

Уважаемые читатели!

Этот номер завершает юбилейный, 2012-й, год – год 90-й годовщины МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России и 10-летия журнала Cathedra.

Я от всей души хочу поблагодарить тех, кто прислал поздравления в адрес МГМСУ и нашего издания: организации, специалистов, руководителей и профессоров медицинских вузов России, зарубежных партнеров и коллег, в том числе декана стоматологического факультета Иерусалимского университета Хадасса, профессора Адама Штабхольца, декана Токийского стоматологического колледжа, профессора Йошитову Иде и заместителя декана, профессора Тору Сато. МГМСУ был и остается одним из ведущих медицинских вузов России. Мы надеемся, что славная история университета не прервется еще долгие годы, а сегодняшние руководители, преподаватели и студенты вуза станут достойными продолжателями традиций, заложенных нашими учителями. Я желаю творческих успехов, научного прогресса, благополучия и доброго здоровья каждому из вас, а родному вузу – процветания и новых славных имен, которые золотыми буквами будут записаны на скрижалях МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Среди заметных событий периода, минувшего со дня выхода прошлого номера журнала, я бы отметил прошедший во Франции 38-й конгресс Европейской ассоциации стоматологического образования (ADEE), в котором приняла участие делегация нашего университета, и XIII съезд СтАР, собравший российских стоматологов в Центральном доме ученых РАН. На этом мероприятии был избран новый президент Ассоциации – В.В. Садовский. Нельзя не сказать также о научной конференции в честь 50-летия ЦНИИС и ЧЛХ, IX Всероссийском съезде стоматологов и большом праздничном концерте по случаю 90-летия МГМСУ, отгремевшем в ГЦКЗ «Россия» в Лужниках.

В этом номере мы расскажем о некоторых из перечисленных событий и, как всегда, не оставим без внимания наши постоянные темы – научные исследования и открытия, современные технологии оказания стоматологической помощи и новинки рынка, дадим советы практикующим специалистам и поможем молодым врачам освоить их нелегкую, но благородную профессию.

В заключение хочу сообщить нашим постоянным читателям и авторам приятную новость: решением Президиума Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации журнал «Кафедра. Стоматологическое образование» вновь включен в перечень ведущих рецензируемых научных изданий, в которых могут быть опубликованы основные результаты диссертационных работ на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

С наступающим вас Новым годом! Пусть он принесет мир, удачу и счастье в ваши дома!



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 им. А.И. Евдокимова Минздрава России,
Овсепян А.П., директор

ШЕФ-РЕДАКТОР

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

РЕДАКЦИЯ

Михайловская Наталия, главный редактор
Шаповалова Анетта, дизайнер

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Арутюнов С.Д., профессор, д. м. н. (Москва)
Дробышев А.Ю., профессор, д. м. н. (Москва)
Лебедеко И.Ю., профессор (Москва)
Маев И.В., член-корр. РАМН, 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 Haustein), 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, содержа-
щихся в статьях, несут их авторы. Научные материалы рецензируются.
Перепечатка только с разрешения редакции.

ТИПОГРАФИЯ

ООО «Типография Мосполиграф»; тираж 2500 экз.



04 С НОВЫМ ГОДОМ!

МЕДИЦИНСКИЙ ГОРОСКОП НА 2013 ГОД

06 ПОЗДРАВЛЯЕМ!

НЕДЕЛЯ ТОРЖЕСТВ (МГМСУ – 90 ЛЕТ)

Александр Митронин

12 НОВИНКИ СТОМАТОЛОГИИ

ВЗГЛЯД НА РЫНОК

14 ИНСТРУМЕНТЫ AMERICAN EAGLE: СДЕЛАНО В АМЕРИКЕ

17 ЭНДОДОНТИЯ БЕЗ ПРОБЛЕМ

18 ПРЕИМУЩЕСТВА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ КАПП

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

22 ОСОБЕННОСТЬ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Татьяна Сашкина, Марина Маркина, Изольда Салдусова, Светлана Соколова, Олег Зайченко

26 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА И УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ О МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ У ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ

Елена Маслак, Татьяна Гоменюк, Елена Гоменюк

НАУЧНЫЙ ОБЗОР

30 СОЧЕТАНИЕ ВЫСОКИХ ГАЛЬВАНИЧЕСКИХ ТОКОВ И ОЧАГА ВОСПАЛЕНИЯ – ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ГАЛЬВАНИЗМА

Константин Лебедев, Олег Янушевич, Нугзар Журули, Юрий Максимовский, Александр Митронин, Инна Понякина, Людмила Саган, Сергей Легошин, Галина Пашкова, Екатерина Просфирова, Георгий Журули, Ирина Потемкина

ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

40 НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ СИЛЕРОВ НА ОСНОВЕ МИНЕРАЛЬНОГО ТРИОКСИД АГРЕГАТА

Л. Мади, Б. Роса

44 НЕПРЯМАЯ РЕСТАВРАЦИЯ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕРИАЛОВ КОМПАНИИ DENTSPLY™

Дмитрий Копылов

50 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИЯМИ ЭМАЛИ, ИНДУЦИРОВАННЫМИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ КИСЛОТНЫМ РЕФЛЮКСОМ

Дмитрий Трунин, Николай Крюков, Ольга Данейкина

EX CATHEDRA

54 КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ. СОЗДАНИЕ БЕЗОПАСНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА ПЕРСОНАЛА

Владимир Вагнер, Вячеслав Ларионов, Людмила Смирнова, Владимир Пешков, Светлана Морозова, Александр Гуськов, Любовь Филимонова

58 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПОДРОСТКОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Александр Оправин, Людмила Кузьмина, Марина Егулева, Николай Ишеков

ВЫСШАЯ ШКОЛА

62 ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТИ) 060201 «СТОМАТОЛОГИЯ» (КВАЛИФИКАЦИЯ (СТЕПЕНЬ) «СПЕЦИАЛИСТ»).

Продолжение

66 ТРИДЦАТЬ ЛЕТ СПУСТЯ

Александр Митронин

67 ОБЩЕСТВЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ В РОССИИ И МИРЕ

Татьяна Воровченко

МИР СТОМАТОЛОГИИ

70 МИЛЛИОН ЗА УЛЫБКУ!

Александр Митронин

73 ЛИОН – БИРМИНГЕМ: ЭСТАФЕТА ПРИНЯТА

Александр Митронин, Эдит Кузьмина

ПСИХОЛОГИЯ

74 СТОМАТОЛОГИЯ ДОЛЖНА И МОЖЕТ БЫТЬ КОМФОРТНОЙ

Артем Овсянин



ПОМНИМ



23 октября 2012 г ушел из жизни проректор по воспитательной работе и связям с общественностью МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, доктор медицинских наук, заслуженный врач Российской Федерации, кавалер ордена «Почета» и ордена Русской Православной Церкви «Святого Преподобного Сергия Радонежского», медали «За заслуги перед Отечеством» II степени, профессор **Казбек Георгиевич Дзугаев**. В следующем году, 18 мая, ему исполнилось бы 70 лет.

Вся жизнь Казбека Георгиевича была неразрывно связана с Московским государственным медико-стоматологическим университетом, в котором он прошел путь от абитуриента до выпускника лечебного факультета (первый выпуск), от доцента кафедры психиатрии до профессора, от секретаря комсомольской организации ММСИ имени Н.А. Семашко до проректора ведущего стоматологического вуза страны. Он навсегда останется в нашей памяти человеком с большим сердцем, колоссальными знаниями, профессионалом своего дела, бесконечно преданным родной alma mater. Именно Казбек Георгиевич впервые произнес слова «семья МГМСУ», первым зажег «Огонь нашей памяти» у Кремлевской стены, помог студентам сплотиться вокруг идеи межнационального братства, выразившейся в проведении Международного дня студента-медика. Он стоял у истоков рождения университетского хора и театра, развития «Дней здоровья» и донорства, клубов по интересам. А скольким людям профессор Дзугаев помог в жизни: подсказал единственно правильный путь, вовремя подставил плечо, поддержал добрым словом и мудрым отеческим советом. Он был надежной опорой для людей и незримым столпом, на котором держался фундамент МГМСУ.

Казбек Георгиевич – безвременно прервавшаяся эра искренности и человеколюбия. Его уход – невосполнимая потеря для всех нас, но дело профессора будет жить в его учениках и последователях. Он навсегда останется в сердцах родных, близких, друзей. И мы скорбим вместе с ними.

*Ректор МГМСУ им. А.И. Евдокимова, профессор О.О. Янушевич, президент МГМСУ,
профессор Н.Д. Ющук, ректорат, Ученый совет МГМСУ,
редакция журнала «Cathedra. Стоматологическое образование»*

С Новым Медицинский

Астрологи полагают, что если между пациентом и врачом нет астрологического взаимопонимания, ни о каком благополучном лечении не стоит и говорить.

Если ваш пациент...

Если ваш доктор...

Если ваш пациент...

Если ваш доктор...

ОВЕН

Не любит лечиться, и самым тяжелым будет уложить его в кровать. Овен испытывает пренебрежение к болезням, не любит признавать, что он заболел до тех пор, пока болезнь полностью им не овладеет.



Зачастую выбирает профессию исходя из желания лечить людей. Но обычные трудовые будни врача могут привести к разрушению идеалов. Врачу-Овну достаточно сложно выработать снисхождение к пациентам, но если он с этим справится, сможет горы свернуть. Овны – чудесные хирурги, главврачи или заведующие профилактическими заведениями.

РАК

Представитель этого знака знает исток своего заболевания достаточно точно. Рак будет переживать любую болезнь больше психологически, нежели физически. Для успеха лечения необходима своевременная душевная поддержка и эмоциональный контакт.



Обладает усидчивостью, трудолюбием, исполнительностью, терпением. К диагнозу, как правило, подходит интуитивно, а не логически. Привлекают Рака торакальная хирургия, диетология, гастроэнтерология. Он по-матерински обращается с пациентами, но часто проецирует свои эмоции и страхи на больных.

ТЕЛЕЦ

В большей степени расположен к проверенным методам лечения. Телец прекратит лечение, если оно будет связано с финансовыми потерями.



С трудом преодолевает стереотип мышления, поэтому вряд ли станет экспериментатором. При этом свое дело в избранной сфере будет выполнять кропотливо и добросовестно. Пациентов в Тельце-докторе подкупает надежность, доброта и жизнелюбие.

ЛЕВ

Не желает быть беспомощным и слабым пациентом, трудно принимает помощь от других. Выручит Льва его природная способность к восстановлению физических сил.



В начале деятельности у врача Льва возникает много противоречий с коллегами. В основе конфликтов – желание показать себя, а также отсутствие самокритики. Это приводит к врачебным ошибкам, а признавать их Лев не хочет. Лучший из всех вариантов – Лев-профессор, но представителю данного знака трудно добиться успехов в карьере.

БЛИЗНЕЦЫ

Не терпят больничных стен, воспринимая их, как принудительное заточение, но при этом способны находить общий язык с лечащим врачом. К таблеткам Близнецы относятся скептически.



Замечательные диагносты. Близнецы часто дружат с больными, умеют словом влиять на их психику. Пользуются авторитетом у пациентов, но порой забывают оформлять листы назначений и истории болезней. Причем не сильно переживают по этому поводу.

ДЕВА

Ценит свое здоровье и уделяет ему много внимания. Представители этого знака склонны к соблюдению режима, следят за диетой и питанием, выполняют все указания врача. Каверзность Девы в том, что она обратится сразу к двум специалистам, после чего подробно изучит результаты анализов.



Предназначена на роль врача, поскольку заинтересованность в физиологии и медицине огромна. Девы – превосходные диагносты, аналитики, ответственные и серьезные гомеопаты, диетологи, гинекологи, эндокринологи, стоматологи, а также санитарки и врачи. В общении с пациентами Дева суховата и требовательна.

годом! гороскоп-2013



Если ваш пациент...

Если ваш доктор...

Если ваш пациент...

Если ваш доктор...

ВЕСЫ

Как ни кто другой нуждается в полном единодушии с врачом. Предметом сильных переживаний для Весов могут стать непорядочное поведение медперсонала или малопривлекательные медицинские процедуры.



Удачная деятельность для врачей-Весов – психология, косметология, урология, нефрология. Вопреки своей дружелюбной улыбке, в общении с пациентами Весы холодноваты.

КОЗЕРОГ

Склонен к приступам уныния. Он с недоверием относится к новым методикам лечения. Козерог прежде всего нуждается в оптимистическом прогнозе. Ему не хватает доверия к лечебным препаратам и врачам.



Всегда имеет план лечения и обследования больного и следует исключительно ему. Никогда не забудет ни малейшей детали исследования, анализов. Козерог терпеливо и долго лечит пациентов-хроников и всегда достигает хороших результатов.

СКОРПИОН

Излечить его не так-то легко. Факт болезни ранит Скорпиона до глубины души. Особенно этому знак тяжело принять, что самостоятельно ему не справиться с болезнью. Ну, а если вы заслужите у Скорпиона симпатию и доверие, он изведет вас придирками и вопросами.



В медицине соблазняют профессии, связанные с состоянием «на грани» и риском: судмедэксперты, военные врачи, радиологи, реаниматологи, хирурги, акушеры-гинекологи. Врачи Скорпионы не считают, что должны смягчать удары и ведут себя с пациентами жестко.

ВОДОЛЕЙ

Любое заболевание для него очень тягостно. Болезнь у Водолея, как правило, появляется неожиданно, а потом может или уйти сама по себе, или, наоборот, внезапно обостриться. Против новых методик лечения Водолей ничего не имеет против.



Водолея-врача привлекает апробация новых лекарств, приборов и инструментов, лечение с помощью компьютеров. Врачи Водолей пытаются помочь всем пациентам, независимо от их материального и социального статуса. Но его необычная манера поведения часто приводит к недопониманию со стороны больного.

СТРЕЛЕЦ

Жизнерадостный и энергичный, он отличается прекрасным здоровьем. Захворавший Стрелец непременно начнет переживать, что отстает от привычного ритма жизни. Стрелец может вылечиться и без таблеток, но для этого ему необходим полный отдых и возможность восстановить равновесие.



Лечит одним своим видом, который излучает оптимизм и жизнелюбие. К пациентам врач Стрелец всегда благожелателен и внимателен. Главное достоинство такого врача – желание постоянно учиться и расширять свой профессиональный кругозор.

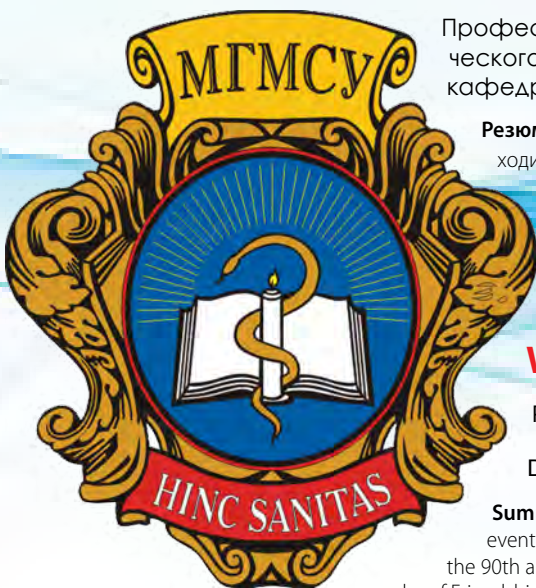
РЫБЫ

У врача будет много проблем: Рыбы эмоциональны, восприимчивы, впечатлительны, склонны к мрачным предчувствиям и пессимистическим прогнозам, к тому же подвержены пагубным привычкам но легко поддаются аутогенной тренировке и психоанализу.



Больному становится намного легче уже после приятной беседы с таким врачом. Рыбы деликатны и мягки, отличаются душевной теплотой. Благодаря необыкновенной интуиции они хорошие диагносты. Сущая мука для врача Рыб – заполнение истории болезни или амбулаторной карты.

НЕДЕЛЯ ТОРЖЕСТВ



Профессор **Александр Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО

Резюме. Юбилей МГМСУ им. А.И. Евдокимова и IX съезд стоматологов стали главными событиями проходившей в сентябре Недели стоматологии. Перед завершающим аккордом торжеств – праздничным концертом по случаю 90-летия вуза ректору университета О.О. Янушевичу в Кремле был вручен орден Дружбы.

Ключевые слова: юбилей; конференция; выступление; концерт; университет; поздравления.

Week celebrations

Professor **Alexander Mitronin**, Doctor of Medical Science, Dean of the Faculty of Dentistry MSUMD named after A.I. Evdokimov, Head of Department of Dentistry and Endodontics FPDO

Summary. Anniversary MSUMD named after A.I. Evdokimov and IX Congress of the dentists were the main events of the september Week dentistry. Before the final chord of celebrations – a concert on the occasion of the 90th anniversary of the university President of the university O.O. Yanushevich in the Kremlin was awarded the order of Friendship.

Keywords: anniversary; conference; presentation; concert; university; congratulations.

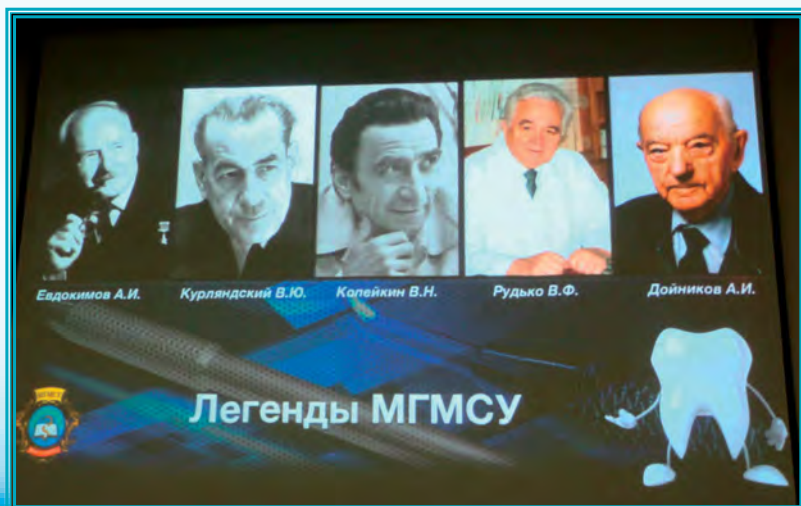
Юбилей МГМСУ им. А.И. Евдокимова и IX съезд стоматологов стали главными событиями проходившей в сентябре Недели стоматологии.

Празднование 90-летия образования Московского государственного медико-стоматологического университета завершилось 20 сентября большим праздничным концертом. На центральном телевидении это событие отметили выходом передачи «Жить здорово», посвященной славной истории вуза. Началась же неделя 17 сентября в Красном зале выставочного центра «Крокус-Экспо» с открытой лекции ректора МГМСУ, профессора О.О. Янушевича «Стоматология. Введение в специальность». Зал на 500 мест едва вместил первокурсников, пожелавших с головой окунуться в выбранную ими профессию. Перед лекцией Олег Олегович и студенты надели белые халаты. Затем ректор познакомил слушателей с историей развития университета, начиная с основанной еще до революции зубоврачебной школы И.М. Коварского. Не забыл профессор и о заслугах деятелей науки, оставивших свой яркий след в летописи ММСИ–МГМСУ, таких как П.Г. Дауге, М.Б. Янковский, А.И. Евдокимов и другие ректоры, возглавлявшие вуз в разные годы. Затем О.О. Янушевич рассказал будущим стоматологам о планах развития университета, особен-

ности обучения на профильных кафедрах одной из лучших российских школ, иллюстрировав свое выступление яркой презентацией. Особое внимание он уделил современным технологиям.

Выступление ректора, открывшего «День стоматологии» для будущих врачей, было организовано в рамках 32-го Московского международного стоматологического форума, включавшего выставку «Дентал-Экспо-2012» и Всероссийскую научно-практическую конференцию «Совершенствование стоматологической помощи населению Российской Федерации». Поэтому студенты смогли побывать на различных симпозиумах, на которых с докладами выступили многие профессора вуза, посетить национальные павильоны произ-





водителей стоматологических материалов и инструментов из России, Словении, Китая, Кореи, Тайваня, Швейцарии, Италии, Германии, Бразилии. Что может быть лучше для посвящения в специальность?

Во время работы конференции в «Крокус-Экспо» прошли конгресс EFAAD «Развитие обезбоживания в стоматологии: проблемы и их решение», III Национальный фестиваль имплантологии, конференция «Болезни и травмы слюнных желез. Новые методы диагностики и лечения», XIII отчетно-предвыборный съезд СтАР, XII конгресс «Эстетическая стоматология: реставрация, реконструкция, реабилитация» и ряд других симпозиумов.

Еще одним событием насыщенной Недели стоматологии стал XIII съезд СтАР, открывшийся в Центральном доме ученых РАН. На нем был избран новый президент ассоциации, которым стал В.В. Садовский, и другие руководители организации. На следующий день здесь же, в Доме ученых, стартовали научная конференция и праздничные мероприятия, посвященные полувековому юбилею ЦНИИС и ЧЛХ.

Одним из самых заметных событий для стоматологической общественности стал открывшийся в Колонном зале Дома союзов IX Всероссийский съезд стоматологов. На нем выступили ректор МГМСУ им. А.И. Евдокимова, профессор О.О. Янушевич, главный внештатный детский стоматолог Минздрава России, профессор Л.Н. Максимовская, представитель МЗ РФ, О.О. Салагай, академик РАМН В.К. Леонтьев, вице-президент СтАР, профессор В.Д. Вагнер, член-корреспондент РАМН, директор ЦНИИС и ЧЛХ, профессор А.А. Кулаков, вновь избранный президент СтАР В.В. Садовский.

Перед завершающим аккордом торжеств – праздничным концертом по случаю 90-летия МГМСУ им. А.И. Евдокимова ректору университета О.О. Янушевичу в Кремле был вручен орден Дружбы. Вечером того же дня в ГЦКЗ «Россия» в Лужниках МГМСУ принимал поздравления со славным юбилеем. Вуз приветствовали заместитель министра здравоохра-

нения РФ И.Н. Каграманян, председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья С.В. Калашников, директор Департамента образования и кадровых ресурсов Минздрава РФ В.А. Егоров, председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России Г.П. Котельников, академик РАН и РАМН Е.И. Чазов. Был оглашен текст благодарственного письма коллективу МГМСУ от Президента РФ В.В. Путина. И.Н. Каграманян вручил профессору О.О. Янушевичу для постоянного хранения в вузе знамя им. А.И. Евдокимова, которое прикрепили к древку ветераны труда и войны, лучшие сотрудники университета.

Среди почетных гостей можно было увидеть деканов и профессоров стоматологических факультетов медицинских вузов как России, так и зарубежных стран, в частности, декана Иерусалимского университета Хадасса, профессора Адама Штабхольца, декана стоматологического факультета Токийского стоматологического колледжа, профессора Йошиту Иде и заместителя декана, профессора Тору Сато, профессора кафедры хирургической стоматологии, имплантологии и челюстно-лицевой хирургии стоматологического факультета Женевского университета, участника стоматологического саммита «Три точки: Москва – Женева – Токио» (2010 г.) Жана-Пьера Бернара.

Собравшихся приветствовали профессор О.О. Янушевич, президент МГМСУ им. А.И. Евдокимова, академик РАМН Н.Д. Юшук, ректор ММСИ, МГМСУ в 1982–2002 гг., академик РАМН Е.И. Соколов. Самые добрые слова они обратили в адрес ветеранов университета и нынешнего профессорско-преподавательского состава.

В концертной программе приняли участие Государственный академический русский народный хор им. М.Е. Пятницкого, Академический ансамбль песни и пляски Российской армии им. А.В. Александрова, народный артист СССР Иосиф Кобзон, группа «Квадро», Полина Гагарина, ВИА «Самоцветы», студенческие коллективы МГМСУ.





МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Коллективу
Московского государственного
медико-стоматологического университета
имени А.И. Евдокимова

Уважаемые коллеги!

Министерство здравоохранения Российской Федерации поздравляет коллектив Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова с 90-летием со дня основания.

Сегодня Университет является флагманом стоматологического образования, крупнейшим учебным, научным и медицинским центром, который в течение своей почти вековой истории по праву входит в число ведущих высших медицинских учебных заведений России и Европы.

Отличительной чертой Университета является высокий профессиональный уровень научно-педагогических работников. В Университете сформировались научные школы, хорошо известные в России и за рубежом. Их истоки ведут свое начало со времен деятельности выдающихся отечественных ученых - медиков - Н.А. Семашко, П.Г. Давы, М.Б. Яковского, А.И. Евдокимова.

Сегодня Университет представляет как классические научные школы по актуальным проблемам медицинской науки и практики - внутренние болезни, хирургия, терапия, стоматология, нейрохирургия, так и самые современные - иммунология, трансплантология.

Неутомимая и энергичная работа коллектива Университета позволяет Вам творчески решать задачи по развитию медицинской науки и здравоохранения, обучению и воспитанию высококвалифицированных специалистов.

В этот знаменательный день особенно приятно сообщить о присвоении Московскому государственному медико-стоматологическому университету имени одного из основоположников стоматологической школы России - Александра Ивановича Евдокимова.

Желаю Вам, уважаемые коллеги, крепкого здоровья, уверенности в завтрашнем дне, оптимизма и новых свершений на благо отечественного здравоохранения.

В.И. Скворцова

Министр

В.И. Скворцова



ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

БЛАГОДАРНОСТЬ

*За многолетнюю плодотворную научную,
педагогическую и врачебную деятельность*

*коллективу
государственного бюджетного
образовательного учреждения
высшего профессионального образования
"Московский государственный
медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова"*



В. Путин

Москва, Кремль

19 сентября 2012 г.

№ 423-рп

Совет Федерации Федерального Собрания
Российской Федерации



Ректору Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова

О.О. ЯНУШЕВИЧУ

Уважаемый Олег Олегович!

От имени Комитета Совета Федерации по социальной политике и от себя лично поздравляю Вас, профессоров, преподавателей, сотрудников и студентов Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова со знаменательным событием 90-летним юбилеем!

История Университета началась в 1892 году с первой в Москве зубо-врачебной школы И.М. Коварского. Сегодня МГМСУ является одним из крупнейших в России и Европе учебным и научно-практическим центром, ведущим вузом страны по стоматологическому образованию и подготовке квалифицированных, профессиональных врачебных кадров.

Необходимо отметить, что педагогический и кадровый потенциал университета уникален. На кафедрах трудятся настоящие профессионалы, обладающие исключительным педагогическим мастерством. Специалисты вашего Университета широко известны не только в России, но и в мире, неоднократно привлекались в качестве экспертов при совершенствовании правовой базы социальной сферы и здравоохранения. Все это свидетельствует о большом потенциале развития, которым обладает ваш по истине уникальный Университет.

Разрешите пожелать всему коллективу Университета новых творческих успехов и больших достижений в деле подготовки высококвалифицированных медицинских кадров для российского здравоохранения, значимых научных достижений, а также личного счастья и крепкого здоровья!

Председатель Комитета

В.В. Рязанский
В.В. РЯЗАНСКИЙ



УКАЗ

ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

О награждении государственными наградами
Российской Федерации

За достигнутые трудовые успехи и многолетнюю
добросовестную работу наградить:

ОРДЕНОМ ДРУЖБЫ

ЯНУШЕВИЧА Олега Олеговича - ректора государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.Евдокимова".



Президент
Российской Федерации В.Путин

Москва, Кремль
31 августа 2012 года
№ 1228

ПРЕДОТВРАЩАЕТ ПОЯВЛЕНИЕ И УМЕНЬШАЕТ ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРОБЛЕМ С ДЁСНАМИ ЧЕРЕЗ 4 НЕДЕЛИ



ИЮЛЬ 2010

ЯНВАРЬ 2011

ИЮЛЬ 2011

ЯНВАРЬ 2012

ИЮЛЬ 2012

ЯНВАРЬ 2013



blend-a-med

Oral-B



CLINIC LINE
СИСТЕМА ЗАЩИТЫ ДЕСЕН

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

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

Всё это прекрасно поддерживает эффективность стоматологического лечения.

истинная забота о пациенте не заканчивается в кресле стоматолога





AMERICAN EAGLE INSTRUMENTS® INC

better DENTISTRY by DESIGN™

InfiniTip™

PIEZO TIPS WITH
XP TECHNOLOGY™

Ультразвуковые
пьезо насадки
стандарта SATELEC / EMS



Все, что вы любите в XSmart, но со знаком «ПЛЮС»

DENTSPLY
MAILLEFER

X-smart™ plus



X-Smart Plus – новый эндомотор, созданный для врачей-стоматологов, в том числе эндодонтистов. Обладает как реципрокным, так и традиционным последовательным движением инструмента. Сочетая в себе эффективность и надежность мотора X-Smart и инновационные преимущества, он позволяет стоматологу чувствовать себя более комфортно при выполнении операции и полностью сконцентрировать внимание на пациенте. Это достижимо за счет простоты работы и удобного обзора.

С мотором X-Smart Plus врач получает один никель-титановый инструмент для обработки корневого канала в большинстве случаев. Благодаря эргономичности и функциональности инструмента, вы сэкономите время и сможете работать в комфортной обстановке. Большой цветной дисплей и удобство выбора файлов сделают X-Smart Plus незаменимым прибором в вашей практике.

Основные преимущества мотора X-Smart Plus

Отсутствует напольная педаль

- ◆ Кнопка вкл./выкл. находится на рукоятке наконечника

Отличные обзор и доступ к полости

- ◆ Благодаря самой маленькой головке углового наконечника

Удобное управление режимами

- ◆ «Архив» роторных и реципрокных

инструментов Dentsply (WaveOne™, ProTaper® Universal, PathFile™, Gates и Reciproc™ и 8 свободных программ)

Удобный интерфейс

- ◆ Большой экран
- ◆ Интуитивное управление

Эндомотор WaveOne

- ◆ Реципрокное движение
- ◆ Легкий и удобный угловой наконечник

Дружественный интерфейс

- ◆ Цветной дисплей
- ◆ Эргономичный дизайн

Работает на аккумуляторе или через сеть

- ◆ Около 2 ч безостановочной работы без подзарядки
- ◆ Полная зарядка аккумулятора за 5 ч

Принадлежности и аксессуары для эндодонтии



• Эндодонтические линейки



• Лигатура для фиксации Dental Dam



• Эндоподставка

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 цемента 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.

