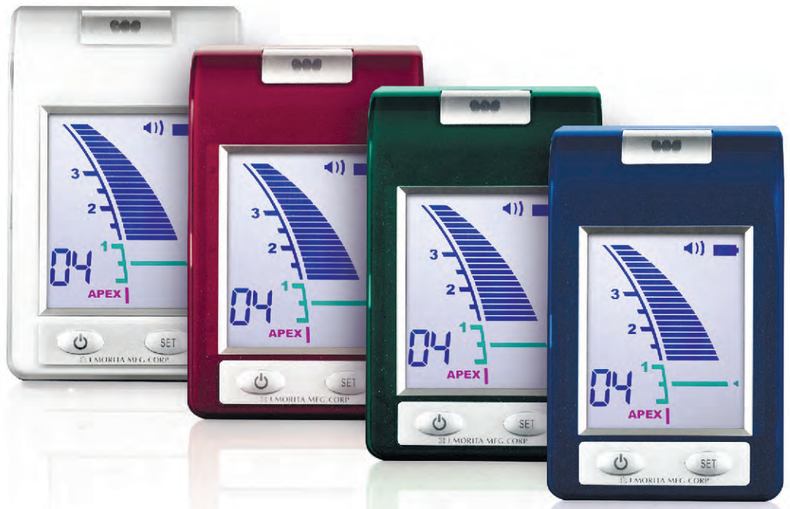
Thinking ahead. Focused on life

MORITA

Root ZX mini



Всегда точно, надежно

Реклама

Гарантия 2 года. Made in Japan.
www.medenta.ru

КАФЕДРА Cathedra
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ
№ 44, 2013



CATHEDRA-MAG.RU CATHEDRA-MAG.RU CATHEDRA-MAG.RU
МГМСУ

Cover_Cathedra_44_4-1.indd 1 25.06.13 22:02

BJM LAB



Современные материалы для фиксации ортодонтических конструкций

Полный каталог

Каталог для iPad

HIGH Q BOND BAND™
HIGH Q BOND BRACKET™
HIGH Q BOND RETAINER™

Эксклюзивный дистрибьютор в России: WWW.MEDENTA.RU

Реклама

Реклама

Безопасность - главный фактор

MILESTONE SCIENTIFIC
The World Leader in Advanced Injection Technology

Подтвержденная точность и предсказуемость анестезии

Тест-драйв
АКЦИЯ
www.medenta.ru



CompuDent STA™ Single Tooth Anesthesia SYSTEM

YouTube www.medenta.ru
http://www.youtube.com/user/intermedenta

DENTISTRY TODAY TOP 100 PRODUCTS 2008
MEDICAL DESIGN EXCELLENCE AWARDS 2008 WINNER
Dental Products Report 100 2008 PRODUCT of DISTINCTION
dental townie choice awards 2008

Продукция сертифицированна
Регистрационное удостоверение:
ФСЗ 2009/05509

СЛОВО РЕДАКТОРА

Уважаемые читатели!



Как вы уже знаете, журнал Cathedra («Кафедра. Стоматологическое образование») вновь вошел в перечень российских рецензируемых научных журналов ВАК, в которых могут быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук. Поэтому этот номер изобилует материалами, посвященными научно-практическим исследованиям. Однако мы по-прежнему будем соблюдать баланс между научными статьями, рекомендациями практикующим врачам и темами, касающимися высшего медицинского образования (ведь именно это отражено в названии издания).

Два с половиной месяца, прошедшие со дня выхода последнего номера, как всегда, изобиловали событиями в профессиональной стоматологической среде. В том числе, в начале апреля в Москве при поддержке эндодонтической секции СтАР и компании «Эндофорум» прошел III Российский эндодонтический конгресс с международным участием. В это же время в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова в рамках IV Общероссийской конференции «Медицинское образование-2013» был организован круглый стол «Формирование модульных программ стоматологических дисциплин в соответствии с ФГОС».

Нельзя не упомянуть и об апрельском визите в МГМСУ декана стоматологического факультета Медицинского университета – Пловдив, доцента Георги Тодорова и президента Ассоциации эстетической стоматологии Болгарии, профессора Христо Кисова. По итогам встречи было подписано соглашения о сотрудничестве между двумя вузами.

В майские дни главными событиями, разумеется, стали торжественные мероприятия, посвященные 68-летию Победы. В театрально-концертном зале ЦДКЖ состоялся праздничный концерт с участием студентов, творческих коллективов МГМСУ, профессиональных артистов, а также прием в честь ветеранов вуза – участников Великой Отечественной. Кульминацией праздника стало факельное шествие «Огонь нашей памяти», посвященное сотрудникам и выпускникам университета, погибшим в годы войны. Во дворе здания КДЦ прошел митинг, завершившийся возложением цветов к памятнику воинам-медикам.

18 мая проректору по воспитательной работе и связям с общественностью, заслуженному врачу Российской Федерации, доктору медицинских наук, профессору К.Г. Дзугаеву исполнилось бы 70 лет. В этот день на спортивной площадке стадиона «Буревестник» был организован товарищеский матч по футболу на кубок памяти профессора.

В этом номере в нашей постоянной и любимой читателями рубрике «Персона» мы расскажем об удивительном человеке, роль которого в истории МГМСУ трудно переоценить. Это старейший сотрудник университета, Педагог с большой буквы, доцент кафедры факультетской ортопедической стоматологии В.Д. Синицын. Несмотря на то, что в июле Валентину Дмитриевичу исполнилось 92 года, он по-прежнему в строю.

От имени коллектива редакции хочу поздравить профессорско-преподавательский состав, сотрудников, аспирантов, ординаторов, студентов с 45-летием со дня основания лечебного факультета нашего университета. От всей души поздравляем мы и кафедру микробиологии, вирусологии, иммунологии МГМСУ с 70-летним юбилеем. В честь этой даты в университете прошла Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы трансляционной медицины: микробиология – практическому здравоохранению».

О некоторых из перечисленных событий вы прочитаете на страницах журнала. Не сомневаюсь, этот номер покажется вам не только познавательным, но и очень интересным. По-прежнему ждем от вас новых материалов.

С уважением шеф-редактор журнала Cathedra («Кафедра. Стоматологическое образование»), профессор *А.В. Митронин*



www.cathedra-mag.ru

Обложка © psdesign1 - Fotolia.com

КАФЕДРА Cathedra СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

№ 44
2013

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 РФ
Директор Овсепян А.П.

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)
Лебеденко 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)
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 Хауштейн (Frank Haustein), профессор (Германия)
Адам Штабхольц (Adam Stabholz), профессор (Израиль)
Мишель Арден (Michel Arden), профессор (Бельгия)

КООРДИНАТЫ РЕДАКЦИИ
127206, Москва, ул. Вучетича, дом 9а, офис 8016
Тел./факс: +7 (495) 799-2920; +7 (495) 739-7446
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, ПОДПИСКА И РАСПРОСТРАНЕНИЕ
Тел.: +7 (495) 799-2920; +7 (495) 739-7446;
reklama.cathedra@gmail.com: podpiska; cathedra@gmail.com;
по каталогу «Пресса России», индекс 11169;
по заявке, оставленной на сайте: www.cathedra-mag.ru
Журнал издается четыре раза в год в печатной и электронной версиях. Распространяется по подписке.

РЕГИСТРАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ
ISSN 2222-2154
Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзоре) 23 сентября 2011 года.
Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС 77-46721.

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

ТИПОГРАФИЯ
ООО «Типография Мосполиграф»; тираж 2500 экз.

Журнал Cathedra («Кафедра. Стоматологическое образование») входит в перечень изданий,рекомендованных для опубликования основных результатов диссертационных исследований (решение президиума ВАК Минобразования РФ).

СОДЕРЖАНИЕ

№44, 2013

ПЕРСОНА

04 НА ГОД СТАРШЕ УНИВЕРСИТЕТА (В.Д. Синицын)
Владимир Кабанов

08 НОВИНКИ СТОМАТОЛОГИИ

ВЗГЛЯД НА РЫНОК

10 FRANK DENTAL GMBH: ЛУЧШЕЕ КАЧЕСТВО ИНСТРУМЕНТОВ ПО РАЗУМНЫМ ЦЕНАМ

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

14 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ВРЕМЕННЫХ НЕСЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ТРАДИЦИОННОЙ И CAD/CAM-ТЕХНОЛОГИЯМ
Владимир Ерошин, Андрей Бойко, Павел Комаров, Самвел Апресян, Анастасия Перевезенцева

16 ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА
Людмила Лукиных, Сания Спиридонова

20 МАЛОДОЗОВАЯ МИКРОФОКУСНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПОСЛЕ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ
Наталья Блохина, Виктория Петровская

24 ВОЗВРАЩЕНИЕ К ТРАДИЦИЯМ
Виталий Смирнов, Леонид Персин

28 ОСОБЕННОСТИ УДАЛЕНИЯ СЛЮННЫХ КАМНЕЙ, РАСПОЛОЖЕННЫХ В ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЕ
Василий Афанасьев, Дмитрий Дубов

30 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГОМОТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ ДИСТРАКЦИОННОЙ ОСТЕОПЛАСТИКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
(предварительное сообщение)
Михаил Швырков, Ольга Воротнева

34 ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ САЛИВАЦИИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
Галина Лукина, Ильяс Ахмедханов, Раиса Стрюк

ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

38 ПРЯМАЯ РЕСТАВРАЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕКЛОВОЛОКОННОГО ШТИФТА. *Клинический случай*
Патрик Балтиери

42 ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИАПАТИТА КАЛЬЦИЯ В СОСТАВЕ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

45 КАЧЕСТВЕННЫЕ РУЧНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ – УСПЕХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ
Ольга Яковлева

48 ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА В ПРАКТИКЕ СТОМАТОЛОГА
Наталия Иванкина

EX CATHEDRA

52 PROCTER & GAMBLE: НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ СООБЩЕСТВОМ (интервью с М. Кобахидзе)
Юлия Кузовкова

56 МОНИТОРИНГ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСТОЧНИКА ФИНАНСИРОВАНИЯ ОБУЧЕНИЯ
Александр Оправин, Галина Оводова, Людмила Кузьмина

ВЫСШАЯ ШКОЛА

60 ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕПОДАВАНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Светлана Токмакова, Тамара Улько, Ольга Бондаренко, Ольга Сысоева

63 ПРОФЕССОРА СЕЛИ ЗА ПАРТУ
Александр Митронин

64 БАРНАУЛ ВСТРЕЧАЕТ ОЛИМПИЙЦЕВ
Ольга Сысоева, Ольга Бондаренко, Светлана Токмакова, Людмила Старокожева

66 РОЛЬ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОСТДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ
Людмила Тупикова, Евгений Онопа, Анна Баландина, Михаил Трифонов

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

МИР СТОМАТОЛОГИИ

74 ДО НОВЫХ ТЕМ!
Александр Митронин

75 НА ОДНОМ ЯЗЫКЕ
Александр Митронин

ПСИХОЛОГИЯ

76 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК С ОСОБЕННОСТЯМИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА
Елена Ермак



© Kurhan - Fotolia.com

2-3_44.indd 2 27.06.13 14:32

34-й Московский
международный
стоматологический
форум и выставка

Дентал-Экспо

16-19 сентября 2013

Москва, Крокус Экспо

Проезд: м. “Мякинино”

www.dental-expo.com



На правах рекламы

Устроитель:

DENTALEXPO®

Генеральный спонсор выставки:
“Проктер энд Гэмбл”

blend-a-med RESEARCH INSTITUTE Oral-B

Спонсор выставки:

Septanest® S.I.L.

Генеральные
информационные партнеры

Стоматология сегодня

Dental Tribune

На год старше университета



Со временем понимаешь, что в каждом коллективе есть люди, роль которых просто невозможно переоценить. К таким значимым для Московского государственного медико-стоматологического университета личностям, без всякого сомнения, принадлежит старейший сотрудник, доцент кафедры факультетской ортопедической стоматологии ***Валентин Дмитриевич Синицын*** *– скромный и обаятельный человек, Педагог с большой буквы, опытнейший наставник. Он отметил свой 90-летний юбилей на год раньше МГМСУ. В этом году 9 июля ветерану университета исполнилось 92, но он по-прежнему в строю.*



Детство и юношество Валентина Дмитриевича, пожалуй, мало чем отличались от его сверстников, ребят, живущих по соседству. Впрочем, ему, быть может, приходилось чуточку труднее, поскольку родители у мальчишки были инвалидами. А, может, именно это закалило его, заставило повзрослеть немного раньше.

После окончания школы в 1940 г. Валентин ушел в Красную Армию, служил на Дальнем Востоке. А потом была война… Учебка и Волховский фронт…

– Валентин Дмитриевич, расскажите о военных годах.

– Служить в Красной Армии мне нравилось. Это был интересный и полезный период жизни, когда в коллективе сверстников проверялся на прочность характер, рождалась настоящая дружба. Мы учились взаимовыручке, становились сильнее и выносливее. А об Отечественной войне, вызвавшей неоднозначные реакции в умах людей разного возраста, социального положения, политических

© Irochka - Fotolia.com

04-05_PERSONA_44.indd 4 24.06.13 19:23

взглядов, достаточно много написано и сказано. Воинские части, в которых я воевал, располагались в лесисто-болотистой местности в районах, прилегающих к реке Волхов. В 1942–1943 гг. там шли тяжелейшие бои. Честно сказать, никаких победных, да и просто успешных операций у наших подразделений не было. Непростая обстановка на Волховском фронте небеспристрастно описана в военной литературе. Меня от пленения спасло лишь тяжелое ранение. Впоследствии я даже получил инвалидность.

– Как сложилась ваша жизнь после войны?

– На военной службе я оставался вплоть до 1948 г., а демобилизовавшись, поступил в Московский стоматологический институт. Не буду говорить, что учеба давалась легко, но результатом этих усилий стала Сталинская стипендия. А дальше все, как по нотам: ординатура, аспирантура, защита диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Дальнейшая моя судьба во многом связана с именем Георгия Николаевича Белецкого, который с 1951 г. до конца своих дней был ректором МСИ. По его рекомендации меня приняли на работу в Главное управление учебных заведений МЗ РСФСР на должность старшего инспектора. В мои обязанности входило курировать три ленинградских медицинских вуза. А так как по совместительству я работал ассистентом кафедры ортопедической стоматологии, то старался как можно больше внимания уделять кафедрам стоматологического профиля. Огромную роль в моем профессиональном становлении сыграла встреча с признанным корифеем ортопедической стоматологии, профессором И.С. Рубиновым. Вскоре я стал заместителем декана и некоторое время был заведующим отделом ординатуры. В общей сложности взвалил на свои плечи немалый груз, но старался нести его достойно.

– Случались ли неожиданные повороты на вашем жизненном пути?

