромки;
- ⊙ малый вес и эргономичный дизайн;
- ⊙ тонкий рабочий кончик позволяет проводить обработку узких областей;
- ⊙ насадки легко заменяемы, что позволяет врачу самому составлять набор инструментов и повторно использовать рукоятки.



AMERICAN EAGLE INSTRUMENTS® INC

better DENTISTRY by DESIGN™

XPR Technology



DOUBLE GRACEY

G11-12 & G13-14

Реклама



КАЧЕСТВО, НЕ ТРЕБУЮЩЕЕ ЗАТОЧКИ!



Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»

123308, г. Москва, Новохорошевский проезд, 25, тел./факс: 8 (499) 946-4610;

тел.: 8 (499) 946-4609, 946-3999, 191-1268, e-mail: shop@medenta.ru, www.medenta.ru

Лечение перелома корня зуба по методике трансфиксации (клинический случай)

Профессор **Фредерико дос Рейс Гойата**

Старший преподаватель **Орландо Изолани Нето**

Студент **Эрикссон Суза де Суза**

Стоматологический факультет Университета Северино Сомбра (Бразилия)

Резюме. В данной статье представлен клинический случай перелома корня зуба 21 вследствие спортивной травмы. Во время лечения с использованием стекловолоконного штифта и композитного цемента была достигнута полная эстетическая и функциональная реабилитация травмированного зуба.

Ключевые слова: стекловолоконный штифт; композитный цемент; эндодонтическое лечение.

Treatment of fractures of the tooth root by the method of transefixation (*clinical case*)

Professor **Frederico dos Reis Goyata**

Senior Lecturer **Orlando Neto Izolani**

Student **Ericsson Souza de Souza**

Faculty of Dentistry University of Severino Sombra (Brazil)

Summary. This article presents a clinical case of a fracture of the tooth root 21, which is the result of sports injuries. During treatment with the use of fiber-cement composite pin and achieved a complete aesthetic and functional rehabilitation of the injured tooth.

Keywords: fiberglass pin; resin cement; endodontic treatment.

За последние годы было изобретено множество новых материалов и методик лечения зубов. В настоящее время наиболее востребована эстетическая реставрация, так как основное требование большинства пациентов – восстановление первоначального эстетического состояния зубных рядов.

Наиболее часто перелом корня наблюдают в области передних зубов. Это нарушает их функциональные и эстетические характеристики, доставляя пациенту психологический дискомфорт. В качестве альтернативы восстановлению и укреплению зубов с ранее проведенным эндодонтическим лечением было предложено использовать внутрикорневые штифты и специальные цементы. К преимуществам стекловолоконных штифтов можно отнести их приемлемые эстетические характеристики, а также модуль эластичности, близкий к таковому у дентина зуба. Стекловолоконные штифты используют не только для восстановления культи зуба, но и для трансфиксации фрагментов корня при его переломе.

Наиболее частое показание к удалению зубов – их травматическое повреждение. Метод трансфиксации с использованием стекловолоконных штифтов позволяет сохранять такие зубы. В данной статье представлен клинический случай лечения перелома корня зуба по методу трансфиксации

с использованием стекловолоконного штифта и композитного цемента.

Материалы и методы

В клинику при стоматологическом факультете Университета Северино Сомбра обратился пациент 26 лет с жалобами на боль в области передних зубов верхней челюсти (рис. 1). При сборе анамнеза установили, что пациент профессионально занимается смешанными боевыми искусствами. Рентгенография показала наличие перелома корня зуба 21. Клиническая коронка зуба была интактной, в области прилежащих



Рис. 1 Исходная клиническая ситуация

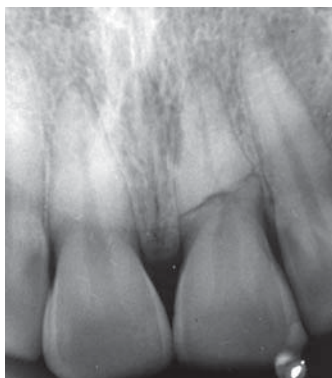


Рис. 2 На рентгенограмме обнаружена линия перелома, располагающаяся в средней трети корня зуба 21

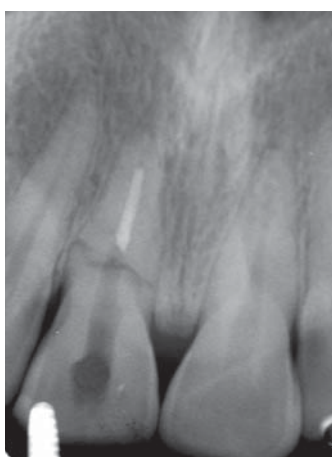


Рис. 3 Рентгенограмма после завершения эндодонтического лечения

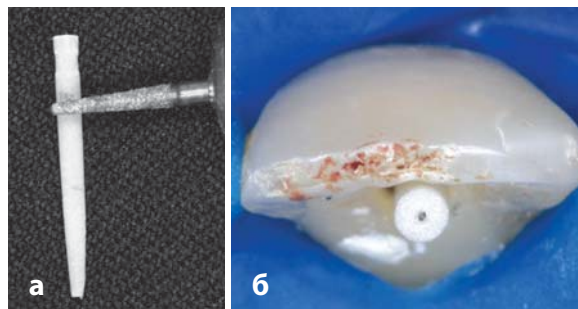


Рис. 4 Припасовка и срезание излишков стекловолоконного штифта: а) до; б) после

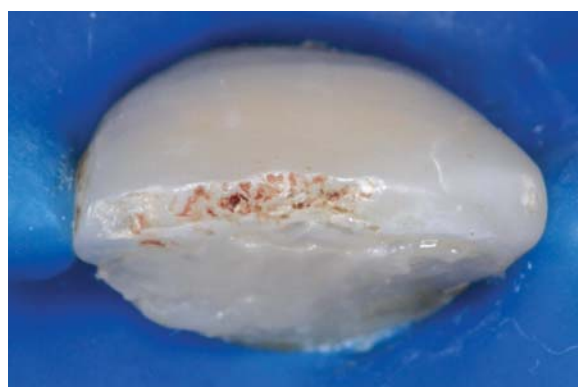


Рис. 5 Восстановление полости доступа композитным материалом

мягких тканей отсутствовали какие-либо патологические изменения (рис. 2).

План лечения, одобренный пациентом, включал в себя эндодонтическое лечение травмированного зуба и трансфиксацию фрагментов его корня. В следующее посещение, используя оптическое увеличение, провели механическую и медикаментозную обработки корневого канала и запломбировали его гуттаперчей с силером. Через 1 нед канал распломбировали на 2/3 длины корня и подготовили его для фиксации стекловолоконного штифта (рис. 3). Для трансфиксации выбрали готовые стекловолоконные штифты Exacto Conico № 2 (Angelus, Бразилия). После припасовки штифта его излишки срезали при помощи алмазного бора, зафиксированного в турбинном наконечнике (рис. 4). На поверхность штифта нанесли катализатор адгезии Silano (Angelus) и адгезив на основе Бис-ГМА Fusion Duralink (Angelus). Корневой канал обработали 37%-ной фосфорной кислотой (Angelus) в течение 30 с, промыли обильным количеством воды и высушили бумажными штифтами. На следующем этапе в корневой канал внесли адгезивную систему Fusion без фотополимеризации. Далее с помощью шприца Centrix ввели композитный цемент Cement Post (Angelus) и зафиксировали стекловолоконный штифт. Полость доступа восстановили с использованием микрогибридного композитного материала Charisma Diamond (Heraeus, Германия) оттенка А2

по шкале Vita и провели фотополимеризацию в течение 20 с (рис. 5).

После окклюзионной коррекции и финишной обработки реставрации (рис. 6) выполнили контрольное рентгенографическое исследование (рис. 7). Пациенту рекомендовали раз в полгода проходить повторный осмотр.

Результаты и их обсуждение

Благодаря высокой эффективности методика эстетической реставрации зубов (в частности, передних) становится наиболее востребованным видом стоматологического вмешательства. Риск перелома корня напрямую зависит от количества сохранившихся тканей зуба и их состояния.

Задачи реставрации зубов с ранее проведенным эндодонтическим лечением – восстановление их первоначального функционального и эстетического состояния, укрепление зуба, а также предотвращение возникновения краевой микропроницаемости. В случае перелома корня зуба к этому можно добавить фиксацию его фрагментов.

При переломе зуба значительно снижается его устойчивость к воздействию механических нагрузок. Поэтому при временной реставрации необходимо укрепить зуб на период проведения эндодонтического лечения. Методикой выбора лечения зубов с переломом корня является их восстановление с использованием стекловолоконных штифтов. Так как стекловолокно обладает высокой прочностью при



Рис. 6 Результат после восстановления

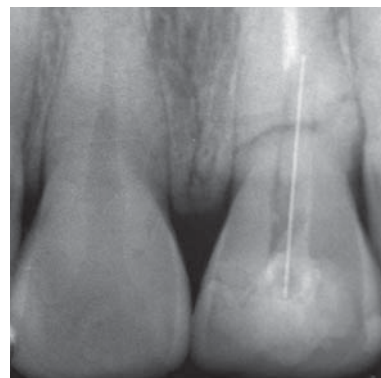


Рис. 7 Контрольная рентгенограмма

растяжении и соединяет фрагменты корня наподобие моста, в представленной клинической ситуации было отдано предпочтение трансфиксации фрагментов корня с использованием штифтов данного вида.

То, что при изгибе модуль эластичности стекловолоконных штифтов совпадает с таковым у дентина корня, снижает риск дальнейшего распространения трещин по поверхности корня. Основное показание к использованию стекловолоконных штифтов – восстановление зубов с проведенным ранее эндодонтическим лечением при значительном разрушении их клинической коронки.

В настоящее время на стоматологическом рынке представлены различные адгезивные системы и цементы для фиксации штифтовых конструкций. Для повышения эффективности лечения необходимо учитывать совместимость этих материалов. В данном клиническом случае для фиксации стекловолоконного штифта был выбран композитный

цемент химического отверждения и многофункциональная адгезивная система, состоящая из праймера и адгезива.

Использование современных адгезивных технологий позволяет не только укрепить сохранившиеся твердые ткани зуба, но и значительно повысить эффективность пост-эндодонтической реабилитации.

Вывод

Благодаря простоте выполнения и высокой эффективности методика трансфиксации фрагментов корня с использованием стекловолоконных штифтов, обладающих оптимальными биомеханическими свойствами, является методом выбора при лечении перелома корней, так как позволяет сохранить травмированные зубы.

Координаты для связи с автором:
info@medenta.ru



MTA FILLAPEX



САМЫЙ СОВЕРШЕННЫЙ СИЛЕР ДЛЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ



1

**БИОЛОГИЧЕСКАЯ
АКТИВНОСТЬ**
на основе МТА

2

**ПРЕВОСХОДНАЯ
ГЕРМЕТИЗАЦИЯ**
расширение при
отверждении 0,088%

5 ПРИЧИН ПОПРОБОВАТЬ НОВЫЙ **MTA FILLAPEX**



5

**ЛЕГКОСТЬ
РАСПЛОМБИРОВКИ**
при повторном
лечении

4

**РАБОЧЕЕ ВРЕМЯ
35 МИНУТ**
для общей практики
и эндодонтии

3

**ВЫСОКАЯ РЕНТГЕНО-
КОНТРАСТНОСТЬ**
оптическая
плотность 77%



Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»

123308, г. Москва, Новохорошевский проезд, 25, тел./факс: 8 (499) 946-4610;

тел.: 8 (499) 946-4609, 946-3999, 191-1268, e-mail: shop@medenta.ru, www.medenta.ru

Неотложная помощь: вопросы и решения

Профессор **Соломон Рабинович**, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой, руководитель клинического центра высоких технологий

Доцент **Лариса Заводиленко**, кандидат медицинских наук

Кафедра стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО МГМСУ

Резюме. Оказаться в ситуации, когда здоровье и даже жизнь пациента находятся под угрозой, может врач любой специальности. Поэтому проблема оказания неотложной помощи занимает одно из центральных мест среди всех разделов медицины. И стоматология не исключение. Сегодня врач-стоматолог, чтобы быть уверенным в результатах и безопасности проводимого лечения в условиях все возрастающей конкуренции, должен свободно ориентироваться в новациях быстроразвивающейся специальности, постоянно повышать свой профессиональный уровень, в том числе в анатомии, физиологии, психологии, геронтологии, педиатрии, фармакологии, анестезиологии и других разделах общемедицинской практики.

Ключевые слова: неотложная помощь; диагностика угрожающего состояния; лечебные мероприятия; прогноз лечения; пациент.

Emergency care: issues and solutions

Professor **Solomon Rabinowitz**, Doctor of Medical Science, Honored Doctor of the Russian Federation, Head of Department, Head of the Clinical Center of High Technologies

Docent **Larissa Zavodilenko**, Candidate of Medical Science

Department of General Practice and Dental Anesthesiology FPDO MSMSU

Summary. Be in a situation where health and even the patient's life at risk, a doctor in any specialty may be. Therefore the problem of emergency care is a central place among all branches of medicine. And dentistry is no exception. Today, the dentist, to be sure of the outcome and safety of the treatment in an increasingly competitive, should be free to navigate the fast-growing specialty innovations, continuously improve their professional level, including anatomy, physiology, psychology, gerontology, pediatrics, pharmacology, anesthesiology and other sections of general medical practice.

Keywords: emergency care; diagnostics threatening condition; therapeutic measure; prognosis; patient.

Оказаться в ситуации, когда здоровье и даже жизнь пациента находятся под угрозой, может врач любой специальности. Стоматология не исключение.

Челюстно-лицевая область имеет хорошую иннервацию и мощное кровоснабжение, производимые здесь вмешательства могут вызывать ответные реакции, способные повлиять на общее самочувствие пациента. Стоматолог оказывает помощь людям самого разного возраста. У некоторых из них во время лечения нередко встречаются сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, бронхо-легочной, эндокринной систем, нарушения функции печени, почек, различные аллергии, психоневрологическая патология, проявляющиеся в обмороке, гипертоническом кризе, приступах стенокардии или удушья, аритмии, судорожном синдроме, бронхоспазме и других осложнениях общего характера. Врач-стоматолог в первую очередь должен чувствовать ответственность за человека вообще, а не только за состояние полости его рта. Поэтому при лечении каждого пациента, особенно с осложненным анамнезом по общесоматическим заболеваниям, он должен быть внимательным и осторожным при выборе местноанестезирующих препаратов, доз вазоконстриктора, способа введения,

учитывать как эффективность этих препаратов, так и их взаимодействие с другими лекарствами, которые использует человек в повседневной жизни. Однако полностью исключить риск развития ситуаций, когда пациенту может потребоваться неотложная помощь, невозможно.

Врач любой специальности должен владеть знаниями и умениями по оказанию неотложной помощи. При угрожающем состоянии существует опасность развития декомпенсации жизненно важных функций организма (дыхание, кровообращение, нервная система). Развитие подобных состояний обусловлено многими факторами, и, независимо от причины, вызвавшей ухудшение течения заболевания, в этих ситуациях формируется напряженный гомеостаз, что очень быстро приводит к срыву адаптационно-компенсаторных возможностей организма.

Перед врачом, оказывающим первую неотложную медицинскую помощь, стоят четыре основные задачи: диагностика угрожающего состояния, оказание помощи, позволяющей стабилизировать общее состояние пациента, принятие тактического решения о необходимости госпитализации и правильное планирование последующих лечебных мероприятий.

Диагностика угрожающих состояний сводится к выявлению прогностически наиболее неблагоприятных симпто-



мов, объединению их в патологические синдромы, оценке степени тяжести.

При решении непростого вопроса о первостепенных лечебных мероприятиях следует помнить о завете Сократа, который утверждал, что важно «знать не многое, а нужное», и чем тяжелее общее состояние пациента, тем в более срочной медицинской помощи он нуждается.

В экстренной ситуации собирать анамнез заболевания нелегко из-за ограниченности во времени, а нередко в силу затрудненного контакта с пациентом. В первую очередь необходимо выяснить те сведения, которые позволят определить причину возникновения угрожающего состояния, остроту ситуации и факторы, влияющие на краткосрочный прогноз для жизни больного. Из анамнеза важно получить ответ на вопросы, какие обстоятельства предшествовали его началу; в чем первоначально проявилось ухудшение общего состояния пациента; сколько времени прошло с момента появления первых признаков проявления неблагоприятной ситуации? Чем больше времени прошло с момента ухудшения общего состояния пациента, тем менее благоприятный прогноз, тем быстрее должны быть начаты лечебные мероприятия.

Собирая анамнез, врачу необходимо активно выявлять отягощающие факторы, которые при определенных обстоятельствах могут привести к осложнениям течения сопутствующих общесоматических заболеваний, таких как энцефалопатия, заболевания сердца, легких, печени и почек, лекарственная аллергия и др.

Диагностика перед оказанием экстренной врачебной помощи при угрожающих жизни пациента состояниях сводится к минимуму. Физикальное обследование должно быть направлено на поиск признаков ухудшения общего состояния. Первоначально выявляют признаки и степень угнетения ЦНС, декомпенсации дыхания и кровообращения. Для этого необходимо иметь минимальный набор инструментов – фанендоскоп, тонометр, пульсоксиметр (если нет кардиомонитора), глюкометр.

Определение степени утраты сознания обычно не представляет труда. При осмотре пациента для оценки сознания определяют реакцию на звуковые, зрительные раздражители и эмоциональный ответ на положительные и отрицательные воздействия. При утрате сознания обращают внимание на ширину зрачков и наличие их реакции на свет. Широкие, не реагирующие на свет зрачки без тенденции к сужению свидетельствуют о глубоком угнетении ЦНС. Если сознание сохранено, необходимо обратить внимание, насколько пациент возбужден или заторможен. При проявившихся судорогах учитывают их сочетание с расстройствами дыхания, состоянием мышечного тонуса (гипертония или гипотония) и характером судорожного синдрома.