Стоматологические материалы для временного пломбирования

Metapex



Гидроксид кальция с йодоформом

Клинические случаи

Апексификация



Некроз пульпы зуба 21 по причине травмы у восьмилетнего мальчика. Резорбция корня



Примерно через 1 год после лечения с использованием «Метапекс»

Внутренняя резорбция



Внутренняя резорбция на дистально-язычной поверхности корня



Перфорация корня вследствие воспалительной резорбции

Metapaste



Гидроксид кальция с сульфатом бария

Апексификация



1. До лечения:
- большое апикальное отверстие с несформированной верхушкой;
- отмечается резорбция на боковой поверхности корня в апикальной трети.



2. Внесение метапасты.



3. Спустя 3 мес:
- отличное заживление, отсутствие дальнейшей резорбции корня.



4. Для локализации истинного апикального отверстия:
- спустя примерно 1–2 мес, точная визуализация истинного апикального отверстия на рентгеновском снимке.

- ➔ Готовая паста в шприцах удобная для введения.
- ➔ Одноразовые стерильные наконечники.
- ➔ Выраженный стойкий бактерицидный эффект.
- ➔ Превосходная рентгеноконтрастность.
- ➔ Стимулирует апексификацию.

Реклама

Золотое качество — серебряная цена



Генеральный 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

Инструменты American Eagle: сделано в Америке

Резюме. Корреспондент журнала New Dentist™ посетил штаб-квартиру American Eagle Instruments и побеседовал с ее основателем г-ном Брэдом Хекерманом о настоящем компании и ее завтрашнем дне.

Ключевые слова: ручные стоматологические инструменты; технология XP; инновации; сотрудники.

American Eagle Instruments: made in America

Summary. The New Dentist™ recently had the opportunity to tour the headquarters and sit down with company founder Brad Heckerman about the present and the future of the company.

Keywords: dental instrument; XP Technology™; innovations; staff.

Американский штат Монтана известен не только своими великолепными парками, в частности Йеллоустоунским и Национальным парком «Гласер», но и тем, что здесь 21 год назад «поселилась» компания American Eagle Instruments (AEI) – один из ведущих производителей стоматологического инструментария. AEI, выпускающая свыше 2 тыс. видов инструментов, давно завоевала репутацию компании с лучшей службой стоматологического сервиса.



Корреспондент журнала New Dentist™ посетил штаб-квартиру American Eagle Instruments и побеседовал с ее основателем г-ном Брэдом Хекерманом. Предлагаем вам информацию из первых рук.

Корр.: Что значит быть президентом такой крупной компании? Каковы ваши принципы, философия, взгляды на будущее?

Брэд Хекерман: Концепция нашего развития заключается в том, чтобы стать не самой крупной компанией в стоматологическом мире, а самой лучшей, производящей эксклюзивные товары. Результат деятельности AEI направлен на нужды стоматолога, который будет пользоваться нашими инструментами. Мы стремимся поднять жизнь и врача, и его пациента на качественно иной уровень.

Корр.: Характерно ли для американских компаний, производящих стоматологические инструменты, выпускать товары с надписью «Сделано в Америке», или все-таки существует тенденция к переносу производства за рубеж?

Б.Х.: Мы хотим сохранить производство в Соединенных Штатах, превратив при этом компанию в производственную корпорацию мирового уровня, способную конкурировать с ведущими мировыми производителями. Что касается других компаний, то многие из них, как и мы, производят свои инструменты в США, но есть и те, кто переносит производство в другие страны. Много хирургических инструментов или заготовок поставляется из Германии, Пакистана, Китая и Бразилии.

Корр.: Что наиболее важно стоматологам сегодня должны знать о вашей компании?

Б.Х.: Прежде всего, они должны знать о нашей инновационной XP Technology™ и тех товарах, в производстве которых эта технология используется. Инструменты, которые не нуждаются в заточке в течение всего срока эксплуатации, – выдающийся технический прорыв с момента появления таких ручных инструментов, как кюреты Grasey для гигиенистов.

Корр.: В чем, на ваш взгляд, уникальность компании AEI в стоматологии?

Б.Х.: Лучшее в отрасли качество продукции, отличный клиентский сервис и, конечно, ответственность перед командой сотрудников American Eagle.

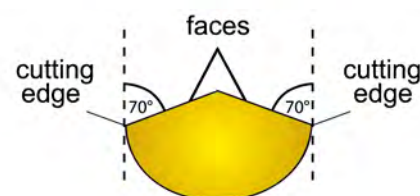
Корр.: Что делает компанию столь завидным работодателем?



Double Gracey™ - The Latest Innovation

1 + 1 = 1

XP Technology



Один инструмент вместо всех стандартных кюрет Грейси!



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



Б.Х.: Самая большая ценность American Eagle – люди. Мы одна команда. Команда профессионалов. Менеджмент компании заботе о сотрудниках уделяет гораздо большее внимание, нежели получению прибыли. Каждый наш работник – член большой и дружной семьи, делающей общее дело. Мне кажется, даже если

Б.Х.: Думаю, самыми очевидными изменениями за эти годы стали консолидация каналов дистрибуции и, конечно же, повторюсь, появление технологии XR. Также для компаний, изготавливающих ручной стоматологический инструмент, явным трендом оказался поворот в сторону более крупных и при этом легких ручек инструментов.



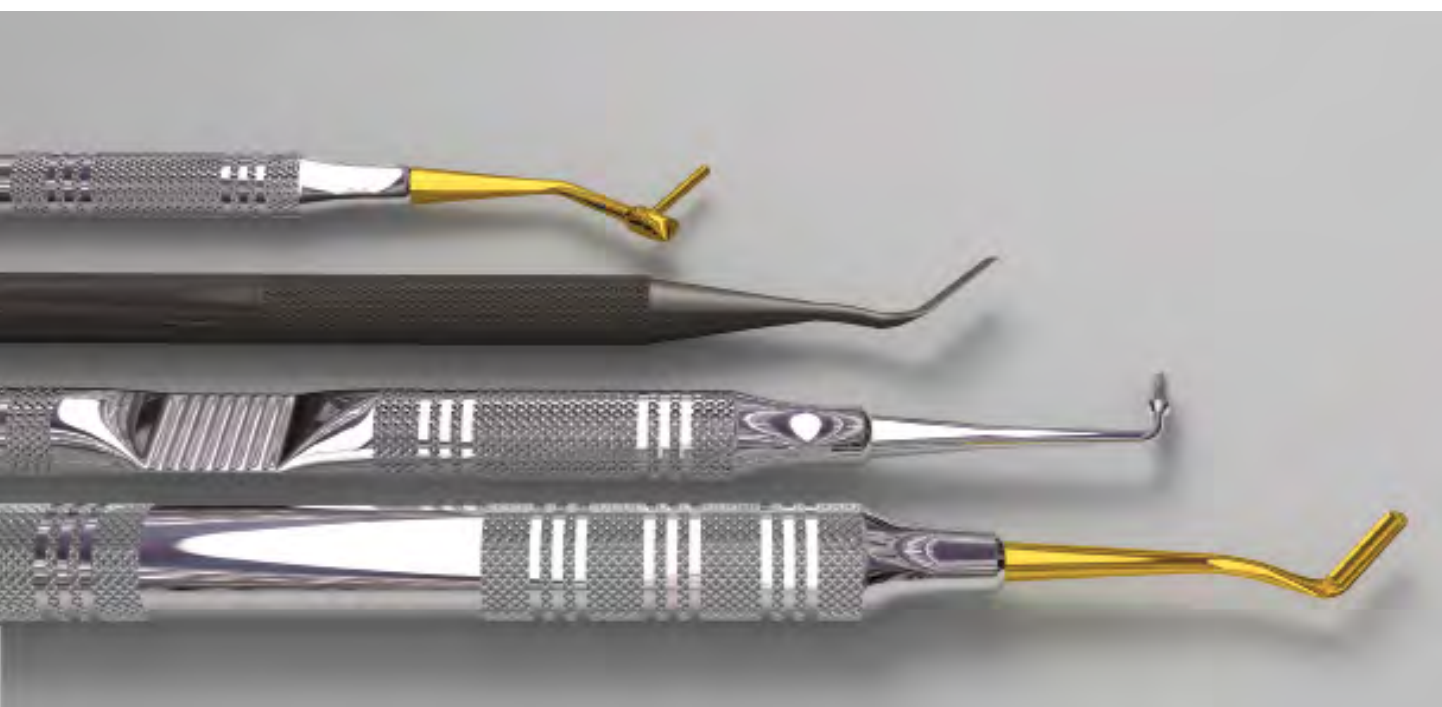
у компании на какое-то время не станет постоянного руководящего контроля, AEI все равно будет функционировать, и наши клиенты не ощутят отсутствия руководства. Еще один пример заботы о людях – принцип социальной ориентированности. Мы делаем все, чтобы наши сотрудники чувствовали себя социально защищенными.

Корр.: Изменилось ли, на ваш взгляд, производство стоматологического инструментария за последние 10–15 лет?

Корр.: Какой вы видите вашу компанию через 5 лет?

Б.Х.: Надеюсь, AEI будет лучшим производителем в своей области. Мы видим себя компанией, предлагающей инновационные идеи и новые инструменты, которые улучшат качество стоматологических процедур и сэкономят силы и время практикующих врачей.

Координаты для связи с автором:
info@medenta.ru



Эндодонтия без проблем

Компания NTI-Kahla GmbH Rotary Dental Instruments – известный во всем мире производитель и экспортер вращающихся стоматологических инструментов. Головное предприятие фирмы находится в городе Кала, недалеко от Йены – центра Тюрингии. Этот регион славится предприятиями, на которых выпускают изделия высокой точности. Не исключение и линейка инструментов для эндодонтии (в частности для создания эндодонтического доступа) от компании NTI, пользующиеся огромным спросом у практикующих врачей.

Набор Endo Access Kit (NTI-код Set-1654) содержит вращающиеся инструменты, необходимые для быстрого и надежного раскрытия полости зуба перед эндодонтическим лечением. Набор инструментально обеспечивает все этапы создания эндодонтического доступа. Вращающиеся инструменты расположены в порядке их использования. Опыт клинического применения **Endo Access Kit** подтвердил эргономичность, универсальность и клиническую эффективность набора.

Шаровидные алмазные боры с крупной зернистостью (NTI-коды 801L-023C-FG и 801L-029C-FG) применяют для препарирования естественной коронки зуба и при необходимости вскрытия керамической облицовки металло-керамической коронки. Для этих целей можно также использовать **конусовидные боры с шарообразным кончиком** (NTI-коды 802L-013M-FG и 802L-016M-FG). Они обладают средней зернистостью и удлиненной рабочей частью.

Агрессивный твердосплавный бор с перекрестной насечкой, диаметром 1,6 мм (NTI-код H23RX-016-FG) предназначен для разрезания металлических каркасов металлокерамической или металлической коронки. Данный инструмент эффективен и при удалении композитных пломб.

Для дальнейшего расширения доступа рекомендуется использовать **конусовидные алмазные боры средней зернистости с шарообразным кончиком и удлиненной рабочей частью** (NTI-коды 802L-013M-FG и 802L-016M-FG). Максимально возможное раскрытие пульповой камеры и сглаживание ее стенок производят с помощью **конусовидных алмазных боров с агрессивной крупной зернистостью и безопасной верхушкой** для предотвращения повреждения дна пульповой камеры (NTI-коды 857-014C-FG и 857-016C-FG).

Для сглаживания стенки полости используют **твердосплавный бор с безопасной вершиной** (NTI-код H152-009-FG).

Для расширения доступа к корневому каналу и расширения его устья предназначены **Gates** различных размеров. Этот инструмент имеет радиальные фаски и направляющий кончик, который центрирует его в корневом канале. Набор Endo Access Kit укомплектован Gates диаметрами 0,9; 1,1 и 1,3 мм (NTI-коды 180.15.090, 180.15.110 и 180.15.130).

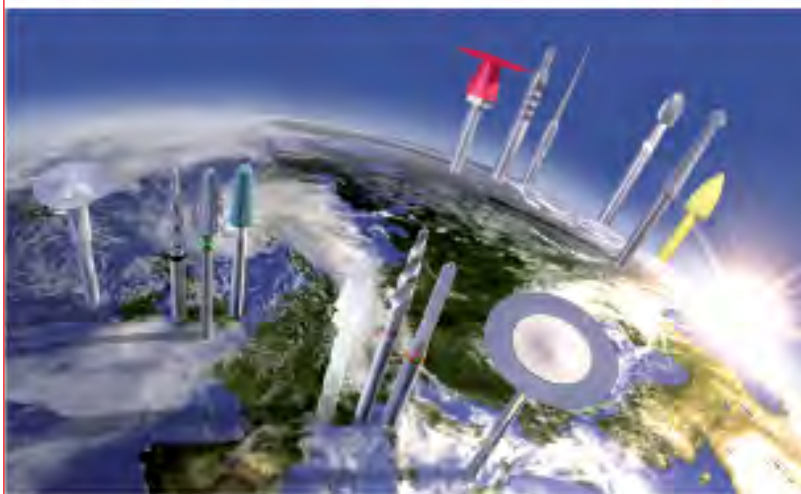
Шаровидные твердосплавные боры с перекрестной насечкой и дополнительной перекрывающей гранью на вершине необходимы для более щадящего препарирования. Их линейка представлена инструментами с диаметрами 1,6; 1,8; 2,1; 2,3 мм (NTI-код H1SX-016-RAL, H1SX-018-RAL, H1SX-021-RAL, H1SX-023-RAL).

Таким образом, набор **Endo Access Kit** – наиболее удобное решение для эндодонтического лечения

Спрашивайте у дистрибьюторов NTI.



НАШЕ КАЧЕСТВО - ВАШ УСПЕХ!



один из крупнейших ассортиментов в мире

Endo Access Kit набор для вскрытия камеры пульпы



Эндодонтические инструменты

Пульпоэкстракторы



К-Фимеры, К-Файлы, Hedstroem-Файлы



Gates, Peeso, Расширитель устья канала



Каналонаполнители



Преимущества индивидуальных капп

Резюме. Согласно статистике, у спортсменов, не использующих индивидуальные каппы вероятность получить травмы зубов передней группы, перелом нижней челюсти, сотрясение головного мозга в 3 раза выше. Повреждения зубов, десен и челюстных сочленений чрезвычайно болезненны, к тому же с ними можно справиться только при помощи сложного и обширного протезирования. Защита полости рта, в особенности лицевой части, значительно улучшается при изготовлении индивидуальных капп.

Ключевые слова: каппы; защита; спортсмены; челюсть.

Advantages of individual mouthguards

Summary. According to statistics, the athletes do not use individual mouthguards likely injure the front group of teeth, a broken jaw, a concussion is 3 times higher. Damage to teeth, gums and jaw joints are extremely painful, also they can be overcome only by a complex and extensive prosthetics. Protection of the mouth, especially the front part, is significantly improved in the manufacture of individual mouthguards.

Keywords: mouthguards; protection; athletes; jaw.



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

История капп насчитывает не один год: первое документальное подтверждение их эффекта относится к 1954 г. Ведь повреждения зубов, десен и челюстных сочленений чрезвычайно болезненны, к тому же с ними можно справиться только при помощи сложного и обширного протезирования (рис. 1). Защита полости рта, в особенности лицевой части, значительно улучшается при изготовлении индивидуальных капп. В 1964 г. после проведения исследований было установлено, что при использовании капп вероятность сотрясения мозга значительно уменьшается. Компания Dreve Dentamid GmbH – один из лидеров в изготовлении материалов и оборудования, в том числе индивидуальных капп «Сигначе» (рис. 2).

Эти каппы используют многие спортсмены, в частности немецкая национальная команда по хоккею на траве (рис. 3, а), команды по американскому футболу «Рейн Файэ» и «Блу Девилз», многие боксеры (рис. 3, б).

По словам тренеров, травмы наносятся главным образом не на соревнованиях, а во время тренировок, когда спортсмены чаще всего теряют концентрацию. На самом деле многие пациенты начинают носить каппы только после того, как потеряют один или несколько зубов в результате несчастного случая (рис. 4), т.е. когда уже слишком поздно (рис. 5).

Статистика «Спортивные травмы Австралии» (1990), основанная на 1 млн обследованных спортсменов показала что, у атлетов, не использующих индивидуальные каппы вероятность получить травмы зубов передней группы, перелом нижней челюсти, сотрясение головного мозга в 3 раза выше.



Рис. 4

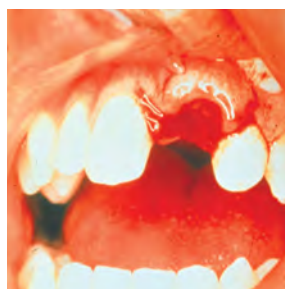


Рис. 5

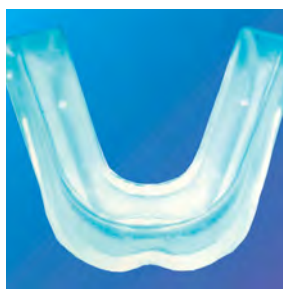


Рис. 6



Рис. 7

Характеристика капп

Но не все каппы одинаковы. Их защитный эффект и качество напрямую зависят от материала, его толщины и методики изготовления. Совершенный материал должен сочетать в себе гибкость и твердость. Идеальная толщина каппы составляет 4 мм и более.

Сегодня на рынке представлены каппы четырех типов.

Тип 1. Каппы, доступные в спортивных магазинах, изготовлены без учета индивидуальных особенностей



Рис. 8



Рис. 9



Рис. 10

конкретного человека (рис. 6). Зубы в них практически не зафиксированы. Каппа плохо держится во рту. Тонкий материал деформируется, разрушается и не поглощает удар в должной мере (рис. 7).

Тип 2. Каппа «Вскипяти и прикуси». Они неподвижно соединяют верхнюю и нижнюю челюсти, что очень опасно. Во время удара нижняя челюсть за счет своей подвижности частично гасит его силу, но если она будет жестко фиксирована, это может привести к перелому. Такая каппа затрудняет дыхание и глотание слюны, плохо прилегает к зубам и десне, травмирует щеки.

Тип 3. Каппы, изготовление индивидуально в зуботехнических лабораториях. Их производят вручную без применения профессиональных аппаратов. Как правило, такая каппа изготовлена не из специализированного материала, в один слой, что не позволяет усилить ее защитные свойства, поэтому она не может быть использована в профессиональном спорте.

Тип 4. Каппы «Сигначе». Для их изготовления необходимы высококвалифицированный персонал и специальное оборудование. Они выполнены из материалов, разработанных для профессиональных спортивных капп. Каппы «Сигначе» гибкие, прочные на разрыв, сохраняют форму в полости рта, не впитывают воду, не вызывают аллергии. Они представлены в широкой цветовой гамме.

Изготовить их может только стоматолог. Прежде всего врач и спортсмен определяют необходимый вид каппы. В первое посещение стоматолог снимается индивидуальный оттиск, на котором детально воспроизведены все структуры зубов, десны и губной уздечки (рис. 8).

По этому слепку в специализированной зуботехнической лаборатории изготавливают индивидуальную каппу (рис. 9). Совершенное ее прилегание к десне и зубам обеспечивает специальный аппарат, в котором поддерживается температура выше 140 °С и давление 5–6 атмосфер (рис. 10).

Каппы «Сигначе» бывают нескольких видов

Юниорские – предназначены для спортсменов до 14 лет (рис. 11). Они состоят из двух слоев и отлично выполняют защитную функцию (рис. 12).

Взрослые – для командных видов спорта: гандбол, баскетбол, сквош, водное поло, регби и др.



Рис. 11



Рис. 12



Рис. 13

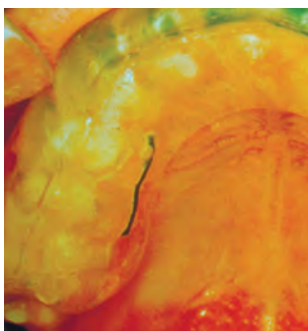


Рис. 14

Профессиональные – для хоккея с шайбой и на траве.

Элитные – для использования в контактных видах единоборств: бокс, дзюдо, карате, кикбоксинг, mix-fight, бои без правил и т.д. Такие каппы состоят из трех слоев. Как и два предыдущих вида, их изготавливают методом термоформирования под давлением. Усиливает защитные свойства каппы техника «сэндвича» – склеивание нескольких пленок под давлением при высокой температуре. Она позволяет дробить нагрузку, тем самым предотвращая травмы. Разная толщина слоев приспособлена под требования различных спортивных дисциплин. На каппе закрепляют имя владельца и рентгеноконтрастную полоску (рис. 13). Область передних зубов может быть выполнена по индивидуальному заказу – с логотипом команды, ее флагом и т.д. (рис. 14).



Рис. 15



Рис. 16

Каждая каппа «Сигначе» поставляется в гигиеническом футляре с именем спортсмена и устройством для ее очистки (рис. 15). Срок службы такой каппы практически не ограничен (рис. 16).

Материал предоставлен компанией Dreve Dentamid GmbH. Генеральный представитель компании Dreve в России – ООО «Медента»

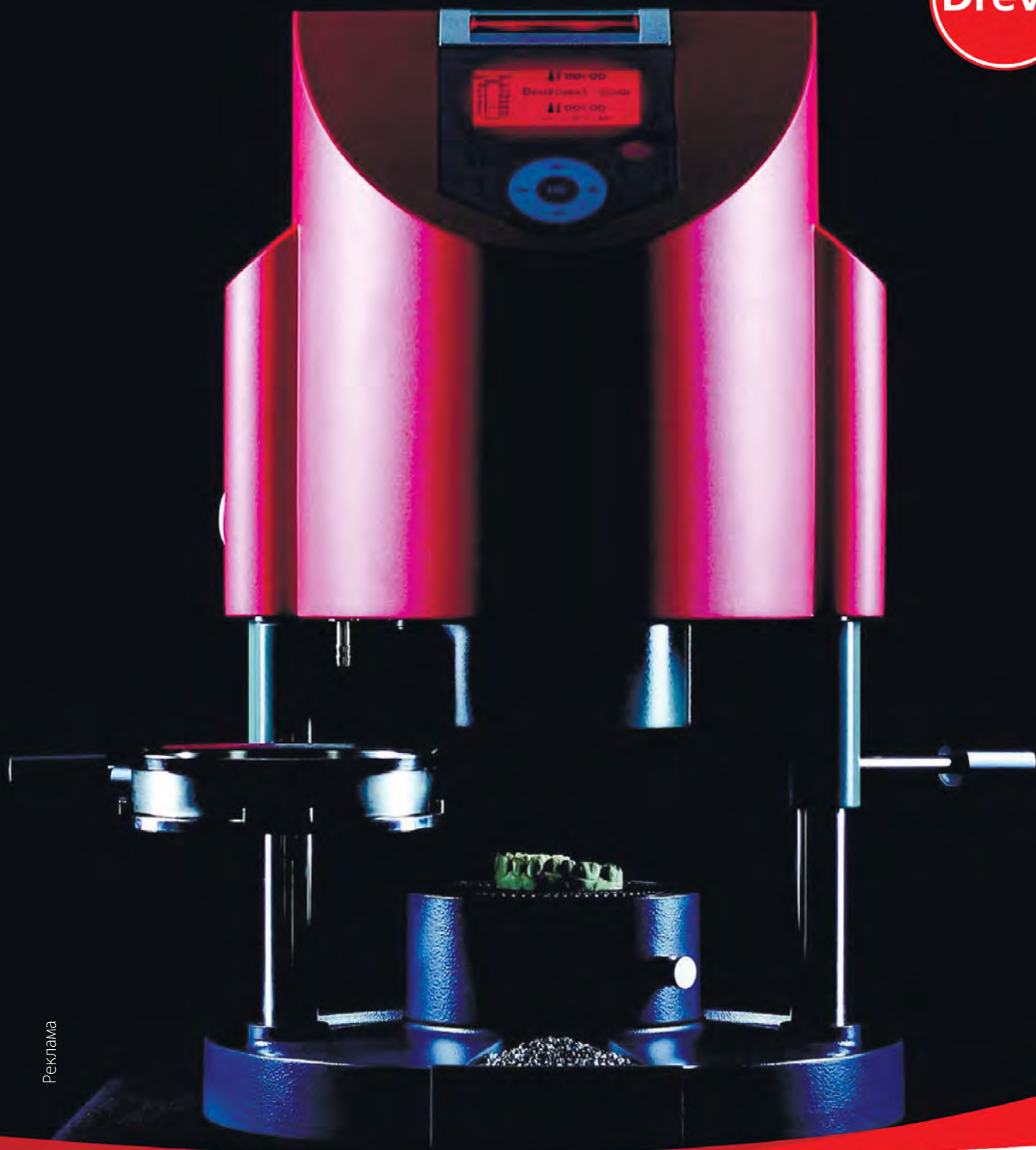
Преимущества капп «Сигначе»

- адаптацию капп контролирует стоматолог;
- изготавливаются индивидуально в стоматологической лаборатории;
- уникальные характеристики безопасности;
- превосходное прилегание, не оказывает влияния на речь спортсмена;
- доступны различные типы – для разных видов спорта и возрастов;
- возможно изготовление в широкой цветовой гамме;
- поставляются с личным футляром.

Специализированный стоматологический Учебный центр «БиоСан ТМС» занимается изготовлением капп различных видов по заказу спортивных ассоциаций. Врачи и зубные техники прошли подготовку в Германии, а материалы и оборудование были испытаны в Центральном научно-исследовательском институте стоматологии, зарегистрированы Министерством здравоохранения РФ и разрешены к применению.

По всем вопросам изготовления индивидуальных капп «Сигначе» обращайтесь по телефонам:

+7 (495) 946-4610 (09); +7 (495) 191-1268



Реклама

Dreifomat



ТЕХНОЛОГИЯ ТЕРМОФОРМИРОВАНИЯ

www.dreve.com

Особенность клеточного иммунитета у больных хроническим пародонтитом на фоне рецидивирующей хронической вирусной инфекции

Доцент **Татьяна Сашкина**, кандидат медицинских наук

Кафедра патологической физиологии лечебного факультета РГНИМУ им. А.И. Пирогова

Доцент **Марина Маркина**, кандидат медицинских наук

*Кафедра хирургической стоматологии ФПДО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России*

Ассистент **Изольда Салдусова**, кандидат медицинских наук

*Кафедра госпитальной терапевтической стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России*

Ассистент **Светлана Соколова**, кандидат медицинских наук

*Кафедра детской терапевтической стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России*

Олег Зайченко, кандидат медицинских наук, заведующий ортопедическим отделением

*Кафедра госпитальной ортопедической стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России*

Резюме. В этой статье показано, что у пациентов с хроническим пародонтитом, сопровождающимся герпетической инфекцией, развиваются более значительные изменения иммунного статуса по сравнению с пациентами без хронической вирусной патологии. Полученные результаты являются прямым показанием к назначению иммуномодуляторов и противовирусных препаратов в составе комплексной терапии у пациентов с хроническим пародонтитом на фоне рецидивирующей хронической вирусной инфекции.

Ключевые слова: хронический пародонтит; герпетическая инфекция; иммунодефицитное состояние; комплексная терапия.

Feature of cellular immunity in patients with chronic periodontitis having recurrent viral infection

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

Department of Pathological Physiology, Faculty of Medicine RNRMU named after N.I. Pirogov

Docent **Marina Markina**, Candidate of Medical Science

Department of Operative Dentistry FPDO MSUMD named after A.I. Evdokimov

Assistant **Isolde Saldusova**, Candidate of Medical Science

Department of Hospital Dentistry MSUMD named after A.I. Evdokimov

Assistant **Svetlana Sokolova**, Candidate of Medical Science

Department of Children's Dentistry MSUMD named after A.I. Evdokimov

Oleg Zaichenko, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Hospital Orthopedic

Department of Children's Dentistry MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. This article depicts that patients with chronic periodontitis accompanied by herpetic infection develop more significant changes of the immune status compared to patients with chronic periodontitis without any accompanying viral pathology. The obtained results are the direct indication for prescription of immunomodulators and viricides, as a part of complex therapy for patients with chronic periodontitis having recurrent viral infection.

Keywords: chronic periodontitis; herpes infection; immunodeficiency; complex therapy.

Известно, что вирусная инфекция вызывает вторичное иммунодефицитное состояние (ИДС). В то же время трансформация инфицированных вирусом клеток способствует развитию иммунопатологических реакций, направленных против собственного организма и являющихся одним из механизмов индуцированной вирусами иммуносупрессии [3, 6, 10, 12]. Поэтому манифестация вирусной инфекции есть проявление несостоятельности иммунологической резистентности [4].

Цель исследования

Оценить иммунный статус больных, имеющих хронический пародонтит средней тяжести на фоне хронической герпетической инфекции.

Материалы и методы

Иммунный статус оценивали иммунотипированием лимфоцитов периферической крови с помощью моноклональных антител с использованием цитофлюориметра.

Результаты и их обсуждение

Анализ дифференцированных антигенов лимфоцитов выявил угнетение Т-клеточного звена иммунной системы у больных с хроническим пародонтитом на фоне рецидивирующей герпетической инфекции, выражающееся снижением количества популяций и субпопуляций Т-лимфоцитов CD4+, CD4+, CD8+ по отношению к группе сравнения [11] (таблица 1).