– В 1961 г. опять-таки по рекомендации Г.Н. Белецкого мне предложили поехать Демократическую Республику Вьетнам для оказания шефской помощи дружественной стране. Целый год я передавал опыт коллегам на кафедре Ханойского медицинского института, а также работал в качестве советника Министерства здравоохранения республики по вопросам стоматологии. В знак благодарности правительство Вьетнама наградило меня медалью Дружбы. К слову, я был поражен уровнем профессиональной подготовки вьетнамских специалистов. Большинство преподавателей учились за границей, главным образом во Франции, а вот опыт советской стоматологической школы был им незнаком. Студенты во Вьетнаме дисциплинированные, ответственные, стремящиеся к знаниям. Работать с ними интересно. Позже я не раз бывал в подобных «шефских» командировках, только уже по нашей стране. Читал лекции на кафедре ортопедической стоматологии вновь организованного стоматологического факультета в Чите. По распоряжению МЗ РСФСР стоял у истоков создания кафедры ортопедической стоматологии медицинского института Махачкалы и даже возглавлял ее в 1971–1972 гг. Уже после окончания командировки несколько лет вел плановую работу на кафедре пропедевтики ортопедической стоматологии в должности доцента.

– В тот период вы успевали заниматься и общественной работой?

– По поручению Минздрава СССР я вошел в состав комиссии, инспектировавшей состояние различных сторон стоматологической службы (кадры, финансы, качественные показатели и т.д.) в ряде республик и областей страны, в том числе в Белоруссии, республиках Прибалтики и Средней Азии. А в 1970–1990-е гг. был консультантом Четвертого главного управления МЗ РСФСР.

– Новая политическая эра, начавшаяся в 90-е годы прошлого столетия, каким-то образом отразилась на вашей жизни и деятельности?

– В конце 90-х меня и еще ряд коллег освободили от должности преподавателя по возрасту. Для меня это оказалось большой неожиданностью. Продолжить преподавательскую деятельность позволило создание факультета постдипломного образования для врачей и зубных техников. Там очень пригодились мои практические знания по зубопротезной технике и материаловедению. И лишь в 2009 г. я вернулся на кафедру факультетской ортопедической стоматологии, к моим сослуживцам, с которыми меня связывали долгие годы совместной работы. И спасибо им всем за то прекрасное время!

Беседу вел Владимир Кабанов,
доцент кафедры факультетской
ортопедической стоматологии МГМСУ

От автора:

– Я по-настоящему горжусь, что являюсь учеником Валентина Дмитриевича, под его руководством занимался в студенческом научном обществе. Вспоминаю, как неформально он относился и до сих пор относится к студентам, ординаторам. И они отвечают ему взаимностью, с огромным интересом слушая его лекции. Валентин Дмитриевич – автор 50 научных работ, учебника «Зуботехническое материаловедение». За участие в Великой Отечественной войне награжден многими правительственными наградами. От имени многочисленных учеников и коллег спасибо вам, Валентин Дмитриевич, за ваш добросовестный труд, доброту и отзывчивость! С днем рождения, многие вам лета!

Координаты для связи с автором:
fortstom@mail.ru; +7 (499) 973-56-84 – кафедра факультетской ортопедической стоматологии

04-05_PERSONA_44.indd 5 24.06.13 19:23

ЗАО «Брынцалов-А» является одним из старейших и крупных фармацевтических предприятий России. Наша деятельность посвящена созданию и производству высокоэффективных и качественных лекарственных препаратов, отвечающих уровню современной медицины. В том числе и анестетиков

Инструкция
по медицинскому применению препарата

Регистрационный номер: PN 000689/01-2001
Торговое название препарата: "Брилокаин® - адреналин форте
Лекарственная форма: раствор для инъекций артикаин гидрохлорида и адреналин гидротартрата (1:100000)
Фармакотерапевтическая группа: местноанестезирующее и сосудосуживающее средство
Фармакологическиее свойства: Брилокаин-адреналин форте раствор для инъекций (1:100000) - комбинированный препарат для местной анестезии в стоматологии
Показания к применению: Анестезия (инфильтрационная и проводниковая) в стоматологии при экстирпации зуба, пломбировании полости, обтачивании зубов под коронку.
Противопоказания: Гиперчувствительность, пароксизмальная тахикардия, тахиаритмия, бронхиальная астма, закрытоугольная глаукома, одновременный прием неселективных бета-адреноблокаторов, тяжелая форма печеночной недостаточности, порфирия, внутрисосудистые инъекции, гипертиреоз, одновременный прием ингибиторов МАО или трициклических антидепрессантов, заболевания ЦНС, злокачественная анемия
Способ применения и дозы: При неосложненном удалении зубов верхней челюсти — 1,8 мл (вестибулярное депо) на зуб, при необходимости — дополнительно 1—1,8 мл; при небном разрезе или шве — 0,1 мл (небное депо). При препарировании полостей и обточке зубов под коронки (за исключением моляров нижней челюсти) — 0,5—1,8 мл на зуб (вестибулярная инъекция). При выполнении одной лечебной процедуры взрослым можно вводить до 7 мг Брилокаин-адреналин форте на 1 кг массы тела. Продолжительность анестезии, в течение которой можно провести вмешательство, составляет 30—45 мин.
Побочное действие: *Со стороны нервной системы и органов чувств:* головная боль; возможны случаи нарушения сознания, вплоть до его потери; нарушения дыхания, вплоть до его остановки; подергивания и тремор мышц, судороги; редко - помутнение в глазах, диплопия, преходящая слепота.
Со стороны сердечно-сосудистой системы и крови (кроветворение, гемостаз): редко - артериальная гипотензия, тахикардия, брадикардия, угнетение сердечно-сосудистой деятельности.
Со стороны респираторной системы: диспноэ, апноэ.
Со стороны органов ЖКТ: тошнота, рвота. Аллергические реакции: ринит, гиперемия кожи, зуд, ангионевротический отек, отек и воспаление в месте инъекции; редко - анафилактический шок.
Условия хранения: хранить в сухом защищенном от света, недоступном для детей месте, при температуре не выше 25 °С
Срок годности: 2 года.
Условия отпуска: Отпускается по рецепту
Литература
1. Инструкция по медицинскому применению. Брилокаин®-адреналин форте
2. Отчет о клинико физиологических исследованиях препарата Брилокаин®-адреналин форте

ТЕЛЕФОН ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ: + 7 499 611-54-91
WWW.FERAIN.RU

Официальный дистрибьютор ООО «МЕДЕНТА»
тел: 8-499 946-46-09, 946-33-99, zakaz@medenta.ru

На правах рекламы

ЗАО “Брынцалов-А“

Брилокаин® адреналин форте

ФЕРЕЙН

Местноанестезирующее и сосудосуживающее средство

- Быстрое и продолжительное действие
- Максимальная эффективность
- Отличная переносимость
- Минимальная токсичность

“Мы заботимся о Вас!”





Ферейн.indd 3 24.06.13 19:32

НОВИНКИ 2013

Алмазные инструменты Z-Cut







- Незаменим для эффективной обработки абатментов из оксида циркония.
- Подходит для агрессивной работы с абатментом.
- Максимально возможная зернистость, но меньше чем 80 мк.
- Наиболее высокая шлифовальная способность.
- Предотвращает образование трещин и откалывание кристаллов.
- Специальная конструкция для максимального срока службы.

Окклюзионный бор

NTI New Technology Instruments
www.nti.de







- Формирование бугорков и фиссур одним инструментом.
- Круглая форма инструмента облегчает формирование пломб и предотвращает появление зазубрин.
- Мелкая и сверхмелкая зернистость подготавливает поверхность для полирования.

Eye Volution –

универсальный светодиодный полимеризационный аппарат

Dreve

Благодаря спектральному диапазону 385 + 470 нм может использоваться для любых светополимеризуемых материалов, представленных на рынке.



- Отсутствует тепловая нагрузка в процессе полимеризации.
- Отражающая сферическая панель помогает избежать образования тени.
- Упрощенная установка времени работы.
- Время полимеризации сокращено благодаря высокой эффективности светодиодного излучения.
- Практически неограниченный срок службы светодиодов.
- Эргономичный, стильный дизайн.
- Блок питания 12 В.







+08-09_Novinki_44.indd 8 24.06.13 19:34



DENTSPLY MAILLEFER
www.dentsplycis.com

Gutta Core® – первый обтуратор на носителе, рукоятка которого изготовлена из поперечно-сшитой гуттаперчи. Гуттаперчивый носитель облегчает перелечивание в случае необходимости и позволяет быстро создавать пространство под штифт.

Апекслокатор нового поколения
Propex Pixi™

Создан для стоматологов общей практики, желающих повысить качество эндодонтического лечения. Новый апекслокатор компактен, удобен при транспортировке и хранении, прост в применении. Он также позволяет максимально точно определять рабочую длину корневого канала.

- Эргономичное устройство.
- Точные и надежные данные.
- Цветной светодиодный дисплей.
- Определение рабочей длины только в апикальной трети.
- Корректная работа как в сухих, так и во влажных каналах.
- Фиксируемый измерительный провод и нескользкая поверхность.
- Улучшенный контроль благодаря четырехуровневой громкости.
- Не требуется калибровка и базовая настройка.
- Устанавливается на грудь пациента, обеспечивая комфортный доступ к полости рта и предотвращая спутывание проводов.



Q-CERAM
одноэтапныйный праймер

BJM LAB
www.bjmlabs.com

Праймер предназначен для подготовки поверхности керамических коронок перед их фиксацией. Значительно увеличивая прочность фиксации циркониевых коронок, Q-Ceram не требует предварительной обработки пескоструйным аппаратом. Низкая вязкость и отличные смачивающие свойства гарантируют идеальное покрытие коронки.



+08-09_Novinki_44.indd 9 24.06.13 19:34

Frank Dental GmbH: лучшее качество инструментов по разумным ценам

Резюме. Frank Dental GmbH – подразделение известнейшего немецкого производителя HAM Präzision. С 1996 г. компания наладила выпуск боров и фрез для стоматологов и зубных техников. Концепция Frank Dental GmbH – высочайшие требования к качеству конечной продукции и жесткий контроль на всех этапах производства. С инструментами компании препарирование становится более быстрым и эффективным, не повреждаются ткани зуба, не разрушается турбинная группа и подшипники наконечников. Эксклюзивный представитель компании Frank Dental GmbH в России – Antex Medical Technologies.

Ключевые слова: вращающиеся режущие и абразивные инструменты; инвазивность; наконечники; алмазные диски; боры; фрезы; финишная полировка.

Frank Dental GmbH: the best quality tools at reasonable prices

Summary. Frank Dental GmbH – division of the famous German manufacturer HAM Präzision. Since 1996, the company has arranged the production of burs and cutters for dentists and dental technicians. The concept of Frank Dental GmbH - the highest demands on the quality of final products and the strict control at all stages of production. With the tools of preparation becomes faster and more efficient, not damaged tooth structure is not destroyed turbine group and bearings tips. Exclusive representative of Frank Dental GmbH in Russia – Antex Medical Technologies.

Keywords: rotary cutting tools and abrasives; invasiveness; tips, diamond blades; dental burs; cutters; polishing finish.

Компания Frank Dental GmbH – подразделение известнейшего немецкого производителя HAM Präzision, выпускающего вращающиеся режущие и абразивные инструменты, детали и комплектующие для автомобильной и авиационной промышленности, в том числе для таких известных компаний как Airbus, Ferrari, Mercedes-Benz, Audi, а также других гигантов немецкой промышленности, например Bosch. История HAM Präzision ведет отсчет с 1969 г., и все эти десятилетия выражение «HAM – точность» было и остается своеобразным знаком качества продукции компании.

С 1996 г. Frank Dental GmbH наладила выпуск боров и фрез для стоматологов и зубных техников. Концепция компании – высочайшие требования к качеству конечной продукции и жесткий контроль на всех этапах производства. Гарантия качества инструментов подтверждена международным стандартом DIN EN ISO 9001. Вся продукция имеет знак CE и отвечает высоким требованиям Европейской директивы 93/42/EWG по медицинским изделиям. Сертификаты подтверждены DQS – признанной во всем мире немецкой сертификационной организацией.

Эксклюзивный представитель компании Frank Dental GmbH в России – Antex Medical Technologies.

Центральный офис Frank Dental GmbH расположен в самом сердце Альп, в городе Гмунд (Бавария). Именно здесь специалисты с мировым именем проводят мастер-классы и обучающие семинары для стоматологов. Компания принимает активное участие в международных стоматологических выставках, в частности, в Inter Dental Salon в Кельне. Цель этого направления – способствовать внедрению в клиническую практику новейших технологий лечения с использованием современных инструментов премиум-класса.

Специалисты Frank Dental GmbH убеждены, что при производстве высококачественных боров компромиссов быть не может: сталь и карбид вольфрама должны быть высочайшего качества, покрытие рабочей части – из натурального алмаза, технологические допуски – минимальными. Стоматологи от такого подхода, безусловно, выигрывают: препарирование становится более быстрым и эффективным, не повреждаются ткани зуба, не разрушается турбинная группа и подшипники наконечников.

Линия Diamond – только натуральные алмазы

Инструменты линии Diamond с покрытием из натуральных алмазов созданы для препарирования коронок и полостей. Они обладают оптимальной абразивностью, которая определяется:

- специфическими размером и формой рабочей поверхности для каждого клинического применения;

+10-13_Vzglyad_Frank_D+FrankD_44.indd 10 24.06.13 19:35



- природными свойствами натуральных алмазов;
- идеальной плотностью посадки и правильной ориентацией по отношению к рабочей поверхности граней алмазного зерна;
- специальной техникой связывания и инновационными свойствами связующего вещества.

Инструменты обладают непревзойденной твердостью и прочностью, их дизайн предполагает специальную форму рабочей поверхности и определенную зернистость абразивного покрытия (диапазон размеров зерна от 10 до 181 мкм). Все это обеспечивает эффективный съем и минимальную инвазивность лечебных процедур. Алмазные инструменты Frank Dental GmbH можно использовать с угловыми, прямыми и турбинными наконечниками стоматологических установок.

Боры линии Diamond характеризуются отличной устойчивостью к стачиванию и микроточностью, обладают экстремальной прочностью и твердостью, а специальная сталь, из которой изготовлены их хвостовики, гарантирует надежное крепление.

Кроме того, учитывая постоянно растущую потребность в инструментах для обработки металлокерамических коронок с каркасом из оксида циркония, Frank Dental GmbH начала выпускать специальную линию алмазных инструментов для этих целей. Натуральное алмазное покрытие в данном случае имеет особое значение для достижения наивысшей эффективности съема, предварительного контурирования и полирования.

Зуботехническим лабораториям компания предлагает алмазные диски со стандартной, мелкой и очень мелкой зернистостью, которые могут использоваться для предварительной сепарации и контурирования керамики, пластмасс и гипса. Диски линии Diamond – это оптимальная гибкость и широкий выбор диаметров.

Линия Carbid – премиум-качество материала и оптимальный дизайн

Frank Dental GmbH предлагает линию твердосплавных инструментов, материал для изготовления которых получают в ходе реакции спекания высококачественного мелкогранулированного карбида вольфрама. Эти инструменты с удивительной по прочности режущей рабочей поверхностью с двойной или перекрестной насечкой подходят для решения широкого круга задач, а дизайн их режущих граней специально разработан в соответствии с областью применения. В линию Carbid входят боры для разрезания коронок (сепараторы), финишные боры и зуботехнические фрезы.