Для оценки дыхания определяют его частоту, глубину и ритмичность. О неадекватности дыхания свидетельствуют его отсутствие, редкое (брадипное), учащенное (тахипное) дыхание либо его патологические типы; затруднение вдоха или выдоха, ощущение нехватки воздуха (одышка); участие в дыхании вспомогательной дыхательной мускулатуры.



Центральную гемодинамику отражает характеристика пульса при пальпации и непосредственное измерение АД. Пульс на лучевой артерии исчезает при АД ниже 50–60 мм рт. ст., на сонной – ниже 30 мм рт. ст. Чем больше выражена гипоксия, тем с большей вероятностью тахикардия сменяется брадикардией, аритмией. Может оказаться полезным расчет «шокового индекса» – соотношение частоты пульса и уровня систолического АД (о вероятности развития шока свидетельствует индекс >1).

На нарушение периферического кровотока указывают такие прогностически неблагоприятные признаки, как «мраморность» кожных покровов, цианоз и гипостазы.

После первичной оценки состояния центральной нервной системы, дыхания, кровообращения, следует внимательно осмотреть органы и системы. Физикальное обследование должно завершиться выявлением ведущего патологического синдрома и, если это возможно, постановкой нозологического диагноза.

Основная цель неотложной терапии – оказать минимально достаточный объем помощи, т.е. выполнить те мероприятия, без которых жизнь пациента остается под угрозой. При применении лекарственных средств в неотложных случаях важно выбрать оптимальный путь их введения, который зависит как от свойств назначаемых препаратов, так и от состояния больного.

К ошибкам при оказании неотложной помощи относятся неправильные действия или бездействие медперсонала, которые вызвали либо могли вызвать ухудшение состояния или смерть больного. Ошибки можно разделить на диагностические, лечебные, тактические и деонтологические.

Диагностические ошибки проявляются в том, что основное и сопутствующее заболевания, а также их осложнения установлены неверно или неполно. В неотложной

диагностике ошибки могут быть обусловлены тяжестью состояния пациента, необычным течением обычного заболевания, отсутствием условий, времени для обследования, динамического наблюдения и консультаций специалистов. К неправильному диагнозу могут также привести плохая оснащенность, сложившиеся стереотипы, стремление к «интересным» диагнозам или нежелание отказаться от типичных.

Ошибки при проведении неотложного лечения возникают вследствие того, что не были назначены нужные препараты, не проведены необходимые лечебные манипуляции, неверно применены показанные лекарственные средства или лечебные манипуляции (несвоевременно, неправильные доза, способ, скорость, кратность введения либо техника исполнения, не учтены сочетания лекарственных средств), назначены противопоказанные препараты или лечебные манипуляции.

Тактические ошибки – это несвоевременная передача больного узким специалистам. Обычно они вытекают из диагностических и приводят к лечебным.

Деонтологические ошибки заключаются в неумении врача найти контакт с пациентом, недооценке значения психотерапевтических методов лечения при оказании неотложной помощи.

Чтобы избежать ошибок при оказании неотложной помощи нужно внимательно оценивать тяжесть общего состояния пациента, помнить о его возрасте, причине и механизме развития осложнений. Предполагать вероятность возникновения опасных для жизни пациента осложнений следует, опираясь на информацию не только об основном заболевании, но и о сопутствующих.

Избежать ошибок помогают диагностические алгоритмы, таблицы дифференциальной диагностики заболеваний и схем по оказанию первой врачебной помощи. Однако это не всегда оправданно из-за многообразия клинических проявлений заболеваний и неоднозначной реакции больного на проводимое лечение. Поэтому в экстренных случаях лечение должно быть основано на клиническом подходе – лечить нужно больного, а не болезнь, синдром или симптом.

Для предупреждения ошибок важно отслеживать отдаленные результаты лечения пациентов с развившимися осложнениями, проводить анализ случаев оказания неотложной помощи, ведь еще Гиппократ утверждал: «Если мы будем требовательны к себе, то не только успехи, но и ошибки станут источником знаний». Правильное ведение медицинской документации, куда должна быть внесена вся информация о пациенте – анамнез жизни, подробные данные объективного, лабораторного и инструментального обследований, заключения узких специалистов о сопутствующей патологии, сведения о проводимом пре-

де лечения и его результатах, о развившемся неотложном состоянии, диагностических и лечебных мероприятиях – поможет при анализе и планировании тактики дальнейшего безопасного лечения.

Правильное планирование безопасного лечения пациентов группы риска, т.е. имеющих сопутствующие заболевания, которые могут привести к развитию осложнений, требующих неотложных лечебных мероприятий, – одна из важных задач, стоящих перед врачом-стоматологом.

Прежде всего, важно учитывать, что стоматологическое лечение – пример эмоционального стресса, который испытывают до 50% пациентов. Существует специальный термин «стоматофобия», характеризующий страх боли и опасение неудовлетворительного результата после проведенного стоматологического лечения. Выраженность стоматофобии варьирует от коротких эпизодов тревоги до вполне развившегося невроза. Более высокий уровень эмоционального напряжения испытывают пациенты с острой болью, которым требуется немедленное лечение. Максимально стоматофобия проявляется у пациентов с сопутствующей патологией, если у них уже развивались осложнения общесоматических заболеваний во время прежних визитов к стоматологу. Для нивелирования стрессовой реакции, способной стать пусковым моментом для осложнений, эти пациенты нуждаются в специальной медикаментозной подготовке перед стоматологическим лечением.

Ряд заболеваний (осложненные гипертоническая и ишемическая болезни сердца, сахарный диабет, эпилепсия, детский церебральный паралич и др.) также требуют повышенного внимания стоматологов при подготовке к плановому лечению. Опираясь на данные предварительного обследования и результаты осмотра в день обращения, стоматолог все шире использует возможности комбинированного обезболивания, включающего одновременное применение местноанестезирующего и седативного препаратов.

Скорость полного обновления знаний в отдельно взятой медицинской отрасли происходит в течение 6 лет (на 15% в год). Сегодня врач-стоматолог, чтобы быть уверенным

в результатах и безопасности проводимого лечения в условиях все возрастающей конкуренции, должен свободно ориентироваться в новациях быстроразвивающейся специальности, постоянно повышать свой профессиональный уровень, в том числе в анатомии, физиологии, психологии, геронтологии, педиатрии, фармакологии, анестезиологии и других разделах общемедицинской практики. Без сомнения, каждому стоматологу, независимо от специализации, необходимы знания, практические навыки и компетенции по оказанию неотложной помощи. А получить одномоментно глубокие знания и устойчивые навыки в полном объеме практически невозможно.

Для обеспечения продолжительной активной профессиональной жизни врача следует совершенствовать систему непрерывного профессионального образования – именно в этом кроется основное условие максимально эффективного применения опыта, интеллектуального и творческого потенциала.

Медицинское образование в нашей стране имеет поэтапную программу подготовки специалистов, и на каждом этапе решаются отдельные задачи в преподавании вопросов неотложной помощи. Необходимо на всех циклах усовершенствования врачей-стоматологов освещать вопросы обезболивания, безопасного лечения, неотложной помощи. Поскольку запланировать для учебного процесса неотложные состояния невозможно, для отработки практических навыков надлежит использовать специальные тренажеры, моделирующие необходимые ситуации, а также виртуальные программы и интерактивные сеансы связи с крупными центрами по оказанию неотложной и реанимационной помощи населению.

Общество возлагает на систему непрерывного медицинского образования задачи, решение которых возможно только при условии его реформирования в реалиях рыночной экономики с использованием мировых образовательных стандартов.

Координаты для связи с авторами:

Rabinovich@msmsu.ru



Различные варианты восстановления культи зуба композитным материалом химического отверждения

Профессор **Танка Ибрагимов**, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ

Профессор **Владимир Маркин**, доктор медицинских наук

Старший лаборант **Алексей Викулин**, кандидат медицинских наук

Кафедра ортопедической стоматологии ФПО МГМСУ

Доцент **Андрей Гринеv**, кандидат медицинских наук

Кафедра пропедевтической стоматологии ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Резюме. Восстановление зубов после эндодонтического лечения – один из важнейших этапов в практике врача стоматолога-ортопеда. На стоматологическом рынке имеется отечественный композитный материал химического отверждения «ДентаКор» для восстановления культи зуба. Культи зубов, восстановленные этим материалом, характеризуются хорошей адгезией к тканям зуба, достаточно прочные и легко обрабатываются. При препарировании культи под несъемные конструкции незаметен переход от дентина к материалу, что, несомненно, облегчит работу стоматолога-ортопеда. Все это сокращает время работы и улучшает ее качество.

Ключевые слова: культя зуба; композитный материал; стоматолог.

Various variants of restoration a tooth with a composit material

Professor **Tanka Ibragimov**, Doctor of Medical Science, Honored Doctor of the Russian Federation

Professor **Vladimir Markin**, Doctor of Medical Science

Senior assistant **Alex Vikulin**, Candidate of Medical Science

Department of Prosthodontics FPDO MSMSU

Docent **Andrew Grinev**, Candidate of Medical Science

Department of Dentistry propaedeutic PMSMU behalf I.M. Sechenov

Summary. Restoration of teeth, after endodontic treatments, is one of the major stages in practice of the doctor of the stomatologist-orthopedist.

In the dental market is the domestic composite chemical curing DentaKor to restore the tooth stump. The teeth, restored by a core-material have good adhesion with tooth fabrics, strong enough and are easily processed. At preparation tooth under fixed designs transition from a dentine to a material is imperceptible that, undoubtedly, will facilitate work of the doctor of the stomatologist-orthopedist. All it increases speed of work and improves its quality.

Keywords: tooth; core-material; dentist.

Восстановление культи зуба после эндодонтического лечения – один из важнейших этапов в практике врача стоматолога-ортопеда [1]. Этот процесс можно определить как реставрацию сильно разрушенного зуба до формы, пригодной для препарирования его под искусственную коронку [4–6].

Среди преимуществ восстановления культи зуба культевыми материалами – хорошее краевое прилегание реставрации, а также адгезивное соединение с твердыми тканями зуба, что в совокупности положительно влияет на прочность и срок службы восстановленного

зуба [7–9]. В последнее время широкое распространение получают методы прямого восстановления культи зуба с применением специальных композитов – кор-материалов [2], отличающихся высокой прочностью, что очень важно, так как они служат опорой восстановленного зуба [3].

На стоматологическом рынке имеется отечественный композитный материал химического отверждения для восстановления культи зуба «ДентаКор», который отвечает основным требованиям, предъявляемым к материалам данного класса.



Цель исследования

На клинических примерах продемонстрировать различные варианты восстановления культи зуба композитным материалом химического отверждения.

Материалы и методы

Материал химического отверждения использовали в 34 клинических случаях при восстановлении культей (всего 76). Разрушенный зуб или корень зуба подготавливали под фиксацию анкерного штифта: убирали все патологические ткани, а канал рассверливали не менее чем на 1/2 длины корня. Штифт фиксировали на стеклоиономерный цемент. Оставшиеся ткани зуба протравливали 37%-ным гелем ортофосфорной кислоты в течение 20 с. Затем гель смывали водой, а ткани зуба высушивали воздухом. На подготовленную поверхность зуба наносили адгезив химического отверждения в соотношении 1:1 и раздували его воздухом. Материал замешивали на блокноте в пропорции 1:1 одно-разовыми пластмассовыми шпателями до однородного состояния в течение 30 с. Затем моделировали культю зуба. Через 5–7 мин после полимеризации материала полученную культю препарировали под выбранную конструкцию. После препарирования все культы покрывали временными коронками.

В первом клиническом примере культю зуба моделировали с помощью различных гладилок. Материал нанесли с избытком для удобства его дальнейшей обработки. Анкерные штифты фиксировали на стеклоиономерный цемент (**рис. 1**).

Во втором клиническом примере для формирования культы зуба был использован специальный колпачок – формер, который позволяет быстро сформировать культю зуба и облегчить его препарирование под искусственную коронку, обеспечивая оптимальный конус (**рис. 2**).

В третьем клиническом примере для формирования культы зуба применили металлическую матрицу и матрицедержатель (**рис. 3**).

Результаты и их обсуждение

Качество восстановления культей зубов композитным материалом химического отверждения оценивали сразу после их восстановления, а также в течение месяца (пока изготавливали постоянные коронки). Анализировали целостность восстановленной культы и ее краевую адаптацию (**таблица**).

Непосредственно после восстановления культы на зубах передней группы у мужчин 23 культы имели целостное строение, т.е. отсутствовали поры, трещины, сколы.

Перед фиксацией коронок на постоянный цемент 23 культы также не имели видимых изменений.

У женщин сразу после восстановления культы на зубах передней группы 16 культей имели целостное строение, на одной была обнаружена пора, связанная с ошибками в формировании культы. Данную погрешность устранили.

Перед фиксацией коронок на постоянный цемент 17 культей были без видимых изменений.

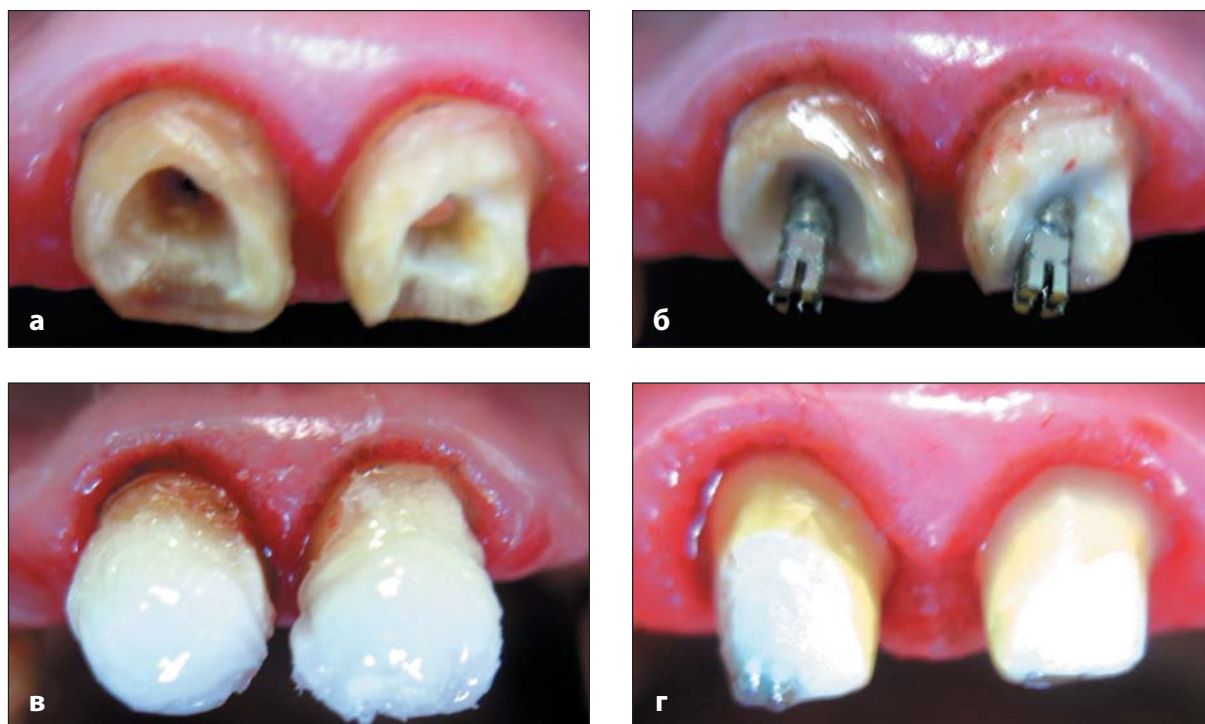


Рис. 1 Клинический случай № 1:

а) культи зуба перед постановкой анкерных штифтов; б) фиксация анкерных штифтов на стеклоиономерный цемент; в) сформированные культи зубов; г) культи зубов после препарирования

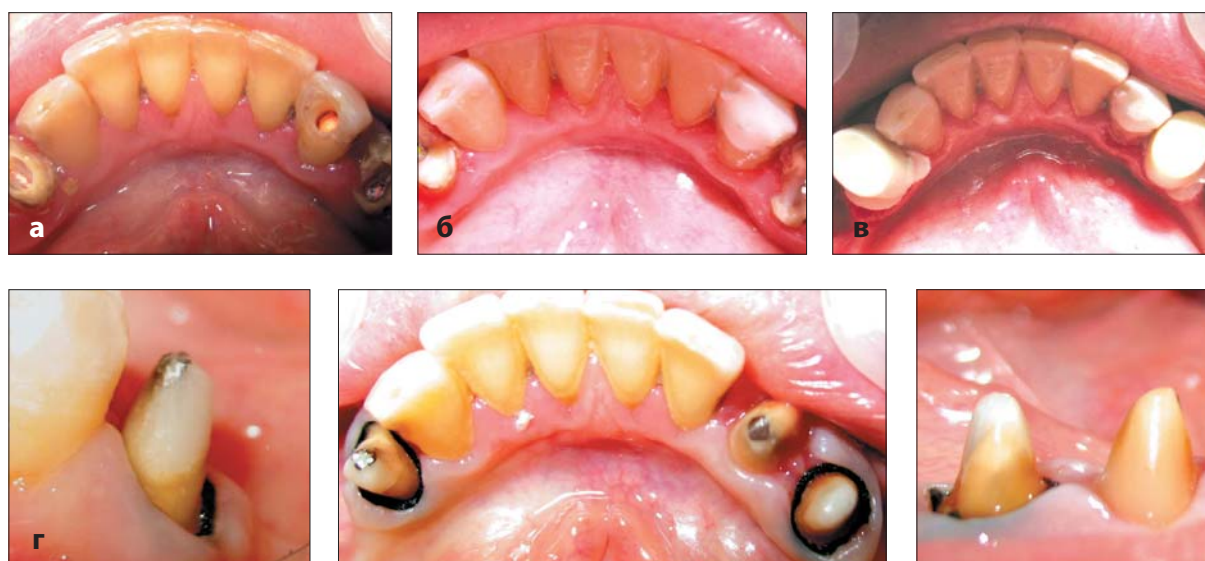


Рис. 2 Клинический пример № 2:

а) культи зубов перед постановкой анкерных штифтов; б) анкерные штифты фиксированы на стеклоиономерный цемент; в) культи зубов сформированы с помощью специальных колпачков – формеров; г) культи зубов после препарирования

Анализ краевой адаптации восстановленных культей на зубах передней группы (у мужчин и женщин) показал, что ни у одной не обнаружено щелей между тканями зуба и композитным материалом как после формирования культи, так и перед фиксацией постоянных коронок на постоянный цемент (в течение 1 мес).