Участие лимфоцитов в иммунном ответе приводит к их активации, которая опосредуется экспрессией определенных маркеров и является сигналом к их вовлечению в патологический процесс. Было проанализировано наличие на лимфоцитах ряда маркеров ранней и поздней активаций CD25+, CD71+, HLA-DR. CD25+ – рецептор для ИЛ-2, а CD71+ – для трансферрина [7]. Трансферрин необходим как переносчик железа, требуемого для поддержания активности фермента, участвующего в



пролиферации клеток. При снижении экспрессии CD71+ цикл деления лимфоцитов прекращается в фазе g1 [9]. HLA-DR появляется на поздней стадии активации клеток и является молекулой главного комплекса гистосовместимости II класса, необходимой для осуществления клеточного взаимодействия между антиген-представляющей клеткой и Т-лимфоцитом (CD4+). Только после этого может начинаться пролиферация и секреция цитокинов [7, 9].

Оценка экспрессии CD25+, CD71+, HLA-DR дает представление о функциональной способности Т-лимфоцитов, играющих ведущую роль в противовирусной защите.

Анализ полученных результатов показал статистически достоверное снижение CD4+71+, CD4+HLA-Д по отношению к группе сравнения (таблица 2).

Полученные данные – показатель наличия выраженного вторичного ИДС у больных с рецидивирующей

Таблица 1 Относительное содержание субпопуляций Т-лимфоцитов у больных с хроническим пародонтитом на фоне рецидивирующего герпеса

Иммуно-фенотипические рецепторы	Больные с хроническим пародонтитом, %	
	Группа сравнения	На фоне вирусной инфекции
CD3+	68,7±0,76	53,05±1,53
CD4+	38,6±0,92	25,8±2,4
CD4+	27,4±0,75	24,12±1,35

Таблица 2 Относительное содержание функционально активных субпопуляций лимфоцитов у больных с хроническим пародонтитом и герпетической инфекцией

Иммуно-фенотипические рецепторы	Больные с хроническим пародонтитом, %	
	Без хронической инфекции	На фоне хронической инфекции
CD4+25+	5,1±0,62	4,1±0,44
CD4+71+	6,3±0,39	4,31±0,79
CD4+HLA-DR	10,68±0,71	9,70±0,66
CD95+	4,66±0,48	8,53±0,49



щей вирусной инфекцией, которое характеризуется снижением количества и функциональной активности Т-лимфоцитов.

При вирусных инфекциях существуют факторы, индуцирующие и ингибирующие апоптоз. Ингибирование апоптоза осуществляется в клетках, инфицированных вирусом, поскольку их гибель делает невозможной репродукцию вируса и его персистенцию. Индукция апоптоза происходит в лимфоцитах, участвующих в противовирусной защите, что также способствует развитию вторичного ИДС.

При вирусной инфекции активационному апоптозу подвергаются в основном клетки памяти с фенотипом CD45RO, при этом фенотипический маркер готовности лимфоцита к апоптозу – рецептор для Fas-лиганда CD95.

Больные с герпетической инфекцией имеют достоверно более высокую экспрессию CD95. Полученные результаты можно рассматривать как косвенное подтверждение того, что персистирующая вирусная инфекция вносит существенный вклад в течение хронического пародонтита. В доступной литературе есть прямое подтверждение, что у пациентов с хроническим пародонтитом тяжелой степени обнаружены вирусы семейства Herpes viridae и Epstein-Barr в жидкости пародонтальных карманов. Это доказывает их патогенетическое значение в течение данного заболевания [8].

Сочетанная патология требует больших усилий в терапии больных пародонтитом. В настоящее время появился достаточный арсенал иммуномодулирующих препаратов, используемых в лечении вирусных заболеваний: ацикловир, виферон, циклоферон [1, 2, 5].

Анализ микробного обсеменения пародонтальных карманов при хронической герпетической инфекции показал повышенное обсеменение их вирусом герпеса, что косвенно подтверждают данные исследования. Это предполагает использование в комплексной терапии противовирусных препаратов для оптимального снижения инфекционной нагрузки на ткани пародонта и повышения эффективности лечения [5].

Выводы

Таким образом, исследование подтвердило предположение, что сочетанная патология, хронический пародонтит и герпетическая инфекция в конечном итоге приводят к возникновению более выраженного ИДС, чем в отсутствие вирусной инфекции, что следует учитывать при назначении комплексной терапии

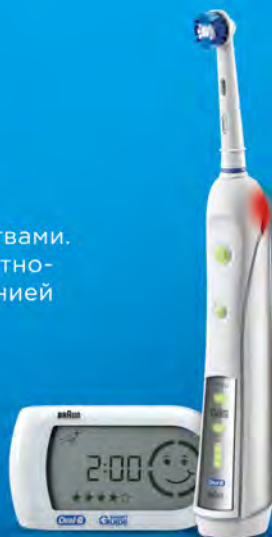
Координаты для связи с авторами:

olzajchenko@yandex.ru – Зайченко Олег Валентинович,
+7 (909) 973-9585 – Сашкина Татьяна Ивановна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беседнова И.И., Леонова Г.И., Запорожец Т.С. Иммунокорректоры в клиническом лечении вирусных инфекций. – Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии, 2006, прилож. 3, с. 111.
2. Кузнецова Т.Б., Тарнапольская И.Н. Комплексное лечение герпетических кератитов. – Вестник СПбГМА, 2004, № 1, с. 182.
3. Мартынова Е.А., Макеева И.М., Рожнова Е.В. Полость рта как локальная экологическая система. – Стоматология, 2008, №3, с. 68–75.
4. Петрович Ю.А., Подорожная Р.П., Киченко С.М. Гематосаливаторный барьер. – Росс. стомат. журн., 2004, № 3, с. 42–45.
5. Соболева Л.А., Скин Р.Р., Блиникова Е.Н. с соавт. Иммуномодулирующая терапия пародонтита у больных с хроническими вирусными и бактериальными инфекциями. – Стоматология, 2010, № 3, с. 20–22.
6. Тобоев Г.В., Коротких Н.Г. Оценка иммунологического статуса больных с пролонгированным течением одонтогенной инфекции и его значение в прогнозе заболевания. – Росс. стомат. журн., 2009, № 1, с. 32–33.
7. Царев В.Н., Николаева Е.Н. Аллельный полиморфизм генов ИЛ-1α и ИЛ-1β у больных с хроническими воспалительными заболеваниями пародонта. – Вести РАМН, 2007, № 3, с. 43–47.
8. Царев В.Н., Николаева Е.Н., Носик А.С. Применение новых молекулярно-генетических систем для диагностики воспалительных заболеваний слизистой оболочки рта и пародонта. – Журн. микробиол., эпидемиологии и иммунологии, 2006, № 7, с. 69–73.
9. Ярилин А.А. Основы иммунологии. – М.: Медицина, 1999, 434 с.
10. Eriksen H. The oral ecosystem: implications for education. – Dent. Educ., 2006, v. 10, № 4, p. 192–196.
11. Ruwanpura S., Naguchi K., Lachikawa I. Prostaglandin E2 regulates Interleukin-1-induced matrix metalloproteinase-3 production in human gingival fibroblasts. – J. Dent. Res., 2004, v. 83, № 3, p. 260–265.
12. Slots J., Saygun I., Sabeti M. et al. Epstein-Barr virus in oral diseases. – J. Periodontal. Res., 2006, v. 41, № 4, p. 235–244.

Единственная рекомендация. Здоровые зубы на всю жизнь!



Электрические зубные щетки Oral-B® обладают исключительными функциональными преимуществами. Независимое исследование доказало, что возвратно-вращательная технология, разработанная компанией Oral-B®, позволяет добиваться превосходных результатов чистки зубов по сравнению с использованием обычных мануальных щеток.

**Ваш опыт и наши технологии
для стоматологического здоровья
пациентов.**



№1

Зубная щетка Oral-B® — рекомендация стоматологов №1 во всем мире*

*основано на исследовании, проведенном в 2009-2010 гг.

истинная забота о пациенте
не заканчивается в кресле стоматолога



Распространенность контактного дерматита и уровень знаний о мерах профилактики у врачей-стоматологов

Профессор **Елена Маслак**, доктор медицинских наук

Кафедра стоматологии детского возраста

Доцент **Татьяна Гоменюк**, кандидат медицинских наук

Кафедра стоматологии ФУВ с курсом стоматологии общей практики

Елена Гоменюк, студентка IV курса стоматологического факультета, член НОМУ, призер региональных конференций молодых исследователей

Волгоградский государственный медицинский университет

Резюме. Анкетирование 106 врачей-стоматологов выявило высокую распространенность (52,8%) контактного дерматита кистей рук, обусловленного профессиональными аллергенами (латекс и др.). Установлен недостаточный уровень знаний мер профилактики контактного дерматита и редкое использование современных средств защиты рук среди стоматологов.

Ключевые слова: контактный дерматит; латекс; врачи-стоматологи; уровень знаний и профилактика.

Contact dermatitis prevalence in dentists and knowledge level about preventive measures

Professor **Elena Maslak**, Doctor of Medical Science

Department of Pediatric Dentistry

Docent **Tatyana Gomenyuk**, Candidat of Medical Science

Department of Dentistry Faculty of Advanced Course General Dentist

Elena Gomenyuk, IV year student Faculty of Dentistry, a Member of the Scientific Society of Young Scientists

Winner of the Regional Conferences of Young Researchers

Summary. Questioning 106 dentists revealed high prevalence (52,8%) of contact hand dermatitis caused by professional allergen (latex, etc.). Insufficient knowledge level about preventive measures of contact dermatitis and infrequent use of modern hand protectors were defined in dentists.

Keywords: contact dermatitis; latex; dentists; knowledge level and prevention.



Контактный дерматит кистей рук – профессиональная патология врачей-стоматологов, которая чаще всего обусловлена использованием латексных перчаток и контактом с различными раздражителями [4–6]. Однако вопросы о частоте возникновения контактного дерматита у стоматологов и использовании мер его профилактики изучены недостаточно.

Цель исследования

Изучить распространенность контактного дерматита у врачей-стоматологов, уровень их знаний и применение на практике мер профилактики данной патологии.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 106 врачей-стоматологов, работавших в 8 стоматологических поликлиниках Волгограда. Авторская анкета включала три блока вопросов: первый был направлен на выявление у респондентов симптомов контактного дерматита и аллергии, второй – на определение уровня знаний о возможности сенсибилизации к латексу и мерах профилактики латексной аллергии, третий содержал вопросы профессионального характера (специализация, стаж работы и др.). Стоматологов распределили по специализации: терапевты – 60 чел. (56,6%), детские врачи – 27 (25,5), хирурги – 4 (3,8), ортопеды – 15 (14,1). Стаж работы респондентов в стоматологических поликлиниках составил: до 5 лет – 28 чел. (26,4%), 6–10 лет – 12 чел. (11,3%), более 10 лет – 66 чел. (62,3). Анкетирование было анонимным и добровольным, представленные фотографии получены с согласия респондентов. Все данные обрабатывали с применением стандартных программ математического анализа, значимость различий (p) оценивали с помощью критерия Стьюдента (t).

Результаты и их обсуждение

Контактный дерматит кистей рук у врачей-стоматологов, по данным анкетирования, встречался в 52,8% случаев (у 32,1% симптомы патологии появлялись часто, у 20,7% – редко).

Почти половина (46,2%) респондентов указали на наличие повышенной чувствительности к другим аллергенам (пищевые продукты, пыльца растений, шерсть животных, лекарственные препараты). Врачи, имевшие симптомы контактного дерматита кистей рук, значительно чаще сообщали о сенсибилизации к другим аллергенам: 76,8% ответов ($p < 0,001$).

Проявления контактного дерматита кистей рук были разнообразными: сухость кожи, образование трещин и потертостей, появление зуда, изменение рисунка кожи, покраснение, мелко-точечные высыпания (**рисунок**), что во многом соответствовало симптоматике латексной аллергии [3, 7]. Среди стоматологов, имевших контактный дерматит, всего 25,0% обращались к дерматологу или аллергологу, остальные 75,0% лечились самостоятельно. Проблема патологии кожи рук у 19,6% респондентов была столь серьезной, что заставляло задуматься об уходе из практической стоматологии.

Выявлена тенденция повышения частоты встречаемости у врачей-стоматологов симптомов контактного дерматита кистей рук по мере увеличения периода работы в стоматологии. При стаже работы до 5 лет частота патологии составляла 39,3%, 6–10 лет – 50,0%, более 10 лет – 59,1%, однако различия не были значимыми статистически ($p > 0,05$). Полученные данные отличаются от результатов исследований других авторов, которые не выявили зависимости латексной аллергии от стажа работы медицинского персонала, так как аллергия развивалась в течение первых пяти лет профессионального контакта с латексными перчатками [1, 2]. По-видимому, выявленная тенденция повышения частоты встречаемости контактного дерматита параллельно увеличению стажа работы объясняется тем, что



Проявления контактного дерматита у стоматологов

работа стоматологов связана не только с применением латексных перчаток, но и с наличием других профессиональных вредных факторов, воздействующих на кожу рук (адгезивные системы, пломбировочные материалы, дезинфицирующие растворы и др.).

По данным анкетирования, во время приема пациентов латексные перчатки использовали почти все врачи-стоматологи – 91,5%, из них 83,0% – всегда, 8,5% – иногда. Только 8,5% респондентов не пользовались ими. Среди стоматологов, имевших симптомы контактного дерматита, частота использования латексных перчаток также была высокой: 89,3% (78,6% – всегда, 10,7% – иногда). Большинство (71,7%) респондентов, независимо от наличия контактного дерматита, пользовались перчатками различных фирм-производителей, не придавая значения этому фактору, а 28,3% отдавали предпочтение перчаткам одной фирмы ($p < 0,001$).

Почти все (90,6%) врачи использовали в работе адгезивные системы, признанные одними из наиболее аллергенных препаратов в стоматологической практике. И лишь 9,4% респондентов не пользовались ими. Среди стоматологов, имевших симптомы контактного дерматита, большинство (82,1%) применяли адгезивные системы.

Знания врачей-стоматологов по вопросам профилактики контактного дерматита путем использования широкого спектра современных гипоаллергенных защитных перчаток [6, 7] были недостаточными (**таблица**).

Только 36,8% стоматологов считали, что использование латексных перчаток может способствовать развитию патологии кожи, большинство респондентов (46,2%) не связывали данную патологию с этим фактором, а 17,0% затруднились с ответом. Среди стоматологов, страдающих контактным дерматитом, существенно ($p < 0,01$) увеличивалось количество врачей (58,9%), знающих, что патология кожи рук обусловлена сенсибилизацией к латексу, однако 30,4% человек так не считали, а 10,7% выбрали ответ «Не знаю». Большая часть стоматологов (76,3%) знала о существовании гипоаллергенных латексных перчаток, однако использовали их на практике только 19,8%, среди респондентов с патологией кожи кистей рук – 76,8% и 17,9% соответственно.

Знания стоматологов о защитных перчатках и их использование на практике

Вопросы	Варианты ответов	Частота ответов респондентов			
		Всего (n=106)		С контактным дерматитом (n=56)	
		абс.	%	абс.	%
Связываете ли вы проблемы кожи кистей рук с повышенной чувствительностью к латексу?	Да	39	36,8	33	58,9**
	Нет	49	46,2	17	30,4*
	Не знаю	18	17,0	6	10,7
О каких из перечисленных видов перчаток вы знаете?	Гипоаллергенные латексные	78	73,6	43	76,8
	Нитриловые	35	33,0	20	35,7
	Жидкие	38	35,8	21	37,5
В каких из перечисленных видов перчаток вы работаете?	Гипоаллергенные латексные	21	19,8	10	17,9
	Нитриловые	19	17,9	5	8,9
	Жидкие	5	4,7	3	5,4

Прим.: *различия значимы, $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Был выявлен низкий уровень знаний врачей-стоматологов о других видах защиты кожи кистей рук от неблагоприятных воздействий профессиональных факторов. Известно, что нитриловые перчатки (синтетические, не содержат латекс), неопудренные и текстурированные, обеспечивают защиту рук от химических и биологических агентов, надежный захват инструментов, более устойчивы на прокол, чем латексные. Однако знали об их существовании только 33,0% опрошенных, применяли в работе 17,9%, а среди лиц с симптомами контактного дерматита – 35,7% и 8,9% соответственно.

В любых перчатках руки быстро потеют, эпидермис кожи разрыхляется, частично отторгается, из глубоких слоев кожи выделяется пот вместе с микробами, который, смешиваясь с эпидермисом и секретом сальных желез, образует так называемый перчаточный сок. Для предотвращения образования перчаточного сока можно использовать жидкие перчатки (In A Bottle – «в бутылке») – защитный лосьон, не обезжиривающий кожу и действующий как барьер для раздражителей, наносимый перед использованием других перчаток. По данным анкетирования, о жидких перчатках знали всего 35,8% стоматологов, использовали их в работе всего 4,7%, а среди врачей с патологией кожи рук – 37,5% и 5,4% соответственно.

Таким образом, следует констатировать недостаточный уровень знаний врачей-стоматологов о профилактике контактного дерматита, обусловленного повышенной чувствительностью к латексу, и крайне низкий уровень применения этих знаний на практике, независимо от наличия симптомов патологии кожи рук. Возможно, работа муниципальных стоматологических учреждений в условиях тендера обуславливает приобретение более дешевой, но менее качественной продукции, не обеспечивающей должный уровень охраны здоровья медицинского персонала. Возможно также, что решение о выборе и покупке

защитных перчаток для врачей-стоматологов принимают непрофессионалы, не являющиеся компетентными в данном вопросе.

Выводы

Контактный дерматит кистей рук, встречающийся у каждого второго врача-стоматолога, обусловлен высокой частотой профессиональных контактов с аллергенами, недостаточными знаниями и малым использованием современных средств защиты рук даже при наличии проблем с кожей. По мере увеличения стажа работы прослеживается тенденция повышения частоты встречаемости контактного дерматита у врачей-стоматологов.

Координаты для связи с авторами:

**eemaslak@yandex.ru; +7 (8442) 23-5985;
+7 (905) 336-8954 – Маслак Елена Ефимовна**

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гарипова Р.В. Латексная аллергия у медицинских работников. – Казан. мед. журн., 2012, № 2, с. 307–311.
2. Захаров С.Ю. Распространенность аллергии к латексу среди медицинских работников Москвы. – Аллергия, астма и клиническая иммунология, 2001, т. 5, № 12, с. 35–39.
3. Макова Е.В. Клинические и иммунологические аспекты профессиональной аллергии к натуральному латексу у медицинских работников. – Автореф. канд. дисс., 2003, СамГМУ, 24 с.
4. Петренко Н.О. Гигиеническая оценка условий труда и риска нарушений здоровья медицинских работников стоматологического профиля. – Автореф. канд. дисс., 2009, ВолГМУ, 20 с.
5. Agrawal A., Bhatt N., Kk S. et al. Prevalence of allergy to latex gloves among dental professionals in Udaipur, Rajasthan, India. – Oral Health Prev. Dent., 2010, v. 8, № 4, p. 345–350.
6. Hamann C.P., Rodgers P.A., Sullivan K.M. Allergic contact dermatitis in dental professionals. Effective diagnosis and treatment. – J. Am. Dent. Assoc., 2003, v. 134, p. 185–194.
7. Ranta P.M., Ownby D.R. A review of natural-rubber latex allergy in health care workers. – Clin. Infect. Diseases., 2004, v. 38, p. 252–256.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАВЕСА ДЛЯ ИЗОЛЯЦИИ

MEDENTA™

Премиум класса

Гипоаллергенны

Без талька

Профилактика

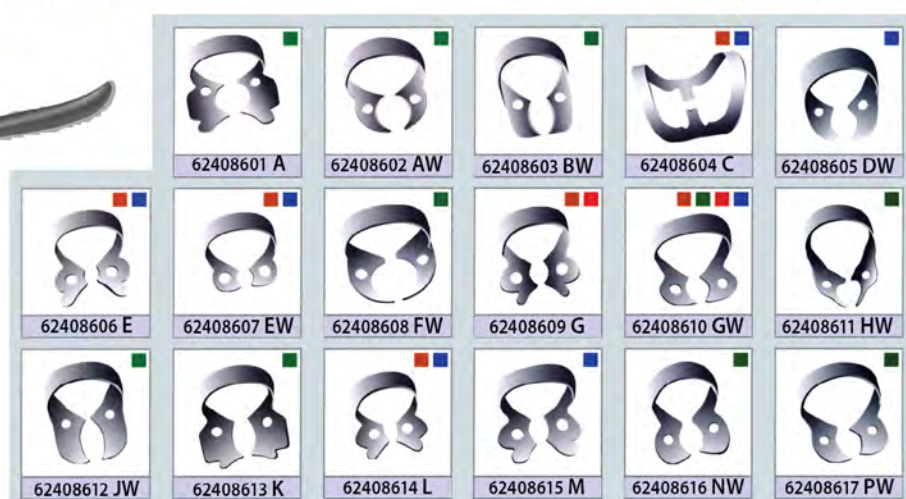
Реставрация

Эндодонтия



Инструменты для наложения

Клампы для фиксации



Защита врача и пациента
Асептика рабочего места

Экономия времени
Высокое качество лечения



Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»

123308, г. Москва, Новохорошевский проезд, 25, тел./факс: + 7 (499) 946-4610
тел.: +7 (499) 946-4609, 946-3999, zakaz@medenta.ru, www.medenta.ru

Сочетание высоких гальванических токов и очага воспаления – основная причина возникновения синдрома гальванизма

Профессор **Константин Лебедев**, доктор медицинских наук, заведующий лабораторией клинической иммунологии КДЦ

Профессор **Олег Янушевич**, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, ректор

Доцент **Нугзар Журули**, кандидат медицинских наук, главный врач КДЦ

Профессор **Юрий Максимовский**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой факультетской терапевтической стоматологии

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

Инна Понякина, кандидат медицинских наук, заместитель заведующего лабораторией клинической иммунологии КДЦ

Врач-лаборант **Людмила Саган**, лаборатория клинической иммунологии КДЦ

Врач стоматолог-ортопед **Сергей Легошин**, отделение комплексной терапии КДЦ

Врач стоматолог-хирург **Галина Пашкова**, кандидат медицинских наук, отделение комплексной терапии КДЦ

Врач стоматолог-терапевт **Екатерина Просфирова**, кандидат медицинских наук, отделение комплексной терапии КДЦ

Профессор, **Георгий Журули**, доктор медицинских наук, заведующий отделением комплексной стоматологии КДЦ

Врач стоматолог-ортопед **Ирина Потемкина**, заслуженный врач РФ, заместитель главного врача КДЦ

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Резюме. На основании результатов собственных клинических и лабораторных исследований, а также данных литературы последних лет показано, что при наличии металлов в полости рта и в теле человека у части пациентов возникают гальванические токи, превышающие физиологические в несколько раз. В случае имеющихся очагов воспаления это приводит к появлению первичного патологического синдрома гальванизма. Если сильные гальванические токи воздействуют длительное время, различные хронические воспалительные заболевания поддерживаются в активном состоянии или возникают вновь. Такой патогенез синдрома гальванизма определяет реальные пути лечения данной патологии.

Ключевые слова: гальванические токи; синдром гальванизма; очаг хронического воспаления; тяжелые металлы; аллергические реакции; протезные материалы; провоспалительные цитокины.

Combination of high galvanic currents and the focus of inflammation – a principal cause of occurrence of a syndrome гальванизма

Professor **Konstantin Lebedev**, Doctor of Medical Sciences, Head of the Laboratory of Clinical Immunology, CDC

Professor **Oleg Yanushevich**, Doctor of Medical Sciences, Honored Doctor of the Russian Federation, President

Docent **Nugzar Juruli**, Candidate of Medical Sciences, Chief Medical Officer of CDC

Professor **Yuri Maksimovskiy**, Doctor of Medical Sciences, Head of the Head of the Department of Dentistry Faculty

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

Inna Ponyakina, Candidate of Medical Sciences, Deputy Director of the Laboratory of Clinical Immunology, CDC

A physician assistant **Ludmila Sagan**, Laboratory of Clinical Immunology, CDC

Dentist-orthopedist **Serge Legoshin**, Department of the Treatment of CDC

Dentist-surgeon **Galina Pashkova**, Candidate of Medical Sciences, Department of the Treatment of CDC

Dentist therapist **Catherine Prosfirova**, Candidate of Medical Sciences, Department of the Treatment of CDC

Professor **George Juruli**, Doctor of Medical Science, Head of Department of Integrated Dental CDC

Dentist-orthopedist **Irina Potemkina**, Honored Doctor of the Russian Federation, Deputy Chief Medical Officer of CDC

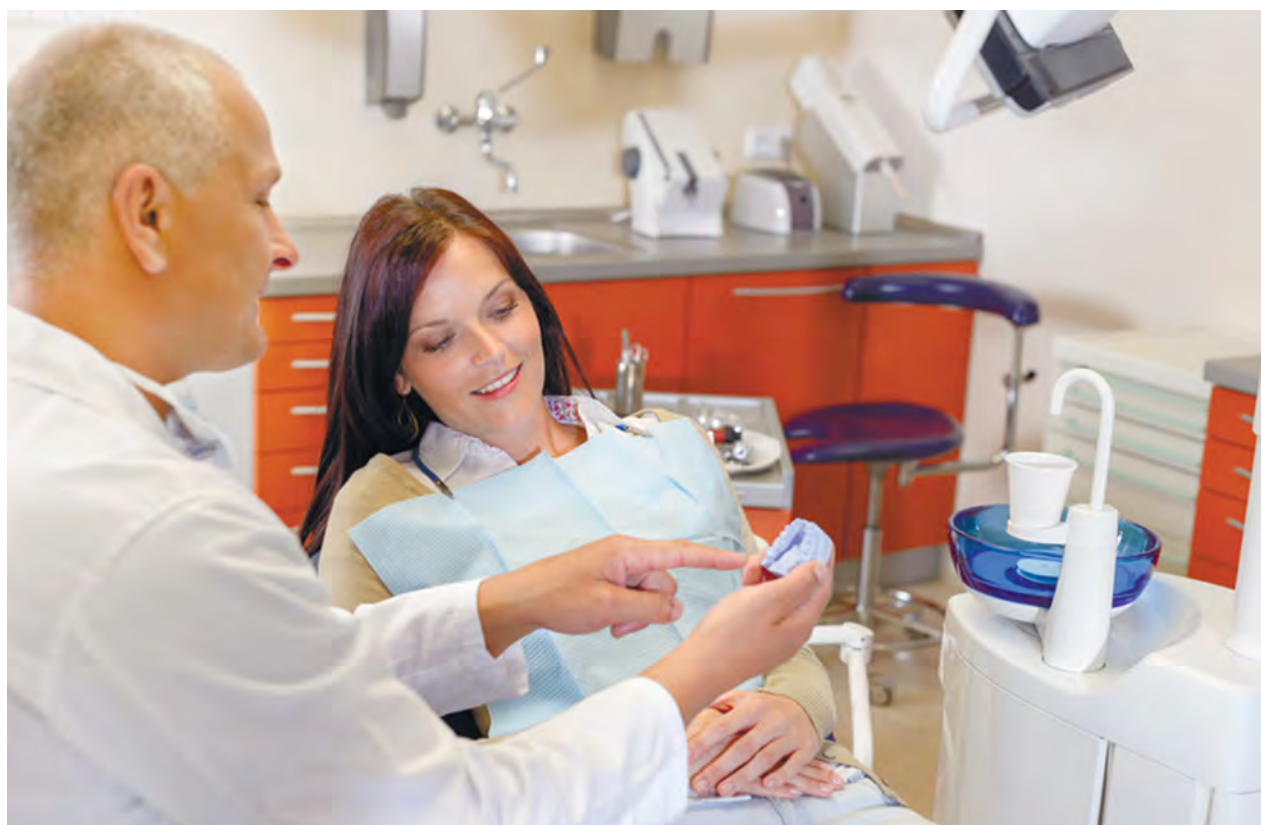
Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov

Summary. On the basis of results of own clinical and laboratory researches and data of the literature of last years by us it is shown, that at presence of metals in a mouth and in a body of the person the part of patients has the galvanic currents exceeding physiological in some times. At presence of the focus of inflammation at the person it leads to occurrence of a primary pathological galvanic syndrome. If strong galvanic currents influence long time, various chronic inflammatory diseases are supported in an active condition or arise again. Such nature of a galvanic syndrome defines real ways of treatment of the given pathology.

Keywords: galvanic currents; galvanic syndrome; focus chronic of inflammation; heavy metals; allergic reactions; orthopedic materials; proinflammatory cytokines.

Уже свыше 100 лет известно, что при наличии в полости рта металлов, чаще нескольких, у некоторых пациентов значительно повышается сила гальванических токов, порой превышая физиологические значения в несколько раз. При этом у многих возникает патологический синдром гальванизма. Он включает ряд субъективных симптомов: жжение языка и слизистой оболочки полости рта, наличие кислого, металлического вкуса и/или «вкуса батарейки», повышенное слюноотделение и/или сухость во рту, головные боли, головокружения и др., а также имеет объективные клинические проявления: отеки слизистой оболочки

рта и носа, глоссит, хейлит, лейкоплакия, гастрит, рефлюкс-эзофагит, ларинготрахеит, обострение стоматита, пародонтит, плоский лишай слизистой оболочки рта, «болезнь желтых ногтей» (болезнь Berglund) и др., причем характер клинических проявлений обычно индивидуален для каждого пациента [9, 10, 13]. Из-за частой постановки пациентам в полость рта протезных конструкций из разных металлов синдром гальванизма стал важной проблемой, в первую очередь в стоматологии. Однако причины возникновения заболевания и развития на его основе широкого спектра патологий остаются в значительной степени неясными.





До сегодняшнего дня практически все специалисты, сталкивающиеся с синдромом гальванизма или изучающие его, логично исходили только из физической основы явления повышения гальванических токов и связанного с ним усилением движения ионов металлов в сильных электролитах, которыми являются слюна и другие жидкости во всех тканях организма, с одной стороны, и возрастания коррозии металлов при воздействии данных электролитов, с другой. Важность этого, безусловно, не вызывает сомнений, однако практически не были учтены биологическая роль организма, пронизанного физиологическими (низкой силы) гальваническими токами на уровне клеток, тканей и органов, а также клиническое состояние организма (например, наличие хронических воспалительных процессов). Все это, безусловно, влияет на развитие тех или иных патологических симптомов гальванизма. Накопленные обширные клинические данные и сведения, появившиеся в мировой литературе в последние годы, дают возможность внести ясность в этот вопрос.