Особое значение геометрия режущих поверхностей имеет при сепарации коронок, поскольку она зависит от того, с каким материалом необходимо работать (керамика, металл и др.). Frank Dental GmbH выпускает специальные сепараторы для реставраций каждого вида. Это позволяет выбрать оптимальную в данном клиническом случае опцию и сэкономить время и силы при препарировании.

+10-13_Vzglyad_Frank_D+FrankD_44.indd 11 24.06.13 19:35

Дополнительная опция – одноразовые боры для разрезания коронок в стерильной упаковке. Преимущества использования этих инструментов очевидны:

- безопасность, отсутствие риска инфицирования;
- гарантия остроты инструмента;
- сокращение времени разрезания коронки и пребывания пациента на приеме у врача;
- экономия: одноразовый бор значительно дешевле.

Финишные боры линии Carbid для сглаживания поверхности зуба перед финишной полировкой позволяют максимально устранить различия между пломбировочным материалом и естественным зубом. Они выпускаются с 8–30 режущих гранями, их использование дает возможность значительно сократить длительность полировки и повысить ее качество.

В линейке Frank Dental GmbH есть и лабораторные фрезы, форма и насечка которых оптимально адаптированы к каждому из материалов, используемых в процессе изготовления реставраций. Компания разработала специальные фрезы для обработки гипса, пластмасс, благородных металлов, титана, оксида циркония, керамики. Они отличаются не только высокой эффективностью, но и потрясающей долговечностью.

Специально для имплантологов и хирургов

В имплантологии требования к инструментам особенно высоки. Они не должны содержать никель, но должны иметь очень острые, как бритва, режущие кромки, чтобы максимально сохранить ткани за счет уменьшения времени препарирования и обеспечить минимальную инвазивность процедур. Специалистам-имплантологам Frank Dental GmbH предлагает широкий спектр продуктов из высококачественного карбида вольфрама с увеличенным сроком эксплуатации. Большинство имплантологов сейчас работают с несколькими имплантационными системами, для каждой из которых производители предлагают специальные сверла. Основное (пилотное) сверло можно применять при работе с любой из известных систем. Для дополнительной безопасности в него инкорпорирован стоппер, соответствующий глубине 7,5 мм. Выдающаяся режущая способность треугольной рабочей части пилотного сверла дает возможность в один этап нанести начальную отметку на альвеолярный гребень и провести пилотное сверление. Это в значительной степени ускоряет процесс подготовки костного ложа для имплантатов, минимизирует травмирование окружающих его тканей и облегчает работу врача.

Хирурги-стоматологи в своей ежедневной работе также нуждаются в инструментах с отменной режущей способностью, которые гарантировали бы минимальную инвазивность вмешательств, короткое время операции и быстрое заживление послеоперационной раны. Для удовлетворения этих запросов Frank Dental GmbH производит круглые боры из мелкогранулированного карбида с высокой эффективностью съема и длительным сроком эксплуатации. Еще одна опция для проведения минимально инвазивных операций на костных и мягких тканях челюстей – трепанационные фрезы, изготовленные из карбида вольфрама и не содержащие никель. В некоторых случаях фрезы выпускают с покрытием из нитрида титана для уменьшения продукции тепла и обеспечения более быстрого заживления.

Первоклассное качество поверхности

Шлифовка и полирование, завершающие стадии обработки, необходимы вне зависимости от того, из какого материала изготавливается реставрация – из керамики, металла или пластмассы. Frank Dental GmbH предлагает для этих целей оптимальные инструменты, сбалансированные для каждого конкретного случая рабочие характеристики которых обеспечивают первоклассное качество поверхности во время контурирования, финишной обработки и полировки до зеркального блеска керамических материалов, благородных металлов, не содержащих железо сплавов, композитов и пластмасс.

В арсенале компании есть также полировальные инструменты из силикона, алмазные полиры (абразивный порошок из натуральных алмазов инкорпорирован во внутреннюю структуру рабочей поверхности), а также керамические шлифовальные камни с покрытием из высококачественного карбида вольфрама с керамической связующей системой. Керамические шлифовальные камни были специально разработаны для быстрого контурирования и финишной обработки керамики, пластмасс и металлических сплавов (золото, серебро, амальгама). В качестве альтернативы керамическим Frank Dental GmbH производит шлифовальные камни с покрытием из оксида алюминия (линия Arkansas). Шлифовальные камни – лучший инструмент адаптации металлических сплавов и керамики к естественным зубам.

Компания Antex Medical Technologies поставляет на российский рынок все инструменты производства Frank Dental. Эксклюзивное представительство интересов немецкого производителя в нашей стране позволяет компании поддерживать полный ассортимент продукции. Еще одно преимущество для клиентов Antex Medical Technologies – чрезвычайно удобный и комфортный для покупателя on-line сервис продаж и доставки продукции (***www.frank-dental.ru***).

Координаты для связи с автором:
+7 (495) 775-49-59 (тел./факс); 8 (800) 333-05-61; info@frank-dental.ru – Antex Medical Technologies

+10-13_Vzglyad_Frank_D+FrankD_44.indd 12 24.06.13 19:35

Технологии будущего — сегодня

frank.dental

technologie vom tegernsee



Боры Frank Dental

Максимальная точность

Непревзойденная прочность

Уникальный дизайн

Реклама

AnteX

тел/факс:
+ 7 (495) 775-49-59

Телефон бесплатной линии:
8-800-333-05-61

E-mail:
info@frank-dental.ru

Сравнительный анализ прочностных характеристик временных несъемных зубных протезов, выполненных по традиционной и CAD/CAM-технологиям

Профессор **Владимир Ерошин**, доктор физико-математических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории нестационарной гидродинамики

Соискатель **Андрей Бойко**, ведущий инженер

Соискатель **Павел Комаров**, младший научный сотрудник

НИИ механики МГУ им. М.В. Ломоносова

Ассистент **Самвел Апресян**, кандидат медицинских наук

Ассистент **Анастасия Перевезенцева**

Кафедра стоматологии общей практики и подготовки зубных техников ФПДО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. Проведено сравнение результатов статических испытаний на прочность при изгибе временных несъемных мостовидных протезов протяженностью 5 единиц, изготовленных из материала «Синма-М» («Стома», Украина) по традиционной и CAD/CAM-технологиям.

Ключевые слова: ортопедическая стоматология; временные несъемные зубные протезы; CAD/CAM-технологии; статическая прочность.

Comparison study of strength characteristics of temporary nonremovable dentures manufactured on traditional and CAD/CAM technologies

Professor **Vladimir Eroshin**, Doctor of Physical and Mathematical Sciences, Senior Researcher, Laboratory of Unsteady Hydrodynamic

Competitor **Andrew Boyko**, Chief Engineer

Competitor **Paul Komarov**, Junior Researcher

Institute of Mechanics, Moscow State University named after M.V. Lomonosov

Assistant **Samvel Apresyan**, Candidat of Medical Science

Assistant **Anastasia Perevezenceva**, Candidat of Medical Science

Department of General Dentist and Dental Technician Training FPDO MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. The paper presents the comparative analysis of strength static tests of temporary nonremovable bridge dentures produced from Sinma-M material (Stoma, Ukraine) on traditional and CAD/CAM technologies.

Keywords: prosthodontics; temporary nonremovable denture; CAD/CAM technologies; static strength.

В последние годы реставрации зубов с использованием CAD/CAM-технологий все шире входят в стоматологическую практику. Их популярность объясняется высокой точностью, эстетичностью и сравнительно быстрым изготовлением протеза.

Прочность и долговечность зубного протеза зависит от механических характеристик конструкционного материала и методов его изготовления. При использовании CAD/CAM-технологий и соблюдении рекомендаций фирм-производителей несъемные мостовидные зубные протезы обладают большей механической прочностью, чем при изготовлении традиционным методом «силиконового ключа» из идентичных материалов.

Цель исследования

С помощью статических испытаний зубных протезов на прочность выяснить, какая из технологий окажется эффективнее по прочностным характеристикам – CAD/CAM или традиционная, если использовать один и тот же конструкционный материал.

+14-15_Nauka_Eroshin_44.indd 14 24.06.13 19:37

Материалы и методы

Для изготовления мостовидных протезов выбрали материал «Синма-М» («Стома», Украина). Эксперименты по установлению предела прочности при изгибе проводили на установке по определению модуля Юнга. Для измерения прогиба моста использовали методику определения малых перемещений, разработанную для оценки подвижности дентальных имплантатов [1, 2]. Способ измерения основан на регистрации положения светового пятна, создаваемого лучом лазерного излучателя, закрепленного на рычаге нагружающего устройства, опирающегося на мостовидный протез. Измерительный комплекс состоит из лазерного излучателя, экрана, видеокамеры и компьютера. Поступающий на компьютер видеопоток разбивается на кадры, и эта информация обрабатывается специальной программой, созданной на основе использования библиотеки компьютерного зрения OpenCV.

Цикл обработки включает следующие этапы:

- прием очередного кадра;
- выделение в кадре пикселей, цветовые составляющие которых попадают в заданный диапазон;
- расчет центра тяжести фигуры, образованной выделенными пикселями;
- вывод на экран и сохранение в файле полученных координат светового пятна.

Для измерений использовали веб-камеру Phillips SPC900 NS и ноутбук HP (система WindowsXP)/

Статические испытания

При проведении статических испытаний мостовидный протез крепили на мастер-модель (отливка из CrCo-сплава) с опорой на зубы 22 и 26 с помощью фиксирующего цемента. Конструкцию нагружали в середине сосредоточенной силой F, величина которой увеличивалась от 0 до $F_{пр}$ (сначала через 50 Н, потом через 10 Н) до разрушения. При этом с помощью описанной выше методики измеряли прогиб Δ в середине моста.

Были исследованы 22 мостовидных протеза, изготовленные традиционным способом, и 34 протеза, выполненные по CAD/CAM-технологии. Эксперименты показали, что среднее значение разрушающей нагрузки мостовидных зубных протезов, изготовленных традиционным способом, составляет $F_{пр} = (409 \pm 100)$ Н, а для фрезерованных – $F_{пр} = (212 \pm 50)$ Н, т.е. почти в 2 раза меньше. Соотношение между приложенной нагрузкой и прогибом в середине моста на линейном участке в обоих случаях было примерно одинаковым: $F_{пр} = (0{,}25 \pm 0{,}06)\,\Delta$, где F – величина приложенной силы, Δ – прогиб моста в микронах. Разрушение мостовидных зубных протезов, изготовленных по CAD/CAM-технологии, всегда носило хрупкий характер и обычно происходило в области соединения зубов 22 и 23. Полирование не увеличивало прочность. При традиционном способе изготовления иногда перед разрушением появлялась площадка текучести.

Результаты и их обсуждение

Использование временных протезов – необходимый этап ортопедического лечения при разрушенных коронках зубов и дефектах зубных рядов. Продолжительность использования таких протезов зависит от клинических и прочих обстоятельств и может оказаться достаточно долговременной. Применение временных зубных протезов, изготовленных с использованием CAD/CAM-технологий, позволяет ускорить процесс лечения, получить прецизионные конструкции, которые после адаптации будут служить лекалами для окончательных протезов и т.д.

Эксперименты показали: предел прочности мостовидной конструкции, изготовленной по CAD/CAM-технологии, составляет примерно $F_{пр} \approx 210$ Н. Много это или мало? Ответ дает исследование величины нагрузок, возникающих при пережевывании пищи различной твердости [1, 3]. Как показали проведенные исследования, при разгрызании ломтика сырой моркови толщиной 6 мм величина усилия (сосредоточенная нагрузка) на 1 зуб (премоляр) составляет 50–79 Н. При разгрызании жареного миндаля – 80–90 Н, или примерно 42% от величины разрушающей нагрузки. Следовательно, на основании оценок по усталостной прочности [1] можно сделать вывод, что при таких нагрузках временный протез из материала «Синма-М» протяженностью 5 единиц может служить от 6 месяцев до 1 года.

Таким образом, прочность мостовидного протеза, изготовленного с помощью CAD/CAM-технологии, обеспечивает решение задач временного протезирования на этапах ортопедического лечения больных с разрушенными коронками зубов и дефектами зубных протезов.

Выводы

Временные мостовидные протезы, изготовленные по традиционной технологии из материала «Синма-М» (Стома, Украина), обладают большей прочностью по сравнению с аналогичными протезами, выполненными по CAD/CAM-технологии. Прочность временных мостовидных протезов протяженностью 5 единиц и материала «Синма-М», изготовленных по CAD/CAM-технологии, является достаточной при соответствующих жевательных нагрузках. Перед использованием новых провизорных материалов необходимо проводить исследование их статической прочности.

Координаты для связи с авторами:
mailband@mail.ru – Ерошин Владимир Андреевич

Список литературы находится в редакции.

+14-15_Nauka_Eroshin_44.indd 15 24.06.13 19:37

Применение комбинированной терапии в лечении хронического рецидивирующего герпетического стоматита

Профессор **Людмила Лукиных,** доктор медицинских наук, заведующая кафедрой
Ассистент **Сания Спиридонова**
Кафедра терапевтической стоматологии НижГМА (Нижний Новгород)

Резюме. В статье показана безопасность и высокая клиническая эффективность применения кагоцела и фамвира при лечении больных рецидивирующим простым герпесом. Кагоцел обладает противовирусным и иммуномодулирующим эффектом, сочетается с основными лекарственными формами, хорошо переносится больными, высокоэффективен при местном и системном применении в качестве монотерапии, а при сочетании с противовирусным препаратом фамвир усиливает и пролонгирует терапевтический эффект.

Ключевые слова: герпетический стоматит; кагоцел; фамвир.

The use of combination therapy in the treatment of chronic recurrent herpes simplex

Professor **Ludmila Lukinih,** Doctor of Medical Science, Head of Department
Assistant **Sania Spiridonova**
Department of Dentistry of the NizSMA (Nizhny Novgorod)

Summary. Kagocel and famvir is shown to be safe and highly clinically effective in treating patients with recurrent herpes simplex. The drug has antiviral and immunomodulating effects, it is combined with essential formulations, well tolerated, and highly effective in the local and systemic as monotherapy and in combination with antiviral drugs famvir, by potentiating and prolonging the therapeutic effect.

Keywords: herpes simplex; kagocel; famvir.

Европейское региональное бюро ВОЗ относит герпес-вирусные инфекции к группе болезней, которые определяют будущее инфекционной патологии, поскольку инфицированность и заболеваемость герпесом в общей популяции опережает скорость прироста населения Земли. Более 99% горожан во всех странах мира инфицировано одним или несколькими сероварианта вируса простого герпеса (ВПГ) [3].

Распространенность герпеса растет с каждым годом, в частности потому, что у пациентов с субклиническими или атипичными формами ВПГ инфекцию не всегда можно диагностировать [5]. Одна из наиболее частых и клинически значимых форм герпетической инфекции – герпетический стоматит (ГС). Его возбудитель – ВПГ 1 и 2 типов. Клинические проявления назолабиального герпеса обычно связаны с репликацией ВПГ 1 типа. Но, как отмечают исследователи, в последние годы увеличилась частота случаев лабиального герпеса, вызываемого ВПГ 2 типа [1]. При этом установлено, что 50–70% взрослых, обращающихся в клинику, имеют антитела к ВПГ 2 типа, хотя при этом многие из них ни разу не перенесли клинически выраженные эпизоды заболевания.