До настоящего времени не наблюдали ни одной расцементировки постоянных коронок после их фиксации.

На зубах жевательной группы у мужчин после восстановления 16 культей имели целостное строение. Перед фиксацией коронок на постоянный цемент в этих культях также не обнаружено видимых изменений.

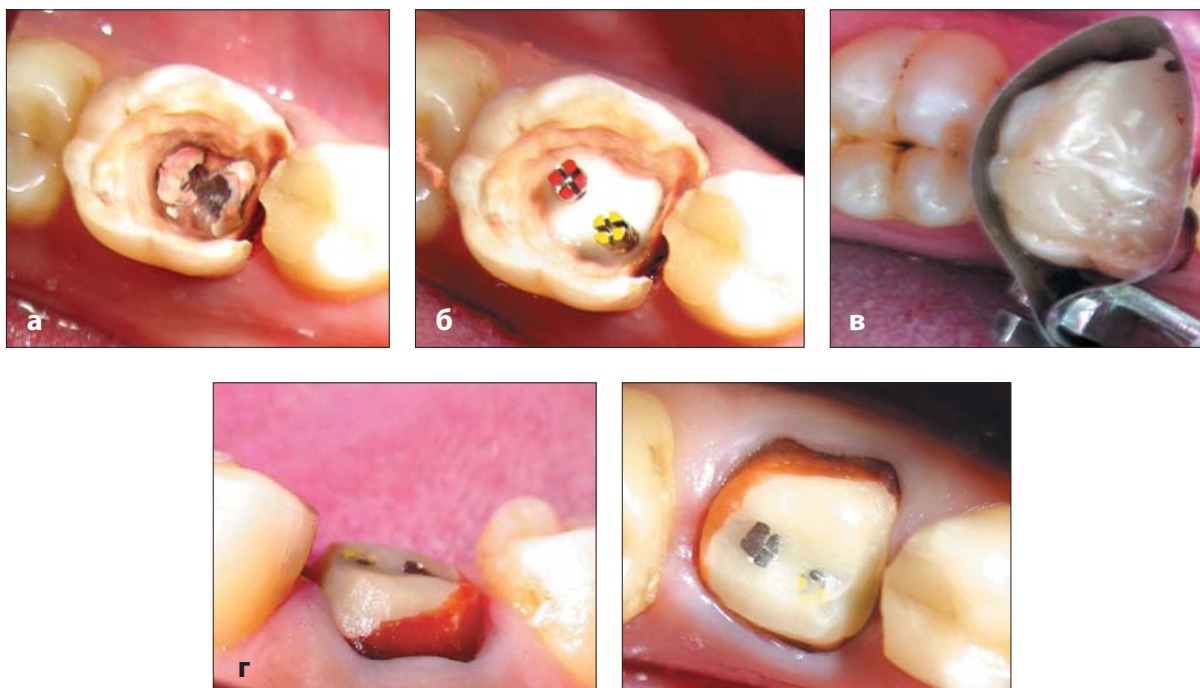


Рис. 3 Клинический пример № 3:

а) зуб 10 перед постановкой анкерных штифтов; б) анкерные штифты фиксированы на стеклоиономерный цемент; в) культи зуба сформирована с помощью матрицы; г) культи зуба после препарирования

Клиническая оценка эффективности восстановления культей зубов, выполненных композитным материалом химического типа отверждения у зубов передней и жевательной групп

| Качество восстановленной культи зуба | | Мужчины | | Женщины | |
|--------------------------------------|--|----------------------|-------------|----------------------|-------------|
| | | После восстановления | Через 1 мес | После восстановления | Через 1 мес |
| Зубы передней группы | | | | | |
| Целостность культи зуба | культя без видимых изменений | 23 | 23 | 16 | 17 |
| | наличие пор | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | наличие сколов | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | наличие трещин | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Краевая адаптация | имеется щель между материалом и тканями зуба | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | щель отсутствует | 23 | 23 | 17 | 17 |
| Зубы жевательной группы | | | | | |
| Целостность культи зуба | культя без видимых изменений | 16 | 16 | 20 | 20 |
| | наличие пор | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | наличие сколов | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | наличие трещин | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Краевая адаптация | имеется щель между материалом и тканями зуба | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | щель отсутствует | 16 | 16 | 20 | 20 |

У женщин и после восстановления, и через месяц 20 культей имели целостное строение – без пор, трещин, сколов. Анализ краевой адаптации восстановленных культей зубов жевательной группы (у мужчин и женщин) показал, что ни одна из восстановленных культей не имела щелей между тканями зуба и композитным материалом ни после формирования, ни перед фиксацией коронок на постоянный цемент.

Две женщины и один мужчина (7 восстановленных культей) носили временные коронки в течение трех месяцев (требовалось парадонтологическое лечение). В течение этого времени и перед фиксацией коронок на постоянный цемент культи зубов не имели видимых изменений.

До настоящего времени не отмечено ни одной расцементировки постоянных коронок.

Выводы

Культи зубов, восстановленные композитным материалом химического отверждения, имеют хорошую адгезию с тканями зуба, достаточно прочные и легко обрабатываются. При препарировании культи зуба под несъемные конструкции незаметен переход от дентина к материалу, что, несомненно, облегчит работу врача стоматолога-ортопеда. Все это увеличивает скорость работы и улучшает ее качество.

Удобнее всего восстанавливать культю зуба, используя специальные колпачки – формеры. С их помощью получается практически готовая культя необходимой формы, конусности, требующая минимального препарирования.

Восстановление культи зуба материалом химического отверждения существенно улучшит качество лечения

и уменьшит число осложнений в отдаленные сроки после протезирования, а относительно невысокая стоимость материала позволит большему числу врачей-стоматологов использовать его для восстановления культей зубов.

Координаты для связи с авторами:

+7 (910) 463-3818 – Викулин Алексей Викторович

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнов С.Д., Чумаченко Е.Н., Лебедеко И.Ю. с соавт. Сравнительный анализ результатов математического моделирования напряженно-деформированного состояния различных конструкций штифтовых зубных протезов. – *Стоматология*, 2001, № 2, с. 41–46.
2. Ибрагимов Т.И., Добровольский П.В., Маркин В.А. с соавт. Разработка нового отечественного композитного материала химического отверждения для восстановления культи зуба «ДентаКор». – *Стоматология для всех*, 2009, № 2, с. 52–53.
3. Мурадов М.А. Особенности прямого восстановления культевой части зуба с применением кор-материалов. – *Клинич. стоматология*, 2005, № 4, с. 10–15.
4. Мурадов М.А., Ряховский А.Н. Новый метод восстановления культевой части зуба. – *Стоматология Украины*, 2006, № 10, с. 44.
5. Радлинский С. Виды прямой реставрации зубов. – *ДентАрт*, 2004, № 1, с. 33–40.
6. Morgano S.M., Brackett S.E. Foundation restorations of fixed prosthodontics: current knowledge and future needs. – *J. Prosthodontics*, 1999, № 82, p. 643–657.
7. Schillingburg H.T., Hobo S., Whitsett L.D. et al. Fundamentals of fixed prosthodontics. – Chicago: Quintessence, 1997, p.1 85.
8. Sidhu S.K., Watson T.F. Resin-modified glass-ionomer material. A status report for the American Journal of Dentistry. – *Am. J. Dent.*, 1995, № 8, p. 59–67.
9. Suzuki M.M. Resent commercial composite formulations. – *Oper. Dent.*, 2001, suppl. 6, p. 145–151.



DOE - система диагностики и ранней визуализации

DOE - система диагностики и ранней визуализации заболеваний полости рта, включая кариес, поражения мягких и твердых тканей, трещин, а также повреждений композитных материалов. Система использует две основные технологии: естественную флуоресцентную визуализацию здоровых и патологических тканей и транслюминанцию в белом свете.



- ➔ В системе DOE используется светодиодное освещение высокой мощности и фильтр высокой контрастности для более ясного осмотра полости рта
- ➔ Сменная светодиодная головка позволяет проводить осмотр полости рта на волнах разной длины в белом и УФ свете для раннего определения здоровых и поврежденных тканей
- ➔ В комплект DOE входят запатентованные фильтры для луп, система также совместима с основными лупами и цифровыми камерами, поэтому DOE легко включать в обычную практику, документировать результаты обследования
- ➔ Миниатюрная, беспроводная, надежная
- ➔ Светодиодный пучок высокой мощности
- ➔ Флуоресцентный фильтр высокой контрастности
 - для бинокулярных луп
 - для цифровых камер
- ➔ Светодиодная головка с различными длинами волн
- ➔ Модульная система со множеством функций
 - выявление повреждений мягких тканей
 - транслюминанция пораженных областей
 - диагностика и удаление неудовлетворительных пломб



Аспекты внедрения системы биобезопасности в учебный процесс

Ассистент **Татьяна Ковальская**, кандидат медицинских наук

Ассистент **Наринэ Узунян**, кандидат медицинских наук

Ассистент **Наталья Романкова**, кандидат медицинских наук

Кафедра госпитальной ортопедической стоматологии МГМСУ

Резюме. При несоблюдении биобезопасности работа врача-стоматолога сопряжена с риском заражения. Поэтому на кафедре госпитальной ортопедической стоматологии МГМСУ проводят элективы для студентов V курса, на которых будущие стоматологи изучают различные аспекты системы биобезопасности – комплекс мероприятий, направленных на предупреждение или сведение к минимуму влияния на организм человека физических, химических, биологических и других факторов.

Ключевые слова: биобезопасность; врач-стоматолог; воздух; отопление; освещение; защита; зона.

Aspects of the implementation of biosecurity in the learning process

Assistant **Tatiana Kovalskaya**, Candidate of Medical Science

Assistant **Narine Uzunyan**, Candidate of Medical Science

Assistant **Natalia Romankova**, Candidate of Medical Science

Department of Prosthodontics Hospital MSMSU

Summary. Failure to comply with biosafety work of a dentist involves the risk of infection. Therefore, the Department of Prosthodontics Hospital MSMSU spend elektivy V course for students on which future dentists learn the various aspects of biosafety system - a complex of measures aimed at preventing or minimizing the impact on the human physical, chemical, biological and other factors.

Keywords: biosecurity; dentist; air; heating; lighting; protection; area.

Изучение и внедрение системы биобезопасности в стоматологии остается одним из актуальных вопросов. Контроль и профилактика различных инфекций достаточно сложны, учитывая резистентность бактерий, микроорганизмов и вирусов к широчайшему спектру антибиотиков и дезинфектам. При несоблюдении биобезопасности работа врача-стоматолога сопряжена с риском заражения. Поэтому на кафедре госпитальной ортопедической стоматологии (ГОС) МГМСУ проводят элективы для студентов V курса, на которых будущие стоматологи изучают различные аспекты системы биобезопасности – комплекс мероприятий, направленных на предупреждение или сведение к минимуму влияния на организм человека физических, химических, биологических и других факторов.

Эта система включает:

- ➔ законодательную и нормативно-правовую базы;
- ➔ методы коллективной защиты;
- ➔ средства индивидуальной защиты;
- ➔ предстерилизационную очистку, дезинфекцию и стерилизацию стоматологического инструментария и оборудования.

Вопросы нормативно-правовой базы мотивируют студентов на понимание их прав и обязанностей не только в качестве практикующих врачей-стоматологов, но и как руководителей учреждений.

Методы коллективной и индивидуальной защиты включают мероприятия, направленные на сохранение работоспособности врача и пациента, защиту их организмов от неблагоприятных факторов окружающей среды.

Для очистки загрязненного воздуха применяют методы:

- ➔ физические:
 - использование бактерицидных ретикуляторов, обеззараживающих помещение прямо в присутствии людей;
 - трехкратное кварцевание комнат (по 30 мин) с помощью бактерицидных ультрафиолетовых ламп (БУВ);
- ➔ химические:
 - подготовка рабочего места с использованием антисептиков: растворов хлорамина (3%), «Клорсепта 17» (0,1%), «Пресепта» (0,056%), «Септодорфорте» (0,4%);
 - дезинфекция рабочих кабинетов аэрозольным препаратом Nocolyse.

Воздухообмен может осуществляться естественным путем и искусственно с помощью различных систем очистки

воздуха. Учитывая, что в учебно-лечебном кабинете на кафедре ГОС находятся одновременно студенты, ординаторы и пациенты, естественное проветривание осуществляют каждые 45 мин. В летнее время кабинеты оснащены кондиционирующими (искусственными) системами очистки воздуха.

В перерыве между врачебными сменами проводят кварцевание.

Существуют определенные гигиенические требования к организации воздухообмена. Важно, чтобы:

- ➔ воздух не «перетекал» из загрязненных зон в чистые;
- ➔ помещение очищалось полностью;
- ➔ поддерживался комфортный микроклимат с системой отопления;
- ➔ вентиляционные установки были безопасны, надежны, бесшумны.

Система отопления помещения должна:

- ➔ обеспечивать равномерное нагревание воздуха до нормальных температур;
- ➔ быть безопасной;
- ➔ исключать загрязнение воздуха вредными веществами;
- ➔ не создавать шума;
- ➔ быть удобной для эксплуатации, ремонта и влажной обработки (система центрального водяного отопления).

Нерациональное освещение может привести к:

- ➔ профессиональным ошибкам;
- ➔ преждевременному утомлению и патологии зрения врача.

На кафедре ГОС провели углубленное изучение проблемы освещения, по результатам которого были написаны диссертационные работы. Установлено, что искусственное освещение рабочих мест в стоматологических кабинетах, получаемое за счет комбинированных (общих и местных) источников света, должно создаваться люминесцентными лампами правильного спектра излучения. В соответствии с рекомендациями государственного стандарта, наиболее рациональные из них лампы ЛД и ЛДЦ. Важно, чтобы уровни общей освещенности соответствовали нормативным параметрам не только в операционной зоне, но и во всех других, так как в профессиональной деятельности стоматологов-ортопедов рабочим полем служит как полость рта пациентов, так и руки врача.

Необходимо учитывать уровни освещенности в трех зонах:

- ➔ операционной – Е1 (на уровне полости рта);
- ➔ рабочей – Е2 (на уровне рук врача-ортопеда);
- ➔ перемещения – Е3.

Рекомендуется следить и за поступлением естественного света. Достаточно ли его для работы врача устанавливают с помощью коэффициента естественного освещения (КЕО), который определяют как отношение естественной



освещенности, создаваемой в некоторой точке внутри помещения, к одновременному значению наружной освещенности под открытым небом. Согласно нормативам, в стоматологических кабинетах КЕО должен составлять не менее 1,5%. Уровень и качество освещенности – важный и необходимый параметр, от которого зависят степень утомляемости зрительного анализатора врача-стоматолога, а, следовательно, возможные ошибки в его работе.

Средства индивидуальной защиты призваны предотвратить такие производственные факторы, как:

- ➔ поражение электрическим током;
- ➔ механическое повреждение;
- ➔ ионизирующее, электромагнитное, ультразвуковое и лазерное излучение;
- ➔ ожоги;
- ➔ нервно-физическая перегрузка;
- ➔ вынужденное продолжительное неудобное рабочее положение.

Нарушения гигиенических требований в организации работы стоматолога могут привести к развитию профессиональных патологий – кифозов, сколиозов, варикозного расширения вен, расстройству костно-мышечной и центральной нервной систем.

В зависимости от продолжительности рабочего дня, необходимо проводить различные разгрузочные сеансы: занятия физической культурой, психоэмоциональные (релаксирующие) разгрузки. Это основа профилактических мер.

Обращая внимание на надлежащее техническое оснащение, правильную организацию рабочего места, соблюдение правил индивидуальной защиты, студенты учатся обеспечивать свою биобезопасность при оказании профессиональной стоматологической помощи пациентам.

Координаты для связи с авторами:

tata125284@mail.ru – Ковальская Татьяна Владимировна

Распространенность, клинические и патогенетические особенности стоматологического статуса и лечения пациентов, страдающих алкогольной зависимостью

Аспирант **Екатерина Миц-Давыденко**

Профессор **Александр Митронин**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой
Кафедра терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО МГМСУ

Доцент **Олег Айзберг**, кандидат медицинских наук

*Кафедра психиатрии и наркологии Белорусской государственной академии
постдипломного образования*

Резюме. Статья представляет краткий обзор вопроса стоматологического лечения больных с нарушениями психики, в частности страдающих алкогольной зависимостью, механизма слюноотделения у них, а также является этапом совершенствования практических рекомендаций по алгоритму оказания стоматологической помощи больным данной категории. Определено, что у лиц, страдающих хронической алкогольной зависимостью, снижена секреция слюнных желез.

Ключевые слова: алкогольная зависимость; психотические расстройства; соматическая патология; параметры ротовой жидкости; кариес зубов.