При установке в полость рта нескольких разных металлов у части пациентов возникают сильные гальванические токи (максимальная разность потенциалов составляет свыше 150 мВ) [9, 16]. Однако патологический синдром гальванизма зачастую развивается у них лишь через несколько месяцев, а иногда и через много лет (**клинический пример № 1**). Более того, у каждого пациента обычно возникает лишь часть клинических патологических проявлений из перечисленных выше, т.е. у разных людей с синдромом гальванизма свой набор патологических признаков.

Клинический пример № 1

Пациентка Ч.С., 48 лет. Клинически здорова, жалоб нет. Шесть лет назад были поставлены: титановый имплантат и золотая коронка (16), металлокерамическая коронка с использованием сплава золота (15) и два металлических

штифта (23 и 25). Через два года профилактически измерили разность потенциалов в полости рта. Максимальное значение составило 178 мВ. Несмотря на это, пациентке установили еще два имплантата (35 и 36), металлокерамические коронки (23–25) и коронки из оксида циркония (35 и 36). После этого максимальное значение разности потенциалов в полости рта у нее составило 212 мВ. Каких либо клинических проявлений синдрома гальванизма и на данном этапе обнаружено не было.

Цель исследования

Выяснить причину появления у разных пациентов с синдромом гальванизма своего набора патологических признаков.

Материал и методы

На протяжении 10 лет в лаборатории клинической иммунологии КДЦ МГМСУ им. А.И. Евдокимова у всех пациентов, которым проводили исследование на гальванические токи в полости рта, подробно выясняли патологические симптомы и определяли анамнез заболевания.

Разность потенциалов в полости рта (U) измеряли с помощью стационарного цифрового мультиметра APPA-205 ($10 \text{ Ом} < 100 \text{ пФ}$). У каждого пациента определяли значения разности потенциалов между тканями (слизистая оболочка рта, язык, зубы) и восстановительными конструкциями (имплантаты, коронки, штифты, вкладки, пломбы и др.), обычно не менее чем в 40 парах точек. На основании серии измерений устанавливали максимальное значение разности потенциалов (U_{max}) в полости рта. В пяти парах, показавших наиболее высокие значения U , измерения проводили повторно после тщательного полоскания рта дистиллированной водой для выявления преимущественного течения гальванических токов – по тканям или по слизистой оболочке полости рта [11, 16, 17, 18, 20].

Аллергонепереносимость протезных материалов оценивали с помощью двухэтапного метода, включающего:

- ➔ пероксидазный тест, позволяющий выявить повышенную чувствительность клеток пациента к воздействию материала;
- ➔ провокационный слизисто-десневой тест, дающий возможность определить реакцию организма на материал при непосредственном контакте с ним слизистой оболочки рта.

Второй этап исследования проводили только в том случае, если в пероксидажном тесте выявляли несильную чувствительность клеток к материалу («серая зона»), не позволяющую после первого этапа дать конкретный ответ о наличии или отсутствии повышенной чувствительности к данному материалу [4, 10, 15].

Присутствие эндогенных инфекций определяли, выявляя в сыворотке крови пациента определенные титры антител к

соответствующим инфекциям с использованием тест-систем (Human или «Вектор-Бест»).

У лиц с диагностированным синдромом гальванизма удаляли металлические конструкции и меняли их на инертные для пациента неметаллические протезные материалы. Тем, у кого после удаления всех металлических конструкций частично оставались симптомы гальванизма, и при этом выявлялось повышенное значение $U_{\max}$, проводили детоксикацию организма и иммунотерапию [3, 6].

Клинические наблюдения, подтверждающие взаимосвязь высоких гальванических токов и очагов воспаления при развитии синдрома гальванизма

Если большинство из таких признаков, как чувство жжения, наличие кислого и/или металлического вкуса, «вкуса батарейки», дисгевзия, нарушение саливации в сторону ее усиления или резкого понижения, отек и гиперемия слизистой оболочки рта, першение в горле, кашель, выявлялись лишь у части пациентов и в разных сочетаниях, то чувство жжения, пожалуй, самый общий, наиболее распространенный симптом гальванизма, который встречается более чем у 90% пациентов. Жжение может иметь самую разную локализацию, захватывать кончик языка или весь язык, часть или всю слизистую оболочку рта, горло, пищевод. Часто пациенты отмечают изменение выраженности этого симптома в течение дня (например, уменьшение жжения после еды или в определенное время суток). Можно было бы считать данный субъективный признак невротическим проявлением, обусловленным раздражением нервных окончаний на языке и слизистой оболочке рта в результате воздействия повышенных гальванических токов. Однако этому противоречат два факта. Во-первых, было показано, что у пациентов с гальванизмом первые признаки жжения при прикладывании электродов к языку возникали при разности потенциалов 900–1200 мВ (у здоровых при 1500–1700 мВ), что в 4–6 выше, чем значения $U_{\max}$, выявляемые у этих пациентов. Следовательно, сила электрического тока, возникающая при значениях разности потенциалов 150–300 мВ, характерных для пациентов с синдромом гальванизма, явно недостаточна для столь сильного раздражения нервных окончаний, чтобы вызвать жжение. Во-вторых, 14 пациентам с повышенным значением $U_{\max}$ и резко выраженным жжением в полости рта назначали прием негормонального противовоспалительного препарата (диклофенак или индометацин) путем рассасывания таблеток во рту утром, днем и вечером до еды в течение 7 дней. Через 2–5 сут у всех этих пациентов чувство жжения исчезало. Однако через 12–40 дней симптом жжения появлялся вновь. Это свидетельствует о том, что жжение было вызвано наличием воспалительного процесса.

У части пациентов проводили исследования на антитела к эндогенным инфекциям – *Helicobacter pylori*, *Mycoplasma pneumonia*, *Chlamidophila pneumonia*, грибам рода *Candida*.

У 65,2% из 184 обследованных, страдающих гальванизмом, выявлены повышенные, диагностически значимые титры антител хотя бы к одной из этих инфекций, при том, что клинических их проявлений не обнаружено. По-видимому, здесь речь идет о субклиническом течении инфекций. Нельзя исключить наличия у пациентов и других эндогенных инфекций, в том числе вирусных.

У 28 пациентов в течение 2–7 лет во рту стояли протезные конструкции из 3–7 разнородных металлических сплавов, не вызывая никаких патологических симптомов. Признаки гальванизма впервые появились у них после удаления зуба, вскрытия абсцесса или удаления кисты в области корня, лечения острого апикального периодонтита либо других локальных воспалительных процессов в полости рта, причем в последующие несколько месяцев они не только не исчезали, но у многих усиливались и даже появлялись новые, что и заставило пациентов пройти обследование на гальванические токи в полости рта (**клинический пример № 2**). У этих пациентов было выявлено повышенное значение $U_{\max}$ (188–256 мВ).

Клинический пример № 2

Пациентка Д.К., 62 лет. В течение последних 12 лет в разных стоматологических учреждениях ей последовательно ставили коронки из белого металла (36, 37), мостовидный протез из металлокерамики на основе хромокобальтового сплава (44–47), две отдельные коронки из металлокерамики на основе хромоникелевого сплава (25, 26), два металлических корневых штифта из неизвестных металлов (14, 15), две металлические вкладки из неизвестных металлов (24, 27). При этом жалоб на какие-либо патологические проявления не было. Однако 5 мес спустя данной пациентке неудачно поставили пломбу (35), которую дважды переставляли. В зубе появилась резкая боль. Был определен острый периодонтит, проведено успешное эндодонтическое лечение и реставрация зуба. Через 2 нед у пациентки появилось жжение языка и слизистой оболочки рта, гиперемия слизистой оболочки полости рта, отек языка, сухость, постоянный кашель, отхаркивание мокроты и першение в горле. Значение $U_{\max}$ составило 252 мВ.

В течение последних двух лет 32 пациента с повышенным значением $U_{\max}$ и синдромом гальванизма исследовали на аллергонепереносимость всех чужеродных материалов (металлов, пластмассы, керамики), из которых изготовлены их зубные протезы. У каждого была выявлена повышенная чувствительность хотя бы к одному из протезных материалов в пероксидазном тесте (**табл. 1**), причем не только к металлам, но часто к неметаллическим материалам.

Суммируя эти данные, можно констатировать, что у пациентов с развившимся синдромом гальванизма не только выявляется повышенное значение разности потенциалов в полости рта, но и имеются воспалительные очаги, связанные

с микроорганизмами или аллергонепереносимостью протезных и пломбировочных материалов.

Отдельно стоит вопрос об активации и/или возникновении хронических воспалительных процессов у пациентов с синдромом гальванизма в полости рта и прилегающих регионах тела. У части из них наблюдали плоский лишай слизистой оболочки рта, рецидивирующий язвенный стоматит, лейкоплакию, глоссит, хейлит, пародонтит, хронический ларинготрахеит, хронический тонзиллит и т.п. Выявлена четкая корреляция длительности течения гальванизма с возникновением или активацией у этих пациентов перечисленных выше хронических заболеваний (табл. 2).

Сильные гальванические токи, обусловленные присутствием в полости рта металлов и поставляющие в очаги воспаления ионы тяжелых металлов

Ранее было показано, что при развитии синдрома гальванизма сильные гальванические токи текут не только по поверхности слизистой оболочки рта, но и по тканям (клинический пример № 3) [17–19].

Клинический пример № 3

Пациентка О.В., 67 лет. В полости рта имеются коронки (14, 15, 17, 24, 26), мосты (34–37 и 45–47), а также металлические штифты (13, 14, 17, 26) и вкладки (37, 45 и 47), установленные в разное время. Всего не менее шести разных металлических сплавов. Два года назад у нее возник синдром гальванизма: жжение кончика языка, дисгевзия, сухость, головные боли, бессонница. Были диагностированы глоссит и лейкоплакия. Лечилась у стоматоневролога. Значение $U_{\max}$ составило 281 мВ. Наиболее высокие значения U – 281 и 269 мВ – выявлены, соответственно, между мостом из хромоникелевого сплава и языком, этим же мостом и участком слизистой оболочки щеки с лейкоплакией после интенсивного полоскания полости рта дистиллированной водой. До полоскания между этими точками значения U составляли 166 и 178 мВ соответственно.

При этом у пациентов с более тяжелыми и многочисленными симптомами данной патологии гальванические токи чаще текли преимущественно по тканям (табл. 3).

Следует также отметить, что при развитии синдрома гальванизма максимальные значения U обычно выявляли не между различными металлическими включениями в полости рта, а между этими металлами и слизистой оболочкой, языком или здоровым зубом, а также между слизистой оболочкой, языком, здоровыми зубами.

Обширные биоэлектрические исследования, проведенные в конце прошлого века и обобщенные в серии обзоров [21, 22, 24, 26, 32, 35, 36], показывают, что во всем организме текут разнообразные потоки ионов, обусловленные наличием разностей потенциалов в разных участках. Именно на них основаны такие исследования, как электрокардиография, электромиография, электроаудиография, электронейрография. Так, разности потенциалов поверхности всех клеток организма колеблются от 70 до 100 мВ. Во всех органах и тканях есть области положительного и отрицательного заряда. Активация клеток, их пролиферация приводят к усилению заряда, что происходит при воспалении, наличии раны и ее заживлении, а значит, к усилению эндогенных естественных гальванических токов. Несомненно, высокая разность потенциалов, обусловленная установкой разнородных металлов в тело, создает индуцированные электрические токи, взаимодействующие с этими естественно текущими потоками ионов, сливаясь с наиболее сильными в условиях воспаления и регенерации ран. Поэтому присутствие металлических включений, использованных для протезирования, приводит к накоплению ионов тяжелых металлов в очагах воспаления и хронических ран, тем более интенсивного, чем сильнее возникшие гальванические токи.

Представления о роли эндогенных гальванических токов в возникновении повышенных гальванических токов, индуцированных присутствием металлов во рту, в целом близки к заключению В.Е.В. Nordenström [34] о замкнутых эндогенных контурах токов в организме и их влиянии на

Таблица 1 Аллергонепереносимость стоматологических материалов у пациентов с высокими гальваническими токами и синдромом гальванизма

Количество пациентов	Максимальное значение разности потенциалов $U_{\max}$	Наличие повышенной чувствительности к протезным материалам в пероксидазном тесте	
		Металлические сплавы	Неметаллические материалы
6	178±24,3	+	
4	186±29,0	+	+
4	173±29,7		+
5	199±28,1	+	+
4	201±31,4	+	+
9	183±21,8	+	+

Таблица 2 Активация хронических воспалительных заболеваний у пациентов с металлами в полости рта в зависимости от длительности развития у них синдрома гальванизма до начала стоматологического лечения

Характеристика группы	Длительность синдрома гальванизма, мес		
	1–6	12–24	36 и более
Количество обследованных, чел.	248	175	134
Среднегрупповой показатель максимального значения разности потенциалов в полости рта (U_{max}), мВ	177,4±12,5 (150–322)	181±17,9 (153–284)	176±19,2 (153–296)
Количество людей с хроническими воспалительными заболеваниями, абс. (%)			
Плоский лишай слизистой оболочки рта	2 (0,4)	13 (7,4)	15 (11,2)
Лейкоплакия	1 (0,4)	9 (5,1)	12 (9,0)
Рецидивирующий афтозный стоматит	3 (1,2)	11 (6,3)	10 (7,5)
Глоссит, хейлит	2 (0,8)	14 (10,4)	16 (9,1)
Постоянная кровоточивость десен после чистки зубов (пародонтит)	5 (2,0)	24 (13,7)	28 (20,9)
Хронический ларинготрахеит	5 (2,0)	25 (14,3)	29 (21,6)
Хронический тонзиллит	0	9 (5,1)	9 (6,7)
Хронический гайморит	0	6 (3,4)	7 (5,2)
Хронический гастрит	2 (0,8)	14 (8,0)	16 (11,9)
Рефлюкс-эзофагит	1 (0,4)	7 (4,0)	7 (5,2)
Всего (с 1 и более активными хроническими заболеваниями)	15 (6,0)	121 (69,1)	125 (93,3)

возникновение новых электрических цепей. Однако здесь важнее данные о роли воспаления (раны) в развитии синдрома гальванизма.

При длительности воздействия высоких гальванических токов на пациентов менее 6 мес процент людей, имеющих активные хронические заболевания, был минимален. Однако если гальванизм не лечили свыше двух лет, практически у всех пациентов возникали или активировались те или иные хронические воспалительные заболевания.

Гиперактивация M1 макрофагов в очагах воспаления и продукция ими провоспалительных цитокинов – основная причина развития синдрома гальванизма

Одно из важнейших отличий хронического воспалительного процесса от острого в том, что при хроническом происходит разрушение ткани в очаге воспаления в результате действия провоспалительных цитокинов и активных форм кислорода и азота, образуемых преимущественно гиперактивированными макрофагами. Это положение в настоящее время является общепринятым в описании механизма течения различных хронических воспалительных процессов, в том числе пародонтита и других стоматологических заболеваний [12, 30, 31].

Активированные макрофаги и нейтрофилы – основные клеточные формы любого очага воспаления, продуцирую-

щие провоспалительные цитокины и активные формы кислорода и азота. Но при остром воспалении ткань очага в основном не подвергается разрушению, хотя там происходит активное уничтожение присутствующих микроорганизмов. Почему же разрушается ткань в очаге хронического воспаления? Различные цитокины, в том числе провоспалительные, в разных концентрациях имеют принципиально различающееся действие. Наличие высокой концентрации провоспалительных цитокинов в очаге воспаления приводит к разрушению тканей [23, 39]. Так, фактор некроза опухолей α (ФНО- α) в больших концентрациях стимулирует формирование остеокластов, что обуславливает резорбцию кости при пародонтите [28]. В низких дозах ФНО- α , напротив, способствует пролиферации остеобластов [29], что приводит к росту костной ткани. В очаге хронического воспаления выявляют повышенную концентрацию провоспалительных цитокинов. Она достигается за счет увеличения количества макрофагов и повышения их функциональной активности [38, 37].

Известно, что хронические воспалительные процессы обычно вызываются условно-патогенными микроорганизмами, часто являющимися представителями нормальной микрофлоры [7]. С другой стороны, инфекции, вызванные такими микроорганизмами, как *Helicobacter pylori* или грибы

Таблица 3 Локализация гальванических токов у пациентов с несколькими разнородными металлическими включениями в полости рта, имеющих повышенные значения $U_{\max}$ (≥ 150 мВ)

Синдром гальванизма	Количество обследованных пациентов	Количество пациентов, у которых гальванические токи текли преимущественно по тканям, %
Отсутствует	21	0
Имеются субъективные симптомы (жжение и др.)	258	35,6
Имеются субъективные симптомы (жжение и др.) и активные хронические воспалительные процессы	216	91,6

рода *Candida*, зачастую протекают субклинически, т.е. без выраженных клинических проявлений, и обнаруживаются только по повышенным титрам антител к этим инфекциям [8]. Неясно, почему в этих условиях происходит столь резкая стимуляция макрофагов с гиперпродукцией ими цитокинов.

Логичным объяснением перехода субклинического течения инфекции в активный воспалительный процесс, также как и активации хронического воспалительного процесса, может служить присутствие в организме токсических веществ – ксенобиотиков [14, 39]. Так, один из главных провокационных факторов активации пародонтита – курение сигарет, содержащих никотин и токсичные смолы [2].

В обширной литературе, суммированной в обзоре [33], показано, что различные токсические продукты, в том числе ионы тяжелых металлов, в значительной степени осуществляют свое патологическое действие через активацию макрофагов, которые, продуцируя провоспалительные цитокины и активные формы кислорода и азота, оказывают патологическое действие на ткани организма. То же было показано и для токсического действия различных фармацевтических препаратов [27].

Таким образом, очаги воспаления, вызванные малопа- тогенными микроорганизмами, в результате воздействия на них различных токсических веществ активируются.

Сильные гальванические токи приносят в очаг воспаления токсичные для клеток ионы тяжелых металлов, что приводит к его активации с возникновением соответствующих клинических проявлений.

Основные пути лечения синдрома гальванизма, следующие из понимания роли воспаления в его возникновении

Представление о патогенезе синдрома гальванизма открывает пути лечения пациентов с данным синдромом и профилактики его возникновения. Ясно, что это весьма сложная проблема, и для разработки способов эффективного лечения больных с синдромом гальванизма требуются в дальнейшем дополнительные клинико-лабораторные исследования.

Не вызывает сомнений, что для профилактики возникновения сильных гальванических токов все металлы и их сплавы, используемые для протезирования пациента, должны быть однотипными. Это касается не только зубо-протезных конструкций, но и металлических протезов, находящихся в теле человека, а именно, разнообразных имплантатов (не только зубных, но и металлических конструкций опорно-двигательного аппарата, кардиостимуляторов, стентов, скрепляющих скобок и т.д.). Если в теле пациента имеются металлические конструкции, нужно точно знать, из какого металла или сплава они изготовлены, для того чтобы при зубопротезировании использовать подобные сплавы. Однотипные сплавы нужно применять и на всех этапах протезирования (например, если использовали хромокобальтовые вкладки, то и металлокерамические коронки должны изготавливаться из хромокобальтового сплава).

В настоящее время в стоматологии для протезирования достаточно широко используют материалы на основе оксидов металлов, например оксидов циркония и алюминия. Оксиды цинка, серебра и др. добавляют в большинство пломбировочных материалов и цемента, а также в стекловолоконные и гуттаперчевые штифты [1]. Известно, что оксиды металлов – полупроводники, а значит, вносят свой вклад в создание гальванических пар, особенно в присутствии металлов. Однако их значимость в возникновении и поддержании высоких гальванических токов окончательно не ясна.

Если для протезирования были использованы разнородные металлические сплавы, необходимо регулярно профилактически проводить исследование на гальванические токи в полости рта. При сильном повышении максимальных значений разности потенциалов, желательно удалить металлические конструкции. Ясно, что эти манипуляции требуют разработки новых современных технологий малотравматичного удаления протезов, особенно вкладок и штифтов (например, с использованием операционных стоматологических микроскопов).

В ряде случаев (особенно при длительном присутствии в организме металлических включений, индуцировавших

Таблица 4 Выявление аллергонепереносимости на стоматологические материалы у пациентов с синдромом гальванизма после удаления всех металлических включений из полости рта

Характеристика группы пациентов	Количество человек в группе	Количество материалов, на которые проводили исследование на аллергонепереносимость преимущественно по тканям, %	Количество материалов, на которые выявлена аллергонепереносимость, %
Значения $U_{\max}$ $92 \pm 9,6$ мВ, все патологические симптомы гальванизма исчезли	49	127	16,5
Значения $U_{\max}$ $112 \pm 12,5$ мВ, часть патологических симптомов гальванизма осталась	36	96	63,5
Значения $U_{\max}$ $169 \pm 18,3$ мВ, патологические симптомы гальванизма присутствуют	29	105	87,6

сильные гальванические токи) после удаления всех металлов у пациента сохраняются симптомы гальванизма. Они могут быть обусловлены сильными гальваническими парами, которые остаются в организме в результате накопления в очагах воспаления ионов тяжелых металлов и поддерживают гальванические токи. Для ускорения выведения этих ионов надо проводить циклы детоксикации. Для снижения активности очагов воспаления у этих пациентов следует применять дозированную иммунотерапию, направленную на перевод гиперактивированных М1 макрофагов в М2 регенераторные макрофаги с целью снижения в очаге воспаления концентрации провоспалительных цитокинов и замены их состава на сумму регенераторных цитокинов. Данный подход был ранее разработан для лечения различных хронических заболеваний [3, 5, 6, 12]. Однако эти методы не адаптированы для синдрома гальванизма, и это еще предстоит сделать.

Не менее важная клиническая проблема – восстановление полноценного зубного ряда после удаления металлических конструкций у пациентов с гальванизмом. Несомненно, для нового протезирования нужно использовать неметаллические конструктивные материалы. Однако следует помнить, что при наличии активных очагов воспаления с гиперактивированными М1 макрофагами у пациента существенно возрастает риск возникновения аллергонепереносимости протезных материалов (на протезные материалы развиваются в большинстве случаев псевдоаллергические реакции, в которых главную роль играют макрофаги, **табл. 4**) [13]. Поэтому у таких пациентов все стоматологические материалы перед изготовлением зубных протезов следует проверять в лаборатории на аллергонепереносимость.

Заключение

Синдром гальванизма развивается далеко не у всех пациентов с сильными гальваническими токами в полости рта. Он возникает в результате совместного действия двух

сигналов опасности: наличия очагов воспаления, обусловленных условно-патогенными микроорганизмами или аллергенами, и накоплением в них ионов тяжелых металлов. Последнее происходит благодаря гальваническим токам, которые переносят ионы тяжелых металлов в ткани организма, прежде всего в очаги воспаления.

Известно, что соли тяжелых металлов, в том числе тех, которые используют для изготовления протезных конструкций, вызывают при введении в организм тяжелые патологии, вплоть до гибели организма. В среде сильного электролита, которым являются слюна и другие биологические жидкости, все металлы в той или иной степени подвергаются коррозии. Коррозийно нестойкие материалы, использованные для протезирования, могут окрашивать окружающие ткани за счет осаждения в них ионов этих металлов («эффект татуировки») и при этом не вызывать каких-либо патологических проявлений гальванизма. Массивные конструкции из металла, укрепляющие кости скелета, могут суммарно давать высокий объем коррозии без каких-либо патологических токсических реакций. Это наблюдают тогда, когда нет одного из двух сигналов опасности, обозначенных выше. Поэтому многочисленные работы по отбору для протезирования коррозионно-устойчивых материалов важны в основном для создания долговечных протезных конструкций, не разрушающихся в среде активного электролита биологических жидкостей, а не для предотвращения возникновения синдрома гальванизма.

Подавляющее большинство врачей-стоматологов имеет слабое представление о синдроме гальванизма, тем более о его лечении и профилактике. В настоящее время, когда медицина стоит на пороге внедрения клонов зубов [25], это весьма опасно, поскольку подрывает достижения медицины последних десятилетий в области разработки искусственных протезных конструкций не только для полости рта, но и для других частей тела (суставов, сосудов и т.д.). Поэтому для без-

опасного использования разнообразных искусственных материалов в клинической практике необходимы, с одной стороны, дальнейшие широкие клинические и лабораторные исследования этой проблемы, с другой – подготовка врачей-стоматологов для грамотной профилактики синдрома гальванизма, а также диагностики и лечения в случае его возникновения.

Координаты для связи с авторами:

KLebelev@rambler.ru; +7 (499) 973-9414 – Лебедев Константин Алексеевич

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

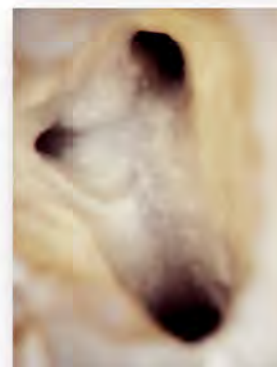
1. Ван Нурт Р. Основы стоматологического материаловедения. – М.: Мосби, 2004, 305 с.
2. Кузмина Э.М., Кузмина И.Н., Петрина С.Е. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта. – М.: МГМСУ, 2009, 228 с.
3. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Иммунная недостаточность (выявление и лечение). – М.: Мед. книга, 2003, 443 с.
4. Лебедев К.А., Максимовский Ю.М., Кулмагомбетов И.Р. с соавт. Слизисто-десневой тест для определения гиперчувствительности к местным анестетикам. – Маэстро стоматологии, 2003, т. 12, № 3, с. 74–78.
5. Лебедев К.А., Понякина И.Д., Козаченко Н.В. с соавт. Дозированная иммунотерапия гистамином при хронических псевдоаллергических заболеваниях. – Аллергология и иммунология, 2004, т. 5, № 4, с. 555–563.
6. Лебедев К.А., Понякина И.Д., Козаченко Н.В. Физиология хронических воспалительных процессов и их лечение. – Физиология человека, 2005, т. 31, № 1, с. 100–113.
7. Лебедев К.А., Максимовский Ю.М., Митронин А.В. с соавт. Новое понимание патогенеза болезней пародонта в свете работ о роли образраспознающих рецепторов. – Стоматология для всех, 2006, № 2, с. 24–29.
8. Лебедев К.А., Дойников А.И., Робустова Т.Г. с соавт. Значение наличия хронических воспалительных заболеваний в возникновении полиаллергонепереносимости протезных материалов. – Стоматология, 2006, № 3, с. 19–27.
9. Лебедев К.А., Журули Н.Б., Митронин А.В. с соавт. Причины непереносимости стоматологических материалов. – Стоматология для всех, 2007, № 2, с. 18–23.
10. Лебедев К.А., Митронин А.В., Журули Н.Б. с соавт. Этиологические факторы развития непереносимости стоматологических материалов и способы их определения. – Эндодонтия today, 2007, № 2, с. 12–18.
11. Лебедев К.А., Максимовский Ю.М., Саган Н.Н. с соавт. Принципы определения гальванических токов в полости рта. – Стоматология, 2007, № 3, с. 11–19.
12. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Иммунология образраспознающих рецепторов. – М.: URSS, 2008, 256 с.
13. Лебедев К.А., Митронин А.В., Понякина И.Д. Непереносимость зубопротезных материалов. – М.: URSS, 2010, 208 с.
14. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Очаг патологического (токсического) действия металлов в организме человека. – Физиология человека, 2011, т. 37, № 4, с. 90–97.
15. Понякина И.Д., Сорокина О.М., Митронин А.В. с соавт. Выявление повышенной чувствительности организма к стоматологическим препаратам in vitro. – Стоматология для всех, 2004, № 3, с. 44–47.
16. Понякина И.Д., Митронин А.В., Саган Н.Н. с соавт. Выявление электрических токов в полости рта, определяющих патологический гальваносиндром. – Эндодонтия Today, 2007, № 1, с. 34–38.
17. Понякина И.Д., Лебедев К.А., Максимовский Ю.М. с соавт. pH слюны и течение гальванических токов в тканях и жидкостях полости рта. – Стоматология, 2009, № 1, с. 33–39.
18. Понякина И.Д., Лебедев К.А., Максимовский Ю.М. с соавт. Механизмы формирования и пути течения гальванических токов в тканях и жидкостях полости рта. – Denta 1 класс, 2009, № 1–2, с. 22–27.
19. Понякина И.Д., Янушевич О.О., Журули Н.Б. с соавт. Гальванические токи у людей с металлическими имплантатами в теле в сочетании с металлическими зубопротезными конструкциями. – Эндодонтия today, 2011, № 1, с. 37–42.
20. Саган Н.Н., Понякина И.Д., Саган Л.Г. с соавт. Выявление гальванических токов в полости рта. – Стоматология, 2006, № 1, с. 35–43.
21. Becker R. The electrical control of growth processes. – Medical Times, 1967, v. 95, p. 657–669.
22. Borgens R. Endogenous ionic currents traverse intact and damaged bone. – Science, 1984, v. 225, p. 478–482.
23. Borish L.C., Steinke J.W. Cytokines and chemokines. – J. Allergy Clin. Immunol., 2003, v. 111, № 2, p. 460–475.
24. Brown G. The energy of life: the science of what makes our minds and bodies work. – NY: The Free Press, 1999, 261 p.
25. Casagrande L., Cordeiro M.M., Nör S.A. et al. Dental pulp stem cells in regenerative dentistry. – Odontology, 2011, v. 99, № 1, p. 1–7.
26. Charman R.A. Electrical properties of cells and tissues. – London, UK: WB Saunders Company Ltd., 1996, p. 34–62.
27. Deng X., Luyendyk J.P., Ganey P.E. et al. Inflammatory stress and idiosyncratic hepatotoxicity: hints from animal models. – Pharmacol. Rev., 2009, v. 61, № 3, p. 262–282.
28. Devlin R.D., Reddy S.V., Savino R. et al. IL-6 mediates the effects of IL-1 or TNF, but not PTHrP or 1,25 (OH) 2D3, on osteoclast-like cell formation in normal human bone marrow cultures. – J. Bone Miner. Res., 1998, v. 13, p. 393–399.
29. Frost A., Jonsson K.B., Nilsson O. et al. Inflammatory cytokines regulate proliferation of cultured human osteoblasts. – Acta Orthop. Scand., 1997, v. 68, p. 91–96.
30. Garlet G.P. Destructive and protective roles of cytokines in periodontitis: a re-appraisal from host defense and tissue destruction viewpoints. – J.D.R., 2010, v. 89, № 12, p. 1349–1363.
31. Graves D. Cytokine that promote periodontal tissue destruction. – J. Periodont., 2008, v. 79, № 8s, p. 1585–1591.
32. Haltiwanger S. Electrical nutrition for physically active people. – New Zealand Chart. J., 2003, v. 1, № 16, p. 29–33.
33. Laskin D.L., Sunil V.R., Gardner C.R. et al. Macrophages and tissue injury: agents of defense or destruction? – Ann. Rev. Pharmacol. Toxicol., 2011, v. 51, p. 267–288.
34. Nordenström B.E.W. Biologically closed electric circuits: clinical, experimental and theoretical evidence for an additional circulatory system. – Stockholm: Nordic Med. Public., 1983, 213 p.
35. Reilly J.P. Applied bioelectricity: from electrical stimulation to electropathology. – NY: Springer, 1998, 298 p.
36. Robinson K. Endogenous and applied electric currents: their measurement and application. – NY: Alan Liss. Inc., 1989, p. 1–25.
37. Tabas I. Macrophage death and defective inflammation resolution in atherosclerosis. – Nat. Rev. Immunol., 2010, v. 10, № 1, p. 36–46.
38. Takeuchi O., Akira S. Pattern recognition receptors and inflammation. – Cell, 2010, v. 140, p. 805–820.
39. Zhang X., Mosser D.M. Macrophage activation by endogenous danger signals. – J. Pathol., 2008, v. 214, № 2, p. 161–178.