Активность клинических проявлений простого герпеса напрямую связана с состоянием иммунной системы организма, которая непосредственно влияет на развитие инфекционного процесса при герпесе путем увеличения или снижения активности своих компонентов. И, наоборот, у пациентов, больных герпесом обоих типов, всегда находятся те или иные проявления иммунодефицита. Это позволяет рассматривать герпетический стоматит как болезнь иммунной системы [4]. Многочисленные исследования свидетельствуют о возникновении у больных с герпетическими поражениями вторичной иммунной недостаточности, которая чаще всего обусловлена снижением количества или функциональной недостаточностью клеток, либо дисбалансом компонентов системы иммунореактивности [2].

Лечение больных ГС представляет определенные трудности. В настоящее время в терапии используют противовирусные химиопрепараты, противогерпетическую вакцину, иммуномодуляторы, интерфероны (ИФН) и индукторы ИФН. Однако при их применении не всегда удается достигнуть желаемого результата, что может быть связано с характером течения и тяжестью инфекционного

+16-19_Nauka_Lukinix+NTI_44.indd 16 24.06.13 19:38

процесса, локализацией и распространенностью поражений, а также с особенностями фармакологических свойств и форм, либо схем применения лекарственных средств.

Цель исследования

Определить эффективность и безопасность фамцикловира для подавления инфекции ВПГ и индуктора интерферона кагоцел, обладающего иммуномодулирующим эффектом, у пациентов с клинически диагностированными рецидивами ГС в анамнезе.

Материалы и методы

Обследовано и пролечено 75 пациентов (24 мужчин и 51 женщина) в возрасте от 18 до 71 года, страдающих хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом (ХРГС). У всех частота обострения ХРГС составляла более 3 раз в год, анамнез заболевания – свыше 1 года.

Диагноз был поставлен на основании характерного поражения слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожных покровов лица, а также с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР), позволившей выявить в слюне ВПГ-1 и ВПГ-2. На основании получаемой терапии пациентов разделили на три группы по 25 человек в каждой. Обследуемых группы I лечили ацикловиром по 1 таблетке (200 мг) 5 раз в день в течение 5 дней. В группе II пациенты получали лечение фамвиром по 1 таблетке (250 мг) 3 раза в день, 5 дней. Лицам группы III также в течение 5 дней назначили принимать трижды в день фамвир по 1 таблетке (250 мг) и кагоцел по 2 таблетки (12 мг). Местное лечение для всех пациентов было одинаковым: на проблемные участки слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ 4–5 раз в день, 5 дней наносили гель «Виру-мерц серол». В случае возникновения рецидивов заболевания назначали повторную терапию.

На момент начала обследования у всех больных были зарегистрированы клинические проявления рецидива ХРГС. Критериями оценки клинической эффективности терапии считали продолжительность местных симптомов (зуд, боль, жжение), время формирования корочки, реэпителизацию. Контрольные обследования проводили в динамике наблюдения: в первый день клинических проявлений и на 14 день после начала лечения. Результаты обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

До начала лечения выраженность местных симптомов ХРГС у пациентов первой группы составляла 0,4–0,6 балла, второй – 0,4–0,88, третьей – 0,52–0,92 (**табл. 1**).

Местные симптомы наиболее эффективно купировались на фоне лечения у пациентов группы III. Так, наличие зуда и жжения наблюдали в течение 3 и 2,5 дней соответственно. Боль в группах I, II и III сохранялась соответственно 5; 3,7 и 2 дня ($p<0,05$).

Таблица 1 Наличие местных симптомов у пациентов до начала лечения

Симптомы	Группа		
	I	II	III
Зуд	0,48±0,08*×	0,4±0,07*#	0,52±0,08#×
Жжение	0,4±0,06*×	0,52±0,09*#	0,56±0,06#×
Боль	0,6±0,06*×	0,88±0,075*#	0,92±0,06#×

Прим.: достоверность между группами: * – I и II; # – II и III; × – I и III; $p<0,05$.

Динамика снижения общих клинических проявлений у пациентов третьей группы превосходила показатели в первых двух. Повышение температуры тела у пациентов групп I и II сохранялось в среднем до 3,5 и 3,2 дня соответственно, тогда как у пациентов группы III – 1,8 дня ($p<0,05$). Головная боль у пациентов третьей группы купировалась в среднем в течение 2,1 дня, в первой и второй – 3,2 и 3,1 дня соответственно ($p<0,05$). Озноб и слабость также быстрее ослабевали в группе III – в среднем за 1,9 и 2,2 дня соответственно ($p<0,05$). Мышечная боль дольше сохранялась у пациентов первых двух групп – 3,9 дня, в третьей она оказалась минимальной – 3,2 дня.

У лиц группы III, получающих комплексное лечение, время образования корочек составило 4,6 дней и достоверно отличалось от показателей групп I и II – в среднем 6 и 5,2 дня соответственно ($p<0,05$).

Период полной реэпителизации в наиболее короткие сроки – 6,7 дня – также проходил у пациентов группы III, что значимо отличалось от показателей в группах I и II – 8,8 и 7,6 дня соответственно ($p<0,05$).

В исследовании участвовали пациенты с частыми рецидивами ХРГС, поэтому за время лечения во всех группах отмечено появление рецидивов. В течение первого месяца после лечения повторные рецидивы отмечены в первой группе у 16 человек (64%), во второй – у 12 (48%), в третьей – у 8 (32%). За первый месяц исследования число рецидивов было наименьшим в группе III – 0,4±0,006, в то время как в первой и второй группах они составили 0,93±0,007 и 0,67±0,004 соответственно. Затем количество рецидивов оценивали через 6 мес и 1 год. Меньше всего их было в третьей группе – 2,27±0,002 и 2,9±0,002.

Наиболее продолжительной ремиссия была у пациентов, получавших комплексную терапию, – 94,27±5,18 дня. Она достоверно отличалась от показателей в других группах: в первой – 47±4,83 дня, во второй – 79,13±5,24 ($p<0,05$).

При оценке экспрессии генов ряда цитокинов по продукции их мРНК у пациентов с ХРГС выявлено усиление синтеза мРНК ИНФ-α, ИЛ-1β, ИЛ-8 и ИЛ-6, что соответствует

+16-19_Nauka_Lukinix+NTI_44.indd 17 24.06.13 19:38

Таблица 2 Продукция мРНК цитокинов у пациентов с ХРГС

мРНК цитокинов	Группа					
	I		II		III	
	Период лечения, пг/мл					
	До	После	До	После	До	После
ИФН-γ	22,8±3,6*×	24,5±4,6*×	33,9±4,7*#	47,2±1,3*#	34,9±3,8*×	95,3±4,9*×
ФНО-α	194,7±34,5*×	194,7±35,6*×	46,9±4,4*#	17,9±2,2*#	93,9±2,7*×	62,9±3,7*×
ИЛ-1β	860,2±11,1*×	452,6±7,9*×	625,7±11,1*#	410,8±8,3*#	423,3±6,4*×	152,2±2,9*×
ИЛ-2	35,2±3,3*×	23,5±3,5*×	28,5±3,4*#	18,5±2,8*#	30,3±3,6*×	46,4±2,8*×
ИЛ-4	12,8±2,3*×	12,8±3,8*×	15,1±1,1*#	16,01±2,1*#	17,3±2,3*×	18,3±1,8*×
ИЛ-6	29,1±2,3*×	12,1±3,5*×	35,4±3,8*#	11,3±3,4*#	38,1±2,9*×	57,9±1,8*×
ИЛ-8	23,7±4,2*×	7,2±1,1*×	7,7±1,2*#	9,2±1,4*#	4,4±1,8*×	3,7±1,2*×
ИЛ-10	9,9±2,4*×	13,4±3,4*×	6,6±1,6*#	11,5±1,2*#	8,2±1,84*×	11,9±2,5*×

Прим.: достоверность между группами: * – I и II; # – II и III; × – I и III; p<0,05.

началу вирусной инфекции. Кроме того, у части пациентов до начала лечения наблюдали стимуляцию продукции мРНК ИЛ-2 и снижение выработки мРНК ИФН-γ – цитокинов, продуцируемых Т-хелперами 1 типа, т.е. дисбаланс работы клеточного звена иммунитета.

Таким образом, изучение про- и противовоспалительных цитокинов показало: на фоне лечения уровень продукции мРНК ИЛ-1β снижался, но не приближался к норме. Активность мРНК ФНО-α имела тенденцию к снижению в группах II и III, оставаясь неизменной в группе I. Синтез мРНК ИЛ-6 снижался в первых двух группах и повышался в третьей.

В группе, получавшей комплексное лечение фамвиром и кагоцелом, активность мРНК ИФН-γ достоверно увеличивалась на 14-е сут обследования и сохранялась на значительном уровне. В двух других группах отмечено снижение данного показателя. Аналогичные изменения происходили с мРНК ИЛ-2 (**табл. 2**).

Также наблюдали повышение активности мРНК ИЛ-10 во всех трех группах. Снижение синтеза мРНК ИФН-γ, ИЛ-2 и повышение мРНК ИЛ-10 на фоне лечения свидетельствует о сохранении нарушений в клеточном звене и активации гуморального иммунитета у пациентов с ХРГС.

Исследование цитокинового профиля пациентов с ХРГС позволило выявить зависимость клинического эффекта (повышение периода ремиссии, уменьшение числа рецидивов, ускорение процесса заживления, купирование местных и общих симптомов) от изменения активности мРНК-цитокинов. Снижению активности герпес-вирусной инфекции сопутствовала тенденция к увеличению экспрессии мРНК ИФН-γ и ИЛ-2, нормализация синтеза мРНК ИЛ-8, ФНО-α, ИЛ-4 и ИЛ-10. Сохранение повышенной активности мРНК ИЛ-1β и ИЛ-6 свидетельствовало о хроническом течении заболевания с частыми рецидивами. При отрицательном клиническом эффекте отмечена тенденция к снижению мРНК ИФН-γ, ИЛ-2 и повышению синтеза мРНК ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-4 и ИЛ-10, а также сохранение сравнительно высокого уровня мРНК ИЛ-8.

Выводы

Таким образом, исследование показало, что в лечении хронического рецидивирующего герпетического стоматита лучшие результаты получены после применения комбинированной терапии с участием фамцикловира и индуктора интерферона кагоцел. Кагоцел обладает противовирусным и иммуномодулирующим эффектом, сочетается с основными лекарственными формами, хорошо переносится больными, высокоэффективен при местном и системном применении в качестве монотерпии, а при сочетании с противовирусным препаратом фамвир усиливает и пролонгирует терапевтический эффект.

Координаты для связи с авторами:
+7 (831) 419-87-67 – Лукиных Людмила Михайловна;
+7 (831) 419-78-52, +7 (908) 239-32-74,
saniyaspiridonova@mail.ru – Спиридонова Сания Ахмедовна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Козлов В.К., Лебедев В.К., Лебедев М.Ф. с соавт. Коррекция дисфункций иммунной системы ронколейкином. – Terra Medica, 2001, № 2, с. 12–14.
2. Мезенцева М.В., Наровлянский А.Н., Щербенко В.Э. Оценка интерферонового статуса и цитокинового профиля у больных генетальным герпесом. – Russ. J. Immunol., 2002, № 2, с. 167–174.
3. Наровлянский А.Н., Халдин А.А., Мезенцева М.В. с соавт. Интерфероноиндуцирующая активность геля «Виру-Мерц серол» in vitro и его эффективность при купировании рецидивов простого герпеса. – Росс. журн. кожн. и венерич. болезней. Прилож. «Герпес», 2009, № 1, с. 28–32.
4. Stanberry L., Cunningham A., Mertz G. et al. New development in the epidemiology, natural history and management of genital herpes. – Antiviral. Res., 1999, v. 42, № 1, p. 1–14.
5. Van Benthem B.H., Spaargaren J., Van Den-Hoek J.A. et al. Prevalence and risk factors of HSV-1 and HSV-2 antibodies in European HSV infected women. – Sex. Transm. Infect., 2001, v. 77, № 2, p. 120–124.

+16-19_Nauka_Lukinix+NTI_44.indd 18 24.06.13 19:38

NTI
New Technology Instruments

НАШЕ КАЧЕСТВО - ВАШ УСПЕХ!

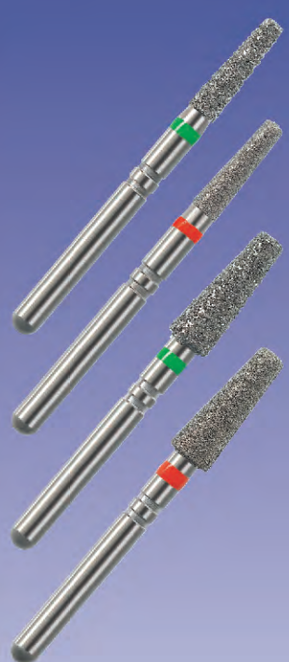


InPrep - препарирование, требующее минимальных усилий









- ❑ Точное и быстрое препарирование полости под вкладки и полукоронки
- ❑ Диаметр ISO 025, под углом в 6° для технологий CAD/CAM
- ❑ Легко и быстро: создание гладких плоскостей
- ❑ Глубина препарирования сохраняется благодаря ограничителю



Реклама

NTI-Kahla GmbH • Rotary Dental Instruments
Im Camisch 3, D-07768 Kahla/Germany
Tel. +49-36424-573-0 • Fax +49-36424-573-29 • e-mail: nti@nti.de • www.nti.de

+16-19_Nauka_Lukinix+NTI_44.indd 19 24.06.13 19:38

Малодозовая микрофокусная рентгенография в оценке регенерации костной ткани у пациентов с врожденными расщелинами альвеолярного отростка после костной пластики

Аспирант **Наталья Блохина**

Доцент **Виктория Петровская**, кандидат медицинских наук

Кафедра лучевой диагностики МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. Костно-пластическая операция у пациентов с врожденной расщелиной альвеолярного отростка – важный этап лечения. Успех во многом зависит от сроков проведения оперативного вмешательства и выбора костно-пластического материала. Основные традиционные методы оценки остеорепаративных процессов в постоперационном периоде – ортопантомография и внутриротовая окклюзионная рентгенография. Метод выбора лучевой диагностики в оценке костного дефекта и регенеративных процессов – микрофокусная панорамная рентгенография верхней челюсти с увеличением и микрофокусная прицельная радиовизиография.

Ключевые слова: врожденные расщелины альвеолярного отростка; костно-пластическая операция; малодозовая микрофокусная рентгенография; регенерация костной ткани.

Low doze microfocal roentgenography in evaluation of bone regeneration in patients with cleft alveolus after bone grafting

Graduate **Nataliya Blokhina**

Associate professor **Viktoriya Petrovskaya**, Candidate of Medical Science

Department of Radiology MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. Bone grafting is a very important surgery stage in patients with cleft alveolus. The success of the surgery treatment depends on several factors, as timing of bone grafting and types of grafts. Alveolar cleft bone grafts usually have been evaluated by orthopantomograms and intraoral occlusal radiographs. Methods of choices are microfocal panoramic radiography with magnification and microfocal contact radiovisiography.