Prevalence, clinical and pathogenetic features of dental status and treatment of patients with alcohol dependence

Graduate student **Katerina Mits-Davydenko**

Professor **Alexander Mitronin**, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department
Department of Dentistry and Endodontics FPDO MSMSU

Docent **Oleg Aizberg**, Candidate of Medical Sciences

*Department of Psychiatry and Addiction of the Belarusian State Academy
of Postgraduate Education*

Summary. This article provides a brief overview of the study the author states the issue of dental treatment of patients with mental disorders, in particular, suffer from alcohol-dependent mechanism of salivation and is a stage of practical recommendations to improve the algorithm provide dental care of such patients. It is shown that in patients with chronic alcohol dependence, reduced secretion of the salivary glands.

Keywords: alcohol dependence; psychotic disorders; somatic pathology; oral fluil parameters; dental caries.

Согласно данным ВОЗ, более 90% населения Земли употребляют алкогольные напитки. Мировая статистика показывает, что 1,8 млн смертельных исходов и 58,3 млн случаев обращения за медицинской помощью ежегодно связаны с употреблением алкоголя. При этом большинство смертей – результат поражения внутренних органов пациентов [3]. Эпидемиологические исследования последних лет показали, что и в Беларуси, и в России заболеваемость хроническим алкоголизмом по-прежнему высока.

Врачи, в том числе стоматологи, все чаще сталкиваются в повседневной практике с пациентами, у которых патология в значительной мере обусловлена алкоголизмом. Алкоголь обладает токсическим воздействием на все внутренние органы и системы организма. Развивающаяся в процессе заболевания деградация личности препятствует проведению качественной и своевременной профилактической работы. Стоматологическая патология не исключение. Так, в исследованиях H.R. Kranzler и T.F. Vabor с соавт. у мужчин была выявлена высокая корреляционная связь между отсутствием зубов, кариесом, заболеваниями

пародонта и алкоголизмом [9, 10]. При обследовании 693 пьющих и непьющих лиц С.К. Harris с соавт. диагностировали у 35% пациентов, злоупотребляющих алкоголем, язвы, кератозы, хейлит и стоматит, что значительно превышало частоту данных патологий у лиц без алкогольного анамнеза [8]. Однако эти немногочисленные литературные данные не позволяют в полной мере оценить интенсивность патологических изменений в полости рта пациентов, страдающих алкогольной зависимостью. В связи с этим в настоящее время активно проводятся исследования по изучению свойств ротовой жидкости, которые, в свою очередь, зависят от общего состояния организма, наличия системных заболеваний, приема медикаментов и т.д. Следует особо выделить побочные эффекты психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы) – нарушение регуляции слюноотделения за счет непосредственного влияния на дофаминовые рецепторы и опосредованного – на состояние вегетативной нервной системы. Не исключено, что на динамику слюноотделения в период абстиненции влияет снижение избыточной продукции гормонов надпочечников, вызванное перевозбуждением симпатического отдела вегетативной нервной системы. При назначении психотропных препаратов перевозбуждение нивелируется, и количественные параметры слюноотделения имеют тенденцию к нормализации.

Биохимические и биофизические показатели ротовой жидкости, определяющие ее свойства, являются объектом пристального внимания стоматологов. Изучение свойств ротовой жидкости у больных с высоким уровнем интенсивности кариеса зубов имеет значительный потенциал для планирования лечения и профилактики, включая организацию динамического наблюдения за пациентами данной группы.

Слюноотделение представляет собой сложный рефлекторный процесс, который осуществляется при помощи центральной нервной системы, центростремительных (афферентных) и центробежных (эфферентных) нервов и приводит к выделению секрета. Секрет больших (околоушных, подъязычных и подчелюстных) и малых слюнных желез, поступающая через выводные протоки в полости рта, смешивается с содержимым ротовой полости (десквамированные эпителиоциты, микрофлора, пищевой детрит), образуя ротовую жидкость. Оптимальные показатели функционирования слюнных желез, биохимические, кристаллографические и реологические свойства слюны обеспечивают поддержание тургора кератинизированного и некератинизированного эпителия полости рта, пищеварительную, защитную, трофическую и инкреторную функции [6].

Механизмы регуляции слюноотделения у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, имеют свои особенности, связанные в первую очередь с химическим воздействием алкоголя на слизистую оболочку полости

рта. Это проявляется в активизации пародонтопатогенных микроорганизмов, дисбалансе вегетативной нервной системы, наиболее выраженном в абстинентном синдроме [1, 2, 7].

Цель работы

Изучение вопроса стоматологического лечения больных, страдающих алкогольной зависимостью, и совершенствования практических рекомендаций по оказанию им стоматологической помощи.

Материалы и методы

Оценка стоматологического статуса социально неблагополучных пациентов, злоупотребляющих алкоголем, не соблюдающих личной гигиены полости рта, игнорирующих посещение стоматолога и получение медицинской информации, возможна только в условиях реанимационного отделения, где данные пациенты вынуждены находиться под контролем врачей.

Исследование проводили на базе Республиканского научно-практического центра психического здоровья, ЧУП «СтомКэт» (Республика Беларусь, г. Минск).

Общая характеристика пациентов

На начальном этапе исследовательской работы распространенность, клинические особенности и патологию стоматологических заболеваний изучали на примере 25 пациентов (15 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет, страдающих хронической алкогольной зависимостью и госпитализированных в наркологическое отделение Республиканского научно-практического центра психического здоровья. Всем им при поступлении в стационар назначали антидепрессант и нейролептик.

Контрольную группу составили 18 условно здоровых лиц сходного возраста и пола, не страдающих зависимостью от алкоголя, обратившихся в стоматологическое отделение для санации полости рта (группа сформирована методом случайной выборки).

При осмотре применяли общепринятые стоматологические методики обследования. Выясняли жалобы, давность симптомов, частоту обращения к стоматологу, характер индивидуальной гигиены полости рта [4].

Пациенты с хроническим алкоголизмом в течение последних 5 лет не были на приеме у стоматолога, не информированы о состоянии полости своего рта и не собираются в дальнейшем обращаться к врачам. Индивидуальную гигиену полости рта с использованием пасты соблюдали только 8% больных алкоголизмом. Травмы и раны челюстно-лицевой области в анамнезе имели 80% пациентов, но они не знали либо не помнили об этом и никогда не обращались за медицинской помощью. Отсутствие субъективной потребности в стоматологическом лечении обусловлено низким социальным статусом лиц исследуемой группы.

Интенсивность поражения зубов кариесом и его осложнения определяли с использованием индекса КПУ, гигиеническое состояние полости рта – по индексу эффективности гигиены РНР (Podshadlay, Haley, 1968), вязкость ротовой жидкости оценивали методом капиллярной вискозиметрии (вискозиметр типа ВК-4), рН слюны измеряли с помощью электронного рН-метра (забор слюны осуществляли на 1–2-е сут нахождения в стационаре в 8:00).

Функциональную активность слюнных желез и свойства секрета изучали на 2-е сут после поступления в стационар, 5-е сут (период максимально выраженного клинического эффекта психотропных препаратов) и 10-е (начало постабстинентного периода). Для определения свойств ротовой жидкости анализировали нестимулированную секрецию и стимулированную 5%-ным раствором пищевой лимонной кислоты путем нанесения нескольких капель глазной пипеткой на дорсальную поверхность языка. Слюну собирали в градуированную пробирку натощак в течение 5 мин.

Особое внимание обращали на признаки, характерные для больных, страдающих алкогольной зависимостью: степень увлажненности и цвет красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта; состояние твердых тканей зубов (эрозии твердых тканей зубов, клиновидные дефекты, множественный кариес); наличие заболеваний слизистой оболочки полости рта (хейлиты, кандидоз, заеды, трещины, лейкоплакия, хронический рецидивирующий герпес, глосситы, стоматиты).

Визуально оценивали состояние слизистой оболочки преддверия, губ, щек, языка, твердого, мягкого неба; цвет, степень увлажненности, выраженность сухости, наличие налета, его цвет и плотность; кровоточивость, гипертрофию и отек десны, гноетечение; вид прикуса, положение зубов в зубном ряду, целостность зубных рядов; состояние имеющихся пломб и ортопедических конструкций. Определяли наличие зубного налета и камня.

Результаты и их обсуждение

В ходе стоматологического обследования пациентов с хроническим алкоголизмом выявлена 100%-ная необходимость оказания им стоматологической помощи.

На первичном приеме пациенты, страдающие алкогольной зависимостью, жаловались на неприятный запах изо рта (100%), сухость в полости рта (92%), подвижность зубов (92%), эрозии и язвы (80%), повышенную чувствительность к различным раздражителям (72%), болезненные ощущения в десне (48%).

Изучение функциональной активности слюнных желез и свойств секрета

На 1–2-е сут пребывания в стационаре у наркологических пациентов значительно снижена нестимулированная

секреция (0,3 мл/мин), что обусловлено ограничением приема пищи и жидкости в силу тяжести общего состояния (в контрольной группе – 0,58 мл/мин). Слюна характеризовалась пенистостью, была мутной. У 6 пациентов слюну собрать вообще не удалось. После стимуляции раствором лимонной кислоты слюна также была мутной, что объясняется отсутствием очищающего действия пищи и гигиенического ухода за полостью рта. Скорость слюноотделения возросла до 0,55 мл/мин, однако не достигла значений аналогичного показателя в контрольной группе (1,2 мл/мин, табл. 1).

На 4–5-е сут исследования установлено более глубокое угнетение секреции: скорость слюноотделения составила 0,25 мл/мин (в контрольной группе – 0,6 мл/мин), связанное с побочным действием назначенных препаратов, которое проходит после их отмены. В указанный период пациенты самостоятельно принимали пищу и жидкость.

На 10-е сут происходил переломный момент: скорость слюноотделения значительно увеличилась – до 0,65 мл/мин (в контрольной группе – 0,6 мл/мин), в 20% случаев слюна оставалась пенистой, но прозрачность ее повысилась. Скорость стимулированной секреции – 1,3 мл/мин. На данном этапе психотропные препараты отменяли.

Учитывая, что психотропная терапия является основной при лечении этих больных, для более детального изучения влияния психотропных препаратов на процесс слюноотделения требуется исследование пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, но которым подобные препараты не назначали (в момент проведения исследования таковых пациентов не было).

Патогенетические особенности стоматологического статуса

Патогенетические особенности стоматологического статуса пациентов, страдающих алкоголизмом, формируются с учетом общего результата вегетосоматических проявлений абстинентного синдрома и побочных эффектов психотропной терапии [7].

У всех пациентов с хроническим алкоголизмом выявлены:

- ☞ множественные поражения твердых тканей зуба кариесом (распространенность составила 100%);
- ☞ эрозия эмали зубов (92%);
- ☞ выпадение большого количества зубов (отсутствие в среднем 12 зубов);
- ☞ сниженное слюноотделение;
- ☞ увеличение скорости прогрессирования заболеваний периодонта;
- ☞ рецидивирующий афтозный стоматит и травматические язвы (48%);
- ☞ лейкоплакия;
- ☞ отклонение язычка (48%);

Таблица 1 Скорость слюноотделения

| Группа | Скорость слюноотделения, нестимулир./стимулир, мл/мин | | |
|-------------|---|------|----------|
| | Сутки | | |
| | 1–2-е | 5-е | 10-е |
| Исследуемая | 0,3/0,55 | 0,25 | 0,65/1,3 |
| Контрольная | 0,58/1,2 | 0,6 | 0,6/1,22 |

Таблица 2 Интенсивность кариеса зубов

| Группа | Распространенность заболеваний кариеса, % | КПУ | К | П | У |
|-------------|---|-------|-------|------|------|
| Исследуемая | 100 | 20,56 | 12,28 | 2,08 | 6,2 |
| Контрольная | 92 | 10,6 | 1,60 | 6,48 | 2,52 |

Таблица 3 Свойства ротовой жидкости пациентов

| Группа | Вязкость ротовой жидкости Сп | рН слюны |
|--------------|------------------------------|-------------------------------|
| Исследуемая* | 4,016 | 6,648 (слабокислая реакция) |
| Контрольная | 1,965 | 7,084 (слабощелочная реакция) |

Прим.: * $p < 0,05$; в графах указаны средние значения \pm стандартное отклонение или абсолютное значение и проценты.

- ☞ большое количество твердых и мягких зубных отложений (100%);
- ☞ поддесневой зубной камень как с язычной, так и с вестибулярной поверхности зубов (72%);
- ☞ наличие в межзубных промежутках и пришеечных областях остатков пищи, гнилостный запах (72%);
- ☞ рецессия десны, связанная с достаточно выраженными дистрофическими процессами, происходящими в тканях пародонта (48%).

Признаки дистрофии обнаружены в 50% случаев у больных алкоголизмом и в 26,6% у пациентов контрольной группы.

Стоматологический статус больных, страдающих алкогольной зависимостью, характеризуется высоким индексом интенсивности кариеса зубов (20,56), что в 2 раза больше, чем у лиц, не употребляющих алкоголь (10,60). Это объясняется большим количеством кариозных и удаленных зубов, а также высокой распространенностью заболеваний пародонта (92%). Клинически заболевания пародонта у больных алкоголизмом протекают в неактивной форме, что обусловлено снижением у них иммунитета [5] (табл. 2).

При оценке пародонтального индекса СРПН установлена распространенность и интенсивность отдельных

признаков патологии пародонта (кровоточивость, зубной камень, пародонтальный карман) и в зависимости от этого определена потребность обследованных в пародонтологической помощи. Выявлено достоверное отличие между пациентами основной и контрольной групп. У больных основной группы чаще встречаются признаки поражения пародонта, они в большей степени нуждаются в улучшении индивидуальной и проведении профессиональной гигиены полости рта, в устранении факторов, способствующих ретенции зубного налета [4]. Индекс эффективности гигиены полости рта у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, составил 2,35, что соответствует неудовлетворительному уровню гигиены (в контрольной группе – 1,27). Вязкость ротовой жидкости у пациентов основной группы – 4,016 Сп, группы контроля – 1,965 Сп (табл. 3).

У пациентов основной группы показатель рН слюны имел слабокислую реакцию (6,648), контрольной – слабощелочную (7,084). Лишь на 9-й день у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, зафиксировано защелачивание ротовой жидкости полости рта – рН слюны достиг 7,012.

Полученная медицинская информация позволила сделать выводы о прямой зависимости между сопутствующими заболеваниями внутренних органов, обусловленных воздействием алкоголя, и выявленными поражениями полости рта. Так, вторую стадию периодонтита преимущественно диагностировали при поражениях сердечно-сосудистой и дыхательной систем (уровень пародонтального индекса повышается до 3,32 балла на фоне бронхиальной астмы против 2,86 баллов без бронхолегочной патологии), третью – при поражении печени, рецидивирующий афтозный стоматит и травматические язвы – при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и печеночной недостаточности. Язвенные поражения слизистой оболочки полости рта, ангулярный хейлит, поражение языка отмечены при заболеваниях печени, в частности при печеночной недостаточности, что, в свою очередь, повышает риск кровотечений при стоматологических манипуляциях. Пульпит, эрозия эмали зубов наблюдали при заболеваниях желудка, что предположительно объясняется регургитацией желудочного содержимого (кислого желудочного сока) в полость рта.

Выводы

1. Все пациенты, страдающие хроническим алкоголизмом, имели крайне низкий уровень индивидуальной гигиены полости рта и многие годы не обращались за медицинской помощью к стоматологам.
2. Патогенетические особенности их стоматологического статуса формируются с учетом общего результата вегетосоматических проявлений абстинентного синдрома и побочных эффектов психотропной терапии.

3. Механизмы регуляции слюноотделения у больных данной категории имеют свои особенности, обусловленные не только дисбалансом вегетативной нервной системы, но и побочными эффектами лекарственных препаратов, включаемых в комплексную фармакотерапию. Для более детального изучения влияния психотропных средств на процесс слюноотделения и параметры ротовой жидкости необходимо обследование пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, которым не назначали подобные препараты. Такое исследование будет проведено.

4. Степень тяжести воспалительных процессов в пародонте у больных алкоголизмом возрастает с уменьшением плотности костной ткани и снижением уровня гигиены полости рта.

5. Выявленные поражения полости рта напрямую зависят от степени повреждений внутренних органов, обусловленных воздействием на них алкоголя.

6. Пациенты, страдающие алкогольной зависимостью, характеризуются высоким уровнем личностной и реактивной тревожности на стоматологическом приеме.

Практические рекомендации

➤ Изменение параметров ротовой жидкости может позволить врачу-стоматологу определить оптимальное время для проведения различных манипуляций. Исследования по определению ритма изменения общего объема, скорости образования, pH и вязкости ротовой жидкости по особенностям их колебаний во времени необходимо продолжить.

➤ При оказании стоматологической помощи пациентам данной категории необходим комплексный подход, включающий лабораторное изучение состояния органов и тканей полости рта. Начинать обследование следует с рентгенологического исследования для выявления скрытых кариозных полостей и заболеваний пародонта.

➤ Больным с выраженными деструктивными процессами тканей пародонта рекомендовано проведение хирургических вмешательств, но только в фазу ремиссии.

➤ В период нахождения больных в стационаре, при поступлении в клинику особое внимание необходимо уделять профилактическим мероприятиям для устранения негативных факторов, формирующихся в полости рта, поскольку стоматологические проявления сложившейся клинической ситуации представляют собой результат «наслоения» вегетосоматических проявлений абстинентного синдрома и побочных эффектов медикаментозной терапии. Для решения данной проблемы необходима разработка определенных подходов, способных снизить риск инфекционных поражений слизистой оболочки полости рта на фоне гипосаливации.

➤ Для предотвращения эмоционального напряжения желательно по возможности сократить время стоматологического лечения, ожидания приема, нахождения в кабинете. На всем протяжении врачебного вмешательства нужны доверительный контакт с пациентом, мотивация его на необходимость и важность проводимой стоматологической реабилитации.

➤ Во время стоматологических манипуляций повышенное внимание стоит уделять общему состоянию пациентов (возможны обмороки, приступы, припадки и пр.), особенно тщательно выяснять аллергологический статус.