ЗЕРКАЛО ВАШЕГО УСПЕХА



Dentalinstrumente OHG

УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЕ ПОКРЫТИЕ ПОВЫШЕННОЙ ПРОЧНОСТИ



- Зеркала для фотосъемки
- Стандартные и увеличивающие
- Специальные и хирургические



Кристально четкое безбликовое отражение

Реклама



Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»

123308, г. Москва, Новохорошевский проезд, 25, тел./факс: + 7 (499) 946-4610
тел.: +7 (499) 946-4609, 946-3999, zakaz@medenta.ru, www.medenta.ru

Новое поколение эндодонтических силеров на основе минерального триоксид агрегата

Л. Мади, Б. Роса

Резюме. На протяжении многих лет одна из главных задач стоматологии – повышение качества пломбирования корневых каналов. Ради этой цели проводятся научные исследования, разрабатываются материалы и инструменты для эндодонтического лечения, в том числе эндодонтические силеры. На основании перечня требований, предъявляемых к идеальному материалу для пломбирования корневых каналов, можно выделить главные параметры, необходимые для сравнительной оценки материалов, уже представленных на стоматологическом рынке, а также для разработки новых. Предлагаем вам обзор свойств нового силера на основе минерального триоксид агрегата MTA Fillapex.

Ключевые слова: минеральный триоксид агрегат; эндодонтический силер; биосовместимость; цитотоксичность; высвобождение ионов кальция.

A new generation of endodontics sealer based on mineral trioxide aggregates

L. Madi, B. Rosa

Summary. Since ancient times there is a concern of dental professionals in relation to root canal filling. The science of Endodontics has been continuously seeking to improve the knowledge and performance of endodontic sealers, as well as other materials and instruments used in this specialty field. Being established the ideal profile of a filling material, it is possible to point the ideal parameters for research and development of new products, as well as the evaluation of those already on the market. The objective of this article is to provide information about new sealer based on mineral trioxide aggregate MTA Fillapex, considering the ideal properties of endodontics sealers.

Keywords: mineral trioxide aggregate; endodontics sealer; biocompatibility; cytotoxicity; calcium release.

Главная задача пломбирования корневых каналов – их качественная изоляция для предотвращения развития воспалительных процессов в периапикальных тканях. В 1955 г. Макэлрой опубликовал обзор материалов, использовавшихся ранее для этой цели. По мере развития научно-технического прогресса на стоматологическом рынке появлялись все новые материалы.

Согласно данным Гроссмана (1974), идеальный материал для пломбирования корневых каналов должен отвечать следующим требованиям:

- ⊙ легко вводиться в канал;
- ⊙ обеспечивать его надежную апикальную и латеральную герметизацию;
- ⊙ обладать минимальной усадкой;
- ⊙ быть устойчивым к воздействию тканевых жидкостей;
- ⊙ обладать бактерицидным или, по крайней мере, бактериостатическим действием;
- ⊙ быть достаточно рентгеноконтрастным;
- ⊙ не окрашивать ткани зуба;
- ⊙ быть стерильным или подвергаться простой и быстрой дезинфекции;
- ⊙ не оказывать раздражающего действия на периапикальные ткани;
- ⊙ при необходимости легко извлекаться из корневого канала.

На основании этих требований можно выделить главные параметры, необходимые для сравнительной оценки материалов, уже представленных на стоматологическом рынке, а также для разработки новых.

В 2010 г. компания Angelus (Бразилия) представила уникальный силер MTA Fillapex на основе минерального триоксид агрегата. Наряду с MTA в состав данного материала входят полимерный салицилат, триоксид висмута и пирогенный диоксид кремния.

Физические, химические и биологические свойства MTA Fillapex

Характеристики нового материала MTA Fillapex представлены с учетом требований ISO, предъявляемых к эндодонтическим силерам.

Герметизация корневого канала

Благодаря включению в состав материала наночастиц он обладает превосходной текучестью и обеспечивает надежную герметизацию апикального отверстия и латеральных каналов (рис. 1).

Пространственная стабильность

В отличие от большинства полимерных силеров, MTA Fillapex расширяется при отверждении. Для получения данных о пространственной стабильности материала была проведена

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



Рис. 1 Трехмерная obturation корневого канала с использованием силера MTA Fillapex

сравнительная оценка исходных и конечных размеров каждого экспериментального образца (табл. 1).

Для экспериментального образца № 1 было характерно расширение 0,1%, для образца № 2 – усадка 0,022%, для образца № 3 – расширение 0,022%. Среднее суммарное расширение (для трех образцов) составило 0,088%. А согласно требованиям ISO, предъявляемым к эндодонтическим силерам, суммарное изменение размеров материала не должно превышать 1,0% при усадке и 0,1% при расширении. Таким образом, пространственная стабильность материала MTA Fillapex полностью соответствует этим требованиям.

Кроме того, расширение при отверждении эндодонтического силера значительно уменьшает апикальную микропроницаемость корневой пломбы (рис. 2).

Антимикробное действие

Стоматологические материалы с высоким pH обладают антимикробным действием и способствуют минерализации твердых тканей зуба. Силеры на основе МТА характеризуются щелочным pH и высоким высвобождением ионов кальция (табл. 2).

Рентгеноконтрастность

Согласно современным требованиям к рентгеноконтрастности силеров их оптическая плотность должна превосходить таковую у алюминиевого клина-эталоны толщиной 3 мм. Для определения оптической плотности в пикселях MTA Fillapex использовали программное обеспечение

Таблица 1 Изучение пространственной стабильности материала MTA Fillapex (исходные и конечные показатели)

Образец	Показатель	
	исходный	конечный
1	13,261	13,280
2	13,382	13,379
3	13,363	13,366

Среднее значение апикальной микропроницаемости

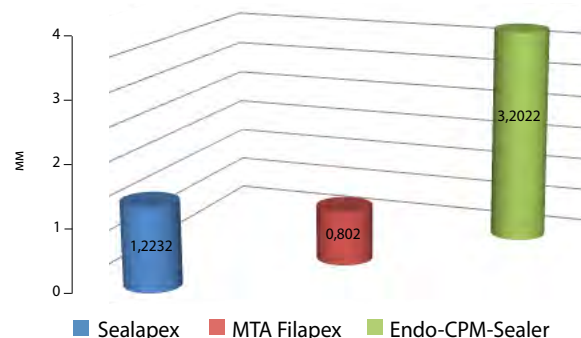


Рис. 2 Сравнительная характеристика апикальной микропроницаемости различных эндодонтических силеров

Software Image J. При этом оптическая плотность исследуемого материала была на 146% больше таковой у алюминиевого клина-эталоны толщиной 3 мм (рис. 3).

Биосовместимость

Силеры на основе МТА сохранили уникальные биологические свойства, присущие традиционному МТА, применяемому для закрытия перфораций.

При контакте с водой оксид кальция превращается в гидроксид кальция и далее диссоциирует на ионы кальция и гидроксильные ионы. При диффузии гидроксильных ионов из корневого канала увеличивается значение pH на поверхности корня и в периодонте, инактивируются остеокластические процессы, наблюдается повышение pH в прилежащих тканях, что, в конечном итоге, способствует регенерации тканей.

Таблица 2 Среднее значение pH, средняя концентрация уровня высвобождения ионов кальция и стандартные отклонения исследуемых материалов за различные временные промежутки

Время	Группа		
	№ 1 (серый МТА Angelus)	№ 2 (белый МТА Angelus)	№ 3 (MTA Fillapex)
Среднее значение pH			
24 ч	9,65 (0,68)	9,94 (0,27)	9,39 (0,30)
7 дней	9,80 (0,29)	9,84 (0,73)	7,68 (0,23)
14 дней	10,09 (0,17)	9,92 (0,34)	8,89 (0,54)
Средняя концентрация уровня высвобождения ионов кальция, мг/л			
24 ч	17,55 (2,37)	17,65 (3,17)	9,15 (4,03)
7 дней	13,08 (0,86)	18,46 (4,84)	8,95 (2,43)
14 дней	13,51 (2,09)	11,24 (2,60)	9,68 (3,00)



Рис. 3 Сравнительный анализ оптической плотности материала MTA Fillapex и алюминиевого клина-эталоны

Ионы кальция активируют кальцийзависимую аденозинтрифосфатазу, а также вступают в химическую реакцию с оксидом углерода с образованием кристаллов карбоната кальция (обладающих двойным лучепреломлением при микроскопии), которые отвечают за кальцификацию субстратов и способствуют минерализации тканей. Далее кристаллы карбоната кальция соединяются с внеклеточным гликопротеином фибронектином, что является первым этапом образования твердотканного барьера.

Ионы кальция также отвечают за миграцию и дифференциацию клеток. Так как силеры на основе МТА и традиционный МТА для закрытия перфораций имеют сходные химический состав и биосовместимость, несложно предположить равнозначную клиническую эффективность данных материалов. К достоинствам силера на основе МТА можно отнести удобство внесения его в корневой канал за счет наличия более текучей консистенции «паста – паста».

При проведении исследований было обнаружено, что силеры на основе МТА стимулируют образование ядер кристаллов апатита в клеточной культуре остеобластоподобных клеток человека.

Таблица 3 Постоперационная чувствительность при лечении необратимого пульпита (126 клинических случаев)* и некроза пульпы (84 клинических случая)* с болевой симптоматикой в одно посещение с пломбированием корневых каналов гуттаперчей с силером MTA Fillapex, %

Боль	Сразу после пломбирования корневых каналов	Спустя		
		24 ч	72 ч	1 нед
Необратимый пульпит				
Отсутствует	66	84	98	100
Умеренная	24	12	2	
Выраженная	10	4		
Некроз пульпы				
Отсутствует	84	92	98	100
Умеренная	16	8	2	
Выраженная				

Прим.: *по данным Ramos, Brochado, Prescinotti.

Реакция отверждения

Для понимания химического процесса, лежащего в основе отверждения эндодонтического силера на основе МТА, необходимо рассмотреть реакцию комплексообразования. Оно заключается в электростатическом притяжении, возникающем между ионами и хелатными соединениями без перемещения электронов между ними. При этом заряд образующегося соединения равен суммарному заряду его компонентов.

В основе процесса отверждения силера на основе МТА лежит реакция не полимеризации, а комплексообразования, являющаяся аутокаталитическим процессом. Для активации данной реакции необходимо присутствие молекулы воды из внешней среды. При этом образуется первый комплекс и активируется цепная реакция с формированием новых молекул воды (кислота + щелочь = соль + вода), т.е. данная химическая реакция протекает с прогрессивным самоускорением.

Во время реакции комплексообразования гидроксид кальция реагирует с полимерами на основе дисалицилата, что сопровождается высвобождением ионов кальция. Следовательно, основными компонентами реакции комплексообразования являются силилаты и гидроксид кальция.

Гидроксид кальция образуется в результате реакции гидратации оксида кальция, представленного в большом количестве в химической формуле силера на основе МТА.

На основании вышесказанного можно сделать вывод о том, что в основе реакции отверждения материала MTA Fillapex лежит химическая реакция гидратации свободного гидроксида кальция в смеси и молекул воды из дентинных трубочек с образованием гидроксида кальция, а также реакция комплексообразования между гидроксидом кальция и силилатами.

Клиническое исследование

При проведении клинических исследований пломбирования корневых каналов с использованием силера MTA Fillapex не было обнаружено выраженной постоперационной чувствительности у пациентов, поступивших с диагнозом необратимого пульпита или некроза пульпы (табл. 3).

После тщательного изучения полученных данных можно сделать вывод о том, что благодаря высвобождению ионов кальция и высокому значению pH смеси новый силер MTA Fillapex обладает уникальными биологическими свойствами, антибактериальным действием, а также высокой клинической эффективностью, что делает его материалом выбора при использовании в различных клинических ситуациях.

Координаты для связи с авторами:

info@medenta.ru

Непрямая реставрация зубов с использованием материалов компании Dentsply



Врач-стоматолог **Дмитрий Копылов**, специалист в области прямой и непрямой реставраций, врач-консультант компании Dentsply

Стоматологическая клиника докторов Копыловых

Резюме. Сегодня на стоматологическом приеме все большей популярностью пользуются не прямые адгезивные реставрации. Компания Dentsply имеет весь спектр материалов для создания качественной непрямой реставрации, способной прослужить значительно более длительное время, чем композитные реставрации, выполненные в прямой технике и изготовленные при равных условиях.

Ключевые слова: непрямая реставрация; адгезия; материал; вкладка; коронка; препарирование; фиксация.

Indirect restoration of teeth using materials company Dentsply

Dentist **Dmitry Kopylov**, a specialist in the field of direct and indirect restorations, medical consultant company Dentsply

Dental Clinic doctors Kopylov

Summary. Today on dental examination increasing popularity indirect adhesive restorations. Dentsply company has the full range of materials to create high-quality indirect restoration that can last for much longer than composite restorations performed in direct technology and manufactured under the same conditions.

Keywords: indirect restorations; adhesion; material; tab, crown; preparation; fixation.



Сегодня на стоматологическом приеме все большей популярностью пользуются не прямые адгезивные реставрации. Во многом это обусловлено невозможностью или неумением практикующего стоматолога провести реставрацию зуба композитным материалом и получить результат, удовлетворяющий и врача, и пациента по функциональным, анатомическим,

эстетическим и прочим параметрам. Современные композитные материалы обладают прекрасными характеристиками, что позволяет создавать прямые реставрации с отличным сроком службы и прекрасным прогнозом. Однако для проведения прямой реставрации есть ряд ограничений, связанных с размером кариозной полости (разрушение зуба более 40%), контактом реставрации с тканями десны, характером поверхности соседнего зуба и зуба-антагониста. Существуют определенные показания для проведения непрямой реставрации зуба цельнокерамическими вкладками, накладками или коронками. Основными показаниями в приведенном ниже клиническом случае служили разрушение зуба более 40% и наличие края дефекта на уровне десны. Также необходимо принимать во внимание разнородность материалов реставраций соседних зубов и зубов-антагонистов. Контакт керамической реставрации должен осуществляться с керамической же реставрацией. Не следует располагать композит в контакте с керамикой.

При выборе конструкции надо учитывать и предпочтения самого пациента, не всегда с готовностью отзывающегося на предложение восстановить зуб непрямой реставрацией. В представлении многих изготовление керамической вкладки сродни изготовлению коронки, которая требует значительно большего препарирования

тканей зуба. Современные адгезивные технологии позволяют встать на сторону лечения зубов непрямыми безметалловыми реставрациями, максимально сохраняющего ткани.

Керамика инертна в агрессивной среде полости рта, безвредна для организма, не царапается, не впитывает запахи, не меняет своей структуры с течением времени, легче очищается средствами индивидуальной гигиены полости рта, а также стирается медленнее композита. Это позволяет проводить реставрацию зуба с хорошим прогнозом на многие годы. Срок службы подобных конструкций при выдерживании полного протокола лечения исчисляется годами и даже десятилетиями. Задача врача состоит в создании абсолютно герметичной реставрации, способной выдерживать агрессивное действие как патогенной, так и сапрофитной микрофлоры полости рта, сопротивляться воздействию слюны, значительной окклюзионной нагрузке, достигающей порой до сотен килограммов на 1 см². Помимо этого, нужно учитывать качество тончайшего слоя цемента между краями зуба и коронки. Это очень незначительный, но чрезвычайно важный промежуток. При плохой герметизации щели цементом или его отсутствии вообще микроорганизмы неизбежно заселяют данные участки, что приводит к развитию кариозного процесса (рис. 1).

Компания Dentsply располагает всем спектром материалов, необходимых для проведения качественной долго-



Рис. 1

вечной не прямой реставрации, – от анестетиков и боров до средств для финишной обработки и полировки.

Клинический случай

В клинику обратился пациент для санации полости рта. В ходе диагностики в зубах 46, 47 и 16 выявлены композитные реставрации с нарушением краевого прилегания, признаками разгерметизации, что позволяет говорить о микробной инвазии в подлежащих тканях. Композитные реставрации были заменены на керамические конструкции: зубы 16 и 47 восстановлены с помощью керамических вкладок, зуб 46 – керамической накладкой с перекрытием вестибулярных бугров.

Первое посещение. Снятие предварительного оттиска

До препарирования зубов необходимо снять предварительный оттиск, чтобы после препарирования использо-

вать его в качестве шаблона для изготовления временных конструкций. Оттиски для изготовления временных реставраций сняты с использованием силиконовой массы Aquasil Hard Putty – быстротвердеющего, высоковязкого слепочного материала с идеальными механическими свойствами для техники работы «паста – жидкий материал».

Анестезия

Для проведения анестезии компания Dentsply предлагает местный комбинированный анестетик для инфильтрационной и проводниковой анестезии – альфакаин на основе артикаина. Он выпускается в капсулах, технология изготовления которых создает условия для обеспечения стерильности. Альфакаин не содержит ЭДТА, поскольку силиконовое покрытие внутренней стенки ампул предотвращает реакцию между выделяемыми стеклом ионами металлов и сосудосуживающим средством, тем самым уменьшая возможность развития побочных эффектов.

Препарирование

Dentsply располагает полным спектром стандартных твердосплавных боров Midwest: с шестью лезвиями для турбины (FG), укороченными для турбины (FGSS), для углового наконечника (LA), для прямого наконечника (HP), а также хирургические боры для турбины (FGOS) и для углового наконечника (LAOS). Эксклюзивная линия включает специальные боры: финишные, для окончательной отделки, для тонкой полировки, с поперечным сечением различной конфигурации. Все они проходят строгий контроль на концентричность, конфигурацию лезвий, размеры и форму.

После иссечения патологически измененных тканей может остаться тонкий слой парапульпарного дентина, а в некоторых случаях и плотный, но очень пигментированный дентин. Для упрочнения слоя околопульпарного дентина и маскировки пигментированного дентина можно использовать традиционный плотный композит opakового оттенка. Прекрасно себя зарекомендовал материал Esthet-X оттенка W-O (белый opak). После появления на рынке материала SDR процесс ревизии старых пломб стал более простым и быстрым. SDR не требует послойного внесения и тщательной адаптации композита ко дну кариозной полости, его можно внести одной порцией (рис. 2).

За счет самодатации SDR качественно приклеивается к адгезивному слою и заполняет возможные пустоты ка-



Рис. 2

риозной полости. При дальнейшем препарировании зуба под керамическую реставрацию композит препарируется, как собственный дентин зуба. Препарирование под керамическую реставрацию предполагает создание ящикообразной полости с отвесными стенками. Предварительная изоляция дна кариозной полости композитом позволяет выровнять анатомию дна, что значительно упрощает препарирование под вкладку (рис. 3).



Рис. 3

бразной полости с отвесными стенками. Предварительная изоляция дна кариозной полости композитом позволяет выровнять анатомию дна, что значительно упрощает препарирование под вкладку (рис. 3).

Снятие оттисков

Оттиск нижней челюсти снимали базой Aquasil Soft Putty и корректирующей Aquasil Ultra LV/Regular Set обычного отверждения. Материал Aquasil Soft Putty – слепочная масса высокой вязкости, имеющая оптимальную эластичность, обеспечивающую простое удаление материала из поднутрений. Эту слепочную массу используют для методики двойного оттиска или в качестве основного слепочного материала при нанесении с последующей коррекцией с помощью материалов низкой или сверхнизкой вязкости. Aquasil Ultra LV/XLV Smart Wetting® обычного и быстрого отверждения – эластомерный материал для оттиска высокой точности, устойчивый к разрывам и деформациям с превосходными гидрофильными свойствами. Смачиваемость материала повышает точность воспроизведения деталей на модели.

Перед внесением оттисковой ложки зубы были предварительно обработаны материалом B4. Этот оптимизатор поверхности улучшает смачиваемость, а значит растекаемость силиконовой массы по поверхности препарированной полости, что позволяет получать более точные оттиски с детализацией мельчайших подробностей поверхности.

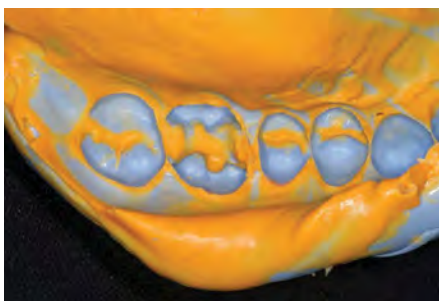


Рис. 4

Оттиск верхней челюсти снимали в двух вариантах: базой Aquasil Soft Putty и корректирующей Aquasil Ultra LV, а также базой Aquasil Soft Putty и корректирующей Aquasil Ultra XLV (рис. 4).

Изготовление временной конструкции

Для изготовления временных вкладок использовали предварительно снятый оттиск для временных конструкций и быстротвердеющую пластмассу Integrity. С помощью пистолета пластмассу выдавливали в силиконовый ключ, который затем вводили в полость рта.

Пластмасса заполняла образовавшуюся в результате препарирования полость (рис. 5).

В течение минуты пластмасса начинала твердеть. На этом этапе можно извлечь шаблон и твердеющую



Рис. 5

пластмассовую конструкцию. Пластичность неотвердевшей пластмассы позволяет оперативно удалить ее излишки скальпелем или шлифовальными резинками Enhance (Dentsply). Полировку проводили полировочной системой PoGo (Dentsply).

Фиксация временной конструкции

После полировки временных конструкций их зафиксировали на временный цемент в полости рта, а оттиски отправили в зуботехническую лабораторию, откуда постоянные конструкции поступили на неразборной модели, чтобы избежать длительной адаптации вкладок во рту пациента (рис. 6).



Рис. 6

Следующее посещение. Примерка реставраций

После снятия временных конструкций провели примерку постоянных вкладок во рту (рис. 7).

В связи с тем, что техник прислал работу как на разборной, так и на неразборной моделях, примерка заняла



Рис. 7

Почему бы и нет?



Реклама

НОВИНКА!

NUPRO®

SENSODYNE®
PROFESSIONAL

- Немедленное снижение чувствительности
- Профессиональная паста, которая одновременно удаляет пятна, полирует и снижает чувствительность зубов
- Уникальная кальций-фосфатная технология NovaMin®

К лучшей стоматологии

DENTSPLY

считанные минуты. Примерку осуществляли до и после наложения раббердама. Это связано с тем, что после наложения раббердама положение зубов относительно друг друга может измениться из-за натяжений резинового платка. Зачастую вкладка, прекрасно садившаяся до установки завесы, после наложения раббердама вводится в полость с затруднением или же вовсе не входит. Эту проблему можно устранить расклиниванием зубов на какое-то время либо на весь период фиксации реставрации в случае, если ее край расположен выше уровня десны, и клин не будет мешать установке вкладки.

Подготовка зубов перед фиксацией вкладок

Раббердам позволяет качественно изолировать зубы от проникновения слюны и поддесневой жидкости в препарированную полость. Это позволит адгезиву и цементу герметично закрыть пространство между вкладкой и зубом. В противном случае щель между вкладкой и зубом будет вызывать у пациента боль от холодного, сладкого. Возможно появление боли при накусывании. Ткани десны также будут испытывать негативное влияние, что приведет к развитию локального гингивита. Естественным исходом этих событий станет развитие кариеса в твердых тканях зуба и патологического процесса в связочном аппарате.

Перед фиксацией вкладок препарированные полости протравливали ортофосфорной кислотой Conditioner 36 (Dentsply), которую затем смывали. Последовательно обрабатывали вначале эмаль (15 с), затем дентин (15 с).

После этого зубы обрабатывали 2%-ным хлоргексидином в течение 1–2 мин для инактивации металлопротеиназ, разрушающих адгезивное соединение.

Подготовка керамических реставраций перед фиксацией

- ➔ обработка керамических вкладок плавиковой кислотой в течение 1 мин;
- ➔ промывание керамических вкладок в ультразвуковой ванне;
- ➔ обработка вкладок спиртом;
- ➔ нанесение на протравленную поверхность силана Calibra.

Фиксация реставраций

Цельнокерамические вкладки фиксировали с использованием цемента Calibra (зубы 36, 37) и SmartCem 2 (зуб 16). Адгезивную подготовку зубов и реставраций проводили с использованием адгезива предварительного протравливания XP Bond и активатора самоотверждения (Self Cure Activator). Адгезив толерантен к степени увлажнения дентина, так как его растворителем является третичный бутанол (терт-бутанол) и в составе присутствуют промоторы адгезии. Активатор позволяет провести полное отверждение цемента даже без полимеризации светом,

что особенно важно для полимеризации композита в придесневой зоне и глубоких участках полостей, куда свет проникает со значительным ослаблением. SmartCem2 в данном случае использовали с адгезивом, хотя он может применяться самостоятельно. Наличие адгезива усиливает прочностные характеристики соединения реставрации и зуба. Удаление излишков цемента проводили на так называемой стадии геля. Для этого можно использовать кюретку или зонд. После того как излишки цемента удалили, провели окончательную полимеризацию всего объема реставрации.

Финишная обработка

Окончательную обработку и полировку реставрации осуществляли системами Enhance (Dentsply) и PoGo (Dentsply). Адаптации реставраций по окклюзии не потребовалась, так как зуботехническая часть была выполнена безукоризненно. Незначительная шлифовка была направлена на удаление излишков композита (рис. 8).

Безметалловые адгезивные реставрации имеют ряд преимуществ в сравнении с композитными, что для



Рис. 8

пациента зачастую является определяющим фактором при выборе метода лечения. Показания к непрямой реставрации зуба позволяют врачу выбрать нужную конструкцию в каждом конкретном случае. Компания Dentsply имеет весь спектр материалов для создания качественной не прямой реставрации (рис. 9), способной прослужить значительно более длительное время, чем композитные реставрации, выполненные в прямой технике и изготовленные при равных условиях.



Рис. 9

Современные адгезивные технологии и материалы обеспечивают превосходную фиксацию реставраций с отменным прогнозом их службы.

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

High Bond Retainer™

Светоотверждаемый цемент для фиксации лингвальных ретейнеров

High-Q-Bond Retainer разработан специально для фиксации лингвальных ретейнеров. После светоотверждения **High-Q-Bond Retainer** меняет цвет с оранжевого на белый, что обеспечивает точное позиционирование. **High-Q-Bond Retainer** содержит усилитель адгезии аналогичный 4-Мета, для прочной, надежной фиксации к эмали, металлам и керамическим поверхностям.

High-Q-Bond Retainer полимеризуется как светодиодными так и традиционными лампами.

High-Q-Bond Retainer обладает преимуществом светополимеризации а так же оптимальными характеристиками прочности и вязкости для использования с современными лингвальными ретейнерами.

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



Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»

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

Фармакоэкономический анализ программ лечения пациентов с эрозиями эмали, индуцированными гастроэзофагеальным кислотным рефлюксом

Профессор **Дмитрий Трунин**, доктор медицинских наук, директор стоматологического института

Профессор **Николай Крюков**, доктор медицинских наук, проректор по научной и инновационной работе, заслуженный деятель науки РФ

Заочный аспирант **Ольга Данейкина**

Кафедра стоматологии Самарского государственного медицинского университета

Резюме. Дана сравнительная фармакоэкономическая оценка двух методологических подходов к ведению пациентов с эрозией зубов, индуцированной гастроэзофагеальным рефлюксом вследствие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ): программы с использованием высокостоймых препаратов, приемлемые для богатых и среднеобеспеченных пациентов, и программы с применением относительно дешевых препаратов, доступные лицам с небольшим достатком. Исходы вмешательства оценены по критериям доказательной медицины.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; эрозия эмали; фармакоэкономика.

Pharmacoeconomic analysis of treatment programs for patients with enamel erosion induced gastroesophageal acid reflux

Professor **Dmitry Trunin**, Doctor of Medical Sciences, director of the Dental Institute

Professor **Nikolay Kryukov**, Doctor of Medical Sciences, Vice President for Research and Innovation, Honored Worker of Science of the Russian Federation

Post-graduate student **Olga Daneykina**

Department of Dentistry at Samara State Medical University

Summary. In article present pharmacoeconomical criteria of treatment two group patient with gastroesophageal reflux disease (GERD) and enamel erosion: program of high cost and program of small cost. Effectiveness of other program present in criterion of factor based medicine.