Keywords: cleft alveolar bone; bone-grafting; low doze microfocal radiovisiography; bone regeneration.

В статье представлены возможности двухмерных рентгенологических методов диагностики для оценки результатов регенерации костной ткани у пациентов с врожденной расщелиной альвеолярного отростка – одной из наиболее тяжелых патологий зубочелюстной системы. Важность данной проблемы обусловлена разными исходами костно-пластических операций в области расщелины в зависимости от выбора пластического материала, сроков выполнения операции и индивидуального подхода к лечению [2]. Особое внимание сегодня уделяют оценке эффективности такого метода диагностики, как малодозовая микрофокусная рентгенография. Ее главное преимущество – лучшая визуализация трабекулярной структуры костной ткани за счет микрофокусного источника и низкая лучевая нагрузка на пациента по сравнению с традиционными рентгенологическими методиками [1, 6].

Цель исследования

Определить возможности микрофокусной рентгенографии в диагностике и оценке процессов регенерации костной ткани на разных этапах лечения и сравнить ее с традиционно выполняемой ортопантомографией и внутриротовой окклюзионной рентгенографией верхней челюсти.

Материалы и методы

Обследовано 49 пациентов в возрасте 9–20 лет с врожденными расщелинами альвеолярного отростка различных видов. До и после оперативного вмешательства (на 10–12 сут и через 3–6 мес) всем пациентам проводили диагностику традиционными методами: ортопантомография и внутриротовая окклюзионная рентгенография верхней челюсти. В качестве дополнительной методики использовали малодозовую микрофокусную панорамную рентгенографию верхней челюсти с увеличением и

+20-23_Nauka_Bloxina+DentLight__44.indd 20 24.06.13 19:39



Рис. 1 Увеличенная панорамная микрофокусная рентгенограмма пациента с врожденной левосторонней расщелиной альвеолярного отростка. Виден костный дефект на уровне зубов 21–23. Частичная первичная адентия зуба 22



Рис. 2 Внутриротовая окклюзионная радиовизиография верхней челюсти «вприкус». Определены костный дефект альвеолярного отростка справа на уровне зубов 11 и 12 с распространением на твердое небо, наличие костной перемычки в области дефекта

прицельную микрофокусную радиовизиографию в области дефекта альвеолярного отростка [4]. Рентгенографию выполняли с применением портативных цифровых микрофокусных рентгенодиагностических аппаратов «Пардус-Стома» и «Пардус-150» в режиме высокого разрешения с минимальным размером фокусного пятна (не более 0,1 мм) и низкой лучевой нагрузкой [5]. На всех этапах оценивали структуру костной ткани, положение регенерата, состояние фиксирующих элементов.

Результаты и их обсуждение

При микрофокусной панорамной рентгенографии с увеличением на этапе планирования хирургического лечения получали общее представление о состоянии зубов верхней челюсти [6] (**рис. 1**). Всем пациентам была также проведена радиовизиография «вприкус» для оценки кортикального слоя альвеолы зубов на уровне расщелины, степени распространения костного дефекта на твердое небо, наличия оронозальных соустьев (**рис. 2**). В ходе обследования у 14 пациентов диагностирована левосторонняя расщелина альвеолярного отростка, у 12 – правосторонняя, у 19 – двусторонняя. Дополнительно выявлено состояние периапикальных тканей соседних зубов, наличие боковых резцов, нарушение положения зубов на уровне костного дефекта с признаками резорбции кортикальной пластинки альвеолы, оронозальное соустье, наличие сверхкомплектных зубов. Адентия зубов 12, 22 отмечена у 19 человек, нарушение положения зубов 12 и 22 – у 36, хронический периодонтит тех же зубов – у 10, кариес зубов 11 и 22 – у 21, резорбция кортикальной перегородки в области соседнего к дефекту зуба – у 39 больных.



Рис. 3 Микрофокусная прицельная рентгенограмма верхней челюсти на уровне зубов 21–23, 10 сут после костнопластической операции на альвеолярном отростке с использованием кортикально-губчатого трансплантата из гребня подвздошной кости

Для закрытия костного дефекта альвеолярного отростка у 13 пациентов в качестве аутотрансплантата использовали губчатое вещество из гребня подвздошной кости; у 24 – кортикально-губчатый костный блок из гребня подвздошной кости; у 5 – костно-пластический блок из подбородочной области; у 3 – костно-пластический блок из теменной кости.

На 10–12 сут после операции пациентам осуществляли прицельную малодозовую микрофокусную радиовизиографию для оценки качества прилегания костно-пластического материала (КПМ) в области дефекта и определения состояния сохранности костных замыкательных пластинок у соседних зубов [3]. В 18 случаях наблюдали неплотное прилегание КПМ к окружающей костной ткани. При использовании кортикально-губчатого блока граница прилегания КПМ к костным структурам представляла собой узкую полосу просветления по периферии, хорошо визуализировалась часть более плотной кортикальной пластинки по ходу альвеолярного гребня и менее рентгеноконтрастная губчатая часть (**рис. 3**). После применения только губчатого трансплантата аутотрансплантат имел менее рентгеноконтрастную тень с крупноячеистой структурой.

Через 6 мес после костно-реконструктивной операции выполняли традиционную ортопантомографию (n=30) и панорамную микрофокусную рентгенографию с увеличением (n=28). Оценивали репаративные процессы в области альвеолярного отростка, степень закрытия ороназальных соустьев в области дефекта, а также состояние хирургических конструкций (брекет-систем, костно-дистракционных аппаратов, фиксирующих элементов). Исследования, проведенные на панорамном микрофокусном рентгенодиагностическом аппарате, были более информативны в силу отсутствия наложений во фронтальном отделе теней шейных позвонков, а также благодаря увеличению изображения. Данная методика позволила определить состоятельность костного регенерата при обширных костных дефектах у пациентов с односторонними и двусторонними расщелинами альвеолярного отростка, положение соседних зубов после оперативного вмешательства, состояние нижних отделов обо-

+20-23_Nauka_Bloxina+DentLight__44.indd 21 24.06.13 19:39

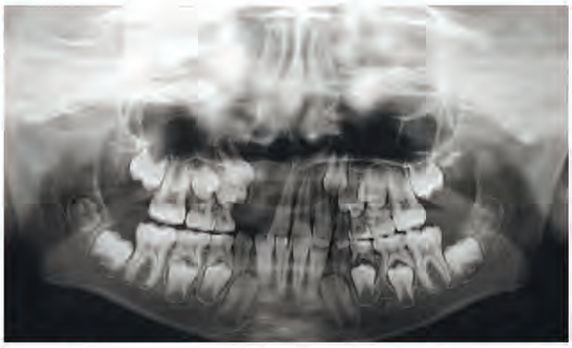


Рис. 4 Ортопантомограмма: состояние после костно-пластической операции на 12 сут с использование кортикально-губчатого блока из гребня подвздошной кости. В области дефекта определяется неоднородная тень костно-пластического материала, неплотно прилежащая к костной ткани

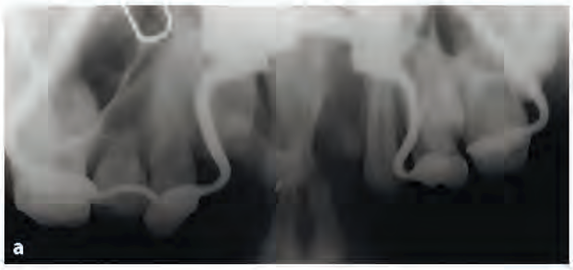




Рис. 6 Полное восстановление альвеолярного отростка в зоне дефекта справа, резорбция трансплантата слева через 6 мес: а) микрофокусная панорамная рентгенография с увеличением; б) микрофокусная прицельная рентгенография

их верхнечелюстных пазух, нижней стенки носа. Для детальной визуализации зоны регенерации осуществляли прицельную малодозовую микрофокусную радиовизиографию. На данных изображениях более достоверно визуализировалась степень остеоинтеграции репарата с костной тканью, а построение гистограмм позволило оценить зону регенерации и измерить оптическую плотность костной ткани в условных единицах.

На ортопантомограммах во фронтальном отделе также визуализировался костный регенерат, однако с достоверностью определить качество регенерации не представлялось возможным из-за проекционных искажений от позвоночного столба (**рис. 4**).

По результатам малодозовой микрофокусной радиовизиографии (динамическое наблюдение состояния костного регенерата через 6–9 мес) выявлено частичное (n=27) и полное (n=10) рассасывание костной ткани и замещение ее фиброзным компонентом на уровне костно-реконструктивной операции. Эту группу в основном составляли пациенты, у которых аутотрансплантат, по данным микрофокусной рентгенографии, на 10-е сут неплотно прилегал к костной ткани соседнего участка и был представлен губчатым веществом (**рис. 5**).

У 18 пациентов отмечено полное восстановление непрерывности альвеолярного отростка с признаками консолидации костной ткани альвеолярного отростка, а в 10 случаях прорезывание латерального резца в зону регенерата (**рис. 6**).

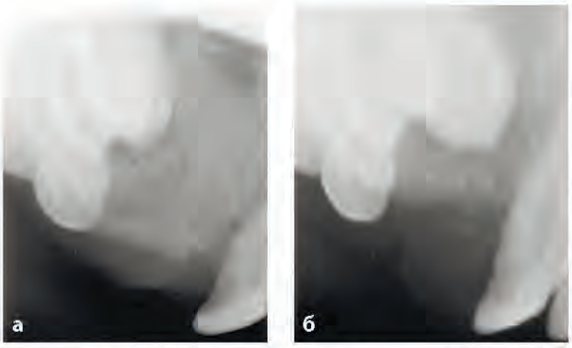


Рис. 5 Микрофокусная прицельная рентгенограмма после костно-пластической операции с использованием губчатого вещества из гребня подвздошной кости и трех кортикальных пластинок: а) на 12 сут; б) через 6 мес – наблюдается частичная резорбция трансплантата

Выводы

Малодозовая микрофокусная рентгенография позволяет с минимальной лучевой нагрузкой планировать и проводить динамический контроль хирургического лечения у пациентов с врожденными расщелинами альвеолярного отростка. Данная методика – один из высокоинформативных методов изучения трабекулярной структуры костной ткани.

Координаты для связи с авторами:
+7 (495) 611-01-77; VVPetrovskay@yandex.ru – Петровская Виктория Васильевна; **NataliyaBlokhina@gmail.com** – Блохина Наталья Игоревна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Серова Н.С. Лучевая диагностика в стоматологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, 175 с.
2. Воложин А.И., Высочанская Ю.С., Выклюк. М.В. Случай успешной костной пластики расщелины альвеолярного отростка. – Мед. визуализация, 2009, № 4, с. 76–79.
3. Грудянов А.И., Чупахин П.В. Методика направленной регенерации тканей. Подсадочные материалы. – М.: Мед. информ. агентство, 2007, 64 с.
4. Потрахов Н.Н. Интраоральная панорамная рентгенография.// Методич. пособ. – СПб.: СПбГЭТУ, 2003, с. 6–32.
5. Потрахов Н.Н., Потрахов Е.Н. Особенности и физико-технические условия съемки на рентгенологическом комплексе «Пардус-Стома». – Мед. техника, 2009, № 3, с. 36–38.
6. Потрахов Н.Н., Грязнов А.Ю., Потрахов Е.Н. Состояние, проблемы и перспективы микрофокусной рентгенографии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.//Матер. Межрег. науч.-практич. конф. «Лучевая диагностика в стоматологии ив челюстно-лицевой хирургии». – М.: МГМСУ, 2008, с. 69–78.

+20-23_Nauka_Bloxina+DentLight__44.indd 22 24.06.13 19:40

DentLight

TOP 100 PRODUCTS 2012

Dental Product Shopper RECOMMENDED 2011

2010 REALITY Five Star Award REALITY'S CHOICES

Инновационные оптические решения





Nano

Самый маленький

яркий налобный

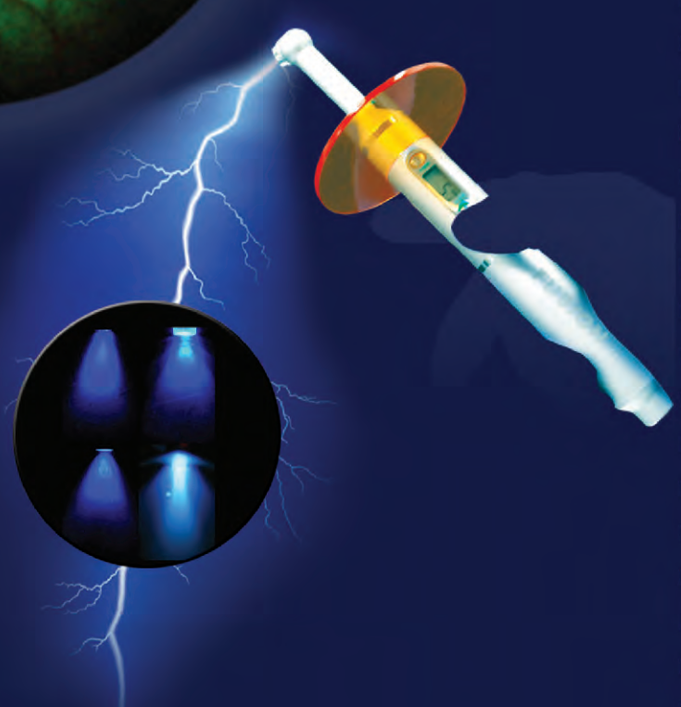
осветитель

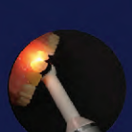


FUSION DOE

Диагностика

новообразований





Кариес



Травмы

Эндодонтия

Реклама

МЕДЕНТА

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

Возвращение к традициям

Окончание. Начало см. в № 43, 2013



Профессор
Виталий Смирнов,
доктор медицинских наук



Член-корреспондент
РАМН, профессор
Леонид Персин,
доктор медицинских наук

Кафедра ортодонтии и детского протезирования МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. Проводимые кафедрой исследования, основанные на изучении данных о строении скелета лица с позиции индивидуальной и возрастной изменчивости, являются продолжением направления, разрабатываемого С.С. Михайловым и В.Ю. Курляндским. Полученные результаты, основанные на использовании классических анатомических и современных клинических методов, позволяют повысить эффективность диагностики и лечения патологии пациентов.

Ключевые слова: возрастная и индивидуальная изменчивость костных структур лица; классическая анатомическая и современная клиническая методика; повышение эффективности диагностики и способов лечения пациентов.

Returning to traditions

Professor **Vitaly Smirnov**, Doctor of Medical Science

Corresponding Member of RAMS, professor **Leonid Persin**, Doctor of Medical Science

Department of Orthodontics and Children's Prosthetic MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. Researchers, conducted by the Department, are based on data studying about the structure of the facial skeleton, from the position of individual and age variation. These researching's -are a continuation of the direction, being developed by S. Mikhailov and V. Courlandskiy. The results, which are based on using of classical anatomy and current clinical methods, will improve the effectiveness of diagnosis and treatment of patient's pathology in the practice of a dentist.

Keywords: age and individual variability of face bone structures; classic and modern clinical anatomical methodology; improving the efficiency of diagnostic methods of patients treating.