➤ С особой осторожностью следует назначать медикаментозные препараты (в том числе анестетики), так как применение седативных, вегетостабилизирующих и иных средств больными данной категории препятствует своевременной и полной элиминации этих препаратов. Необходимо исключить вероятность передозировки успокаивающих средств и анестетиков, используемых в стоматологии.

Координаты для связи с авторами:

**mitsuhatl@gmail.com; +37 (529) 686-7811 (Velcom),
+37 (529) 261-4287 (МТС) – Миц-Давыденко Екатерина**

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альтшулер В.Б. Алкогольный абстинентный синдром.//Руковод. по психиатр. – М.: Медицина, 1999, т. 2, с. 265 –267.
2. Бокый И.В., Лапин И.П. Алкогольный абстинентный синдром. – М.: Медицина, 1976, 120 с.
3. Иванец Н.Н., Анохина И.П. Актуальные проблемы алкоголизма. – Психиатрия и психофармакотерапия, 2004, т. 06, № 3, с. 100–105.
4. Косова Е.В., Орехова Л.Ю., Шапорова Н.Л. Оценка состояния гигиены полости рта у курящих пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.//Сб. Актуал. пробл. совр. медицины. – В. Новгород: Медицина, 2006, т. 8, с. 96.
5. Леонтьев В.К., Галиулина М.В., Ганзина И.В. с соавт. Структурные свойства слюны при моделировании кариесогенной ситуации. – Стоматология, 1996, № 2, с. 9–11.
6. Луханина Т.В., Даурова Ф.Ю., Артемьева М.С. Состояние полости рта у больных с психической патологией.//Матер. XIII Межд. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб: СПбГМУ, 2008, с. 252–253.
7. Померанцева А.М. Состояние полости рта у больных хроническим алкоголизмом в период абстиненции.//Актуал. вопр. наркологии – Душанбе: Медицина и здоровье, 1984, с. 167–169.
8. Harris C.K., Warnakulasuriya K.A.A.S, Cooper D.J. et al. Prevalence of oral mucosal lesions in alcohol misusers in south London. – J. Oral Pathol. Med., 2004, v. 33, p. 253.
9. Kranzler H.R., Babor T.F., Goldstein L. et al. Dental pathology and alcohol-related indicators in an outpatient clinic sample. – Community Dent. Oral Epidemiol., 1990, v. 18 (4), p. 204–207.
10. Kranzler H.R., Babor T.F., Lauerman R.J. Problems associated with average alcohol consumption and frequency of intoxication in a medical population. – Alcohol Clin. Exp. Res., 1990, v. 14, № 1, p. 119–126.

Итоговая государственная аттестация на лечебном факультете МГМСУ: ИННОВАЦИОННЫЙ ВЗГЛЯД

Член-корреспондент РАМН, профессор **Иван Ярема**, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, декан лечебного факультета

Член-корреспондент РАМН, профессор **Эммануил Луцевич**, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ

Профессор **Луиза Макоева**, доктор медицинских наук

Профессор **Дмитрий Бершаденко**, доктор медицинских наук

Профессор **Анна Попкова**, доктор медицинских наук

Доцент **Людмила Смирнова**, кандидат медицинских наук

Евгения Пономарева, кандидат медицинских наук

Лечебный факультет МГМСУ

Резюме. В статье представлен пятилетний анализ проведения итоговой государственной аттестации на лечебном факультете МГМСУ. Современные информационные технологии позволяют более объективно определять уровень знаний выпускников по фундаментальным и клиническим дисциплинам. Результаты экзаменов показывают, что на всех кафедрах необходимо уделять больше внимания внедрению инновационных технологий в подготовку молодых специалистов.

Ключевые слова: итоговая государственная аттестация; новые информационные технологии.

Final State certification on medical department of MSMDU: innovative look

Corresponding Member of RAMS, professor Ivan Yarema, Doctor of Medical Sciences, Honored Worker of Science, Dean of the Faculty of Medicine

Corresponding Member of RAMS, professor **Emanuel Lutsevich**, Doctor of Medical Sciences, Honored Worker of Science

Professor **Luiza Makoeva**, Doctor of Medical Sciences

Professor **Dmitriy Bershadenko**, Doctor of Medical Sciences

Professor **Anna Popkova**, Doctor of Medical Sciences

Docent **Ludmila Smirnova**, Candidate of Medical Sciences

Eugene Ponomareva, Candidate of Medical Sciences

Medical Faculty MSMSU

Summary. The 5 year analysis of the final State Certification on the medical faculty of MSMSU has been performed. The introduction of information technology allows determine the level of graduates' knowledge in the basic and clinical disciplines more objectively. Examination results show necessity of innovative technologies implementation in the training of young professionals in all clinical departments.

Keywords: final state certification; new information technologies.

Согласно Закону РФ «Об образовании» освоение основных программ в вузе завершается обязательной итоговой государственной аттестацией (ИГА). Главная цель ИГА – оценка уровня теоретической и практической подготовки выпускников в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования, требования которого включают в себя вопросы профилактики и улучшения здоровья населения, диагностику, лечение и реабилитацию больных в лечебно-профилактических

учреждениях. Этот уровень подготовки должен быть достаточен для дальнейшего эффективного последиplomного обучения выпускника вуза.

ИГА на лечебном факультете предшествует серьезная организационная работа, проводимая деканатом факультета, методической комиссией и центральным методическим советом МГМСУ на протяжении учебного года. Для проведения аттестации выпускников приказом ректора МГМСУ создается Государственная аттестационная комиссия. В состав ГАК входят 56 заведующих кафедрами (из них пять

Таблица 1 Данные федерального тестирования студентов в 2005–2009 гг.

| Год | Количество выпускников, принимавших участие в тестировании | Результаты тестирования, % | | | | Средний балл |
|------|--|----------------------------|----------------|---------------------------|----------------------------|--------------|
| | | Зачтено (71–100) | | | Не зачтено (<71), абс. (%) | |
| | | Отлично (91–100) | Хорошо (81–90) | Удовлетворительно (71–80) | | |
| | | абс. (%) | абс. (%) | абс. (%) | | |
| 2005 | 196 | 52 (26,5) | 107 (54,6) | 37 (18,9) | 0 | 3,9 |
| 2006 | 251 | 65 (25,9) | 143 (56,9) | 43 (17,2) | 0 | 3,6 |
| 2007 | 264 | 97 (36,8) | 130 (49,2) | 34 (12,9) | 3 (1,1) | 4,2 |
| 2008 | 274 | 107 (39) | 126 (46) | 41 (15) | 0 | 4,6 |
| 2009 | 315 | 109 (34,6) | 156 (49,5) | 50 (15,9) | 0 | 4,2 |

академика РАМН и шесть членов-корреспондентов РАМН), 42 профессора, 31 доцент кафедр и восемь представителей ведущих лечебно-профилактических учреждений Москвы.

На основании «Положения об итоговой государственной аттестации выпускников высших учебных заведений в Российской Федерации» и приказа МЗ РФ «О поэтапном введении с 1997 г. итоговой государственной аттестации выпускников высших медицинских и фармацевтических учебных заведений» ИГА на лечебном факультете МГМСУ проходит в три этапа:

- 1) визуализированное компьютерное тестирование;
- 2) проверка практических навыков на муляжах и у постели больного;
- 3) собеседование с использованием междисциплинарных задач, данных лабораторных и инструментальных исследований.

Поэтапное проведение ИГА позволяет более качественно и дифференцированно оценить знания и умения выпускников, определить их готовность к продолжению последилового образования. По итогам каждого этапа студент получает интегральную оценку и баллы, на основании которых выставляют общую итоговую оценку, а также сумму баллов по специальности «Лечебное дело» и принимают решение о присвоении врачебной квалификации.

Более пяти лет I этап итоговой государственной аттестации проводили в виде письменного тестового экзамена по заданиям, подготовленным Министерством

здравоохранения и социального развития РФ. Студентам предлагали 10 вариантов, содержащих по 100 тестов. На экзамен отводили 1,5 часа. Работы не шифровали, они шли под фамилией студента. Тестовые задания проверяла комиссия, состоящая из членов ГАК, с помощью трафарета.

Результаты письменного экзамена оценивали в соответствии с критериями, регламентированными письмом заместителя министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации «О проведении тестового контроля знаний выпускников вузов, осуществляющих подготовку специалистов по медицинским и фармацевтическим специальностям в 2007 г.» № 2049 – ВС от 29.04. 2007 г.: «отлично» – количество правильных ответов 91–100%; «хорошо» – 81–90, «удовлетворительно» – 71–80; «неудовлетворительно» – менее 71% (табл. 1).

Средний балл на этапе федерального тестирования за пять лет вырос с 3,6 до 4,6. Вероятно, это связано с не меняющимися на протяжении нескольких лет вариантами тестовых заданий и известными ответами на них. В связи с постоянством результатов приказом Минздравсоцразвития РФ № 163/10/2-486 от 28.01.2010 вузам рекомендовано самостоятельно решать, как проводить первый этап ИГА. К 2009 г. Ученый совет лечебного факультета МГМСУ принял решение делать это в виде визуализированного компьютерного тестирования. Было подготовлено более 3 тыс. тестовых заданий, выполненных в соответствии с требованиями Минздравсоцразвития. При проведении ви-

Таблица 2 Результаты визуализированного компьютерного тестирования в 2009–2011 гг.

| Год | Количество выпускников, принимавших участие в тестировании | Результаты тестирования, % | | | | Средний балл |
|-----------|--|-------------------------------|------------------|-----------|-----------|--------------|
| | | Не зачтено (<70) абс., (%) | Зачтено (71–100) | | | |
| | | | 71–79 | 80–89 | 90–100 | |
| | | | абс., (%) | абс., (%) | абс., (%) | |
| 2009–2010 | 177 (0-3)* | 0 | 60 (34) | 62 (35) | 55 (31) | 3,95 |
| 2010–2011 | 203 (0-3) | 0 | 80 (39) | 47 (24) | 76 (37) | 3,98 |
| 2010 | 305 (очн.)** | 0 | 85 (28) | 118 (39) | 99 (33) | 4,0 |
| 2011 | 352 (очн.) | 0 | 124 (35) | 75 (21) | 153 (44) | 4,0 |

Прим.: * очно-заочное отделение; ** очное отделение.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ

КЛИНИЧЕСКИЙ

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР



ПРИГЛАШАЕМ ВАС В ИСКУССТВО ЭНДОДОНТИИ



- КУРСЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО МАСТЕРСТВА И НОВЫХ РЕСТАВРАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
- ПРОВЕДЕНИЕ ВЫЕЗДНЫХ СЕМИНАРОВ И МАСТЕР-КЛАССОВ



ОБРАЗОВАНИЕ • ИННОВАЦИИ • МАСТЕРСТВО

ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЙ:

1 день – 8 часов, 2 дня – 14 часов

- 10:00-11:15 – теоретическая часть
- 11:15-11:45 – кофе-брейк
- 11:45-14:00 – продолжение теоретической части
- 14:00-15:00 – перерыв на обед
- 15:00-17:30 – практическая часть
- 17:30-18:00 – обсуждение (вопросы и ответы)

ЭНДОДОНТИЯ. Семинар № 1. Овсяня А.П.

«Рациональная эндодонтия с использованием вращающихся никель-титановых инструментов. Предсказуемость и высокие стандарты эндодонтического вмешательства».

ЭНДОДОНТИЯ. Семинар № 2. Овсяня А.П.

«Санация и obturation корневых каналов. Рекомендуются стандарты эндодонтического лечения. Критерии оценки качества эндодонтического лечения и отдаленные результаты»

ЭНДОДОНТИЯ. Семинар № 3. Овсяня А.П.

«Профилактика и исправление ошибок и осложнений эндодонтического лечения. Авторская классификация показаний и противопоказаний. Рекомендуются стандарты эндодонтического лечения. Разбор клинических случаев».

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ. Семинар № 1. Бойков М.И.

«Эстетическая реабилитация пациентов несъемными ортопедическими конструкциями. Металлокерамические и безметалловые коронки и мосты».

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ. Семинар № 2. Бойков М.И.

«Реабилитация пациентов высокостетичными несъемными ортопедическими конструкциями. Вкладки, накладки и виниры, изготовленные из керамики и композиционных материалов. Пожелания и ожидания пациентов».

РЕСТАВРАЦИОННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ. Семинар № 1. Копылов Д.Ю.

«Фундаментальные принципы прямой реставрации зубов. Достижение предсказуемых эстетических, морфологических и функциональных результатов».

РЕСТАВРАЦИОННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ. Семинар № 2. Бойков М.И.

«Прямая эстетическая реставрация зубов современными композитными материалами».

ФАРМАКОЛОГИЯ. Семинар № 1. Рабинович С.А.

«Основные направления фармакотерапии в амбулаторной стоматологии».

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ И РЕАНИМАЦИЯ В СТОМАТОЛОГИИ. Семинар №1. Рабинович С.А., Заводиленко Л.А.

«Современные технологии обезболивания, профилактики и лечения неотложных состояний в стоматологии».

ПРОФИГИГИЕНА. Семинар № 1. Яковлева О.В.

«Профессиональная гигиена полости рта. Программа индивидуальной профилактики пациента».

ОТБЕЛИВАНИЕ. Семинар №1. Еременко О.С.

«Современные подходы к отбеливанию зубов. Эффективные методики достижения долгосрочного результата в различных клинических ситуациях».

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СЕМИНАРЫ по мере формирования групп

1. «Современные технологии обезболивания, профилактики и лечения неотложных состояний в стоматологии».
2. «Фундаментальные принципы прямой реставрации зубов. Достижение предсказуемых эстетических, морфологических и функциональных результатов».
3. «Эстетическая и функциональная реабилитация зубов после эндодонтического лечения. Прямые и не прямые методики восстановления и реставрации».
4. «Основные направления фармакотерапии в амбулаторной стоматологии».
5. «Современные подходы к отбеливанию зубов. Эффективные методики достижения долгосрочного результата в различных клинических ситуациях».
6. «Профессиональная гигиена полости рта. Программа индивидуальной профилактики пациента».

ЛЕКТОРЫ:

ОВСЕПЯН Артем Павлович – руководитель учебного центра «БиоСан ТМС»;

РАБИНОВИЧ Соломон Абрамович – д. м. н., профессор, заслуженный врач РФ, президент Европейской ассоциации по обезболиванию в стоматологии, заведующий кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО МГМСУ;

КОПЫЛОВ Дмитрий Юрьевич – врач-стоматолог «Стоматологической клиники докторов Копыловых», врач-консультант компании Dentsply;

БОЙКОВ Михаил Игоревич – к. м. н., доцент кафедры «Стоматологии и организации стоматологической помощи» УНМЦ УДП РФ;

ЗАВОДИЛЕНКО Лариса Анатольевна – к. м. н., ассистент кафедры стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО МГМСУ

ЯКОВЛЕВА Ольга Владимировна – преподаватель кафедры профилактики стоматологических заболеваний МГМСУ, гигиенист кафедры профилактики стоматологических заболеваний клинко-диагностического центра МГМСУ, гигиенист стоматологического учебного центра «БиоСан ТМС»;

ЕРЕМЕНКО Ольга Сергеевна – специализация по ортопедической стоматологии УНМЦ УДП РФ, врач-стоматолог клиники «Ренессанс Дент».

В ПРОВЕДЕНИИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ:

ОВСЕПЯН Вадим Артемович – главный врач, генеральный директор ООО «БиоСан ТМС», врач-стоматолог, консультант учебного центра «БиоСан ТМС»;

МЕЛКАДЗЕ Нино Акакиевна – ассистент-консультант учебного центра «БиоСан ТМС»;

САЛТЫКОВА Вероника Журатовна – менеджер учебного центра «БиоСан ТМС».

ПО ОКОНЧАНИИ СЕМИНАРА СЛУШАТЕЛЮ ВЫДАЕТСЯ СЕРТИФИКАТ УЧАСТНИКА



Уважаемые коллеги!

Избранная нами профессия заставляет постоянно совершенствоваться, приобретать новые знания. Однако мы уверены, что современная стоматология – это не только передовые технологии и новейшие материалы, но также искусство и мастерство врача. Поэтому в нашем клиническом учебном центре мы стараемся передать слушателям накопленный нами опыт посредством лекционных программ и клинических демонстраций. Обучающиеся у нас доктора имеют возможность овладеть самыми современными методиками, самостоятельно оттачивая свои мануальные навыки на фантомных моделях.

Мы прекрасно осознаем, что в век Интернета и массмедиа для врача не составляет особого труда отыскать информацию о современных технологиях, оборудовании и материалах. Но наша задача состоит отнюдь не в рекламе стоматологической продукции. Мы стараемся уберечь наших слушателей от тех ошибок и проблем, с которыми сталкиваются стоматологи, в процессе освоения новых методик с помощью материалов, предоставляемых компаниями-производителями, и учебных пособий.

Безусловно, прочитать – не значит увидеть, а увидеть – не значит попробовать самому под чутким руководством коллег, которые зачастую в процессе изучения этих технологий сталкивались с теми проблемами, от которых хотят оградить вас.

При создании клинических учебных программ особое внимание мы старались уделить фундаментальным разделам стоматологии: диагностике стоматологических заболеваний, актуальным вопросам эндодонтии, современным взглядам на эстетическую реставрацию (прямую и не прямую), вопросам фармакотерапии в стоматологической практике, оказанию неотложной помощи на стоматологическом приеме, а также современным методикам и технологиям. Понимая, что стоматология не стоит на месте, мы стараемся постоянно расширять свои учебные программы в соответствии с наиболее актуальными клиническими проблемами и пожеланиями наших слушателей.

Мы приглашаем к сотрудничеству лекторов, имеющих свои авторские образовательные программы.

Всегда рады видеть вас в нашем учебном центре.

Получить подробную информацию и записаться на семинар можно на сайте www.biosun.ru или по тел.: (495) 739-7446, 946-36-99, (499) 191-6101.