Keywords: gastroesophageal reflux disease; enamel erosion; pharmacoeconomics.

За последние годы, вследствие ликвидации мифа об имущественном равенстве пациентов и бесплатности медицинской помощи, в повседневную врачебную практику вошло понятие «социальный статус пациента», важнейшей составляющей которого является реальный уровень доходов на члена семьи. Отсюда проистекает стоимостная мера вмешательства в естественное течение болезни, определяемая не только доходом, но и желанием пациента затратить определенную его часть на оплату труда врачей (стоматолога, гастроэнтеролога и др.), лекарства, нелекарственную терапию. Появилась необходимость оценивать эффективность врачебного вмешательства не только с чисто медицинских, но и с экономических позиций: не всегда эффективно то, что дорого, а дешевизна врачебного вмешательства подчас бывает мнимой ввиду малой эффективности, удлинения периода обострения болезни, хронизации, инвалидизации.

Цель исследования

Поиск наиболее оптимальных с позиции фармакоэкономики методов врачебного вмешательства при эрозиях эмали, индуцированными ГЭРБ.

Материалы и методы

Проведено комплексное лечение 86 пациентов с эрозиями эмали, индуцированными ГЭРБ. С учетом социального статуса лиц (бедные и малообеспеченные – 36 чел., среднеобеспеченные – 43 чел., высокообеспеченные – 7 чел.) реализованы две разностоймостные программы комплексного (стоматологического и гастроэнтерологического) врачебного вмешательства.

Использовали базовые понятия фармакоэкономики: фармацевтическая группа – в терминологии анатомо-терапевтической-химической классификации, препарат – международное непатентованное наименование, лечение из расчета на курс (1 нед, 2 нед, 1 мес) исходя из



стоимости ориентировочной дневной дозы с перерасчетом на эквивалентную курсовую дозу [1, 2]. За единицу измерения эффективности в исследовании приняли процент успешно пролеченных больных (по клиническим признакам – критериям достижения клинической ремиссии болезни). Для каждой альтернативной схемы лечения было рассчитано соотношение «затрата – эффективность» по формуле:

$$CEA = [DC + C] / EF,$$

где *CEA* – соотношение «затрата – эффективность» (показывает затраты, приходящиеся на единицу эффективности, в данном исследовании – на одного успешно пролеченного больного); *DC* – прямые затраты (стоимость препаратов, врачебных манипуляций на курс лечения); *C* – косвенные затраты (равнялись нулю, поскольку больные лечились амбулаторно); *EF* – эффективность лечения (процент успешно пролеченных больных).

Исходы вмешательства оценивали по критериям доказательной медицины [3].

Результаты и их обсуждение

Для состоятельных и среднеобеспеченных использовали брендовые препараты.

Стоматологическая программа для среднеобеспеченных и обеспеченных

✱ «Десенситайзеры Бисковер», «Шарм Сенси» на один зуб, в среднем четыре зуба, три процедуры: 656 руб. $\times 3 \times 3 = 5904$ руб.;

✱ паста зубная «Асепта», 1 тюбик на 2 нед – 136 руб.;

✱ каппа по прикусу и гель «Рокс Медикал» – 270 руб.;

✱ через неделю пломбировка дефектов стеклоиономерными цементами «Кетак Н 100», «Кетак Моляр» либо «Фуджи 1150» на один зуб, в среднем 4 зуба: 1150 руб. $\times 4 = 4600$ руб.;

✱ поддерживающая терапия в течение года: пасты «Колгейт Про Релиф» (165 руб./тюбик), чередуя с пастами «Лакалют» (109 руб./тюбик), «Асепта» (136 руб./тюбик), общий расход ≈ 130 руб. $\times 24 = 3120$ руб.

Низкостоймостная программа для малообеспеченных



✱ «Десенситайзеры Глуфторед» на 1 зуб – 8 руб., на 4 зуба – 40 руб., пять посещений – 200 руб.;

✱ паста зубная «Силка» (70 руб./тюбик);

✱ каппа с гелем «Рокс Медикал»: 120 руб. + 270 руб.;

✱ пломбирование дефектов цементами «Стоматил», «Глассин Рест» – 132 руб. на 1 зуб, в среднем 4 зуба: 132 руб. $\times 4 = 328$ руб.;

✱ поддерживающая терапия пастами ценой 70 руб./тюбик, на год 70 руб. $\times 24 = 1680$ руб.

Гастроэнтерологический модуль

Типовые сочетания препаратов: ингибитор протонной помпы (ИПП) + кларитромицин + амоксициллин.

В аптечной сети на период исследования розничная цена одной упаковки в среднем составляла:

✱ омез (омепразол 20 мг), 30 табл. – 161,1 руб.;

✱ кларитромицин верте 250 мг, 14 капсул – 146 руб.;

✱ нексиум (эзомепразол 20 мг), 14 табл. – 740,5 руб.;

✱ клацид 500 мг, 14 табл. – 817,6 руб.;

✱ флемоксин солютаб 500 мг, 20 табл. – 228 руб.

При этом 1 табл. (капсула) стоила:

✱ омез (омепразол) – 5,27 руб.;

✱ нексиум (эзомепразол) – 52,9 руб.;

✱ кларитромицин верте – 10,4 руб.;

✱ клацид – 58,4 руб.;

✱ амоксициллин – 7 руб.;

✱ флемоксин солютаб – 11,4 руб.

На курс лечения больным требовалось:

✱ препаратов группы ИПП – 4 нед (28 дней) по 35 табл. (капсул);

✱ кларитромицин верте 250 мг – 1 нед, 28 капсул;

✱ клацид 500 мг – 1 нед, 14 табл.;

✱ амоксициллин 500 мг – 1 нед., 28 табл.

Цена курсового лечения составила:

✱ омез (омепразол) – 187,9 руб.;

✱ нексиум (эзомепразол) – 1851,1 руб.;

✱ кларитромицин верте (кларитромицин) – 291,2 руб.;

✱ клацид (кларитромицин) – 817,6 руб.;

✱ амоксициллин – 196 руб.;

✱ флемоксин солютаб – 319,2 руб.

Более дорогое сочетание: нексиум, клацид, флемоксин солютаб, более дешевое: омез, кларитромицин верте, амоксициллин.

Рассчитаны параметры СЕА отдельно по стоматологическому (Ст) и гастроэнтерологическому (ГЭ) модулям в под-

группах высокостоймостного (а) и низкостоймостного (б) лечения, с учетом того, что при высокой приверженности к лечению (compliance) эффект был достигнут у большинства больных.

По стоматологическому модулю

СЕА Ст (а) = $(5904+136+270+4600+3120)/82\%=171$;

СЕА Ст (б) = $(200+70+120+270+328+1680)/73\%=36,5$.

По гастроэнтерологическому модулю (ремиссия через 4 нед)

СЕА Гэ (а) = $(332,7+817,6+319,2)/100\%=44,7$;

СЕА Гэ (б) = $(338,3+291,2+196)/100\%=8,2$.

Видно, что стандартизованные показатели СЕА значительно отличались как в стоматологическом, так и в гастроэнтерологическом модулях при одинаковой эффективности вмешательства.

Составлены исходы лечения в группах с высоким (58 чел.) и низким (28 чел.) compliance вне зависимости от стоимостных характеристик вмешательства.

В группе с высоким compliance ожидаемый положительный результат у 56 чел., неблагоприятный исход – у 2. В группе с низким compliance благоприятный исход у 16 чел., неблагоприятный – у 12.

ЧИЛ=2/58=3,4%

ЧИК=12/28=42%

САР=ЧИЛ-ЧИК=38,6%

ЧБНЛ (число больных, которых необходимо лечить определенным методом в течение определенного времени) = 2,45

Следовательно, получение значения ЧБНЛ показывает возможность предотвращения неудачного исхода у каждого второго пациента: вмешательство может быть признано удовлетворительным.

Выводы

Пациент выбирает вариант лечения исходя из своего имущественного статуса. Ориентация на стоимость конкретного лекарственного средства не может служить единственным надежным экономическим показателем, поскольку расходы на лекарства составляют менее половины прямых расходов, а косвенные расходы могут равняться прямым расходам на лечение. Поэтому необходимо учитывать нематериальные издержки, представляющие собой такие факторы, которые невозможно измерить количественно, например страдание. В связи с этим в последнее время для оценки нематериальных издержек используют параметры качества жизни пациента. Фармакоэкономический анализ – важный аспект современной стоматологической практики – позволяет уменьшить затраты на лечение с сохранением эффективного контроля за симптомами с учетом социального статуса пациентов.

Варианты лечения больных с эрозией эмали при ГЭРБ как с использованием брендов, так и с применением дженериков одинаково эффективны в достижении клинической ремиссии. При этом вариант терапии с применением оригинальных препаратов достоверно дороже терапии с использованием экономичных препаратов.

Приверженность пациента к лечению, вне зависимости от стоимостных характеристик программ вмешательства, по критериям доказательной медицины определяет эффект конечного результата.

Координаты для связи с авторами:

+7 (9278) 91-5178; July27@inbox.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусов Ю.Б. Основы клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии: руководство для врачей. – М.: Бионика, 2002, 368 с.
2. Маев И.В., Трухманов А.С., Кучерявый Ю.А. Фармакоэкономика кислотозависимых заболеваний. – Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2006, № 3, с. 68–75.
3. Котельников Г.П., Шпигель А.С. Доказательная медицина. – Самара: СамГМУ, 2000, 116 с.



Кадровое обеспечение стоматологической службы. Создание безопасных условий труда персонала

Профессор **Владимир Вагнер**, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, заместитель директора ЦНИИС и ЧЛХ

Доцент **Вячеслав Ларионов**, кандидат медицинских наук, кафедра госпитальной ортопедической стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Научный сотрудник **Людмила Смирнова**, кандидат медицинских наук, ЦНИИС и ЧЛХ

Владимир Пешков, кандидат медицинских наук, главный врач Рязанской областной стоматологической поликлиники

Доцент **Светлана Морозова**, кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической и детской стоматологии РязГМУ

Доцент **Александр Гуськов**, кандидат медицинских наук, кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии РязГМУ

Любовь Филимонова, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, заведующая кафедрой хирургической стоматологии РязГМУ

Резюме. В статье представлена законодательная и нормативная правовая база обеспечения безопасных условий труда в стоматологических медицинских организациях.

Ключевые слова: охрана труда; безопасные условия труда.

Staffing of stomatologic service.

Creation of safe working conditions for the personnel

Professor **Vladimir Wagner**, Doctor of Medical Science, Honored Doctor of the Russian Federation, Deputy Director of Central Research Institute of Stomatology and Maxillo-Facial Surgery

Docent **Vyacheslav Larionov**, Candidat of Medical Science, Department of Hospital Prosthodontics MSUMD named after A.I. Evdokimov

Researcher **Lyudmila Smirnova**, Candidat of Medical Science, Central Research Institute of Stomatology and Maxillo-Facial Surgery

Vladimir Peshkov, Candidat of Medical Science, Chief Medical Officer of the Ryazan Regional Dental Clinic

Docent **Svetlana Morozova**, Candidat of Medical Science, Head of the Department of Pediatric Dentistry and Therapeutic RyazSMU

Docent **Alexander Guskov**, Candidat of Medical Science, Department of Prosthetic Dentistry and Orthodontics RyazSMU

Lyubov Filimonova, Candidat of Medical Science, Doctor of the Highest Qualification Category, Head of Department Dental Surgery RyazSMU

Summary. In article it is presented legislative and regulatory legal base of providing safe working conditions in the stomatologic medical organizations.

Keywords: labor protection; safe working conditions.

Работа медицинских работников связана с огромной ответственностью за здоровье пациентов. В свою очередь, медицинский персонал ежедневно подвергается интеллектуальной и физической нагрузкам, воздействиям иных факторов, которые могут губительно сказываться на их здоровье, если не обеспе-

чиваются или не соблюдаются нормы и правила безопасности условий труда.

Согласно статье 22 ТК РФ работодатель обязан соблюдать трудовое законодательство, нормы трудового права, локальные нормативные акты, условия коллективного договора, соглашений и т.д., а также предоставлять



человеку работу, обусловленную трудовым договором, обеспечивать безопасность и условия труда, соответствующие государственным нормативным требованиям охраны труда [1, 3].

Охрана труда – система сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, включающая в себя правовые, социально-экономические, организационно-технические, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические, реабилитационные и иные мероприятия.

Условия труда – совокупность факторов производственной среды и трудового процесса, оказывающих влияние на работоспособность и здоровье работника.

Вредный производственный фактор – производственный фактор, воздействие которого на работника может привести к его заболеванию.

Опасный производственный фактор – производственный фактор, воздействие которого на работника может привести к его травме.

Безопасные условия труда – условия труда, при которых воздействие на работающих вредных и (или)

опасных производственных факторов исключено либо уровни их воздействия не превышают установленных нормативов.

Аттестация рабочих мест по условиям труда – оценка условий труда на рабочих местах для выявления вредных и (или) опасных производственных факторов и осуществления мероприятий по приведению условий труда в соответствие с государственными нормативными требованиями охраны труда. Аттестация рабочих мест по условиям труда проводится в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда (ст. 209)

Проведение аттестации рабочих мест по условиям труда происходит согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении порядка проведения аттестации рабочих мест по условиям труда» от 26 апреля 2011 г. № 342н.

Приказом Минздравсоцразвития РФ и Федеральной службы по труду и занятости «Об организации работы

по реализации п. 45 «Порядка проведения аттестации рабочих мест по условиям труда» от 31 августа 2011 г. № 193 утвержден порядок формирования и анализа сведений о результате аттестации, оформления реестров, сводных ведомостей, журналов.

Деятельность стоматологов относится к работам с вредными и (или) опасными условиями труда, поэтому медицинским работникам должно бесплатно выдаваться молоко в дни фактической занятости на работах с вредными условиями труда [2]. Это определено в ТК РФ в ст. 222 и регламентировано приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении норм и условий бесплатной выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, молока или других равноценных пищевых продуктов, порядке осуществления компенсационной выплаты в размере, эквивалентном стоимости молока или других равноценных пищевых продуктов и перечне вредных производственных факторов, при воздействии которых в профилактических целях рекомендуется употребление молока или других равноценных пищевых продуктов» от 16 февраля 2009 г. № 45н.

Эффективность работы медицинского персонала в стоматологических медицинских организациях зависит не только от квалификации специалистов, но и от условий труда, организации рабочего места, отвечающего требованиям безопасности режимов труда и отдыха, оптимальность которых обязан обеспечивать работодатель. Он также должен выдавать работникам санитарную одежду, спецодежду и средства индивидуальной защиты. Правила обеспечения работников специальной одеждой, обувью и другими средствами индивидуальной защиты, а также санитарной одеждой и обувью (ст. 221) регламентированы постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации «Об утверждении типовых отраслевых норм бесплатной выдачи работникам специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты» от 29 декабря 1997 г. № 68, приказом Министерства здравоохранения СССР «О введении отраслевых норм бесплатной выдачи спецодежды, спецобуви и других средств индивидуальной защиты, а также норм санитарной одежды и санитарной обуви» от 29 января 1988 г. № 65, приказом Министерства здравоохранения СССР «О расширении прав предприятий и организаций в деле улучшения обеспечения трудящихся специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты» от 16 сентября 1988 № 713 и приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении межотраслевых правил обеспечения работников специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты» от 1 июня 2009 г. № 290н.

Минздравсоцразвития РФ утверждено «Методическое письмо по контролю за организацией охраны труда в стоматологических учреждениях» от 13 ноября 2002 г. № 15-23/1, 10-2/2096.

С 1 января 2012 г. введен новый порядок проведения медосмотров работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. Кроме того, вводятся в действие новые перечни вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых такие медосмотры регламентированы приказом Минздравсоцразвития России «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и работах с вредными и (или) опасными условиями труда» от 12 апреля 2011 г. № 302н. В стоматологии к таким факторам относятся аллергены, лекарственные препараты, инфицированный материал, излучение (ионизирующие, неионизирующие, ультрафиолетовое), вибрация и т.п.

Таким образом, работодатель обязан обеспечить безопасные условия и охрану труда (режим труда и отдыха, приобретение и выдачу специальной одежды, обуви и других средств индивидуальной защиты, проведение аттестации рабочих мест, принятие мер по предотвращению аварийных ситуаций и др.). В свою очередь, работник должен соблюдать требования охраны труда, правильно и своевременно применять средства индивидуальной и коллективной защиты, проходить обязательные медицинские осмотры, немедленно извещать руководителя о любой ситуации, угрожающей жизни и здоровью людей. В условиях выполнения двусторонних обязательств работа будет проходить благоприятно и безопасно для всех.

Координаты для связи с авторами:

vagnerstar@yandex.ru; +7 (495) 984-6676, 984-6656 – Вагнер Владимир Дмитриевич; **rstom1.ryazan@mail.ru; +7 (910) 902-7708** – Пешков Владимир Александрович

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вагнер В.Д., Павленко И.В., Чекунов О.В. Трудовой договор и порядок его оформления. – М.: Эксмо, 2005, 336 с.
2. Вагнер В.Д., Семенюк В.М., Чекунов О.В. Путеводитель по стоматологии ортопедической. – М.: Мед. книга, 2004, 581 с.
3. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ.

Победа

MILESTONE
SCIENTIFIC

над болью



Тест-драйв
АКЦИЯ
www.medenta.ru

CompuDent STATM Single Tooth
S Y S T E M Anesthesia

Реклама



Продукция сертифицирована
Регистрационное удостоверение:
ФСЗ 2009/05509



Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО МЕДЕНТА

123308, г. Москва, Новохорошевский проезд, 25, тел./факс: + 7 499 946-4610
тел.: +7 499 946-4609, 946-3999, zakaz@medenta.ru, www.medenta.ru

Оценка состояния полости рта подростков, употребляющих психоактивные вещества

Александр Оправин, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой

Доцент **Людмила Кузьмина**, кандидат медицинских наук

Аспирант **Марина Егулева**

Кафедра терапевтической стоматологии Северного государственного медицинского университета (Архангельск)

Профессор **Николай Ишеков**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой

Кафедра возрастной физиологии и валеологии Северного Арктического федерального университета (Архангельск)

Резюме. Формирование зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) – одна из важных медико-биологических проблем в большинстве стран мира. В течение последних лет в России отмечают стабильно высокий уровень учтенной распространенности употребления психоактивных веществ с систематизацией и формированием зависимости у подростков. У детей 11–14 лет воздействие токсичных компонентов ПАВ на органы полости рта вызывает ухудшение стоматологического здоровья.

Ключевые слова: стоматологическое здоровье; подростки; психоактивные вещества.

Evaluation of oral health in adolescents taking psychoactive substances

Aleksander Opravin, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department

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

Graduate student **Marina Egulemova**

Department of Conservative Dentistry of Northern State Medical University (Arkhangelsk)

Professor **Nikolas Ishekov**, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department

Department of Physiology and Valeology of Northern Arctic Federal University (Arkhangelsk)

Summary. Developing of addiction to psychoactive substances is one of the important medical and biological problems in most of the countries worldwide. During the last years, there has been constantly high level of recorded prevalence of psychoactive substances consumption with systematization and developing of addiction in adolescents. Children aged 11–14 who are exposed to toxic components of surfactants, are at risk of deteriorating their dental status.

Keywords: dental health; adolescents; psychoactive substances.

Подростковая и юношеская наркомания в последние годы становится национальным бедствием: отмечают устойчивый рост количества лиц, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ), стойкую тенденцию к снижению возрастного порога приобщения к наркотикам, постоянное расширение перечня веществ, используемых для достижения определенного эффекта [1, 10]. Доля подростков и молодежи (11–24 года), пробовавших ингалянты, составляет 4,4%, потребляющих их с частотой 2–5 раз в месяц – 2,2%, а злоупотребляющих ими (2–3 раза в неделю) – 15,9% [7]. За последние два десятилетия специалисты, занимающиеся проблемами молодежи, констатируют рост наркоманий и токсикоманий в данной возрастной группе [4]. В России в 1991 г. на учете состояло 4,7 токсикоманов на 100 тыс. населения, в

2007 г. было зарегистрировано 4299 подростков с диагнозом «Токсикомания», что составило 70,1 больных на 100 тыс. Неизменно увеличивается количество лиц, употребляющих ПАВ, не отнесенные к наркотикам, – в 1991 г. 9 человек на 100 тыс., в 2007 г. – 221,1 [6].

В 2009 г. в РФ было зарегистрировано 10091 подростков (203,33 на 100 тыс.) с диагнозом наркологического расстройства «Употребление ненаркотических ПАВ с вредными последствиями». В Архангельской обл. и Ненецком автономном округе уровень употребления ненаркотических ПАВ детьми 11–14 лет почти в 2 раза выше, чем в целом по России [2]. С 2008 по 2010 гг. в Архангельской обл. число подростков в возрасте до 14 лет, зарегистрированных с диагнозом наркологического расстройства «Употребление алкоголя с вредными последствиями» возросло на 113,86%, составив 216 человек [3].

Известно, что для подростковой токсикомании характерна особая злокачественность, вызванная ингаляцией летучих ПАВ, ее выраженная прогрессивность и тяжесть возникающих при ней соматических осложнений [5]. Особый вклад вносит и подростковый возраст, который, являясь периодом функционального криза развития, в силу своих физиологических и социопсихологических особенностей приводит к дезадаптивному поведению и злоупотреблению ПАВ [9].

В ряде исследований установлено, что у лиц, страдающих наркотической зависимостью, наряду с тяжелыми изменениями во внутренних органах, происходит существенное ухудшение состояния зубочелюстной системы. Наркозависимым людям свойственно отсутствие мотивации к здоровому образу жизни, пренебрежение к соблюдению элементарных гигиенических норм (ежедневная гигиена полости рта, своевременное посещение стоматолога и пр.). Все это в сочетании с общим пагубным воздействием наркотических средств на состояние организма способствует ранним проявлениям заболеваний полости рта (пародонтоз) и более тяжелому протеканию уже имеющихся патологий [11].

Подростки наиболее часто употребляют ПАВ перорально, что оказывает токсическое воздействие на органы и ткани полости рта. Отсутствие сведений по данной проблеме диктует необходимость ее изучения.

Цель исследования

Оценка стоматологического статуса подростков, употребляющих психоактивные вещества.

Материалы и методы

Проведено клиническое обследование 82 подростков в возрасте от 11 до 14 лет (возрастная периодизация ВОЗ; WHO/FCH/CAH/02.21.2002). В ходе анализа полученных данных выяснилось, что различия межполовых показателей недостоверны. Это позволило сформировать группы по 41 человеку в каждой без учета пола: группа I – подростки, не употребляющие ПАВ, группа II – употребляющие. Средний возраст в группах достоверно не различался ($p < 0,05$).

Констатацию употребления ПАВ осуществляли в соответствии с разделом «Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ с вредными последствиями (F19.1)» Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10).

Клинические исследования и осмотры пациентов проводили в стоматологических и медицинских кабинетах на базе общеобразовательных школ Архангель-

ска и Архангельской обл. и в Центре психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Надежда».

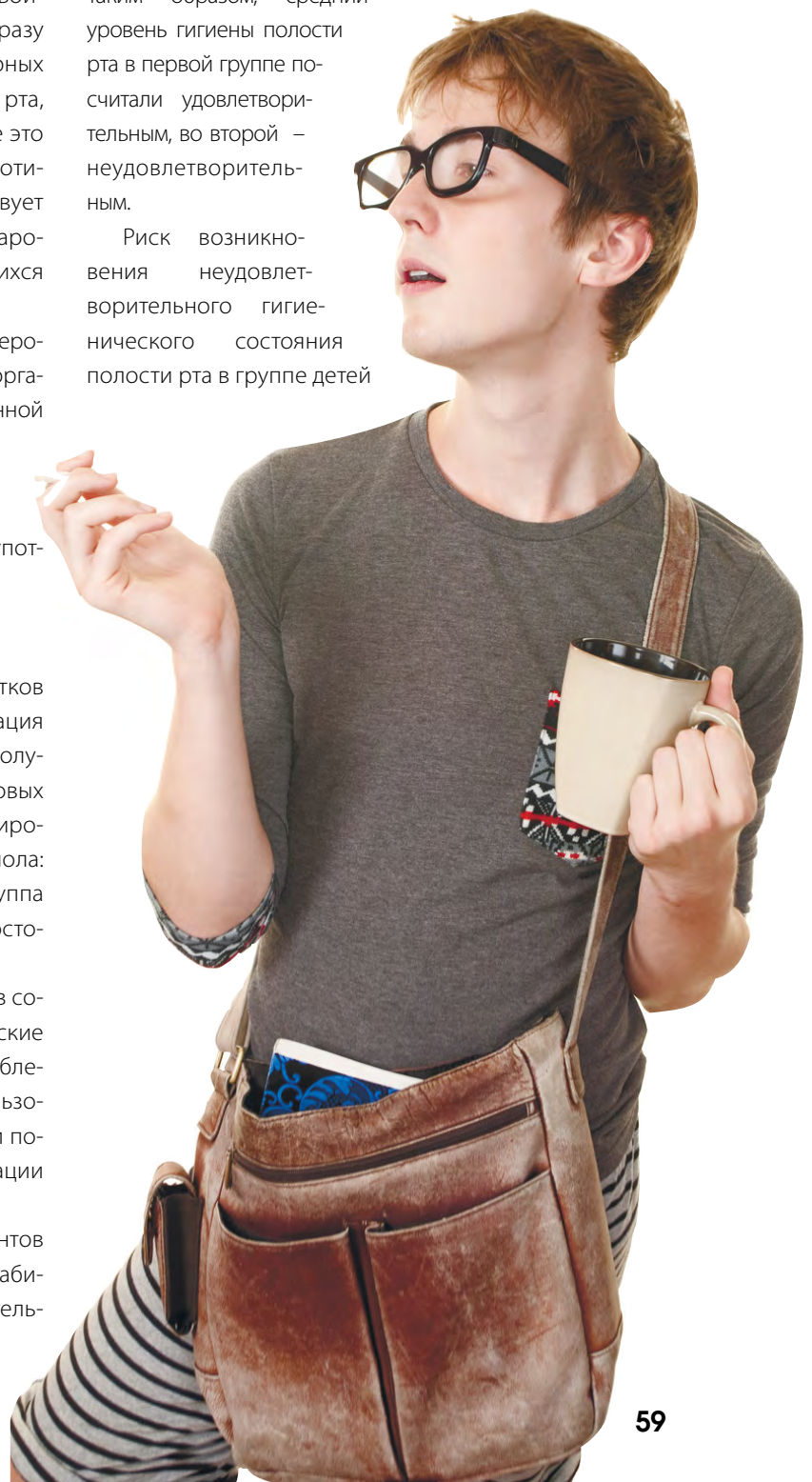
Для оценки стоматологического статуса определяли интенсивность кариеса, гигиеническое состояние полости рта (ИГР-У), скорость слюноотделения и вязкость слюны.

Результаты и их обсуждение

Анализ уровня гигиены полости рта показал, что индекс ИГР-У у подростков, не имеющих вредных привычек (группа I), был равен $1,10 \pm 0,115$, у употребляющих ПАВ и склонных к табакокурению (группа II) величина индекса составила $1,72 \pm 0,148$ ($p < 0,01$).

Таким образом, средний уровень гигиены полости рта в первой группе по-считали удовлетворительным, во второй – неудовлетворительным.

Риск возникновения неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта в группе детей





с вредными привычками оказался в 4,1 раза выше (ДИ 95% – 1,6–10,8), чем у подростков без таковых привычек ($p < 0,01$).

Методом дисперсионного анализа установили, что доля общей вариации величины индекса гигиены полости рта, определяемая влиянием вышеуказанных вредных привычек, равна 19,7% ($p < 0,01$). Остальные 81,3% вызваны влиянием неорганизованных (случайных) факторов.

Исследование скорости слюноотделения и вязкости смешанной слюны не выявило достоверных различий между группами. Скорость слюноотделения у детей группы I составила $0,75 \pm 0,082$ мл/мин, вязкость слюны – $7,7 \pm 1,73$ сантипуаз. В альтернативной группе этих величины равнялись $0,70 \pm 0,064$ мл/мин и $6,0 \pm 0,42$ сантипуаз соответственно.

Вместе с тем, отмечена прямая зависимость между стажем злоупотребления ПАВ (включая курение табака), скоростью слюноотделения (коэффициент корреляции Спирмена (r_s) – 0,29; $p < 0,05$) и вязкостью слюны ($r_s = 0,32$; $p < 0,05$). Чем дольше подростки употребляли ПАВ, тем выше была суточная доза и экспозиция их вредных компонентов. Например, дети, курящие менее

двух лет, в среднем выкуривают за день $3,7 \pm 0,53$ сигареты, курящие два года и дольше – $9,1 \pm 1,15$ сигареты ($p < 0,001$). В ходе исследования определена умеренная зависимость между стажем курения и количеством выкуриваемых за день сигарет ($r_s = 0,44$; $p < 0,01$).

В обеих группах были выявлены дети, не страдающие кариесом зубов (кариесрезистентные), с показателем КПУ равным нулю. В группе I таких подростков было 7 ($17,1 \pm 5,88\%$), в группе II – 5 ($12,2 \pm 5,11\%$). Межгрупповые различия недостоверны (χ^2 ; $p > 0,05$).

Показатель интенсивности кариеса у детей первой группы составил $4,6 \pm 0,45$, второй – $4,5 \pm 0,45$ ($p > 0,05$).