Исследование внутриорганного строения нижней челюсти показало, что кортикальный слой на ее отдельных участках не имеет одинаковой толщины [2, 4]. В то время как кортикальный слой верхней челюсти во всех отделах (альвеолярный и небный отростки, глазничная, носовая, небная поверхности тела) имеют примерно одинаковую толщину (**рис. 6**).

Кортикальный слой, покрывающий нижнюю челюсть снаружи, у детей младших и средних возрастных групп, отличается большим разнообразием по сравнению с верхней челюстью [2, 4]. Данный факт во многом объясняется действием мышц той или иной группы. Наибольшая его толщина (2,5–3,2 мм) определяется снаружи, в месте начала косой линии, и изнутри (2,1–2,9 мм), где лежит начальный отрезок челюстно-подъязычной линии, от которой начинается одноименная мышца и верхний констриктор глотки. У детей этих возрастных групп более сформирован наружный кортикальный слой, соответствующий вестибулярной поверхности тела нижней челюсти. Основание нижней челюсти (basis) не имеет сформированного компактного слоя (**см. рис. 6**). Вероятно, это можно объяснить отсутствием мест прикрепления мышц, способных влиять на рельеф челюсти и ее внутреннее строение.

На гистологических срезах, выполненных во фронтальной плоскости, видны различия кортикального и губчатого вещества нижней челюсти в разных ее частях (**рис. 7**).

На уровне переднего края ветви челюсти (**рис. 7, а**) снаружи кортикальный слой толще (2,5–3,4 мм), чем изнутри, но тоньше, чем в месте основания челюсти. Посредине между передним краем ветви и подбородочным отверстием (**рис. 7, б**) его толщина равномерна (2,1–2,5 мм), но значительно увеличивается в месте прикрепления челюстно-подъязычной мышцы (2,8–3,9 мм). На уровне подбородочного отверстия (**рис. 7, в**) толщина кортикального слоя одинакова на всех поверхностях челюсти (2,1–2,7 мм) за исключением места прикрепления челюстно-подъязычной мышцы.

24-27_Nauka_Persin+Oral-B_I_44.indd 24 24.06.13 19:54

Рис. 6 Возрастные особенности кортикального слоя челюстей, возраст 4,5 года

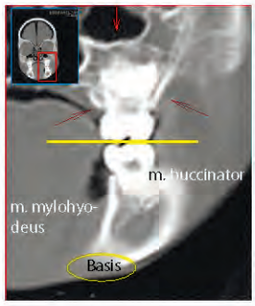
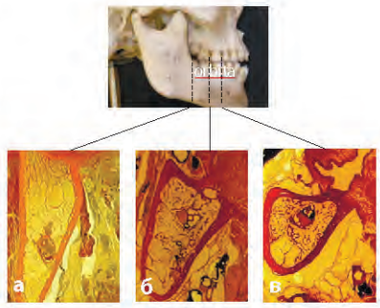


Рис. 7 Различия внутриорганного строения нижней челюсти. Гистотопограммы. Окраска по Маллори, толщина срезов 25 мкм



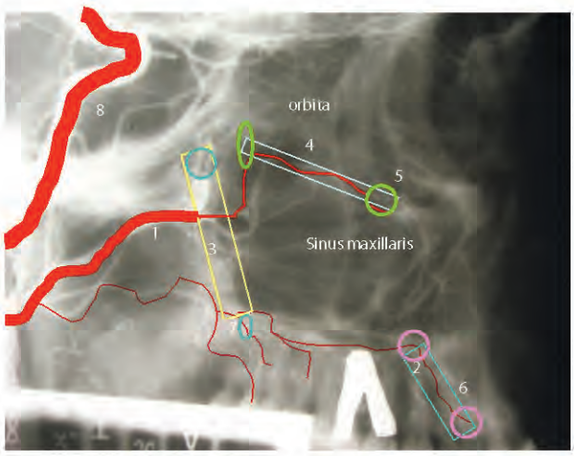


Рис. 8 Ангиограмма лицевого отдела головы: 1 – внутренняя челюстная артерия, 2 – резцовый канал, 3 – большой небный канал, 4 – подглазничный канал, 5 – подглазничное отверстие, 6 – резцовое отверстие, 7 – большое небное отверстие, 8 – внутренняя сонная артерия

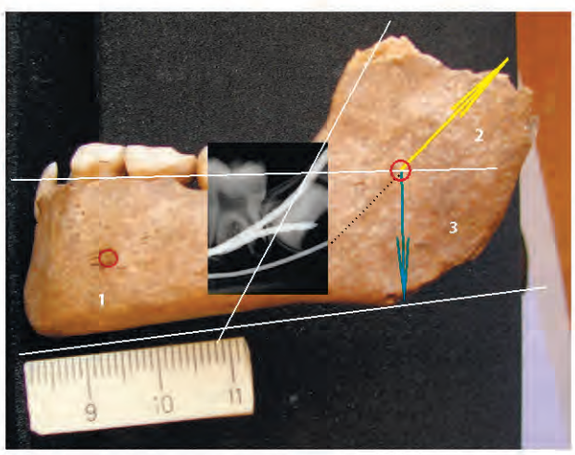


Рис. 9 Внутриорганная топография нижней челюсти, возраст 7,5 лет: 1 – нижнечелюстной канал, 2 – проекция наружной косой линии, 3 – проекция челюстно-подъязычной линии

Строение губчатого вещества тоже отличается заметным разнообразием. Так, в местах отхождения подъязычной и щечной мышц, быть может, вследствие создаваемого ими напряжения, отмечено не только увеличение толщины наружного компактного слоя, но и возрастание плотности губчатого вещества. Мелкоячеистость строения кости в местах прикрепления мышц переходит в крупноячеистость, что позволяет выделить две зоны в губчатом веществе тела нижней челюсти – верхнюю и нижнюю. При этом в нижней зоне, соответствующей базальной части челюсти, трабекулы по форме напоминают арки. Арочные структуры, как известно, очень устойчивы к различным напряжениям. Подобным же образом устроен бугор верхней челюсти. Эндооссальные структуры верхней челюсти у взрослых показаны на **рис. 8.**

По данным Н.Р. Нувахова, длина верхнечелюстной пазухи колебалась от 24 до 39 (31,4±0,19) мм, а ширина (на уровне скулоальвеолярного гребня) изменялась от 16,4 до 31,4 (23,11±0,14) мм [6]. Индивидуальность взаимоотношений пазухи с корнями зубов проявляется следующим образом: на одних препаратах между данными анатомическими образованиями имеется слой различной толщины, включающий ткани нескольких видов, другая крайняя форма характеризуется тем, что дно пазухи внедряется вглубь альвеолярного отростка, размещаясь между корнями зубов. Третья форма промежуточная: верхушки корней зубов и дно пазухи располагаются примерно на одинаковом уровне [7]. На **рис. 9** показаны взаимоотношения внутриорганных структур нижней челюсти.

Проекция канала нижней челюсти находится ниже контура косой и челюстно-подъязычной линий. Данные ориентиры используют для выделения верхнего и нижнего этажей дна полости рта. Таким образом, сосудисто-нервный пучок у детей 7,5 лет, проходит значительно ближе к основанию нижней челюсти и дальше от ее верхнего края.

У взрослых при отсутствии атрофии альвеолярной части просвет канала находится на расстоянии 8–3 (10,2±0,11) мм (**рис. 10**). Кпереди, в сторону подбородочного отверстия, канал поднимается вверх на 1,2–2 мм и на уровне промежутка между корнями премоляров открывается подбородочным отверстием. Расстояние от центра подбородочного отверстия до основания челюсти – 12,5 мм. Кзади, в сторону отверстия нижней челюсти, расстояние между каналом и плоскостью основания челюсти увеличивается и на уровне корней 2 большого коренного зуба достигает 12,5–15 (13,9±0,18) мм.

24-27_Nauka_Persin+Oral-B_I_44.indd 25 24.06.13 19:54

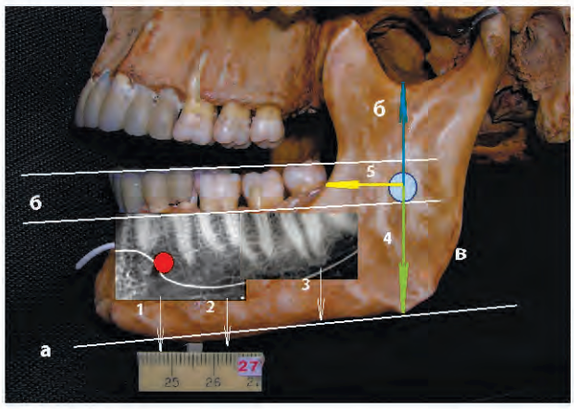


Рис. 10 Внутриорганная топография нижней челюсти: 1 – расстояние от подбородочного отверстия до основания челюсти, 2 – расстояние между полостью канала и основанием челюсти на уроне 5 зуба, 3 – расстояние от полости канала до основания челюсти на уровне 6 зуба, 4–6 – расстояния от нижнечелюстного отверстия до используемых ориентиров: а) плоскость основания челюсти, б) плоскость по верхнему краю альвеолярной части, в) плоскость по жевательной поверхности

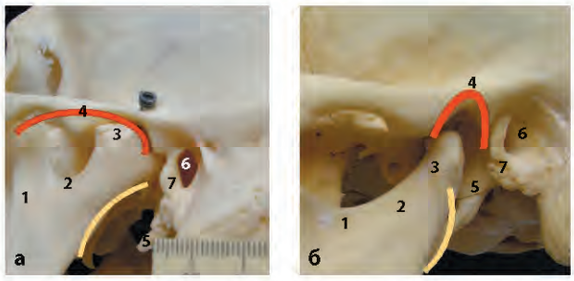


Рис. 11 Индивидуальная изменчивость в строении костных структур ВНЧС (фото с препаратов): 1 – ветвь нижней челюсти, 2 –мыщелковый отросток, 3 – головка нижней челюсти, 4 – суставная ямка, 5 – шиловидный отросток, 6 – наружный слуховой проход, 7 – костная стенка между полостью сустава и наружным слуховым проходом

Помимо челюстей были изучены и закономерности строения височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС, **рис. 11**).

Необходимость знаний возрастных и индивидуальных различий в строении ВНЧС объясняется тем, что диагностика заболеваний сустава, в том числе с использованием компьютерной и магнитно-резонансной томографии, основываются на данных, полученных при обследовании пациентов [3]. Но эти данные либо среднестатистические, не учитывающие возрастных или индивидуальных закономерностей, либо получены с объектов, которые имеют патологические нарушения. Г.Ю. Грибунов, исследуя возрастные различия в строении ВНЧС, показал наличие коррелятивных соотношений между костными структурами ВНЧС и основными размерами лицевого и мозгового отделов черепа [1]. По его данным, более интенсивное увеличение

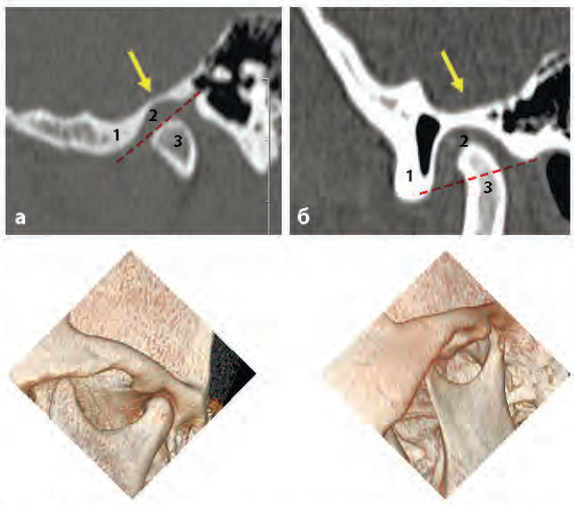


Рис. 12 Индивидуальная изменчивость в строении структур ВНЧС по данным КТ (а) и 3D (б): 1 – суставной бугорок, 2– суставная ямка, 3 – суставной отросток

как продольных, так и поперечных размеров отмечается в ранние возрастные периоды. У более старших детей выявлена стабилизация широтных параметров и относительный рост продольных размеров элементов сустава в сопоставлении с размерами черепа. Виден контур заднего края ветви нижней челюсти (**рис. 11, а**) и мыщелкового отростка, который вогнут кзади и выпуклый кпереди (указано линиями). Головка нижней челюсти низкая и широкая (**см. рис. 11, а**) или высокая и узкая (**рис. 11, б**). Суставная ямка либо мелкая и длинная (**а**) либо глубокая и короткая (**б**).

На **рис. 12** индивидуальная изменчивость структур сустава представлена на КТ и в 3D.

Подводя итог вышеизложенному, можно заметить следующее. Учение о возрастной и индивидуальной изменчивости в строении структур лица, разработанное С.С. Михайловым и В.Ю. Курляндским, крайне актуально в настоящее время. Оно находит свое применение как у отечественных, так и у зарубежных врачей-стоматологов. Неслучайно один из виднейших французских хирургов-стоматологов Кристиан Вашер считает, что «без достаточного знания анатомии, хирург работает вслепую, подвергая больного риску», а Карл Миш в руководстве для клиницистов-стоматологов, прямо указывает на то, что «индивидуализированное лечение не может быть выполнено без учета индивидуальных закономерностей в строении» [5]. Дальнейшая перспектива стоматологической анатомии зависит от появления новых направлений в практической стоматологии.

Координаты для связи с авторами:
+7 (495) 611-11-88 – кафедра ортодонтии и детского протезирования МГМСУ

Список литературы находится в редакции.

24-27_Nauka_Persin+Oral-B_I_44.indd 26 24.06.13 19:54

ПРЕДОТВРАЩАЕТ ПОЯВЛЕНИЕ И УМЕНЬШАЕТ ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРОБЛЕМ С ДЁСНАМИ ЧЕРЕЗ 4 НЕДЕЛИ



ИЮЛЬ 2010 | ЯНВАРЬ 2011 | ИЮЛЬ 2011



ЯНВАРЬ 2012 | ИЮЛЬ 2012 | ЯНВАРЬ 2013



Реклама

blend-a-med Oral-B CLINIC LINE СИСТЕМА ЗАЩИТЫ ДЁСЕН

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

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

P12125.01

истинная забота о пациенте не заканчивается в кресле стоматолога

blend-a-med RESEARCH INSTITUTE Oral-B

24-27_Nauka_Persin+Oral-B_I_44.indd 27 24.06.13 19:54

Особенности удаления слюнных камней, расположенных в околоушной слюнной железе

Профессор **Василий Афанасьев**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой

Аспирант **Дмитрий Дубов**

Кафедра челюстно-лицевой травматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Всероссийский Центр по заболеваниям и повреждениям слюнных желез

Резюме. Проведено удаление слюнных камней у пациентов со слюннокаменной болезнью околоушной слюнной железы. На основании клинического опыта было установлено, что для выбора оптимального метода оперативного вмешательства необходима всесторонняя диагностика с целью определения локализации конкремента и морфологической структуры протоковой системы железы.

Ключевые слова: слюннокаменная болезнь; околоушная слюнная железа; удаление камней.