визуализированного компьютерного тестирования каждому студенту предлагается случайная выборка 100 тестовых заданий по основным дисциплинам. На проведение экзамена отводится 100 мин. Работы фиксируются под фамилией студента в базе компьютерной сети. Оценка заданий осуществляется автоматически (табл. 2).

По сравнению с федеральным тестовым экзаменом компьютерное визуализированное тестирование – более прогрессивный и эффективный метод оценки знаний, поскольку включает в себя большой объем информации по теоретическим, фундаментальным и клиническим дисциплинам в наглядной форме. Его введение в качестве I этапа ИГА повысило уровень требований и объективность оценки знаний студентов, что привело к снижению среднего балла по сравнению с федеральным тестированием с 4,6–4,3 до 4,0 (по пятибалльной системе).

II этап ИГА – проверка практических навыков – проходит в ГКБ № 40 (клиническая база МГМСУ) и включает два подэтапа: практические навыки на муляжах и фантомах и курация больного. Подэтап «Проверка мануальных навыков на муляжах» проводится в конференц-зале терапевтического корпуса больницы, где специально для этого устанавливаются столы с гинекологическим, акушерским, хирургическим инструментарием, лекарственными препаратами; доставляют муляжи для сердечно-легочной реанимации, интубации трахеи, установки мочевого катетера и пальпации предстательной железы, наложения транспортной иммобилизации и разного рода повязок, а также системы для внутривенных инфузий и др.

По билетам, состоящим из трех вопросов, студенты должны выполнить диагностические и лечебные манипуляции на муляжах, показать практические умения и навыки в использовании соответствующего инструментария и аппаратуры. Преподаватели задают и дополнительные вопросы по оказанию экстренной медицинской помощи. Средний балл за этот подэтап – 4,57±0,1 (по пятибалльной системе).

Подэтап «Проверка мануальных навыков у постели больного» проходит в присутствии комиссии, состоящей из специалистов по основным клиническим дисциплинам. К экзамену в отделениях клиники (кардиологическом, гематологическом, общетерапевтическом, хирургическом, онкологическом и гинекологическом) подбирают больных для курации. Цель подэтапа – оценить умения выпускника правильно собирать анамнез, применять способы и приемы физического обследования больного, формулировать предварительный диагноз, составлять план обследования, лечения и последующей реабилитации пациента. Наличие в составе комиссии специалистов по различным клиническим дисциплинам позволило более глубоко рассматривать вопросы дифференциальной диагностики и план дальнейших исследований и лечения. Средний балл за данный подэтап – 4,42±0,1.

При возникновении споров при выставлении оценки комиссия во главе с заместителями председателя по профилям задает студенту дополнительные вопросы. Средний балл за II этап составляет 4,45±0,1.

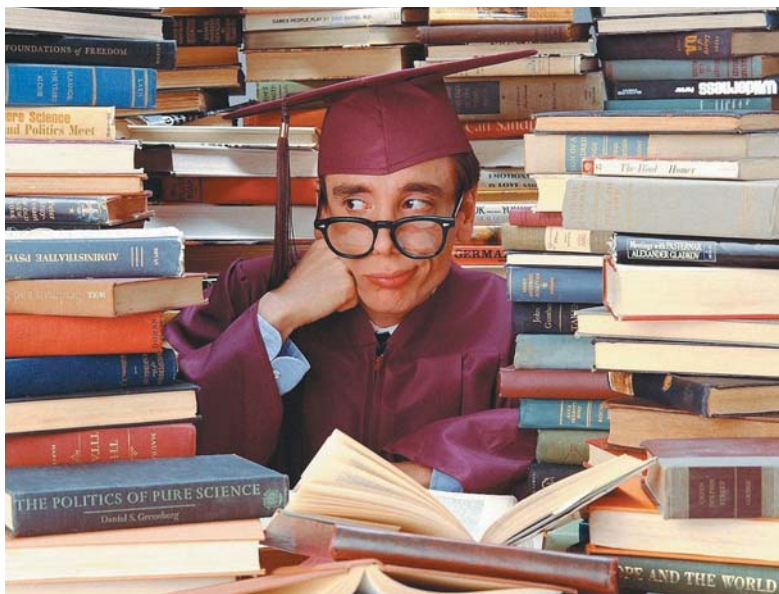
В настоящее время и III этап ИГА проводят в ГКБ № 40. Студентам предлагают экзаменационные задания, включающие междисциплинарные клинические задачи, электрокардиограммы, сонограммы, ЭХО-кардиограммы, рентгенограммы, результаты КТ, лабораторные исследования. Во время собеседования члены экзаменационной комиссии по различным специальностям анализируют результаты предыдущих этапов, задают дополнительные вопросы, затем выставляют итоговую оценку. Средний балл за III этап составляет 4,36±0,1, общий средний балл за ИГА – 4,32±0,1.

В процессе работы над составлением экзаменационных заданий было увеличено количество ситуационных клинических задач, ориентированных на врача общей практики, продолжилась работа над совершенствованием междисциплинарных тестов, дифференциальная диагностика в которых основывается на знании различных клинических дисциплин. С учетом требований национального проекта «Здоровье» при составлении экзаменационных заданий особое внимание уделяют профилактике. Внедрение инновационных технологий дает возможность достаточно объективно определить уровень знаний выпускников по фундаментальным и клиническим дисциплинам.

Анализ результатов ИГА позволил наметить перспективы совершенствования учебно-методической работы, внедрения инновационных технологий, что должно повысить эффективность подготовки молодых специалистов.

Координаты для связи с авторами:

**jenya-doc@mail.ru; +7 (903) 731-1200 – Пономарев
Евгения Юрьевна**



Олимпийская весна на Алтае

Профессор **Светлана Токмакова**, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой

Доцент **Ольга Бондаренко**, кандидат медицинских наук

Доцент **Ольга Сысоева**, кандидат медицинских наук

Кафедра терапевтической стоматологии АГМУ (Барнаул)

Резюме. В Алтайском государственном медицинском университете состоялась III Студенческая межрегиональная олимпиада по терапевтической стоматологии «Восстановление твердых тканей зуба». Олимпийское движение мотивирует к углубленному освоению специальности, формированию неформального молодежного единства стоматологов, способствует укреплению дружбы и сотрудничества медицинских вузов.

Ключевые слова: участник; эстетическая реставрация; тур; ситуационные задачи; компьютерное тестирование.

Olympic spring in the Altai

Professor **Svetlana Tokmakova**, Doctor of Medical Science, Head of Department

Docent **Olga Bondarenko**, Candidate of Medical Science

Docent **Olga Sysoeva**, Candidate of Medical Science

Department of Conservative Dentistry of ASMU (Barnaul)

Summary. III Inter-Regional Student Competition for dentistry Restoration of dental hard tissues was held in the Altai State Medical University. The Olympic movement motivates an in-depth development of the specialty, the formation of non-formal youth unity dentists, promotes friendship and cooperation of medical institutions of the Siberian Federal District.

Keywords: participant; aesthetic restoration; round; situational problems; computer testing.

В марте 2012 г. лучшим студентам стоматологических факультетов вузов Сибирского федерального округа представилась возможность продемонстрировать свои теоретические знания и мануальное мастерство в номинации «Эстетическая реставрация».

В марте в Барнауле на базе Алтайского государственного медицинского университета (АГМУ) прошла III Студенческая межрегиональная олимпиада по терапевтической стоматологии «Восстановление твердых тканей зуба». В этом году значительно расширилась география участников. Екатерина Рачкова представляла Новосибирск, Анна Сапицкая – Омск, Виталий Ванеев – Кемерово, Афина Мойсиева – Иркутск, Гурген Хачатрян – Томск, Инара Велиева – Барнаул.

Торжественное открытие олимпиады состоялось в зале заседаний Ученого совета АГМУ при большом собрании студентов, интернов и клинических ординаторов. Гостей и участников приветствовали ректор АГМУ, профессор В.М. Брюханов, первый проректор В.В. Федоров, проректор по научной работе и инновационному развитию Ю.Ф. Лобанов, проректор по учебной работе И.Е. Бабушкин. С напутственными словами и пожеланиями успехов в соревновании выступили декан стоматологического факультета, профессор Л.Н. Тупикова и заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, профессор С.И. Токмакова.

Состязания начались с теоретического тура, где участники решали ситуационные задачи и проходили компьютерное тестирование. Конкурс мануального мастерства,

проходивший в специально оборудованном фантомном классе, заключался в реставрации фронтальных и боковых зубов. В работе олимпийцы использовали систему абсолютной изоляции рабочего поля раббердамом.

Спонсор олимпиады – новосибирская компания «Новодент» – обеспечила конкурсантов необходимыми инструментами и материалами.

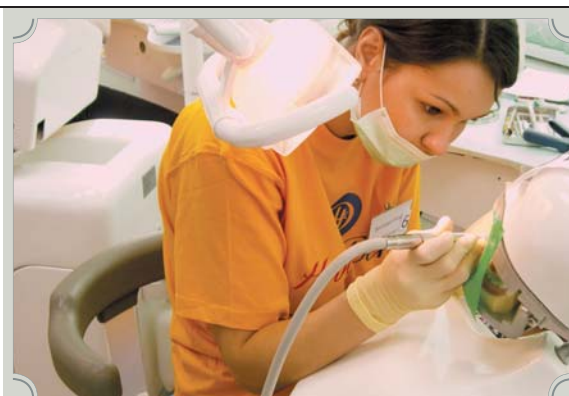
В программу мероприятия был включен и мастер-класс по системе компьютерного моделирования на аппарате CEREC 3, позволяющем автоматически создавать керамические коронки и вкладки. Это первый в мире способ реставрации зубов, выполняющий метрический анализ формы зуба с помощью биогенерической модели.

Работа жюри, в которое вошли профессор С.И. Токмакова, врач-консультант компании Dentsply Н.В. Чечун, доцент В.В. Ванюнина (Новосибирск), доцент О.А. Шелепанова (Кемерово), ассистент М.О. Ключникова (Иркутск), призер полуфинала «Призма-чемпионат», ассистент Е.С. Жукова, была не из легких. Все участники показали отличные знания анатомии зубов и высокий уровень мануальных навыков. После продолжительной дискуссии первое место было присуждено студентке АГМУ Инаре Велиевой. Второе заняла студентка из Омска Анна Сапицкая, «бронза» досталась Виталию Ванееву из Кемерово. Остальные олимпийцы получили памятные призы, дипломы и конечно, положительные эмоции.

После торжественного награждения участников ждали интересная экскурсия по Барнаулу и ужин в дружеской



Участники олимпиады, руководство АГМУ и члены жюри



Практический тур в фантомном классе



Торжественное открытие олимпиады



Мастер-класс на аппарате Ceres ведет доцент А.В. Полухин



Теоретический тур олимпиады: решение ситуационных задач



Организаторы и члены жюри с победителями и призерами

обстановке. Олимпийцы и члены жюри отметили высокий уровень проведения конкурса.

Межрегиональное олимпийское движение помогает внедрению в стоматологическую практику инновационных мировых достижений через обучение самых способных студентов, мотивирует будущих специалистов-стоматологов к углубленному освоению специальности, способствует укреплению дружбы и сотрудничества медицинских вузов.

Координаты для связи с авторами:

**agmutterst@mail.ru, atias@mail.ru; +7 (3852) 42-9857,
+7 (909) 504-4571 – Сысоева Ольга Владимировна**

Предметный разговор

Профессор **Соломон Рабинович**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО

Профессор **Александр Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО

Профессор **Александр Малый**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой факультетской ортопедической стоматологии

Профессор **Алексей Дробышев**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Московский государственный медико-стоматологический университет

Резюме. В апреле 2012 г. прошли деловые встречи профессорско-преподавательского состава стоматологических факультетов МГМСУ и Иерусалимского университета Хадасса (Израиль), входящего в десятку лучших в мире. В 2013 г. факультету исполнится 60. Одним из инициаторов его создания был Альберт Эйнштейн. Члены делегации МГМСУ познакомились с работой стоматологических департаментов факультета и рассказали о подготовке специалистов на руководимых ими кафедрах.

Ключевые слова: стоматологический факультет; кафедра; обучение; круглый стол.

A substantive conversation

Professor **Solomon Rabinowitz**, Doctor of Medical Science, Head of the Department of General Practice and Dental Anesthesiology FPDO

Professor **Alexander Mitronin**, Doctor of Medical Science, Dean of the Faculty of Dentistry, Head of Department of Dentistry and Endodontics FPDO

Professor **Alexander Maliy**, Doctor of Medical Science, Chair of Faculty Prosthodontics

Professor **Alex Drobyshev**, Doctor of Medical Science, Head of the Department of Hospital Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery

Moscow State Medical and Stomatological University

Summary. In April 2012 business meetings were held faculty and dental faculties MSMSU University of Jerusalem Hadassah (Israel), which is part of the ten best in the world. In 2013 the faculty will be 60. One of the initiators of its creation was Albert Einstein. Members of the delegation MSMSU acquainted with the work of dental faculty and departments talked about the training of specialists led by their departments.

Keywords: Faculty of Dentistry; Department; training; round table.

В апреле 2012 г. прошли деловые встречи профессорско-преподавательского состава стоматологических факультетов МГМСУ и Иерусалимского университета Хадасса (Израиль). Тремя годами раньше по приглашению ректора МГМСУ, профессора О.О. Янушевича декан стоматологического факультета Иерусалимского университета, профессор А. Штабхольц приехал в МГМСУ, чтобы познакомиться с образовательным процессом, университетскими клиниками и подписать соглашение о сотрудничестве в области стоматологии.

В 2013 г. стоматологическому факультету Иерусалимского университета Хадасса, входящему в десятку лучших в мире, исполнится 60. Одним из инициаторов его создания был Альберт Эйнштейн. Профессор А. Штабхольц познакомил россиян с возглавляемым им факультетом. В его структуру входят кафедры детской стоматологии, пародонтологии, эндодонтии, ортопедической стоматологии, общественного здравоохранения в области стоматологии, челюстно-лицевой хирургии, ортодонтии, оральной ме-

дицины, челюстно-лицевого протезирования, общей стоматологии и медицины полости рта, на которой студенты и ординаторы изучают вопросы седации, обезболивания, поражения нервов, острой и хронической боли. На факультете есть студенческая клиника, центры лечения зубов под наркозом, эстетической стоматологии, имплантологии, повышения квалификации, а также кафедра научных исследований в области стоматологии с отделением биоврачевания и лабораториями. Входящий в состав факультета Институт стоматологической науки занимается вопросами иммунологии, биофизики, регенерации тканей полости рта, физиологии, интегративной периодонтологии.

В рамках визита российской делегации в составе заведующего кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО, профессора С.А. Рабиновича, декана стоматологического факультета, заведующего кафедрой терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО, профессора А.В. Митронина, заведующего кафедрой факультетской ортопедической стоматологии, профессора А.Ю. Ма-



Содружество ведущих специалистов-стоматологов Израиля и России



Профессор С.А. Рабинович, заведующий кафедрой медицины полости рта, профессор Э. Кауфман, профессор А.В. Митронин



Круглый стол: профессора А.В. Митронин, С.А. Рабинович, А.Ю. Дробышев, А.Ю. Малый, П. Розенфельд



А. Штабхольц (справа) принимает от российской делегации подарки в благодарность за гостеприимство

лого, заведующего кафедрой госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, профессора А.Ю. Дробышева состоялся круглый стол, посвященный подготовке стоматологов на до- и последипломном уровнях. Деканы факультетов обменялись опытом проведения итоговой государственной аттестации выпускников.

Члены делегации МГМСУ познакомились с работой стоматологических департаментов факультета и рассказали о подготовке специалистов на руководимых ими кафедрах. Профессор А.Ю. Малый отметил, что на кафедре факультетской ортопедической стоматологии ведется прием пациентов со всеми патологиями зубочелюстной системы, осуществляется лечение больных группы риска с учетом непереносимости к конструкционным материалам ортопедических конструкций. Александр Юрьевич рассказал также о комплексной тематике научных исследований кафедры.

Профессор А.Ю. Дробышев сделал акцент на сложных операциях в челюстно-лицевой хирургии, сообщил участникам круглого стола о приоритетных направлениях в работе кафедры: лечении врожденных аномалий и деформаций, сосудистых образований челюстно-лицевой области, а также о реконструктивной и пластической хирургии, хирургической подготовке к сложному протезированию. Представил клинические случаи по устранению врожденных и приобретенных дефектов и деформаций челюстей, остеотомии, дистракционному остеогенезу.

Профессор С.А. Рабинович, являющийся президентом Европейской ассоциации по развитию обезболивания в стоматологии, выступил с презентацией современных методов анестезии, комфортных для пациентов.

Профессор А.В. Митронин представил материал о работе кафедр стоматологического факультета и клинических баз МГМСУ, организации учебного процесса в свете требований нового ФГОС.

В Иерусалимском университете большое внимание уделяют развитию кафедры эндодонтии, которую возглавляет профессор Джошуа Мошонов. Профессор А.В. Митронин провел с израильским коллегой переговоры о специализации в этой области, современных технологиях.

Затем профессора МГМСУ посетили профильные кафедры. Их заинтересовали электронные студенческие карты, позволяющие контролировать все – от расхода перчаток и материалов до процесса ведения пациентов.

Российские стоматологи вручили руководству израильского университета русские сувениры и передали приветствие от ректора МГМСУ, профессора О.О. Янушевича. Профессор А. Штабхольц, поблагодарив коллег за дружественный визит, преподнес гостям подарки с символикой иерусалимского стоматологического факультета.

Координаты для связи с авторами:

mitroninav@list.ru; Rabinovich@msmsu.ru

За опытом – в Москву!