Некоторые авторы полагают, что стремление сохранить здоровые зубы находит объективное количественное выражение в числе вылеченных (пломбированных) зубов – компонент П. Кариозные (компонент К) и удаленные (компонент У) зубы, как правило, свидетельствуют о слабом внимании к состоянию стоматологического здоровья. Баланс этих тенденций в определенной мере характеризуется показателем П–(К+У), величина которого может быть положительной и тем большей, чем тщательнее уход за зубами, включая их своевременное лечение. Отрицательные

значения показателя характеризуют ситуацию, когда пациент пренебрегает стоматологическим здоровьем.

Настоящее исследование позволило установить, что детей с показателем $P-(K+Y) < 0$ в группе I насчитывалось 39,0%, в то время как в альтернативной группе их количество было существенно большим – 61,0%. Межгрупповые различия достоверны (точный критерий Фишера; $p=0,05$).

В группах детей с вредными привычками и без них показатели КПУ достоверно не различались, свидетельствуя об одинаково высокой интенсивности кариеса. Однако в группе с вредными привычками риск иметь количественное преобладание кариозных и удаленных зубов над вылеченными и здоровыми оказался заметно выше (в 2,44 раза – отношение шансов; ДИ 95% – 1,01–5,93). Настоящая гипотеза подтверждается на 5%-ном уровне значимости (α). Это можно рассматривать как признак того, что дети с вредными привычками уделяют состоянию зубов и уходу за ними значительно меньше внимания, чем подростки без вредных привычек.

Продолжительность злоупотребления ПАВ и табакокурения у детей 11–14 лет не материализуется непосредственно в виде снижения индекса гигиены полости рта и интенсивности кариеса зубов. Однако выявлена прямая зависимость между, например, стажем курения и параметрами слюноотделения (скоростью слюноотделения – $r_s=0,29$ и вязкостью – $0,32$; $p<0,05$). Таким образом, продолжительное курение стимулирует секрецию слюны повышенной вязкости.

Хотя величины индексов КПУ у подростков-курильщиц с различным стажем курения практически одинаковы, в динамике их структуры установлены показательные отличия. Так, по мере увеличения стажа курения и количества выкуриваемых за день сигарет компонент «П» в индексе КПУ снижается ($r_s=-0,29$; $p<0,05$), а число удаленных зубов возрастает ($r_s=0,44$; $p<0,05$). Следовательно, чем дольше дети злоупотребляют ПАВ, тем в большей степени они пренебрегают стоматологическим здоровьем.

Выводы

Оценивая результаты исследования, можно заключить, что у детей в возрасте 11–14 лет воздействие токсичных компонентов ПАВ на организм, в частности на органы полости рта, вызывает ухудшение стоматологического здоровья. Объективно это выражается в усиленной секреции слюны повышенной вязкости и снижении уровня гигиены полости рта, что создает патогенетические предпосылки для возникновения и развития кариеса зубов и заболеваний пародонта. Этому в немалой степени способствуют и личностные психологические установки таких детей, о чем свидетельствует специфическое изменение структуры показателя КПУ, когда

кариозных и удаленных зубов становится больше, чем вылеченных.

Таким образом, для улучшения стоматологического здоровья недостаточно только избавить детей от токсического воздействия ПАВ и обеспечить им необходимую лечебно-профилактическую помощь. Требуется активная психологическая и просветительская работа, разъясняющая важность стоматологического здоровья для высокого уровня качества жизни. Иначе естественный в таком возрасте инфантилизм в сочетании с вредными привычками будет благоприятствовать возникновению и развитию заболеваний, которые в дальнейшем потребуют больших временных затрат и средств для лечения и реабилитации.

Координаты для связи с авторами:

opravinas@nsmu.ru; +7 (8182) 28-6075 – Оправин Александр Сергеевич

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баушева И.Л., Семятов С.М., Лобжанидзе Э.К. Репродуктивное поведение и личностные характеристики девочек-подростков, подверженных влиянию психоактивных веществ. – Вестник РУДН, 2005, № 4, с. 173–177.
2. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 год. Анализ положения в мире. – Наркология, 2011, № 8, с. 13–37.
3. Еремеева А.А. Динамика частоты заболеваний наркологическими расстройствами зарегистрированных среди детей и подростков Архангельской области в 2008–2010 гг. // Профилактика наркоманий на территории Архангел. обл. // Мат. V ежегод. обл. науч.-практич. конф. – Архангельск: СевГМУ, 2011, с. 17–20.
4. Коробкина З.В., Попов В.А. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи. – М.: Академия, 2008, 188 с.
5. Кошкина Е.А. Распространенность алкоголизма и наркомании среди населения России. – Психиатрия и психофармакотерапия, 2002, № 3, с. 87–89.
6. Леонтьева М.В. Эпидемиологические аспекты употребления психоактивных веществ на территории Архангельской области. – Вopr. наркологии, 2009, № 8, с. 111–120.
7. Надеждин А.В. Токсикомания, вызванная летучими углеводородами. Эпидемиология, клиника, лечение. – М.: Медпрактика, 2004, 28 с.
8. Оправин А.С., Оводова Г.Ф., Кузьмина Л.Н. Характеристика стоматологического статуса взрослого населения в зависимости от индивидуальных мнений о важности здоровья для качества жизни. // Здоровье семьи – XXI век. // Мат. XV Междунар. науч. конф. – Торремолинос: Andalucia, 2011, с. 96–99.
9. Подоплекин А.Н. Энергетическое состояние головного мозга у подростков-северян при употреблении психоактивных веществ. – Автореф. канд. дисс., Архангельск, 2009, ПоморГУ, 19 с.
10. Скворцова Е.С., Шаховский К.П. Психоактивные вещества: проблемы и научные исследования в развитых странах. – Наркология, 2003, № 3, с. 25–29.
11. Фурсова А.Д., Воложин А.И. Особенности стоматологического статуса у лиц зависимых от опиоидных наркотиков. // Актуал. пробл. стоматологии. // Сб. тр. науч. конф. – М.: МГМСУ, 2004, с. 152–153.

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060201 «Стоматология» (квалификация (степень) «Специалист»)

Продолжение. Начало см. в № 38, 39

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ, ПРЕДЛАГАЕМ ВАМ ЕЩЕ ОДНУ ЧАСТЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО СТАНДАРТА ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ, УТВЕРЖДЕННОГО ПРИКАЗОМ № 16 МИНИСТЕРСТВА ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ ОТ 14 ЯНВАРЯ 2011 г.

ВИИ. ТРЕБОВАНИЯ К УСЛОВИЯМ РЕАЛИЗАЦИИ ОСНОВНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА

7.1. Образовательные учреждения самостоятельно разрабатывают и утверждают ООП подготовки специалиста, которая включает в себя учебный план, рабочие программы учебных курсов, предметов, дисциплин (модулей) и другие материалы, обеспечивающие воспитание и качество подготовки обучающихся, а также программы учебной и

производственной практик, календарный учебный график и методические материалы, обеспечивающие реализацию соответствующей образовательной технологии.

Особенность ООП подготовки специалиста определяется высшим учебным заведением в соответствии с примерной ООП ВПО.

Высшие учебные заведения обязаны ежегодно обновлять ООП подготовки специалиста с учетом развития науки, техники, культуры, экономики, технологий и социальной сферы.

Требования к результатам освоения и структуре ООП подготовки специалистов в части специализаций для вузов, в которых предусмотрена военная служба и (или) служба в правоохранительных органах, определяются (устанавливаются) данными образовательными учреждениями.

7.2. При разработке ООП подготовки специалиста должны быть определены возможности вуза в формировании общекультурных компетенций выпускников (компетенций социального взаимодействия, самоорганизации и самоуправления, системно-деятельностного характера). Вуз обязан сформировать социокультурную



Таблица 2 Структура ООП подготовки специалиста (окончание)

Код УЦ ООП	Учебные циклы, разделы и проектируемые результаты их освоения	Трудо- емкость (зачетные единицы)*	Перечень дисциплин для разработки примерных программ, а также учебников и учебных пособий	Коды фор- мируемых компетенций
С. 4	Физическая культура	2	Физическая культура	
	Знать: социальную роль физической культуры в развитии личности и подготовке ее к профессиональной деятельности; принципы здорового образа жизни. Уметь: разбираться в вопросах физической культуры, применяемой в целях профилактики и лечения. Владеть: методами физического самосовершенствования и самовоспитания			ОК-5 ПК-11 ПК-17
С. 5	Учебная и производственная практики, научно-исследовательская работа (практические умения и навыки определяются ООП вуза)	18		
	Производственная практика – помощник палатной и процедурной медицинской сестры (после 4 семестра); – помощник врача-стоматолога (гигиенист) (после 6 семестра); – помощник врача-стоматолога (хирурга) (после 7 семестра); – помощник врача-стоматолога (терапевта) (после 8 семестра); – помощник врача-стоматолога (ортопеда) (после 8 семестра); – помощник врача-стоматолога (детского) (после 9 семестра). Знать: работу младшего медицинского персонала и выполнения манипуляций по уходу за больными; работу среднего медицинского персонала и выполнения манипуляций среднего медицинского персонала; работу процедурного медицинского персонала и выполнения манипуляций и процедур среднего медицинского персонала; работу врача в первичном звене здравоохранения в амбулаторно-поликлиническом учреждении; работу врача-стоматолога в медицинских организациях стоматологического профиля; порядок выписки, хранения, учета и назначения медикаментов (сильнодействующих, наркотических, дорогостоящих); работу физиотерапевтического отделения, техникой процедур; организацию и проведение противоэпидемической работы. Уметь: оказать лечебно-профилактическую помощь населению в условиях поликлиники; клинически мыслить при осуществлении ранней диагностики наиболее часто встречающихся заболеваний с учетом особенностей их течения, лечения, профилактики, диспансеризации, экспертизы трудоспособности; оказывать неотложную помощь на догоспитальном этапе при острых заболеваниях и urgentных состояниях; обследовать больных с заболеваниями терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического и стоматологического профиля; составлять план обследования, оценивать данные осмотра и опроса больного, формулировать предварительный диагноз и прогноз; проводить лечение больных под руководством врача; правильно оформлять медицинскую документацию; участвовать в приеме физиологических родов.	3 3 3 3 3 3		
	Итоговая государственная	5	Междисциплинарный аттестационный экзамен	
С. 6	Общая трудоемкость 300 основной образовательной программы	300		

*Трудоемкость циклов С.1, С.2, С.3 и разделов С.4, С.5 включает все виды текущей и промежуточной аттестаций.

среду, создать условия, необходимые для всестороннего развития личности.

Вуз обязан способствовать развитию социально-воспитательного компонента учебного процесса, включая развитие студенческого самоуправления, участие обучающихся в работе общественных организаций, спортивных и творческих клубов, научных студенческих обществ.

7.3. Реализация компетентного подхода должна предусматривать широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (компьютерных симуляций, деловых и ролевых игр, разбор конкретных ситуаций, психологические и иные тренинги) в сочетании с внеаудиторной работой с целью формирования и развития профессиональных навыков обучающихся. В рамках учебных курсов должны быть предусмотрены встречи с представителями российских и зарубежных компаний, государственных и общественных организаций, мастер-классы экспертов и специалистов.

Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, определяется главной целью ООП подготовки специалиста, особенностью контингента обучающихся и содержанием конкретных дисциплин, и в целом в учебном процессе они должны составлять не менее 5 процентов аудиторных занятий. Занятия лекционного типа для соответствующих групп обучающихся не могут составлять более 30 процентов аудиторных занятий.

7.4. В учебной программе каждой дисциплины (модуля) должны быть четко сформулированы конечные результаты обучения в органичной увязке с осваиваемыми знаниями, умениями и приобретаемыми компетенциями в целом по ООП подготовки специалиста.

Общая трудоемкость дисциплины не может быть менее двух зачетных единиц. По дисциплинам, трудоемкость которых составляет более трех зачетных единиц, должна выставляться оценка («отлично», «хорошо», «удовлетворительно»).

7.5. ООП подготовки специалиста должна содержать дисциплины по выбору обучающихся в объеме не менее одной трети вариативной части суммарно по циклам С.1, С.2 и С.3. Порядок формирования дисциплин по выбору обучающихся устанавливается вузом.

7.6. Максимальный объем учебной нагрузки обучающихся не может составлять более 54 академических часов в неделю, включая все виды аудиторной и внеаудиторной (самостоятельной) учебной работы по освоению ООП и факультативных дисциплин, устанавливаемых вузом дополнительно к ООП подготовки специалиста и необязательными для изучения обучающимися.

Объем факультативных дисциплин не должен превышать 10 зачетных единиц за весь период обучения.

7.7. Максимальный объем аудиторных учебных занятий в неделю при освоении ООП подготовки специалиста в очной форме обучения составляет 36 академических часов с обязательными аудиторными занятиями по физической культуре.

7.8. Максимальный объем аудиторных учебных занятий в неделю при освоении ООП в очно-заочной (вечерней) форме не может составлять более 16 академических часов.

7.9. Общий объем каникулярного времени в учебном году должен составлять 7–10 недель, в том числе не менее двух недель в зимний период.

В высших учебных заведениях, в которых предусмотрена военная и (или) правоохранительная служба, продолжительность каникулярного времени обучающихся определяется в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими порядок прохождения службы**.

7.10. Раздел «Физическая культура» трудоемкостью две зачетные единицы реализуется: при очной форме обучения, как правило, в объеме 400 часов, при этом объем практической, в том числе игровых видов, подготовки должен составлять не менее 360 часов.

7.11. Вуз обязан обеспечить обучающимся реальную возможность участвовать в формировании своей программы обучения, включая возможную разработку индивидуальных образовательных программ.

7.12. Вуз обязан ознакомить обучающихся с их правами и обязанностями при формировании ООП подготовки специалиста, разъяснить, что избранные обучающимися дисциплины (модули) становятся для них обязательными.

7.13. ООП подготовки специалистов вуза должна включать семинары, лабораторные практикумы и практические занятия, клинические практические занятия по следующим дисциплинам (модулям) базовой части, формирующим у обучающихся умения и навыки в области стоматологии:

- семинары по следующим дисциплинам (модулям) базовой части: философия, биоэтика, психология и педагогика, правоведение, история Отечества, история медицины, экономика;

- лабораторные практикумы по следующим дисциплинам (модулям) базовой части: физика, химия, биологическая химия, биохимия полости рта, микробиология, вирусология, микробиология полости рта;

- практические занятия по следующим дисциплинам (модулям) базовой части: математика, медицинская

**Статья 30 Положения о порядке прохождения военной службы, утвержденного Указом Президента Российской Федерации от 16 сентября 1999 г. №1237 «Вопросы прохождения военной службы» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, №38, ст. 4534).

информатика, биология, анатомия человека, гистология, эмбриология и цитология, нормальная физиология, фармакология, патофизиология, патофизиология головы и шеи, патологическая анатомия, патологическая анатомия головы и шеи;

– клинические практические занятия по следующим дисциплинам (модулям) базовой части: иммунология, клиническая иммунология, медицинская реабилитация, гигиена, общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения, эпидемиология, внутренние болезни, пропедевтика внутренних болезней, хирургические болезни, общая хирургия, лучевая диагностика, стоматологическая радиология, медицина катастроф, безопасность жизнедеятельности, инфекционные болезни, фтизиатрия, дерматовенерология, неврология, медицинская генетика, оториноларингология, офтальмология, психиатрия и наркология, судебная медицина, акушерство, педиатрия, стоматология профилактическая, стоматология пропедевтическая, стоматология детского возраста, ортодонтия, стоматология терапевтическая, стоматология хирургическая, стоматология ортопедическая, стоматологическое материаловедение, стоматология клиническая, а также по дисциплинам (модулям) вариативной части, рабочие программы которых предусматривают цели формирования у обучающихся соответствующих знаний и умений.

7.14. Наряду с установленными законодательными и другими нормативными правовыми актами правами и обязанностями обучающиеся имеют следующие права и обязанности:

– обучающиеся имеют право в пределах объема учебного времени, отведенного на освоение дисциплин (модулей) по выбору, предусмотренных ООП подготовки специалиста, выбирать конкретные дисциплины (модули);

– при формировании своей индивидуальной образовательной программы обучающиеся имеют право получить консультацию в вузе по выбору дисциплин (модулей) и их влиянию на будущую специализацию ООП подготовки специалиста;

– обучающиеся при переводе из другого высшего учебного заведения при наличии соответствующих документов имеют право на перезачет освоенных ранее дисциплин (модулей) на основании аттестации;

– обучающиеся обязаны выполнять в установленные сроки все задания, предусмотренные ООП подготовки специалиста.

7.15. Раздел ООП подготовки специалиста «Учебная и производственная практики, научно-исследовательская работа» является обязательным и представляет собой вид учебных занятий, непосредственно ориентированных на профессионально-практическую подготовку обучающихся. При реализации ООП подготовки специалистов по

данной специальности предусматривается производственная практика:

– помощник палатной и процедурной медицинской сестры – 2 недели на четвертом семестре;

– помощник врача-стоматолога (гигиениста) (профилактическая и коммунальная стоматология) 2 недели на шестом семестре;

– помощник врача-стоматолога (хирурга) 2 недели на седьмом семестре;

– помощник врача-стоматолога (терапевта) 2 недели на восьмом семестре;

– помощник врача-стоматолога (ортопеда) 2 недели на восьмом семестре;

– помощник врача-стоматолога (детского) 2 недели на девятом семестре.

Цели и задачи, программы и формы отчетности определяются вузом по каждому виду практики.

Практики проводятся в сторонних организациях – медицинских и научных организациях, обладающих необходимым кадровым и научно-техническим потенциалом, основная деятельность которых предопределяет наличие объектов и видов профессиональной деятельности выпускников по данному направлению подготовки (специальности), или на кафедрах и в клиниках вуза.

Аттестация по итогам практики проводится на основании оформленного в соответствии с установленными требованиями письменного отчета и отзыва руководителя практики от предприятия. По итогам аттестации выставляется оценка.

Окончание следует



Тридцать лет спустя

Профессор **Александр Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО

Резюме. 5 октября 2012 г. в КДЦ МГМСУ им. А.И. Евдокимова состоялась встреча выпускников ММСИ 1982 г., на которую собрались 78 бывших соучеников.

Ключевые слова: выпускники; учеба; воспоминания.

Thirty years later

Professor **Alexander Mitronin**, Doctor of Medical Science, Dean of the Faculty of Dentistry MSUMD named after A.I. Evdokimov, Head of Department of Dentistry and Endodontics FPDO

Summary. October 5, 2012 in CDC MSMSU them. AI Evdokimov met graduates MMSI 1982, which brought together 78 former classmates.

Keywords: graduates; training; memories.

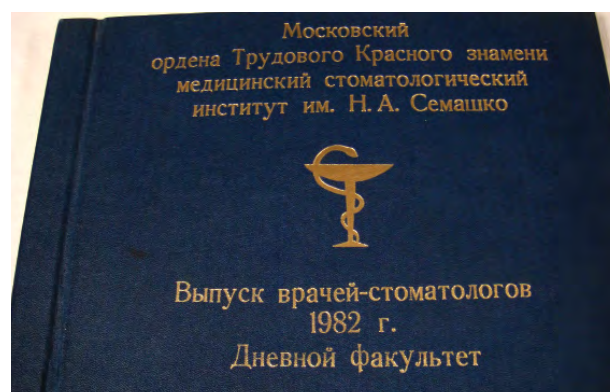
Они встретились снова: 5 октября 2012 г. в КДЦ МГМСУ им. А.И. Евдокимова состоялась встреча выпускников ММСИ 1982 г., на которую собрались 78 бывших соучеников.

Перед официальным собранием некогда студенты-стоматологи, а сегодня профессионалы высокого класса посетили университетский музей истории медицины, экскурсию по которому провела его директор Е.И. Вагина. Затем в актовом зале проректор по учебной работе, профессор С.Т. Сохов и декан стоматологического факультета, профессор А.В. Митронин рассказали гостям о сегодняшней жизни их alma-mater, а ведущий научный сотрудник отдела профилактики стоматологических заболеваний ЦНИИС и ЧЛХ, вице-президент СтАР, профессор О.Г. Авраамова выступила с презентацией о выпуске врачей-стоматологов 1982 г.

Участники встречи минутой молчания почтили память ушедших из жизни учителей и коллег. По окончании собрания выпускников ждали фотосессия и торжественный ужин, полный воспоминаний о годах учебы. Как будто это было вчера... Тридцать лет пролетели незаметно...

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



Общественная деятельность молодых врачей и студентов-стоматологов в России и мире

Врач-стоматолог **Татьяна Воровченко**, руководитель стоматологической секции НКП НССМ (Ульяновск)

Резюме. Некоммерческое партнерство национальный союз студентов-медиков – ассоциация студентов и молодых специалистов медицинских профессий России. Его цель – объединение студентов и молодых специалистов медицинских профессий для улучшения системы оказания медицинской помощи в стране за счет реализации новых идей. Общественная студенческая деятельность на уровне страны, а тем более мира – уникальный способ встретить коллег-стоматологов, пообщаться, подружиться с ними, обрести единомышленников на всю дальнейшую жизнь.

Ключевые слова: студенты; секция; ассоциация; проект; стоматологическая помощь.

Social activities of young doctors and dental students in Russia and abroad

Dentist **Tatiana Vorovchenko**, Chief Dental Section Club CNRM (Ulyanovsk)

Summary. Club CNRM – an association of students and young professionals of the health professions in Russia. His goal – unification of students and young professionals of the health professions to improve the health care delivery system in the country through the implementation of new ideas. Public student activities at the country level, and even more of the world – a unique way to meet fellow dentists, chat, make friends with them, to find like-minded people in the rest of his life.

Keywords: students; section; association; project; dental care.

Некоммерческое партнерство национальный союз студентов-медиков (НКП НССМ) – ассоциация студентов и молодых специалистов медицинских профессий России. Организация была создана в 1989 г. и сегодня в нее входят 18 вузов. Три самые крупные секции НКП НССМ – стоматологическая, медицинская и фармацевтическая.

Современная система здравоохранения нуждается в совершенствовании. И любые изменения каждый специалист должен начать с себя, уже со студенческой скамьи или первых шагов профессионального пути. Цель НКП НССМ – объединение студентов и молодых специалистов медицинских профессий для улучшения системы оказания медицинской помощи в стране за счет реализации новых идей. Через свои проекты организация старается дать молодым специалистам и студентам «строительный материал», который они смогут использовать для формирования стоматологии завтрашнего дня.

Стоматологическая секция НКП НССМ 25 апреля 2012 г. стала официальным членом СтАР, представляя в ней секцию «Молодые врачи и студенты-стоматологи». 22 августа 2012 г. НКП НССМ вступила в EDSA уже как





Обмен студенческими группами (Амстердам)

ассоциация страны. Стоматологическая секция – действительный член двух международных студенческих стоматологических ассоциаций IADS (Международная ассоциация студентов-стоматологов) и EDSA (Европейская ассоциация студентов-стоматологов).

IADS была основана в 1951 г. в Копенгагене. С тех пор ассоциация – платформа для обмена знаниями и опытом студентов-стоматологов из 37 стран мира. Ее центральный офис располагается в штаб-квартире FDI (Международная федерация стоматологов) в Женеве. В международных проектах IADS ежегодно принимает участие свыше 1 тыс. студентов. Один из таких проектов – программа международного студенческого обмена, в рамках которой студенты проходят месячную стажировку на стоматологическом факультете или в стоматологическом отделении больницы при университете той или иной страны.

Исследовательская программа направлена на стимулирование и развитие научной деятельности студентов-стоматологов. Два раза в год во время официальных встреч ассоциации проходит международный конгресс, в течение учебного года члены ассоциации проводят научные дни под эгидой IADS, каждый месяц организуется виртуальный конкурс на лучшее студенческое исследование. Ассоциация выпускает журнал *The Dental Students Research*, в котором публикуются работы победителей различных программ. Помимо этого, студенты имеют возможность по направлению IADS поехать на стажировку в зарубежную стоматологическую научно-исследовательскую лабораторию, где они не только знакомятся с новыми разработками и исследованиями, но и реализуют собственные идеи, публикуя их результаты в лучших научных изданиях. В настоящее время в Индии (Арагойя) и Индонезии (Йогокарта) проходят волонтерские проекты IADS, в которых студенты выполняют простейшие стоматологические и профилактические процедуры в передвижных госпиталях. Это невероятная возможность

совершенствовать знания о стоматологическом статусе населения других стран.

Профилактический комитет IADS, сформированный в 2011 г., сегодня планирует глобальный проект «Здоровые зубы в здоровом мире», предусматривающий проведение Дня масштабного стоматологического просвещения населения студентами-стоматологами всей планеты.

EDSA, основанная в Париже в ноябре 1988 г., объединяет более 65 тыс. студентов европейских стран. Комитеты и проекты EDSA схожи с проектами IADS, но организуются на более локальном уровне, что имеет свои преимущества.

Мобильность студентов обеспечивает Exchange Visiting Programme – программа, предусматривающая недельный обмен групп из 6–10 человек. Посещая стоматологический факультет другой страны, студенты знакомятся с организацией учебного процесса и работой клиник. Обычно программа таких визитов чрезвычайно насыщена не только интенсивными образовательными курсами, но и развлекательными мероприятиями.

Организаторы исследовательской программы EDSA – стоматологический факультет Загреба и лондонский King's College. В 2012 г. в научных исследованиях приняли участие 15 студентов из различных стран, причем шестеро из них получили от генерального спонсора стипендию в размере 1000 евро.

Хорватская ассоциация студентов-стоматологов совместно с EDSA ежегодно организует мировой виртуальный стоматологический конгресс по различным темам – студенты всего мира могут участвовать в нем онлайн. Все, что для этого нужно, – компьютер и доступ в Интернет! Уникальная возможность пообщаться с коллегами из разных стран и приглашенными знаменитостями в виртуальном пространстве в режиме реального времени!

Раз в два года на весеннем съезде ассоциации проводится международный конгресс студентов-стоматологов EDSA, на котором они представляют результаты своих



Совместный съезд EDSA и ADEE в Лионе



Профессора МГМСУ с представителями EDSA в Лионе
(Татьяна Воровченко слева)

научных исследований и участвуют в мастер-классах ведущих стоматологов мира.

Главный волонтерский проект EDSA – AMCHI – представляет собой тур по городам Индии с передвижным госпиталем и оказание базовой стоматологической помощи местному населению. В проект приглашаются и студенты доклинических годов обучения для помощи в дезинфекции и стерилизации медицинского инструментария. Благодаря спонсорской поддержке некоторые студенты участвуют в проекте бесплатно.

В рамках профилактического проекта Smile, организуемого на клинических базах университетов-членов ассоциации, студенты проводят уроки гигиены полости рта в детских садах, больницах, приглашают на бесплатные профилактические осмотры слушателей других факультетов.

Обе ассоциации организуют летние лагеря для групп из 40–60 человек с обширной образовательной и развлекательной программами. Под эгидой IADS летний лагерь организуется в Индонезии, EDSA – в Хорватии, а со следующего года и в Турции.

Важно, что все проекты обеих ассоциаций реализуются студентами на общественных началах при поддержке руководства их университета, деканов, профессоров, а также спонсоров. Но, к сожалению, во многих странах непонимание со стороны преподавателей – острая проблема для студентов-активистов.

Дважды в год в обеих ассоциациях устраивают весенние и летние встречи (съезды), на которых принимают новых членов, обсуждают грядущие проекты, ведут дискуссии об организации стоматологической помощи населению на местах, решают общественные и локальные вопросы.

Одна из таких встреч была организована IADS в феврале 2011 г. в Москве при поддержке МГМСУ. На нее приехали 69 иностранных и 37 российских участников. Эти встречи – отличный шанс встретиться с ведущими деятелями стоматологии мира, так как IADS – младшая сестра FDI, а EDSA – ADEE (Ассоциация стоматологического

образования в Европе). Летние встречи последних проходят вместе, и студенты могут обзавестись важными контактами, получить интересные предложения для своей профессиональной и исследовательской деятельности.

Одной из последних стала совместная встреча EDSA и ADEE в Лионе. На съезде присутствовали 110 студентов из 17 стран. Во время студенческих заседаний был выбран новый руководящий состав и ответственные за профильные комитеты, приняты три новых члена ассоциации, заслушаны доклады о деятельности локальных комитетов, их координации между собой. Декан стоматологического факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО, профессор А.В. Митронин предложил активизировать работу созданной российской студенческой стоматологической секции СтАР, а также информировать студенчество о деятельности EDSA.

Вторая часть встречи проходила совместно с ADEE. Студенты представили свои работы, познакомились с деканами стоматологических факультетов и школ со всей Европы. Следующие весенние встречи пройдут: IADS – в Португалии, EDSA – в Сербии. Первая часть летней встречи IADS состоится в Турции (совместно с FDI), вторая – в Италии, а совместная летняя встреча EDSA и ADEE запланирована в Великобритании.

Общественная студенческая деятельность на уровне страны, а тем более мира – уникальный способ встретить коллег-стоматологов, пообщаться, подружиться с ними, обрести единомышленников на всю дальнейшую жизнь. Каждый съезд приносит нам море эмоций, вдохновения, желания расти и развиваться. Именно на таких встречах в наших умах зарождаются идеи для совершенствования мира, в котором мы живем и будем работать в будущем. Вместе мы сильнее!

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



Летний лагерь EDSA

Миллион за улыбку!

Профессор **Александр Митронин**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, председатель совета общественного объединения секции «Эстетическая стоматология» СТАР

Резюме. В сентябре 2012 состоялся XII конгресс «Эстетическая стоматология: реставрация, реконструкция, реабилитация», посвященный 90-летию МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Ключевые слова: эстетическая стоматология; доклады; конгресс.

Million for the smile!

Professor **Alexander Mitronin**, Doctor of Medical Science, Dean of the Faculty of Dentistry MSUMD named after A.I. Evdokimov, Head of Department of Dentistry and Endodontics FPDO, Chairman of the Public Association of the section Aesthetic Dentistry StAR

Summary. In September 2012 held XII congress Cosmetic Dentistry: restoration, reconstruction, rehabilitation, the 90th anniversary of MSUMD named after A.I. Evdokimov.