Peculiarities of salivary gland stones removal

Professor **Basil Afanasiev**, Doctor of Medical Science, Head of Department

Graduate student **Dmitry Dubov**

Department of Maxillofacial Trauma MSUMD named after A.I. Evdokimov

Russian Center of diseases and injures of salivary glands

Summary. Removal of salivary gland stones in patients with sialolithiasis of parotid salivary gland was performed. Based on our clinical experience it has been established that detailed diagnosis focused on localization of the stone and morphology of ductal system is essential for choosing optimal method of surgery.

Keywords: sialolithiasis; parotid salivary gland; stones removal.

Слюннокаменная болезнь (СКБ) наиболее часто (35–70%) встречается среди заболеваний слюнных желез [3, 7]. Как правило, поражается поднижнечелюстная железа (95%), гораздо реже околоушная. Анатомические особенности околоушной слюнной железы (ОУСЖ) – наличие в ее толще ветвей лицевого нерва, возможность образования упорных слюнных свищей в послеоперационном периоде – нередко являются причиной отказа специалистов от удаления из нее камней [2].

Образование слюнных камней происходит на фоне врожденной патологии слюнных желез, выражающейся в виде эктазий или стриктур ее протоков [5]. Эти изменения могут быть значительно выражены, вплоть до кистозного расширения протоков вне- и внутрижелезистых отделов.

Лечение пациентов с СКБ должно включать комплекс консервативной терапии в период обострения [1, 7] с последующим удалением конкремента во время клинической ремиссии.

Цель исследования

Определить критерии выбора метода оперативного вмешательства при удалении камня из ОУСЖ или выраженных деформациях ее протоковой системы.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 18 больных (8 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 33 до 72 лет, у которых диагностировали слюннокаменную болезнь и различные формы протоковых деформаций вне- и внутрижелезистых отделов ОУСЖ. У большинства пациентов (12 чел.) выявили слюнные камни с различной локализацией в протоке ОУСЖ: в переднем отделе – у 5 больных, в среднем – у 3, в заднем – у 4. У остальных 6 пациентов обнаружили хронический сиалодохит с выраженным расширением околоушного протока по типу мегастенона, но без наличия слюнного камня [4, 6]. При обследовании фиксировали локализацию камня, наличие стриктур, выраженность расширения протока и его расположение.

+28-29_Nauka_Afanasiev_44.indd 28 24.06.13 19:55

Слюнные камни удаляли разными способами. Так, у 8 больных это делали с помощью наружного разреза в околоушно-жевательной области с отслаиванием кожно-жирового лоскута (из них у 1 пациентки операцию удаления конкремента провели с обеих сторон). При этом у 5 из них операцию выполняли доступом по методу Ковтуновича–Клементова, у 2 – по методу Ковтуновича и у 1 – с помощью линейного разреза кожи в щечной области. Кроме того, у 1 пациента при удалении конкремента наружным способом одновременно восстановили диаметр околоушного протока в области его внежелезистой части. У 3 больных наряду с удалением камня осуществили погашение функции околоушной железы.

У 4 пациентов слюнные камни, располагавшиеся в околоушном протоке, удаляли внутриротовым доступом. При этом у 2 использовали полуовальный разрез, окаймляющий устье протока, у 2 – линейный разрез по линии смыкания зубов.

Результаты и их обсуждение

При выборе метода оперативного лечения слюннокаменной болезни околоушной железы учитывали следующие факторы: локализацию слюнного камня, степень его подвижности, выраженность патологических изменений протоков пораженной околоушной железы. На основании клинических наблюдений были выработаны показания для удаления камня. Если конкремент располагался в различных отделах внежелезистой части околоушного протока, его удаляли подходом со стороны полости рта. В отдельных случаях, когда камень мигрировал по траектории «внутрижелезистые отделы – внежелезистые отделы околоушного протока» его также удаляли подходом со стороны полости рта. Такие операции проведены у 2 больных.

При расположении камня в среднем и дистальном отделах околоушного протока использовали полуовальный разрез, окаймляющий устье. Подобная операция выполнена у 2 пациентов.

При локализации камня во внутрижелезистых отделах ОУСЖ его удаление возможно только внеротовым способом. Если камень расположен в железе на уровне ее средней и задней трети, для его удаления достаточно произвести разрез по методу Ковтуновича. Если он расположен в переднем отделе, показано проведение наружного разреза по методу Ковтуновича–Клементова для возможного откидывания лоскута до уровня нахождения камня.

В редких случаях удалить камень внутриротовым способом или с помощью наружного разреза по методу Ковтуновича–Клементова не представляется возможным. Это происходит, когда неподвижный конкремент малого размера (до 0,3 см) локализуется в протоке в области переднего края жевательной мышцы. С одной стороны, его нельзя удалить с помощью разреза из полости рта,



с другой – степень откидывания кожно-жирового слоя не позволяет хирургу войти в зону локализации камня. В этом случае конкремент удаляли, выполняя наружный линейный кожный разрез над камнем.

Выводы

Результаты исследований показали, что при наличии слюннокаменной болезни околоушной слюнной железы необходима всесторонняя диагностика для определения локализации конкремента, наличия или отсутствия его подвижности. Большое значение имеют определение морфологической структуры протоковой системы железы и степень выраженности ее изменений с топической диагностикой стриктур и эктазий протоков. Все это позволит выбрать адекватный метод хирургического лечения.

Координаты для связи с авторами:
prof.afanasjev@yandex.ru – Афанасьев Василий Владимирович; **+7 (916) 567-42-76; dubov.dv@gmail.com** – Дубов Дмитрий Владимирович

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Афанасьев В.В., Виноградов В.И. Врожденные расширения выводных протоков околоушных слюнных желез новорожденных. – Стоматология, 1985, т. 64, № 5, с. 68–70.
2. Афанасьев В.В., Стародубцев В.С. Оперативные вмешательства на слюнных железах. – М.: ВУНМЦ, 1998, 105 с.
3. Афанасьев В.В., Никифоров В.С. Этиология слюннокаменной болезни. – Стоматология, 1999, № 5, с. 39–41.
4. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. Лечение слюннокаменной болезни околоушной слюнной железы при выраженном расширении внутрижелезистой части околоушного протока.//Сб. тр. Всеросс. науч.-практич. конф. «Образование, наука и практика в стоматологии». – М.: ЦНИИС, 2004, с. 35–37.
5. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. Атлас заболеваний и повреждений слюнных желез. – М.: ВУНМЦ Росздрава, 2008, 192 с.
6. Никифоров В.С. Хронический сиалодохит (протоковый сиаладенит): клиника, диагностика, лечение. – Автореф. канд. дисс., М., 1998, МГМСУ, 206 с.
7. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В. с соавт. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М.: Медицина, 1987, 240 с.

© CLIPAREA.com - Fotolia.com

+28-29_Nauka_Afanasiev_44.indd 29 24.06.13 19:55

Использование гомотрансплантата для дистракционной остеопластики нижней челюсти (*предварительное сообщение*)

Профессор **Михаил Швырков**, доктор медицинских наук

Кафедра челюстно-лицевой травматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Ассистент **Ольга Воротнева**

Кафедра стоматологии Ивановской государственной медицинской академии

Резюме. Цель работы состояла в получении подтверждения предположения о возможности возникновения костного регенерата на границе мертвой и живой кости и прочного сцепления новообразованного регенерата с мертвой костью, что позволило бы производить растяжение, т.е. дистракцию возникшего регенерата.

Ключевые слова: гомотрансплантат; дистракционная остеопластика.

Homograft employment for the mandible distraction osteoplasty (*preliminary report*)

Professor **Michael Shvyrkov**, Doctor of Medical Science

Department of Maxillofacial Trauma MSUMD named after A.I. Evdokimov

Assistant **Olga Vorotneva**

Department of Dentistry Ivanovsk State Medical Academy

Summary. The aim of the study was to receive acknowledgement of our supposition on possibility of bone regenerate rise on border of a dead and alive bone and strong coupling newformed regenerate with a dead bone that allowed making a stretching, that was distraction, of arisen regenerate.

Keywords: homograft; distraction osteoplasty.

Дистракционный остеогенез – один из современных и перспективных методов хирургического лечения больных с врожденными и приобретенными дефектами лицевого скелета – представляет собой альтернативу общепризнанным реконструктивно-восстановительным операциям. Принципы компрессионно-дистракционного остеосинтеза (остеогенеза) Г.А. Илизаров начал разрабатывать в 1954 году [1]. Это хирургический метод соединения костных фрагментов конечностей после остеотомии и устранение их подвижности с помощью компрессионно-дистракционных аппаратов. Последующая компрессия, а затем дистракция приводят к образованию новой костной ткани. Будучи разработанным для реконструкции конечностей, метод был применен в эксперименте в челюстно-лицевой хирургии [9], но никого не заинтересовал. Впервые на людях компрессионно-дистракционный остеогенез нижней челюсти опробовал М.Б. Швырков в 1984 г. [2]. Сегодня в области челюстно-лицевой хирургии этот метод считают высококонкурентоспособным и имеющим медицинскую и социально-экономическую эффективность.

Для индукции остеогенеза был сконструирован оригинальный компрессионно-дистракционный аппарат и разработано несколько способов несвободной остеопластики нижней челюсти [4, 8]. Их суть заключается в закрытой остеотомии пилой Джигли одного из отломков челюсти с целью создания подвижного костного фрагмента, последующей его компрессии и дистракции для формирования костного регенерата. Эффективность данных методов уже доказана. Не подвергается сомнению возможность формирования новой кости длиной до 15 см и даже замещения концевых дефектов челюсти (ветви и суставного отростка) [3]. Несмотря на это, достижения и возможности дистракционного остеогенеза изучены далеко не полностью, обширные области применения метода до конца не исследованы. Так, имеется целая группа больных с дефектами лицевого скелета (верхней и нижней челюсти, скуловой кости), у которых невозможно провести остеотомию с целью создания подвижного костного фрагмента для замещения костного дефекта. Упомянутая выше несвободная остеопластика нижней челюсти сопряжена с нанесением дополнитель-

+30-33_Nauka_Shvirkov_44.indd 30 24.06.13 19:57

ной травмы челюсти (остеотомии), нередко с вынужденным удалением зубов, которые могли бы использоваться для дальнейшего протезирования. Поэтому, было решено попробовать использовать костный гомотрансплантат в качестве заменителя подвижного аутотрансплантата (фрагмента материнской кости). В литературе сообщений об использовании подвижного гомотрансплантата для ликвидации костных дефектов не найдено.

Цель исследования

Испытать в эксперименте на животных остеогенную активность подвижного костного гомотрансплантата, выявить интенсивность регенерации и, следовательно, продолжительность компрессии и сроки для начала дистракции, изучить характер трансформации нового регенерата и сроки перестройки гомотрансплантата.

Материалы и методы

Предварительные опыты проведены на 7 половозрелых кроликах-самцах породы шиншилла весом 2,5–3 кг. Под внутривенным наркозом золетил 100 рассекали мягкие ткани в правой подчелюстной области и скелетировали тело нижней челюсти. После наложения наружного компрессионно-дистракционного аппарата (КДА) фиссурным бором выполняли остеотомию тела нижней челюсти перед первым моляром. Костные отломки с помощью КДА раздвигали на 7 мм и в образованный диастаз помещали костный гомотрансплантат размером 5х5х3 мм. Гомотрансплантат – часть гребня подвздошной кости – был получен от другого кролика той же породы и хранился замороженным. Капроновой лигатурой трансплантат фиксировали к дистальному (заднему) отломку нижней челюсти, где должно было происходить его сращение с материнской костью. С помощью КДА создавали компрессию пересаженного гомотрансплантата. По прошествии 1, 2 и 3 нед начинали дистракцию отломков с темпом 1 мм в сутки за 2 приема, которую продолжали в течение 1 нед. В процессе дистракции медиальный отломок удалялся от гомотрансплантата и должен был растягивать костный регенерат.

Разные сроки компрессии были выбраны неслучайно. Классическая компрессия длительностью 1 нед хорошо отработана Г.А. Илизаровым на людях и собаках. Следует подчеркнуть, что во всех его опытах и клинических наблюдениях участвовали два живых отломка, трофика и регенерация которых не была нарушена. Во время компрессии от конца каждого отломка навстречу друг другу отрастают капилляры, вдоль которых строятся костные балочки. В варианте данного исследования живым являлся лишь один отломок, от которого росли капилляры. Следовательно, регенерация значительно замедлялась. К слову, пока никому не известно, выделяет ли мертвая костная ткань (трансплантат) какие-либо токсические вещества, попадая в живой организм и находясь при достаточно высокой температуре. Мертвый биологический материал до его пересадки обычно консервируется или хранится в замороженном состоянии, что препятствует его разрушению. Помещая его в живой организм, мы не в состоянии контролировать выделение биологически активных веществ из трансплантата, которые могут быть небезразличны для реципиента. Может быть, неудачи в костной пластике обусловлены именно этими токсическими веществами, препятствующими взаимодействию остеогенных клеток с трансплантатом. Исходя из данных соображений, у части животных был увеличен срок компрессии до 2 и 3 нед.

Что касается сроков созревания регенерата, то в исследовании не стояла цель получить классический зрелый регенерат. Главным было подтвердить предположение о возможности возникновения костного регенерата на границе мертвой и живой кости и прочного сцепления новообразованного регенерата с мертвой костью, что позволило бы производить растяжение, т.е. дистракцию возникшего регенерата. И эта задача была выполнена.

Забой животных осуществляли передозировкой наркотического вещества в различные сроки. После забоя выделяли нижнюю челюсть, снимали КДА, челюсть помещали в 10%-ный раствор нейтрального формалина. Через несколько дней выполняли рентгенографию челюсти и приступали к декальцинации. Препарат декальцинировали в среде Рихмана–Гельфанда–Хилла в течение 14 дней, вырезали необходимый участок, проводили его по растворам спиртов возрастающей крепости и заливали в парафин. Блоки резали на санном микротоме МС-2 толщиной 6–8 мкм. Срезы окрашивали эозином и гематоксилином и заключали в полистирол.

Были проанализированы материалы, полученные от пяти кроликов, так как у кролика № 2 произошло нагноение раны и отторжение трансплантата, а кролик № 5 погиб от пневмонии.

Результаты и их обсуждение

После недельной компрессии, недельной дистракции и двухнедельного созревания (кролик № 1) на рентгенограмме виден КДА, костный диастаз длиной 6 мм, рассасывающийся гомотрансплантат и нежные балочки новообразованной кости (**рис. 1**).