Профессор **Александр Митронин**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой

Врач-стоматолог **Андрей Чунихин**, кандидат медицинских наук

Кафедра терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО МГМСУ

Резюме. Весной этого года в деловом центре московской гостиницы «Милан» при поддержке эндодонтической секции StAR и компании «Эндофорум» прошел II Российский эндодонтический конгресс. Научный стоматологический форум предоставил сотням врачей из разных уголков нашей страны уникальную возможность послушать выступления звезд мировой эндодонтии, поделиться опытом и повысить свой профессиональный уровень.

Ключевые слова: эндодонтический конгресс; мастер-класс; выступление; корневые каналы.

For the experience – in Moscow!

Professor **Alexander Mitronin**, Doctor of Medical Science, Head of Department

Dentist **Andrew Chunikhin**, Candidate of Medical Sciences

Department of Dentistry and Endodontics FPDO MSMSU

Summary. In the spring of this year in downtown Moscow hotel Milan with the support of endodontic section of StAR and the company Endoforum passed endodontic II Russian Congress. Scientific Dental Forum has provided hundreds of doctors from different parts of the country a unique opportunity to hear performances of world-endodontics, share experiences and enhance their professional skills.

Keywords: endodontic congress; master-class; performance; root canals.



Гостиница «Милан» принимала почетных гостей

Развитие науки, прогресс в области новых технологий, возрастающие требования к качеству стоматологической помощи требуют от врача-стоматолога не только профессиональных знаний, но и владения новейшими методами в области стоматологии.

Весной этого года в деловом центре московской гостиницы «Милан» при поддержке эндодонтической

секции StAR и компании «Эндофорум» прошел II Российский эндодонтический конгресс. Научный стоматологический форум предоставил сотням врачей из разных уголков нашей страны уникальную возможность послушать выступления звезд мировой эндодонтии, поделиться опытом и повысить свой профессиональный уровень.

На церемонии открытия конгресса президент StAR, профессор В.Д. Вагнер сказал, что в последние годы возможности сохранения зубов с помощью эндодонтического лечения значительно расширились, а присутствие такого количества делегатов, съехавшихся почти со всех регионов России и из заграницы, говорит о возросшей потребности стоматологов в узкой специализации по эндодонтии.

В президиум форума вошли известные стоматологи: председатель эндодонтической секции StAR, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, профессор И.М. Макеева, Почетный председатель эндодонтической секции StAR, профессор Е.В. Боровский, декан стоматологического факультета МГМСУ, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО МГМСУ, главный редактор журнала «Эндодонтия today», профессор А.В. Митронин.

Два дня конгресса были посвящены лекциям, третий – мастер-классам и практическим курсам. Лекционную часть вели профессор А.В. Митронин, заместитель председателя эндодонтической секции StAR, профессор кафедры госпитальной терапевтической стоматологии, пародонтологии и гериатрической стоматологии МГМСУ В.Н. Чили-



Аудитория конгресса



Выступает президент СтАР, профессор В. Д. Вагнер

кин, заместитель председателя эндодонтической секции СтАР, ассистент кафедры терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО МГМСУ А.В. Болячин, член эндодонтической секции СтАР, доцент кафедры терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО МГМСУ Е.А. Ржанов.

По наиболее значимым аспектам диагностики болезней пульпы и периапикальных тканей, эндодонтического лечения на основе новейших медицинских технологий выступили ведущие мировые ученые и практикующие врачи: Джошуа Мошонов (Израиль), Михаил Соломонов (Израиль), Давид Зоннтаг (Германия), Карлос Альберто Рамос (Бразилия), Филипп Шлейман (Ливан), Бен Джонсон (США), Джилберто Дебелян (Норвегия), Филиппо Сантарканджелло (Италия), Дэвид Кларк (США), Биждан Вихеди (Германия). Доклады по актуальным темам зачитали и российские специалисты: профессор И.М. Макеева («Идеальная дезинфекция системы корневых каналов – достижима ли она?»), ассистент А.В. Болячин («Прямое и не прямое покрытие пульпы. Регенеративные методы»),

сотрудник кафедры факультетской хирургической стоматологии и имплантологии МГМСУ И.Н. Выучнов («Критическое восприятие эндодонтического мира. От Хесса до Ахиллеса!»).

Во время мастер-классов участники конгресса приобрели практические навыки по инструментальной обработке корневых каналов с использованием NiTi-инструментов, обучились ирригации и трехмерной obturation системы корневых каналов с помощью новейшего оборудования и современных методик, узнали, как правильно применять операционный микроскоп в работе врача-эндодонтиста.

Впереди IX Всемирный конгресс Международной федерации эндодонтических ассоциаций (23–26 мая 2013 г. Токио), III Российский эндодонтический конгресс (5–7 апреля 2013 г., Москва) и XVI конгресс Европейского эндодонтического общества (12–14 сентября 2013 г., Лиссабон). Так что смело можно сказать: «До скорых встреч, коллеги!».



Профессора И. М. Макеева, Бен Джонсон (США), Е. В. Боровский, А. В. Митронин

Вступление в субкультуру как фактор социализации подростка

Преподаватель **Наталья Воротило**, кандидат психологических наук

Кафедра общей психологии МГМСУ

Резюме. В статье феномен подростковой субкультуры рассматривают в свете изменения возрастной структуры общества. Проводят параллели между современными субкультурами и подростковыми объединениями в традиционных обществах. Анализируют роль обрядов инициации в переживании перехода от детства к взрослости. Обсуждают особенности подросткового возраста, объясняющие существование подростковых объединений: потребность в принадлежности к группе, интерес к внешним атрибутам взрослости, желание обрести социальный статус.

Ключевые слова: подростковый возраст; субкультура; инициация; кризис возрастной стратификации.

Joining the subculture as an adolescent's socialization factor

Teacher **Natalie Vorotilo**, Candidate of Psychology

Department of General Psychology MSMSU

Summary. The phenomenon of adolescent subculture is considered throw the problem of changes of social age structure. Connections are making between modern adolescent subcultures and adolescent unions in traditional societies. The role of initiation ceremonies in experience of transition from childhood to adult is analyzed. There is a discussion about such adolescent's specialties that explain the existence of adolescent subcultures: need of belonging to a group, interest to superficial attributes of adult, desire for find a social status.

Keywords: adolescence; subculture; initiation; age stratification crisis.





Положение подростка в современном мире психологи считают очень шатким, неустойчивым [1, 2, 6]. У каждого возраста есть своя социальная ниша, «ареал обитания». Маленький ребенок прекрасно чувствует себя рядом с родителями и в детском саду. Младший школьник обычно с удовольствием (или хотя бы с достаточным смирением) посещает уроки. Взрослый, в норме, адаптируется к тому, что необходимо работать, что его место в обществе определяется тем, где и как он зарабатывает деньги. Но чем определяется место подростка в социальной жизни?

Безусловно, по факту своей «невзрослости» подросток еще должен находиться вместе с детьми в школе. В то же время современные подростки часто ведут весьма «взрослый» образ жизни, претендуя на зрелость пусть не в содержании, но в форме своих поступков. Нет сомнений, что до настоящей социальной зрелости 13–16-летний школьник еще не дорос. Но и школа не является той комфортной социальной нишей, в которой он мог бы эффективно решать задачи своего развития, главная из которых – становление самосознания. Таким образом, подростку буквально нет места в социуме: ему тесно в школьных рамках, но пока слишком сложно и даже небезопасно вне этих рамок, со взрослыми.

Изменение положения подростков в современном обществе

Описанная ситуация не нова. По сути, подростковый возраст и есть переходный этап – мостик между детством и взрослостью, временное прибежище, которое необходимо посетить, чтобы достичь зрелости. Переходный характер этого возраста не предполагает какой-либо стабильности для своего обитателя. Скорее, доминанта возраста – постоянное развитие, движение к будущему, нацеленность на него. Неслучайно в отечественной психологической традиции одним из признаков подросткового возраста считается так называемое чувство взрослости [9]. Заметим, не взрослость как таковая, а только чувство. Для подростка оно ориентир и высшая ценность: чувствовать себя взрослым – достижение этого возраста, быть взрослым – ближайшая перспектива.

Собственно, само по себе возникновение подросткового возраста в структуре жизненного цикла человека обусловлено необходимостью для детей присмотреться к взрослости, поучиться ей. В обществе с относительно простой социально-экономической структурой такой необходимости не было: вплоть до конца XIX в. подросткового возраста не существовало, ребенок автоматически переходил в статус взрослого, как только мог выполнять общественно полезную работу. В связи с усложнением экономических отношений появилась потребность в обучении будущих взрослых новым трудовым навыкам. Следовательно, причины появления подросткового возраста сугубо экономические, а не внутренние, связанные с бурными изменениями в организме. Вопреки распространенному убеждению, биологическое созревание само по себе может протекать без всяких психологических потрясений для самого подростка и его окружения. Об этом свидетельствуют этнографические данные о взрослении в традиционных культурах. Например, известный этнограф Маргарет Мид еще в середине XX в. показала, что на островах Самоа подростковый кризис в нашем представлении отсутствует, взросление протекает без резких скачков и эмоциональных всплесков [6].

Итак, подростковый возраст не запрограммирован природой, а порожден самим обществом, существующей системой социально-экономических отношений. В иной системе отношений и членение жизненного цикла может быть принципиально иным. Так, в племени нуэр в XIX в. существовало всего два возраста в жизни мужчины – сыновний и отцовский [3].

Принимая во внимание этнографические данные, можно убедиться, во-первых, в том, что структура жизненного пути человека задается социумом, а во-вторых, что эта структура не является постоянной.

По каким причинам время от времени появляются новые возрасты?

В психологии есть представление о кризисах возрастной стратификации. Время, когда внутри устоявшейся системы возрастов возникает новый, качественно другой возрастной этап, собственно и является кризисным. Вся система как бы вздымается изнутри, когда в ней вызревает новый возраст. Перестраивается весь жизненный цикл человека. Этот процесс спровоцирован изменением социальных условий, которые задают качественно новые задачи развития. Например, необходимость профессионального обучения перед вступлением в трудовую деятельность вынудила общество дать подрастающим детям отсрочку от взрослости – так появился подростковый возраст, возраст школьного обучения. Но общество усложняется, и структура жизненного цикла может измениться вновь, если существующая модель развития не будет в полной мере готовить ребенка к взрослой жизни.

Ряд психологов полагают, что сегодня мы стоим на пороге очередных изменений в возрастной стратификации общества [2]. У этого явления есть характерные признаки и вероятные причины. Речь идет в первую очередь о подростках и о том, что вместо того, чтобы готовиться к взрослой жизни, как это положено им по статусу, они совершают все возможные действия, чтобы поколебать спокойствие социума, который столь любезно предоставил им отсрочку от взрослых забот. Другими словами, подростковый возраст перестает выполнять те функции, которые были на него исторически возложены. Каковы сейчас задачи развития в подростковом возрасте? Изначальная задача – профессиональное обучение – отодвинута на возраст молодости. А подростковый возраст стал своеобразной «подготовкой к подготовке» к взрослой жизни. И происходит эта подготовка в тех же условиях, что и учебная деятельность младшеклассников. Извечная дилемма подросткового возраста: объективные условия те же, а требуют от тебя большей самостоятельности, ответственности. Чем отвечает на это требование подросток? Точно не повышением эффективности обучения: среднестатистический подросток в школе не столько учится, сколько проводит время, пытаясь всеми правдами отлынивать от учебы. Массовое падение мотивации к учебе в средней школе стало притчей во языцех. В чем причина этого явления, с которым, кажется, сами учителя уже почти готовы смириться, списывая проблему на особенности «трудного возраста»? Система школьного обучения за последние десятилетия не так сильно изменилась. Едва ли педагоги вдруг стали плохими. Видимо, другими стали дети.

Сегодняшние подростки другие в том, что существующие условия развития очень мало способствуют их будущей социальной адаптации. Своим поведением они буквально расшатывают систему школьного обучения, сводя к минимуму усилия своих учителей. Те констатируют: дети стали трудными.

Эмпирические данные психологических исследований подтверждают: подростки стали другими, их развитие, образ мыслей уже не во всем соответствуют хрестоматийному представлению о том, как это развитие должно протекать [2]. Главное новшество последних десятилетий состоит в том, что упомянутое выше «чувство взрослости» по-другому переживается сегодняшними подростками. Да, они по-прежнему подчеркивают свою взрослость, свою отличность от детей. Но при этом быть взрослым для современного подростка все реже становится привлекательным: дети не хотят взрослеть. Для психологии подросткового возраста это сродни революции: получается, что взрослость уже не является ориентиром, заветной целью для сегодняшнего подростка, а это прямое нарушение законов развития, ведь в каждом возрастном этапе заложено стремление к этапу следующему. Сейчас же взрослость как будто утратила свою ценность. В чем



причина? Сами подростки все чаще говорят о том, что взрослые обязанности и само устройство взрослого мира для них совсем непривлекательны, лучше было бы навсегда остаться ребенком [2]. Непонятно, почему вдруг подростки стали столь скептически по отношению к миру взрослых. Тот факт, что жизнь их родителей полна забот, всегда был на виду у детей, однако это не мешало им стремиться вырасти.

Итак, положение подростка в обществе сегодня характеризуется двумя моментами. Во-первых, подросток все тот же бунтарь, протестующий против требований, указаний, норм – всего, что исходит от взрослых. Особенно ярко протестное поведение проявляется в падении учебной мотивации, в том, что подросток перестает выполнять свои школьные обязанности, в целом негативно воспринимает свое пребывание в школе. Учителя говорят, что дети стали неуправляемы. Педагоги высшей школы чувствуют отсроченные последствия школьной дезадаптации, когда сталкиваются с узким кругозором и пробелами в базовом образовании своих подопечных. Однако все перечисленное вполне вписывается в общую тенденцию поведения подростка, хоть и представляет собой его утрированные формы. Новшество составляет вторая тенденция: инфантилизация подростков, их нежелание взрослеть, непривлекательность для них взрослого статуса, т.е., по сути, по-

теря ориентиров развития. Это может быть свидетельством кризиса и предвестником изменений в структуре общества.

Своим протестом как против собственного актуального статуса, так и против будущего сегодняшние подростки словно вызывают к обществу с требованием предоставить им социальную нишу, помочь в решении возрастных задач какими-то новыми способами. До тех пор же, пока общество не выполнило это требование, подростки самостоятельно решают задачи самоопределения, порой вызывая непонимание, недоумение или гнев взрослых. С попытками найти себя связано появление яркого и неоднозначного явления современного социума – молодежной субкультуры.

Общая характеристика феномена субкультуры

В общем смысле субкультура – это любая культура, альтернативная общепринятой. Так, говорят о детских субкультурах – особом детском сообществе с характерными занятиями (играми), ритуалами, фольклорными элементами (поговорки, анекдоты и т.п.) и особыми нормами поведения (нельзя обзывать, ябедничать и т.п.).

Субкультура в молодежной среде – явление относительно новое: первые объединения молодежи со специфическими атрибутами сплоченной субкультуры появились в Англии не ранее середины XX в. Это были так называемые тэдди бойз – рабочая молодежь, которая тратила заработанные деньги на яркую, необычную одежду, пытаясь подчеркнуть свое отличие от серой массы. Позднее данное движение пришло в нашу страну под названием «стиляги». Также в Советском Союзе прижились субкультуры хиппи и неформалов. Однако в целом социализацией подрастающего поколения руководили институты пионерии и комсомола, поэтому особой потребности в субкультурах у большей части подростков не было, соответственно не было и самих субкультур.

С распадом СССР и утратой институтов социализации в обществе возникло пространство для неформальных молодежных образований. Сегодня субкультур великое множество. Каждая из них имеет собственный внешний облик, утвержденные нормы поведения, декларируемые ценности, характерный стиль взаимодействия с окружающим миром, собственный язык [8]. Вот лишь некоторые из распространенных сегодня субкультур и их краткая характеристика:

◆ **готы** – поклонники готической культуры в музыке (направление готик-рок) и внешнем облике (преобладание черного цвета), интересы сосредоточены в области мистического, в теме смерти;

◆ **панки** (от англ. «отбросы») – отрицают всякую структуру, власть, нормы приличия; во внешнем виде стремятся к яркости, вычурности; эпатажируют поведением и внешним обликом; по происхождению и по сути панк – дурашливый «младший брат» серьезной готической субкультуры;

◆ **фанаты** – объединения болельщиков футбольных клубов, агрессивно настроенные по отношению к болельщикам команды-противника;

◆ **скинхеды** – националисты, крайне агрессивно настроенная субкультура;

◆ **эмо** – субкультура, признающая главной ценностью спонтанное выражение любых эмоций; характерны особенности внешнего облика: сочетание черного (символизирует смерть, боль, негативные эмоции) и розового (для эмо цвет эмоциональности) цветов; единый стиль одежды, причесок, даже макияжа для мальчиков и девочек;

◆ **анимешники** – поклонники японских мультфильмов (аниме); в одежде используют яркие детали, напоминающие о героях комиксов;

◆ **ролевики (толкиенисты)** – увлекаются сказочными сюжетами книг Дж.Р.Р. Толкиена и других писателей-фантастов, воспроизводят их в реальной жизни в своей одежде, в ролевых играх;

◆ **стрэйт-эдж** (буквально «острый край», «проверочная линейка») – противники алкоголя, курения, наркотиков, беспорядочных половых связей, протестующие против того, что эти пороки общество навязывает молодежи в целях экономической выгоды.

ДЕТИ НЕ ХОТЯТ ВЗРОСЛЕТЬ. ДЛЯ ПСИХОЛОГИИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ЭТО СРОДНИ РЕВОЛЮЦИИ: ПОЛУЧАЕТСЯ, ЧТО ВЗРОСЛОСТЬ УЖЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОРИЕНТИРОМ, ЗАВЕТНОЙ ЦЕЛЮ ДЛЯ СЕГОДНЯШНЕГО ПОДРОСТКА, А ЭТО ПРЯМОЕ НАРУШЕНИЕ ЗАКОНОВ РАЗВИТИЯ, ВЕДЬ В КАЖДОМ ВОЗРАСТНОМ ЭТАПЕ ЗАЛОЖЕНО СТРЕМЛЕНИЕ К ЭТАПУ СЛЕДУЮЩЕМУ.