Keywords: aesthetic dentistry; reports; congress.

В сентябре 2012 г. в рамках XXVIII Всероссийской научно-практической конференции «Совершенствование стоматологической помощи населению РФ» состоялся XII конгресс «Эстетическая стоматология: реставрация, реконструкция, реабилитация», посвященный 90-летию Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова.

В переполненном слушателями конференц-зале с огромным вниманием были выслушаны и обсуждены 10 докладов. В честь юбилея главного стоматологического вуза страны все участники форума получили сертификаты СТАР, МГМСУ и подарки от спонсоров – компании Procter&Gamble и стоматологической фирмы GlaxoSmithKline Plc. Каждому слушателю были вручены также последний номер журнала Cathedra и буклет стоматологического центра «Максима» с результатами чемпионата России СТАР «За лучшую работу в эстетической стоматологии» в номинациях «Художественная реставрация зубов» и «Отбеливание зубов».

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



Аудитория конгресса: врачи-стоматологи регионов России, педагоги вузов, молодые научные исследователи



Выступает профессор А.В. Митронин, в президиуме профессор А.И. Николаев



С большим интересом был выслушан доклад профессора Л.А. Мамедовой



У микрофона кандидат медицинских наук С.Ю. Гришин

Лион – Бирмингем: эстафета принята



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



Профессор **Эдит Кузьмина**, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой профилактики стоматологических заболеваний, директор СЦ ВОЗ по инновациям в области подготовки стоматологического персонала

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Резюме. Во французском городе Лионе прошел 38-й конгресс Европейской ассоциации стоматологического образования (ADEE). Научная программа форума включала основные доклады, дискуссии, семинары и встречи в группах по интересам. Кроме того, значительное время было выделено для отдельных стендовых докладов, знакомства с инновациями на выставках, неформального общения. Важным звеном программы стал образовательный тренинг для деканов и заведующих кафедрами стоматологических факультетов Европы.

Ключевые слова: конгресс; декан; стоматологическое образование; рабочая группа.

Lyon – Birmingham: relay accepted

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

Professor **Edith Kuzmina**, Doctor of Medical Science, Head of Department of Prevention of Dental Diseases, Director WHO CC in Innovation in the Field of Training of Dental Personnel

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov

Summary. In the french city of Lyon was the 38 th Congress of the Association for Dental Education in Europe (ADEE). The scientific program of the forum included keynote lectures, discussions, seminars and meetings in interest groups. In addition, considerable time has been allocated to the individual posters, dating to innovation at exhibitions, informal communication. An important element of the program was an educational workshop for deans and heads of departments of dental faculties in Europe.

Keywords: congress; dean; dental education; working group.

Во французском городе Лионе под девизом «Обучение вместе для улучшения здоровья полости рта и качества жизни» прошел 38-й конгресс Европейской ассоциации стоматологического образования (ADEE).

По приглашению оргкомитета конгресса, а также лично президента ADEE, профессора Сесилии Кристерссон, вице-президента, профессора Винфрида Харцера, председателя оргкомитета Лиона Генри Маглуара в конгрессе приняла участие и российская делегация в составе профессоров А.В. Митронина и Э.М. Кузьминой.

Научная программа форума включала основные доклады, дискуссии, семинары и встречи в группах по интересам. Кроме того, значительное время было выделено для отдельных стендовых докладов, знакомства с инновациями на выставках, неформального общения. Важным звеном программы конгресса ADEE стал образовательный тренинг для деканов и заведующих кафедрами стоматологических факультетов Европы.

В первый день форума состоялось рабочее заседание Федерации европейских руководителей и деканов стоматологических школ (FEHDD), которое открыла профессор Сесилия Кристерссон. Затем российская



Приветствие президента ADEE, профессора Сесилии Кристиерссон



Профессора А.В. Митронин и Э.М. Кузьмина (слева) на заседании рабочей группы по теме «Лидерство в современном поколении»



На заседании ADEE: слева направо Эндрю Бартрам, Ана Стеванович (президент EDSA в 2011–2012 гг.), Кристина Риза (генеральный секретарь EDSA в 2011–2012 гг.)



Модератор заседания FEHDD, профессор Алекс Селвуд

делегация приняла участие в заседании рабочей группы по теме «Лидерство в современном поколении». Как управлять учебным процессом в современных условиях». В дискуссиях за круглым столом деканы, профессора и преподаватели университетов Польши, Италии, Финляндии, Франции, Великобритании, Латвии, Норвегии, Германии и других стран обсудили возможные подходы к обучению методологии доказательной медицины в медицинских вузах, поговорили об оптимальном поведении лидеров, обменялись мнениями по поводу разницы между руководством и управлением учебным процессом. Речь шла и о целесообразности базирования ежедневной практики университетского образования на ряде основных принципов обучения, таких как ответственность, убежденность, содержательность, пунктуальность, возможность обсуждения, терпение, коммуникабельность, активность, увлеченность и т.д. Интересен был призыв к преподавателям – работать и учиться вместе!

Во время заседаний деканов стоматологических школ Европы традиционными стали выступления представителей EDSA – Европейской ассоциации студентов-стоматологов. Нашу страну представляла руководитель стоматологической секции организации Некоммерческое партнерство национальный союз студентов-медиков, врач-стоматолог из Ульяновска Татьяна Воровченко.

На следующий день, сразу после официального открытия конгресса, прошли пленарные заседания, включавшие доклады ведущих экспертов по стоматологическому образованию европейских стран. Большинство выступавших коснулись вопросов, связанных с гармонизацией и модернизацией высшего стоматологического образования и направленных на постоянное профессиональное совершенствование. Содержание образовательного процесса должно включать формирование набора компетентностей и профессиональных качеств, необходимых для самостоятельной деятельности специалиста.



Выступает элект-президент, профессор Дэмиен Уолмсли

В ходе визита россияне побывали на стоматологическом факультете Университета Лиона, где заместитель декана и преподаватели кафедр познакомили их с организацией учебного процесса.

Интересный диалог состоялся с деканом стоматологического факультета Рижского университета, международным экспертом по стоматологическому образованию Ингридой Сема, которая посетила МГМСУ в 2007 г. в составе комиссии для проведения оценки стоматологического учебного плана. Профессор Сема – председатель оргкомитета по проведению 40-го конгресса ADEE, который состоится в Риге, – пригласила российских коллег принять в нем участие. Профессора А.В. Митронини и Э.М. Кузьмина провели переговоры с руководителями стоматологических факультетов Европы о возможном сотрудничестве по различным направлениям стоматологии в области как научных исследований, так и инноваций в образовании.

По результатам работы конгресса были выработаны предложения, направленные на внедрение основных положений доказательной базы в образовательный процесс в высших учебных стоматологических заведениях.

В рамках Генеральной Ассамблеи Ассоциации стоматологического образования в Европе прошла процедура избрания элект-президента ADEE. Им стал профессор Дэмиен Уолмсли.

Всего в работе лионского конгресса приняли участие 285 представителей университетов, общественного здравоохранения, в том числе деканы и профессорско-преподавательский состав стоматологических факультетов из 52 стран Европы, Канады, Америки, Австралии, Японии. Руководители ADEE поблагодарили Францию за отличную организацию форума и объявили о следующих встречах в Бирмингеме (Великобритания) 28–31 августа 2013 г. и Риге (Латвия) в 2014 г.

Конгресс завершился. Да здравствует конгресс!

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



Э.М. Кузьмина, Сесилия Кристерссон и А.В. Митронин



Торжественный прием в мэрии Лиона



Президиум Генеральной Ассамблеи конгресса ADEE



Члены делегации МГМСУ с профессором Хейки Муртомаа

Стоматология должна и может быть комфортной



Артём Овсебян, руководитель стоматологического Учебного центра «БиоСан ТМС», директор журнала Cathedra

Резюме. Вы можете иметь прекрасную клинику, оснащенную самым современным оборудованием, предлагающую все виды услуг, но если вы хотите произвести впечатление на пациентов, то, в первую очередь, не причиняйте им боли. Самый важный элемент, обеспечивающий комфорт пациента, – безболезненная анестезия. Не стоит недооценивать важность данного факта, потому что человек долго будет помнить болезненную инъекцию или причинившие даже малейшую боль процедуры. Зато все усилия, направленные на создание комфортных условий для него, он наверняка оценит.

Ключевые слова: комфорт; лечение; интралигаментарная, мандибулярная анестезия; пациент.

Dentistry can and must be comfortable

Artem Ovsepyan, Head of the Dental education Center Biosan TMS, Director Magazine Cathedra

Summary. You can have a beautiful clinic, equipped with the most modern equipment, offer all kinds of services, but if you want to impress the patient, then, first of all, not to cause pain. The most important element that ensures patient comfort - a painless anesthesia. Do not underestimate the importance of this fact because people will long remember the painful injection or causing even the slightest pain treatments. But all efforts to create favorable conditions for him, he will certainly appreciate.

Keywords: comfort; treatment; intraligamentary anesthesia; inferior alveolar nerve block; patient.

Для того чтобы обеспечить пациентов качественной стоматологической помощью, стоматологи на протяжении всей своей карьеры должны повышать квалификацию, читать научные статьи, участвовать в конференциях и посещать лекции. Только так они могут узнавать о новых материалах, инструментах, оборудовании, технологиях, а также о лучших моделях

обслуживания пациентов, искусстве общения и управлении стоматологической практикой. Цель профессионального роста врача – создание комфортной для пациентов, качественной и безболезненной стоматологии. Вы можете иметь прекрасную клинику, оснащенную самым современным оборудованием, предлагающую все виды услуг, но если вы хотите произвести впечатление на пациентов, то, в первую очередь, не причиняйте им боли.

Сегодня в распоряжении стоматологов есть эргономичные стоматологические кресла, высокоскоростные наконечники, эффективные местные анестетики, волшебные адгезивы и композитные материалы, цифровые технологии и методики работы в четыре руки. Иными словами, все необходимое для комфортного и безболезненного лечения. А значит, пришло время развенчать сложившиеся стереотипы о непереносимости стоматологических процедур, превратившиеся в сознании многих пациентов в настоящие фобии. Пора, наконец, избавить профессиональную репутацию стоматологов от позорного клейма «врачей-садистов».

Если быть честным до конца, надо признать, что врачу сложно качественно выполнить работу, если пациент испытывает болезненные ощущения и дискомфорт. Нервозность больного передается и стоматологу, и меди-





цинскому персоналу среднего звена. Во многом беспокойство пациента определяется тем, что он, как правило, не понимает последовательность манипуляций и объем стоматологического вмешательства. Поэтому очень важно до начала лечения подробно обсудить с пришедшим на прием человеком план лечения, разъяснить его основные этапы, познакомить с ожидаемым результатом. На самом деле наши пациенты, скорее всего, не знают действительную меру оценки качества стоматологического лечения. Пациент судит о квалификации врача не по тому, насколько идеально припасована коронка или запломбирован канал, а по тому, сколь безболезненно проведена анестезия, как долго ему пришлось находиться в стоматологическом кресле.

Если вы считаете себя мотивированным и любящим свою работу врачом, постарайтесь для начала сделать все возможное, чтобы не причинять лишнего беспокойства пациенту, не травмировать его, обеспечить ему полный комфорт во время лечения. К сожалению, многие врачи с годами утрачивают чувство сострадания и соучастия, становятся менее чувствительными к чужой боли, с которой слишком часто сталкиваются. Такое очерствение души – своего рода защитная реакция нервной системы. Но не надо забывать, что любой из нас, а также близкие и дорогие нам люди, могут оказаться в роли пациента. Ведь приходя к врачу, все мы нуждаемся не только в излечении, но и во внимательном отношении к себе и своим жалобам. Мы идем как за профессиональной помощью, так и за советом, участием, сочувствием. И первый шаг к этому – завоевание доверия, которое позволит наладить взаимоотношения с пациентом. Для многих переступить порог стоматологического кабинета – все равно, что совершить подвиг. Поэтому люди порой ведут себя не совсем адекватно, в особенности, если они обратились с болью. И начинать создавать благожелательную атмосферу в клинике надо с регистратуры. Необходимо окружить пациента вниманием и заботой, заверить его, что лечение

пройдет безболезненно. Пациент не должен сомневаться: выбор клиники сделан правильно.

После опроса, осмотра, постановки диагноза и получения согласия на лечение, составляется его план. А после завершения всех формальностей наступает момент истины – начало лечения. И давайте коснемся самого важного элемента, обеспечивающего комфорт пациента – **безболезненной анестезии**. Не стоит недооценивать важность данного факта, потому что человек долго будет помнить болезненную инъекцию или причинившие даже малейшую боль процедуры.

Применение аппликационной анестезии на сегодняшний день считается стандартом. Производители предлагают огромный выбор быстродействующих анестезирующих препаратов. Гель наносят ватной палочкой на предварительно осушенную поверхность слизистой в область проведения инъекции. Анестетик начинает действовать минут через 5.

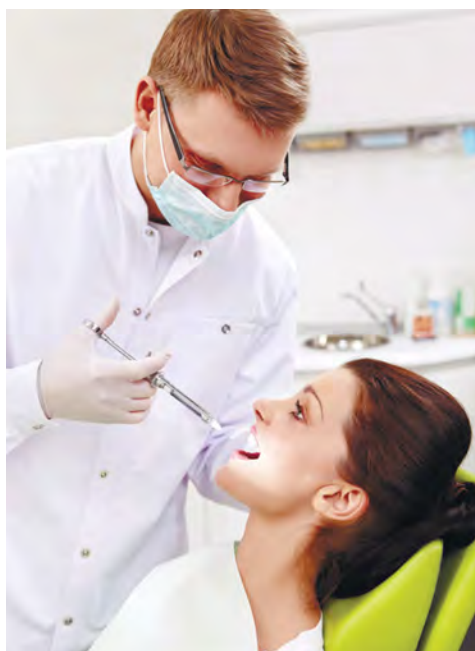
Следующий шаг – собственно анестезия. Перед ее проведением постарайтесь обращаться с пациентом обходительно и ласково, так как он волнуется и переживает. Не суетитесь, ваши движения должны быть медленными, голос тихим, но уверенным. Если вам удастся завоевать доверие пациента, он станет вашим союзником и помощником.

Для первичной пенетрации слизистой оболочки используйте теплую карпулу анестетика без эпинефрина, так как действие геля проявляется только на поверхности. Введите небольшое количество препарата – это позволит сделать основную инъекцию практически безболезненной.

Вы сможете значительно увеличить шансы на достижение безболезненной инъекции и отказаться от аппликационной анестезии, если используете современную **компьютеризованную систему подачи анестетика STA Compudent (Milestone Scientific Inc.)**. К этой методике, основанной на принципах доказательной медицины и возможностях современных цифровых технологий, исключаяющей так называемый человеческий фактор, мы еще вернемся.

Выберите анестетик на свое усмотрение из хорошо зарекомендовавшей себя артикаиновой группы (ultracain,





alfacain, septanest, primacain) и введите препарат по методике, соответствующей данной клинической ситуации. Дайте пациенту отдохнуть, пока анестезия подействует, но не оставляйте его без присмотра, чтобы в экстренном случае своевременно оказать помощь. Для проводниковой анестезии достаточно 10–15 минут, для инфильтрационной чуть меньше. Во время анестезии нельзя торопиться, потому что кроме физиологического процесса она включает и психологический компонент. Пациент должен осознать, что онемение наступило и он готов к дальнейшей процедуре.

Но что делать, если вы начали лечение, а пациент все-таки чувствует боль и нервничает. В этом случае вы должны спокойно объяснить ему, что такое бывает, что вы не приступите ни к каким манипуляциям, пока не наступит глубокая анестезия. А она может не наступить сразу в силу различных причин: из-за анатомических особенностей пациента, его вредных привычек, эмоционально-психологического состояния или нарушения методики проведения анестезии. В подобных ситуациях сделайте интерсептальную анестезию. Если вы используете стандартный карпульный шприц, направьте срез иглы параллельно кости и введите четверть карпулы в десневые мезиальные и дистальные сосочки. Для этого вам придется приложить большое усилие к поршню и очень медленно вводить препарат.

В большинстве случаев интрасептальная анестезия срабатывает отлично. Однако при эндодонтическом лечении глубины проводниковой анестезии будет недостаточно, и лучше сделать интралигаментарную. При этом пациент даже не почувствует разницы, так как при этой технике не возникает коллатерального отека и анестезии мягких тканей.

Интересно, что новая модель STA Compudent была разработана для интралигаментарной анестезии. Техника интралигаментарной PDL-анестезии с STA (анестезия одного зуба) достаточно проста, предсказуема и эффективна. Данная методика – альтернатива инфильтрационной или мандибулярной анестезии. Ее эффективность давно известна, методика исполнения тоже, но качество механических шприцов для интралигаментарной анестезии и принцип их действия оставляют желать лучшего.

STA Compudent – универсальное компьютеризованное устройство с помощью которого можно выполнять как традиционные виды анестезии – мандибулярную, инфильтрационную, интрасептальную, – так и новые модифицированные.

AMSA – блокада переднего и среднего верхних альвеолярных нервов;

P-ASA – центральная резцовая анестезия;

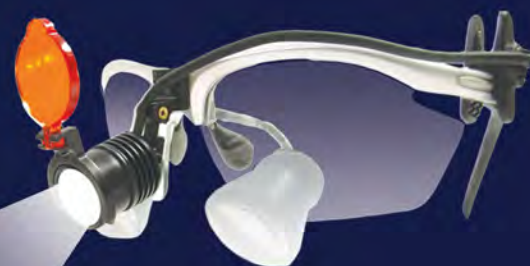
PDL – модифицированная интралигаментарная анестезия.

Цифровой процессор (компьютер) STA Compudent обеспечивает постоянную звуковую и визуальную обратную связь в реальном времени в течение всей процедуры анестезии. С STA используются стерильные одноразовые эргономичные и легкие наконечники, заменяющие традиционные металлические карпульные шприцы и карпулированные анестетики. Важные преимущества STA: автоаспирация, сокращение количества анестезирующих растворов и вазоконстрикторов, меньшее время наступления анестезии. В ближайшем будущем применение таких устройств должно стать стандартом при оказании стоматологической помощи в детской стоматологии, эндодонтии, имплантологии и, самое главное, для пациентов группы риска. Большин-

DentLight



Инновационные оптические решения



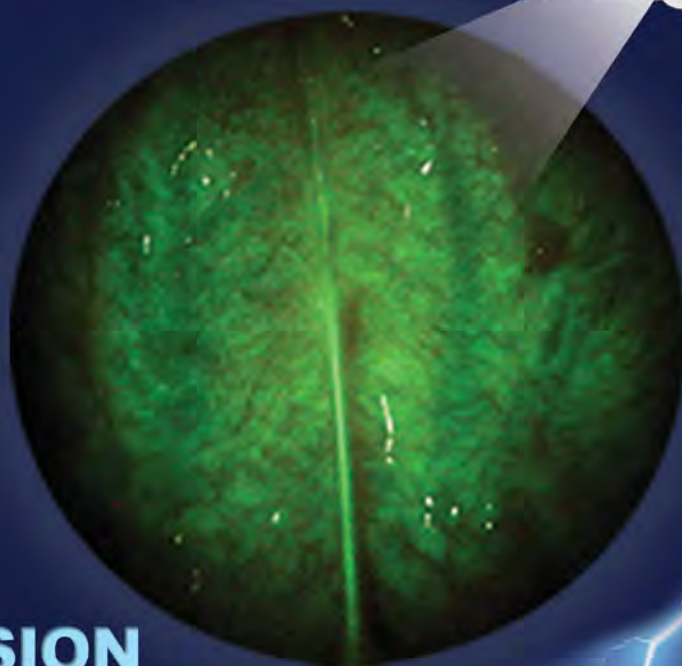
Nano

Самый маленький
яркий налобный
осветитель



FUSION DOE

Диагностика
новообразований



Карлес Травмы Эндодонтия



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



ство пациентов с одобрением относятся к внедрению новых методов, особенно в такой чувствительной и деликатной сфере, как обезболивание при стоматологическом лечении.

Если вы владеете техникой внутрикостной анестезии, то с ее помощью также можете добиться глубокого онемения. Внутрикостная анестезия очень эффективна, но не надо забывать, что она достаточно инвазивна и у нее есть противопоказания для пациентов из группы риска.

Препарирование зубов – самая рутинная часть работы стоматолога. Практически по любому обращению врачу приходится использовать турбинный и обычный угловой наконечники. Нет, пожалуй, ни одного пациента, которому нравились бы ощущения от звука работающей турбины вращающегося бора даже при глубокой анестезии.

Несмотря на успехи науки в разработке лазеров для твердых тканей зубов, все они имеют ограниченное применение (фиссурный и средний кариес), при этом цены на эти устройства очень высоки. Не так давно в практику внедрены пьезоэлектрические ультразвуковые аппараты нового поколения, в том числе насадки из специальных твердых сплавов для эндодонтии и с алмазным покрытием для препарирования твердых тканей зубов. В комбинации с алмазными борами такие насадки незаменимы при препарировании зубов под высокоэстетичные конструкции (виниры, вкладки, накладки, цельнокерамические коронки), а также при подготовке к прямым реставрациям. Использование алмазных насадок комфортно для пациентов, так как во время препарирования отсутствует неприятный звук, вибрация практически не ощутима. Правда, они не так быстры, как турбинный бор, но зато создают идеальную поверхность для адгезии.

В обозримом будущем мы, наверное, не сможем отказаться от турбинных наконечников, алмазных и твердосплавных боров, потому что это универсальные инструменты по разумной цене. Но, выбирая наконечники, отдавайте предпочтение заслуживающим доверия

производителям с хорошим сервисным обслуживанием. Особого внимания заслуживает выбор боров. Если их хвостовик не откалиброван, это вызовет дополнительную вибрацию, что, в конечном итоге, выведет из строя головку турбинного наконечника, замена которого обойдется недешево. И, разумеется, дополнительная вибрация усилит дискомфорт пациентов. Приобретайте боры у производителей, специализирующихся на них и предлагающих большой ассортимент. Только в этом случае вам гарантированы высокие стандарты качества.

Еще один немаловажный аспект – повторное использование одноразовых алмазных и твердосплавных боров, полиров, камней для контурирования, щеток и т.д. Установлено, что время и деньги, затраченные на стерилизацию боров (очистка, предстерилизационная ультразвуковая обработка, упаковка и автоклавирование) экономически не оправданы. И не будем забывать о соблюдении необходимых условий асептики и антисептики, а также о предотвращении распространения перекрестной инфекции.

Существуют отработанные техники и методики препарирования для разных клинических случаев – для создания эндодонтического доступа, препарирование кариозной полости, под коронку, под высокоэстетичные конструкции и пр. Выбирайте метод, наиболее комфортный для пациента. И не забывайте постоянно следить за тем, чтобы не перегревать твердые ткани зубов, используя оптимальное водяное охлаждение. Осуществляйте препарирование в прерывистом режиме. Контакт инструмента с зубом должен происходить лишь тогда, когда набрана максимальная скорость, и не более 1 мин. Не сомневайтесь, все ваши усилия направленные на создание комфортных условий для пациента, будут им оценены. Самая массовая медицинская услуга должна быть не только доступной, но и комфортной.

Координаты для связи с автором
artovsepyan@gmail.com; +7(903)799-29-20

ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ CATHEDRA:

- оплатите квитанцию на почте, или со своего личного счета, любым банковским переводом или на сайте www.cathedra-mag.ru
- копии оплаченной квитанции и заполненного купона пришлите в редакцию по адресам:
podpiska.cathedra@gmail.com и **reklama.cathedra@gmail.com** или по почте;
- журнал вы получите по почте.

ОФОРМИТЬ ПОДПИСКУ МОЖНО ПО КАТАЛОГУ «ПРЕССА РОССИИ», ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС 11163.

ПРИОБРЕСТИ ЖУРНАЛ CATHEDRA МОЖНО ТАКЖЕ ЗА НАЛИЧНЫЕ:

- на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии, пародонтологии и гериатрической стоматологии МГМСУ; (Москва, ул. Вучетича, дом 9а, Стоматологический комплекс, 3-й этаж);
- в учебном центре «БиоСан ТМС» (Москва, Новохорошевский пр., дом 25)

КУПОН на подписку

Стоимость одного номера: 350 руб.

Стоимость подписки:

на полугодие _____	650 руб.
годовая _____	1200 руб.

Прошу оформить подписку на журнал CATHEDRA

на полугодие ☐ годовая ☐ **Доставку производить по адресу:**

ИНДЕКС		ОБЛАСТЬ	
ГОРОД		УЛИЦА	
ДОМ	КОР.	КВ.	
ТЕЛ.		E-MAIL	
ФИО			

*Журнал *Cathedra* распространяется по всем стоматологическим факультетам медицинских вузов России, клиникам Москвы и Московской области, торговым организациям РФ, стран ближнего и дальнего зарубежья.

Дополнительную информацию можно получить по тел.: +7 (495) 799 2920; +7 (495) 739 7446; +7 (495) 611 0851



КВИТАНЦИЯ

Извещение	СБЕРБАНК РОССИИ	Форма № ПД-4
	Наименование получателя платежа:	АНО «Редакция журнала «Cathedra. Стоматологическое образование»
	ИНН получателя платежа:	7713572780 КПП 771301001
	Номер счета получателя платежа:	40703810922000029537
	Наименование банка:	АКБ «Абсолют Банк» (ЗАО)
	БИК: 044525976	КОРСЧЕТ: 30101810500000000976
	Наименование платежа:	За подписку на журнал «Cathedra. Стоматологическое образование» на ____ полугодие 20__ г. ☐ годовая на 20__ г. ☐
	Платательщик (Ф.И.О.):	
	Адрес платателя:	
	Сумма платежа _____ руб. ____ коп. Дата: «_____» _____ 20__ г	
Кассир	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен. Подпись платателя _____	
Извещение	СБЕРБАНК РОССИИ	Форма № ПД-4
	Наименование получателя платежа:	АНО «Редакция журнала «Cathedra. Стоматологическое образование»
	ИНН получателя платежа:	7713572780 КПП 771301001
	Номер счета получателя платежа:	40703810922000029537
	Наименование банка:	АКБ «Абсолют Банк» (ЗАО)
	БИК: 044525976	КОРСЧЕТ: 30101810500000000976
	Наименование платежа:	За подписку на журнал «Cathedra. Стоматологическое образование» на ____ полугодие 20__ г. ☐ годовая на 20__ г. ☐
	Платательщик (Ф.И.О.):	
	Адрес платателя:	
	Сумма платежа _____ руб. ____ коп. Дата: «_____» _____ 20__ г	
Кассир	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен. Подпись платателя _____	

ПРАВИЛА ПУБЛИКАЦИИ НАУЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ЖУРНАЛЕ CATHEDRA

В журнале публикуются рецензируемые научные статьи по различным отраслям стоматологической науки, подготовленные по материалам оригинальных исследований и клинических наблюдений, а также тематические обзоры литературы. Важный аспект для публикации – вопросы стоматологического образования. К печати не принимаются статьи, представляющие частные клинические случаи, незавершенные исследования, а также несоответствующие принципам доказательной медицины, уже опубликованные или принятые к публикации.

Чтобы работа была принята к публикации, необходимо

1. Сопроводить статью официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, и визой научного руководителя.
2. Представить распечатку полного текста (6–8 стр.) с иллюстрациями, а также статью в электронном виде (на CD- или DVD-дисках, носителях flash USB).
3. Указать полные имена, отчества, фамилии авторов, ученую степень, звание, название кафедры, вуза или научного заведения (на русском и английском языках), телефон и e-mail для связи.
4. В начале материала следует поместить краткое резюме (до 1/3 страницы) и ключевые слова (не менее пяти), которые, как и название статьи, должны быть переведены на английский язык.
5. Оригинальная статья строится по следующему принципу: актуальность проблемы, цель, материалы и методы, результаты и их обсуждение, выводы,

список литературы.

Требования к статьям

- 6–8 страниц (TimesNewRoman, размер шрифта 14 pt, интервал 1,5).
- Список литературы не более 15 ссылок. Литература к статье приводится в виде алфавитного списка, вначале – на русском языке, затем – на иностранном. В ссылках придерживаться общих библиографических правил. В список литературы не включаются ссылки на диссертационные работы (допустимы лишь ссылки на авторефераты).
- В тексте ссылки на источники приводятся в квадратных скобках.
- Сокращение слов не допускается, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, терминов. В статьях должна быть использована система единиц СИ.
- За правильность приведенных в списках литературных данных ответственность несут авторы.
- Редакция оставляет за собой право на сокращение рукописей, редакторскую правку для устранения опечаток, неточностей, стилистических, грамматических и синтаксических ошибок, а также на отклонение материала после рецензирования.
- За все данные в статьях и информацию ответственность несут авторы публикаций и соответствующие медицинские или иные учреждения.
- Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

Требования к иллюстрациям

- Рисунки, фотографии, иллюстрации к материалу принимаются отдельными от текста файлами: а) в формате .tif (без сжатия, 300 dpi), .eps (шрифты в кривых), .jpg (показатель качества не ниже 10); б) в виде оригиналов фотографий, качественных изображений, отпечатанных типографским способом. Иллюстрации (рисунки) должны быть пронумерованы (на распечатке – ручкой, в электронном виде – в названии файла) и подписаны (названы); в) графики и диаграммы только в формате MSExcel с исходными данными построения.
- Предоставление иллюстративного материала должно быть в строгом соответствии с нормативными документами и законодательством по сохранению авторских прав.

По вопросам размещения статей обращаться к шеф-редактору журнала Александру Валентиновичу МИТРОНИНУ.
Тел./факс: (495) 650-2568;
e-mail: mitroninav@list.ru

Информация о получателе журнала	
(Ф. И. О.)	
(почтовый индекс и адрес получателя журнала)	
Информация о получателе журнала	
(Ф. И. О.)	
(почтовый индекс и адрес получателя журнала)	