Однозначного ответа на вопрос о том, почему один подросток становится эмо, а другой панком, не существует. Вероятно, многое зависит от особенностей темперамента: кому-то больше по душе одеваться во все черное и грустить с мыслями о смерти в компании таких же печальных друзей, а кто-то переполнен энергией и готов пустить ее в драку до и после футбольного матча (и даже вместо). Немаловажны музыкальные предпочтения: многие субкультуры концентрируются вокруг какого-либо музыкального направления (панк, готика, металл и т.д.). Наконец, у подростка могут быть ведущие потребности, которые не удастся удовлетворить в повседневной жизни, а определенная субкультура дает для этого возможность.

Так в чем же привлекательность субкультур для подростка?

Родители, которые видят своего сына зашнуровывающим розовые шнурки на белых кедах и поправляющим длинную челку над накрашенными глазами, неизменно задаются этим вопросом. Не меньше он волнует родителей девочки с красно-зелеными волосами, оглушающей соседней панк-роком. Попробуем ответить им.

С точки зрения психологии развития, подростковый возраст – возраст самоопределения. Другими словами, для подростка жизненно важно ответить себе на вопрос: «Кто я?». Это основная психологическая задача возраста, главная проблема, с которой сталкивается индивид. Но как это сделать? Вероятно, самой природой заложено: человек не может иначе определить себя, как только в сравнении с другими, в объединении с ними. Чтобы узнать самого себя, подросток сначала должен узнать, что такое «мы». Переживание опыта единения с другими необходимо для самоопределения. Отсюда – феномен подростковой дружбы, которая одновременно и избирательна (культ лучшего друга), и неразборчива (подростки дружат целыми дворами, районами, собираются непременно большими компаниями; не принадлежащий ни к какой компании почти всегда изгой). Стихийные подростковые группировки существуют практически во всех культурах, причем их этнографические описания поразительно схожи: в основном объединяются мальчики (девочки обычно больше заняты домашними делами), в группах существует иерархическая структура и ярко выраженное чувство «Мы», подростки общаются с помощью тайного языка [3]. Повсеместность подростковых объединений свидетельствует о том, насколько важно в этом возрасте идентифицироваться с какой-либо группой.

Единение подростков вполне может окрашиваться идеями социальной направленности или идеологией. Яркие исторические примеры последней – пионерская организация, Гитлерюгенд. Однако с равным успехом это единение возникает вокруг любой общей идеи, такой как футбольный клуб или просто общий район проживания. Подростки могут воспринять идеологию как стержень своего объединения, но в его отсутствие они столь же легко создадут этот стержень сами: объединяться всегда проще за что-то и желательно против кого-то. Отсюда феномен разнообразия и часто асоциальности субкультур в современной России: после утраты идеологии, сообщавшей подростковым объединениям социальную направленность, общество предоставило подросткам право самостоятельно решать, какая идея станет для них объединяющей. Подростки же смогли лишь скопировать в своих группах структуру и нравы общества постсоветского периода, где взрослые были в основном заняты борьбой за выживание.

Итак, подросткам важно объединяться, и если им не дать возможность сделать это в социально одобряемых рамках,

они объединятся так, как сумеют. Действительно, потребность ощутить чувство «мы» у подростков обострена. Но почему же, настаивают родители, для этого непременно нужны красно-зеленые волосы и розовые шнурки?

Этим вопросом (пусть не в такой буквальной формулировке) задаются родители на протяжении всей истории человечества. Удивительно, но каждое новое поколение детей находит новые способы поразить воображение родителей своим внешним видом. Еще не так давно длинные волосы у молодого человека или брюки на девушке были предметом если не осуждения, то пристального внимания. Сегодня дети делают на голове ирокезы и заплетают дреды, отказываются от одежды своего пола и носят серьги во всех частях тела. Все это – лишь форма. Она меняется, чтобы содержание не утратило своей остроты: содержание в том, чтобы выделиться, показать свою уникальность и через реакции других людей убедиться в собственной индивидуальности. Кроме того, ребенку крайне важно проявить самостоятельность в выборе внешнего облика, а для этого наиболее действенным будет полностью отказаться от того облика, который предлагают родители.

Сложно поверить, но наши предки, которых сегодня мы назовем людьми первобытными, были более чуткими к потребностям подрастающего ребенка. Они гораздо лучше, чем большинство сегодняшних родителей, понимали, что подростку необходимо обособиться, почувствовать себя другим, изменившимся. Можно сказать, первобытные взрослые опережали само появление этой новой потребности ребенка, предлагая ему удобную, понятную форму перехода в новый статус – обряды инициации.

Феномен инициации в традиционном обществе

Этнография обладает огромным багажом материалов, свидетельствующих о многообразии обрядов инициации в традиционном обществе. Такие обряды сопровождали все важные переходные моменты в жизни человека: рождение, взросление, женитьбу, смерть. Отголоски этих ритуалов и сегодня слышны в хитросплетении суеверий, окружающих такой, например, важный момент, как рождение ребенка. Однако сегодня мы редко вдаемся в подробности происхождения и значения этих ритуалов, тогда как для наших предков они были полны смысла.

Остановимся на обрядах инициации, которые сопровождали взросление в славянской культуре. Известно, что древние славяне придавали огромное значение периоду достижения физической и социальной зрелости. Переход от детства к взрослости трактовался ни много ни мало как смерть одного существа, ребенка, и рождения его в другом воплощении, взрослом. Эта символическая смерть оформлялась должным образом: вчерашний ребенок, одетый в неподпоясанную рубаху, получал новую, взрослую одежду;



мальчики проходили испытание на выносливость (например, им часто наносили на тело татуировки), девочки – на владение женскими хозяйственными навыками. С момента прохождения инициации дети официально вступали в возраст сватовства [7].

Этнографические описания взросления в традиционных обществах изобилуют весьма жестокими, варварскими, на наш взгляд, примерами. Переход к взрослости часто обозначался болезненными ритуалами, различными биологическими и социальными табу, изоляцией подростков. Например, обряды, связанные с половой инициацией, нередко заключались в обрезании как мальчиков, так и девочек (разумеется, без обезболивания). В племени масаев после этой суровой процедуры мальчики 14 лет отделяются от семьи и живут самостоятельно со сверстниками, ведут кочевой образ жизни и не имеют права воссоединиться со своими родными вплоть до достижения 20-летия. Во многих племенах границу между детством и взрослостью означает нанесение специальной татуировки и мальчикам, и девочкам. При этом иногда татуирование растягивается на несколько лет, что символизирует постепенный переход в новый статус [3].

Помимо различных физических манипуляций, инициации обычно включают в себя период обучения подростка. Как правило, оно происходит по интенсивной программе и с полной включенностью в процесс: детей на время отселяют в специальные дома, где они под руководством опытных наставников (обычно того же пола, что сам под-

растающий ребенок) осваивают как хозяйственно-бытовые навыки, так и элементы сакрального знания, необходимого для вступления в брак и исполнения мужских или женских функций в обществе. Ребенка посвящают в различные аспекты взрослой жизни. По окончании инициации он полностью готов к исполнению своей социальной роли.

Итак, переход к взрослому статусу в традиционном обществе не представляет трудностей. Момент этого перехода четко устанавливается социумом, сам подрастающий ребенок не может ни ускорить процесс, ни замедлить его. Обряды инициации обозначают водораздел между двумя статусами кардинальным образом, нередко трактуя переход как умирание и возрождение. И, самое главное – то, чего лишен современный подросток – факт проведения инициации означает для общества, что ребенок вырос, что он теперь такой же взрослый, с ним теперь нужно считаться. Он прошел испытания и стал равным. Признание окружающими нового статуса – вот то, чего тщетно добивается всеми своими усилиями современный подросток. В этом суть утраченных сегодня обрядов инициации.

Вернемся к главному вопросу: зачем подростку субкультура?

Во-первых, субкультура – необходимое подростку объединение, закрепленное собственными нормами и ценностями и, что особенно важно, отделенное от культуры взрослых. Внутри объединения подросток получает возможность почувствовать себя «своим», принимаемым, понимаемым. Субкультура с ее яркими атрибутами обеспечивает мощное чувство «мы», противопоставленное аморфному «не мы».

Во-вторых, вступление в субкультуру всегда связано с ритуалами посвящения. Это могут быть чисто внешние преобразования: кардинальная смена одежды, прически, других имиджевых атрибутов. Могут быть и определенные действия: например, в иерархии субкультуры футбольных фанатов привилегированное положение занимают участники, которые выезжают на матчи в другие города, особенно в те, где имеются большие группы поддержки местных клубов-соперников. Выезд на матч – своего рода ритуальное действие, обеспечивающее признание единомышленников. Особенно ритуализирована жизнь той части фанатов, которая называет себя хулиганами (hooligan's, hools). Как и следует из названия, хулиганы наиболее агрессивно настроены. Участвовать в драках с фанатами команды-соперника для них является обязанностью. У хулиганов особая атрибутика: она пронумерована и закреплена за конкретным фанатом. Потеря, к примеру, шарфа строго карается, вплоть до исключения из группировки. Зато если в драке хулиган добыл шарф соперника, то этот трофей принесет ему почет и уважение в своей группе [4]. Как видим, нравы этих объединений весьма суровы и напоминают скорее о военной организации, а не о легкомысленной подростковой компании.

В-третьих, в субкультуре подросток обретает совершенно иной социальный статус. В обычном мире он не более чем ученик, ребенок – тот, от кого прежде всего ждут выполнения обязанностей, соблюдения установленных норм. «Вот вырастешь, тогда и будешь сам за себя решать», – типичная позиция родителей, которые не желают дать подростку возможность становиться самостоятельным из страха за него (или из другого страха – потерять над ребенком контроль). Бесспорно, переживать за ребенка, в том числе за его безопасность – естественно для родителей. Но для подростка столь же естественно стремиться к самостоятельности, независимости, утверждаться в новом для себя статусе взрослого человека. Чем настойчивее родители продолжают держать в руках нити управления своим ребенком, тем отчаяннее он будет сопротивляться их влиянию, справедливо принимая его за попытку не дать ему повзрослеть. Такому подростку субкультура дает заветное чувство взрослости: я сам решаю, сам устанавливаю свое место в этой социальной иерархии за счет своих спо-

ПЕРЕЖИВАТЬ ЗА РЕБЕНКА, В ТОМ ЧИСЛЕ ЗА ЕГО БЕЗОПАСНОСТЬ – ЕСТЕСТВЕННО ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ. НО ДЛЯ ПОДРОСТКА СТОЛЬ ЖЕ ЕСТЕСТВЕННО УТВЕРЖДАТЬСЯ В НОВОМ ДЛЯ СЕБЯ СТАТУСЕ ВЗРОСЛЕЮЩЕГО ЧЕЛОВЕКА. ЧЕМ НАСТОЙЧИВЕЕ РОДИТЕЛИ ПРОДОЛЖАЮТ ДЕРЖАТЬ В РУКАХ НИТИ УПРАВЛЕНИЯ, ТЕМ ОТЧАЯННЕЕ РЕБЕНОК БУДЕТ СОПРОТИВЛЯТЬСЯ ИХ ВЛИЯНИЮ.

собностей, личных качеств. Так, возвращаясь к футбольным фанатам, если в этой жесткой организации подростку удастся завоевать статус привилегированного участника, это дает ему возможности влиять на других и, следовательно, чувствовать свою социальную значимость.

И в-четвертых. Возникает вопрос: нельзя ли достичь все тех же результатов за счет какой-то социально полезной активности подростков? Например, работающий подросток автоматически получит статус взрослого, самостоятельного, в коллективе он может обрести чувство общности и пройти необходимые обряды посвящения. Ответ: и да, и нет. Подросток, вынужденный работать, становится взрослым и теряет преимущества своего беззаботного возраста, упускает единственную в своем роде возможность попробовать, поиграть во взрослость. Один из ведущих исследователей подросткового возраста Вильям Штерн говорил, что основное содержание любой деятельности в этом возрасте – серьезная игра. Субкультура – это как раз такая игра, где есть утвержденные роли и сценарий поведения, заданный социальными нормами. Подросток может абсолютно искренне разделять ценности своего объединения, какими бы причудливыми они ни казались со стороны, и очень болезненно относится к тому, что кто-то эти ценности принижает. Если весь мир – театр, то

в подростковом возрасте это театр драмы, и все представления в нем костюмированные – отсюда такое внимание к своему внешнему облику. Общность в одежде и других внешних атрибутах – знак того, что мы играем одну пьесу (читай: разделяем общие ценности). Если же ты «из другой оперы», твое мнение не может быть важно, его просто нет. Это игра для избранных, для своих, это таинство возраста, которое необходимо постигнуть лишь однажды. И так, подростку нужна эта игра, она его сущность. Но в интересах социума игра может и должна быть организована на основании приемлемых социальных норм. Сегодня есть попытки возродить подростковые объединения социальной направленности [5]. Организуемые подготовленными специалистами, имеющими четкое представление о психологических особенностях подросткового возраста, данные объединения большое внимание уделяют ритуалам инициации, а также атрибутике для своих участников. Новшество состоит в том, что эти организации нацелены на развитие социальной ответственности и самостоятельности подростков. В нашем обществе

такие организации, возможно, единственное средство воспитать в детях интерес к социуму, широкому социальному сотрудничеству, сформировать уверенность в том, что собственная активность может изменить сложившуюся систему. Подростки – та часть общества, которая еще

готова меняться и которая в ближайшем будущем сможет сама изменить наше общество. В каком направлении пойдут эти изменения, зависит от того, как мы, взрослые, сумеем организовать ситуацию взросления наших детей.

Координаты для связи с авторами:

or9700@gmail.com; +7 (495) 671-74-62

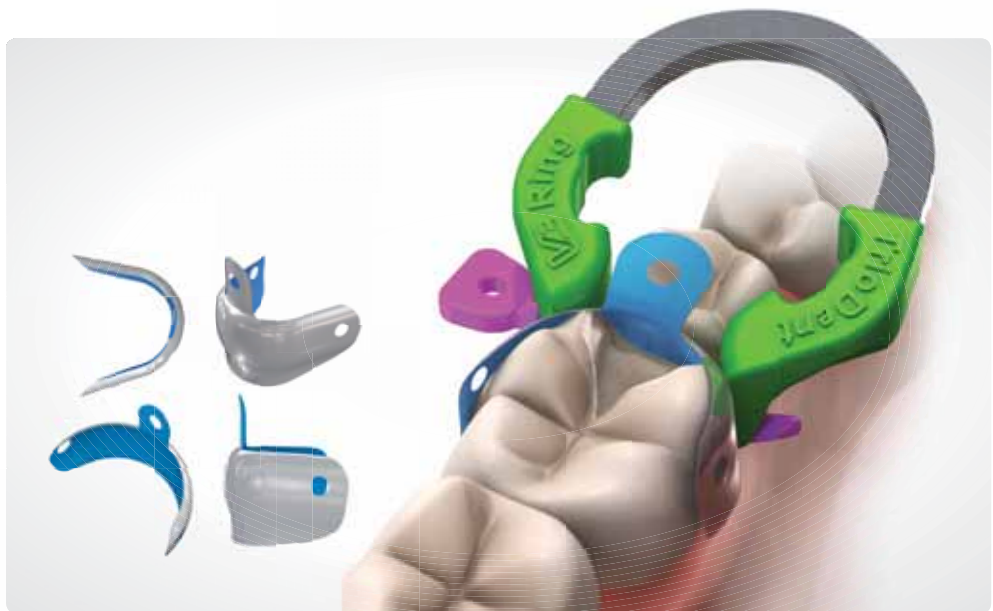
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Выготский Л.С. Собр. соч. – М.: Педагогика, 1983, т. 4, 400 с.
2. Карабанова О.А. Возрастная психология.//Конспект лекций. – М.: Айрисс-пресс, 2005, 238 с.
3. Кон И.С. Ребенок и общество. – М.: Наука, 1988, 270 с.
4. Молодежный субкультурный портал. – <http://nefor-mal.ru/subkultury-2/fanat/>
5. Мухина В.С. Инициации подростков во временных объединениях как условие личностного роста. – Развитие личности, 2000, № 1, с. 79–107.
6. Обухова Л.Ф. Возрастная психология.//Уч. пособ. – М.: Педагог. общество России, 1999, 442 с.
7. Семенова М.В. Быт и верования древних славян. – СПб.: Азбука-классика, 2001, 556 с.
8. Шабанов Л.В. Социально-психологические характеристики молодежных субкультур: социальный протест или вынужденная маргинальность. – Томск: ТГУ, 2005, 396 с.
9. Эльконин Д.Б., Драгунова Т.В. Возрастные и индивидуальные особенности младших подростков. – М.: Просвещение, 1967, 156 с.



SUPER-SNUG, NON-STICK

Преанатомизированная анатомическая матрица со специальным покрытием



Реклама

- + Сохраняет анатомическую точность реставрации.
- + Легкое наложение и удаление благодаря нелипнущей поверхности.
- + Идеальная адаптация в маргинальной области.
- + Все SUPERCURVE матрицы – цветокодированы.



Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»
123308, г. Москва, Новохорошевский проезд, 25, тел./факс: 8 (499) 946-4610
тел.: 8 (499) 946-4609, 946-3999, 191-1268, e-mail: shop@medenta.ru, www.medenta.ru



32-й Московский
международный
стоматологический форум
Международная выставка

Дентал-Экспо

17-20 сентября 2012

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

На графиках рекламы



Организатор

DENTALEXPO®
www.dental-expo.com

Генеральный спонсор выставки
"Проктер энд Гэмбл"



Генеральные
информационные
партнеры

Стоматология
СЕГОДНЯ
DENTAL FORUM