При микроскопии нежизнеспособный гомотрансплантат окружен слоем фиброзной ткани, богатой сетью капилляров. При дистракции этот слой – зона роста новой кости. В нем скапливаются полипотентные клетки. При сформированной микроциркуляторной сети и хорошей оксигенации тканей они превращаются

+30-33_Nauka_Shvirkov_44.indd 31 24.06.13 19:57

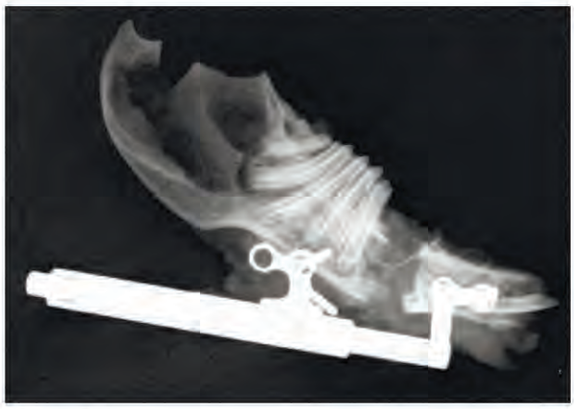


Рис. 1 Рентгенограмма правой половины нижней челюсти кролика № 1. В дистракционном диастазе шириной 6 мм видна нежная тень гомотрансплантата и новообразованной кости

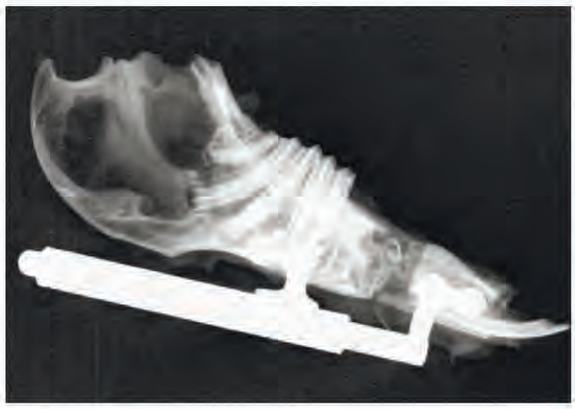


Рис. 2 На рентгенограмме правой половины тела нижней челюсти кролика № 4 виден дистракционный диастаз длиной 6 мм, тень костного гомотрансплантата и нежная тень балочек новообразованной кости

в преостеобласты, которые активно пролиферируют. Совершив около 50 делений, превращаются в остеобласты и начинают синтезировать кость [5]. Вокруг гомотрансплантата происходит активное костеобразование, от заднего фрагмента челюсти вертикальные балки контактируют с гомотрансплантатом. К концу переднего отломка челюсти от фиброзной прослойки, окружающей гомотрансплантат, подходят костные балки, параллельные дистракции. На других срезах в центре препарата фиброзная волокнистая прослойка, прорастающая в костные полости гомотрансплантата, окружена костными балками со всех сторон. **Обобщение:** фиброзная зона роста костных балок, окружающая гомотрансплантат, энергично синтезирует костные балки в направлении концов обоих отломков челюсти. Непосредственно вокруг гомотрансплантата видна одинаково хорошо выраженная регенерация. В дистракционном диастазе (по периферии трансплантата) находятся костные балки с активной регенерацией и пролиферирующие остеобласты. Отмечено множество капилляров в диастазе, обнаружена остеокластическая реакция вокруг гомотрансплантата

После двухнедельной компрессии, недельной дистракции и двухнедельного созревания (кролики № 3, 4, 6) на рентгенограммах наблюдали КДА, диастаз 6 мм, сохраняющий свою форму, но порозный гомотрансплантат и нежные балочки новообразованной кости (**рис. 2**).

На микропрепаратах обнаружена следующая картина: в центре препарата гомотрансплантат в стадии рассасывания. От фиброзной зоны роста, окружающей гомотрансплантат, к концу переднего отломка челюсти тянутся новообразованные костные балки с обилием остеобластов, оживленный остеогенез. От заднего отломка кости также наблюдается прорастание молодых костных балок, обилие остеобластов со стороны надкостницы. Много сосудов в зоне регенерации. На других срезах костные балки, отрастающие в диастаз от фиброзной зоны, смыкаются над трансплантатом и с концами отломков челюсти. Вокруг много полнокровных расширенных сосудов. Активная пролиферация со стороны надкостницы. **Обобщение:** происходит пазушное растворение гомотрансплантата. Возникшая вокруг него фиброзная зона роста синтезирует костные балки, которые растут в сторону диастаза и смыкаются с концами костных отломков. В результате дистракции активизируется периостальный остеогенез.

После трехнедельной компрессии, недельной дистракции и трехнедельного созревания (кролик № 7) обнаружена следующая картина. Гомотрансплантат подвержен пазушной резорбции. Он окружен фиброзной прослойкой и молодыми костными балками, вплотную прилежащими к этой прослойке, т.е. молодые костные балки синтезируются в этой прослойке и врастают в диастаз в направлении конца медиального отломка нижней челюсти. Отмечены очень оживленный остеогенез в виде пролиферации остеобластов и их трансформация в остеоциты. Здесь же – уже образованные костные балки с множеством прорастающих сосудов. **Обобщение:** создается впечатление, что пазушная резорбция гомотрансплантата нисколько не влияет на синтетические возможности фиброзной прослойки. Костные балочки под влиянием дистракции как и раньше энергично растут в сторону концов отломков нижней челюсти, заполняя образующийся диастаз.

При оценке препаратов не удается выбрать оптимальный срок компрессии, так как на всех сроках дистракционный остеогенез протекает практически с одинаковой интенсивностью. Г.А. Илизаров указывал, что увеличение срока компрессии даже на несколько дней (а не недель, как в данном эксперименте) создает худшие условия для регенерации при дистракции. Однако в этом исследова-

+30-33_Nauka_Shvirkov_44.indd 32 24.06.13 19:57

нии не удалось отметить различия в скорости дистракционного остеогенеза при столь разной продолжительности компрессии.

Для созидания кости необходимо создать достаточно мощную микроциркуляторную сеть в этой области. После остеотомии и отслойки надкостницы разрушаются питающие сосуды, что ведет к гипоксии тканей. Микроатмосфера зоны перелома в условиях гипоксии, измененная pH, агломерация и разрушение тромбоцитов с выделением, в частности тромбоцитарного фактора роста и фактора роста фибробластов-2 (ФРФ-2), появление трансформирующего фактора роста-β1 (ТФР-β1) побуждают остеобласты к выработке эндотелиального фактора роста сосудов (ЭФРС), который является важным ангиогенным цитокином [6, 10]. S.M. Warren с соавторами обнаружил этот белок в остеобластах, макрофагах и клетках эндотелия [11]. Под влиянием данного цитокина на сохранившихся сосудах появляются сосудистые почки, которые в дальнейшем превратятся в капилляры.

На протяжении компрессии у животных происходили резорбция концов костных отломков и высвобождение морфогенетического белка кости (МБК). Окружающие место остеотомии мягкие ткани, макрофаги и остеобласты продуцируют инсулиноподобный фактор роста (ИФР) и фактор роста фибробластов (ФРФ). Эти цитокины – и ТФР-β1, и ФРФ-2 – побуждают перициты к трансформации в остеобласты. Одновременно с резорбцией кости на протяжении компрессии остеобласты создают первичную костную мозоль в виде тончайшей пленки толщиной 100–200 мкм.

Проводимая в эксперименте дистракция еще больше стимулирует экспрессию названных цитокинов. Остеобласты, примитивные мезенхимальные клетки, внеклеточный матрикс и соединительная ткань, смежные с местом остеотомии, интенсивно вырабатывают белок ТФР-β1. Высокий уровень генной экспрессии МБК-2 и 4 сопровождают весь период дистракции вдоль фронта оссификации и в центре синтеза кости [7].

Отрастающие от сосудов капилляры из отломков устремляются к трансплантату и врастают в опустевшие костномозговые пространства. В этом месте, по-видимому, формируется центр синтеза кости – фиброзная зона. Здесь сосредотачивается наибольшее число малодифференцированных остеогенных клеток, клеток предшественников и стволовых клеток, которые активно делятся и создают пулы активных остеобластов. Вдоль капилляров от фиброзной зоны возле гомотрансплантата к концу медиального отломка, заполняя диастаз, начинают строиться юные костные балочки. Раздвигающиеся отломки челюсти растягивают образовавшиеся коллагеновые волокна, которые начинают минерализоваться с периферии, т.е. с конца медиального отломка челюсти. Параллельно с созиданием кости происходит остеокластическое или пазушное рассасывание трансплантата.

Вывод

Итак, серьезная задача восполнения дефекта нижней челюсти в рамках дистракционного остеогенеза может быть решена не совсем традиционным способом. Как показал эксперимент, для созидания новой кости достаточно одного живого костного фрагмента, а для дистракции регенерата подходит мертвый гомотрансплантат. Качество получаемого регенерата также не разочаровывает. Однако подробности и дальнейшее развитие эксперимента еще впереди.

Координаты для связи с авторами:
+7 (499) 261-93-75, +7 (905) 537-77-28; mbshvyrkov@gmail.com – Швырков Михаил Борисович; **+7 (910) 987-78-87; olga-vorotneva@yandex.ru** – Воротнева Ольга Владимировна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Илизаров Г.А. Новый принцип остеосинтеза с применением перекрещивающихся спиц и колец.//Сб. науч. работ Курганск. обл. науч.-мед. общ. – Курган, УГМА, 1954, с. 146–160.
2. Швырков М.Б. Новый метод устранения огнестрельных дефектов нижней челюсти.//Акт. вопр. медиц. и здравоохранения ДРА.//Матер. II науч.-практич. конф. совет. врачей, работающих в ДРА. – М.: Медиа Сфера, 1984, с. 153–155.
3. Швырков М.Б. Новый способ восстановления мыщелкового отростка нижней челюсти методом дистракции.//Матер. III Межд. симпоз. – М.: ЦНИИС, 2000, 78 с.
4. Швырков М.Б., Шамсудинов А.Х. Новые способы замещения дефектов нижней челюсти и прилежащих тканей.//Акт. вопр. воен. стоматологии. – Военно-медицин. журн., 1987, № 3, с. 69–70.
5. Фриденштейн А.Я., Лалыкина К.С. Индукция костной ткани и остеогенные клетки-предшественники. – М.: Медицина, 1973, 223 с.
6. Saadeh P.B., Mehrara B.J., Steinbrech D.S. et al. Transforming grows factor beta-1 modulates the expression of vascular endothelial growth factor by osteoblasts. – Am. J. Phisiol., 1999, v. 277, p. 628–637.
7. Sato M., Ochi T., Nakase T. et al. Mechanical tension-stress indused expression of bone morphogenetic protein BMP-2 and BMP-4 but not BMP-6, BMP-7 and GDF-5 mRNA < during distraction osteogenesis. – J. Bone Miner. Res., 1999, v. 14, p. 1084–1095.
8. Shvyrkov M.B., A.H.Shamsudinov, D.D.Sumarokov et al. Non-free osteoplasty of the mandible in maxillofacial gunshot wounds: mandibular reconstruction by compression-osteodistraction. – Brit. J. Oral. Maxillof. Surg., 1999, v. 37, p. 261–267.
9. Snyder C.C., Levine G.A., Swanson H.M. et al. Mandibular lengthening by gradual distraction: preliminary report. – Plast. Reconstr. Surg., 1973, v. 51, p. 506.
10. Spector J.M., Mehrara B.J., Greenwald J.A. et al. Osteoblast expression of vascular endothelial grows factor is modulated by the extracellular microenvironment. – Am. J. Phisiol., 2001, v. 280, p. 72–80.
11. Warren S.M., Mehrara B.J., Steinbrech D.S. et al. Ret mandibular distraction osteogenesis. Part III. Gradual distraction versus acute lengthening. – Plast. Reconstr. Surg., 2001, v. 107, p. 441–453.

+30-33_Nauka_Shvirkov_44.indd 33 24.06.13 19:57

Взаимосвязь уровня саливации с функциональным состоянием симпатико-адреналовой системы у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта

Доцент **Галина Лукина**, доктор медицинских наук

Старший лаборант **Ильяс Ахмедханов**

Кафедра пропедевтической стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Профессор **Раиса Стрюк**, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой

Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. У 79 пациентов с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) проведена оценка состояния слизистой полости рта, уровня саливации и функционального состояния симпатико-адреналовой системы по величине β-адренорецепции мембран эритроцитов (β-АРМ). Группу контроля составили 8 практически здоровых лиц. В большинстве случаев у пациентов с заболеваниями ЖКТ наряду с субъективными проявлениями в виде сухости во рту, жжения, неприятного запаха отмечены и объективные изменения – гипосаливация (чаще) и гиперсаливация (реже). У всех пациентов с патологией ЖКТ, независимо от уровня саливации, выявлено достоверное увеличение по сравнению с контролем величин β-АРМ, что свидетельствует о повышении функциональной активности симпатико-адреналовой системы.

Ключевые слова: патология желудочно-кишечного тракта; функциональное состояние симпатико-адреналовой системы; уровень саливации.

Relationship level salivation to the functional state of sympathetic-adrenal system in patients with abnormal gastrointestinal

Docent **Galina Lukina**, Doctor of Medical Science

Senior laboratory **Ilias Akhmedkhanov**

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

Professor **Raisa Stryuk**, Doctor of Medical Science, Head of Department

Department of Internal Medicine Faculty of Dentistry MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. In 79 patients with chronic diseases of the gastrointestinal tract (chronic gastritis, gastroesophageal reflux disease, peptic ulcer and duodenal ulcer) assess the state of the oral mucosa, the level of salivation and functional state of sympathetic-adrenal-largest β-adrenoretseptsii erythrocyte membranes (β -ARM). The control group consisted of 15 healthy individuals. Found that in the majority of patients with gastrointestinal diseases were, along with manifestations in the form of subjective feeling of dry mouth, burning, unpleasant odor and objective changes - sialoschesis (often) and hypersalivation (rarely). All patients with gastrointestinal disorders, regardless of the level of salivation, showed a significant increase compared with the control values β-ARM, which indicates an increase of the functional activity of sympathetic-adrenal system.

Keywords: pathology of the gastrointestinal tract; the functional state of the sympathetic-adrenal system; the level of salivation.

Около 2% взрослого населения мира страдает различными формами шизофрении. В преобладающем большинстве это хроническое заболевание с прогредиентным течением, приводящим к изменению личности больного, иногда малозаметному, но в дальнейшем постепенно углубляющемуся [4, 6].

Симпатико-адреналовая система (САС) обеспечивает в организме важные метаболические и физиологические функции, наиболее значимая из которых – влияние САС на катаболизм белков, окислительные процессы, гормональную активность некоторых эндокринных желез, регуляцию артериального давления (АД) и частоты сердечных

+34-37_Nauka_Struk+Triodent_44.indd 34 24.06.13 20:04

Таблица 1 Жалобы на дискомфорт в полости рта у пациентов с заболеваниями ЖКТ

Группа	Жалоб нет, абс. (%)	Сухость во рту, абс. (%)	Изжога, абс. (%)	Жжение в языке, абс. (%)	Неприятный запах изо рта, абс. (%)	Налет на языке, абс. (%)
Контрольная	6 (76)	1 (12)	1 (12)	0	0	0
ГЭРБ	6 (30)	12 (60)	2 (10)	1 (5)	1 (5)	0
Хронический гастрит	22 (47)	21 (45)	3 (6)	4 (9)	4 (9)	1 (2)
Язвенная болезнь	4 (50)	4 (50)	1 (8)	0	1 (8)	1 (8)

сокращений (ЧСС). Эта система участвует в патогенезе многих заболеваний внутренних органов, в том числе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Существует тесная анатомо-физиологическая функциональная связь органов ЖКТ с полостью рта и функциональным состоянием САС. Так, развитие сочетанных поражений органов пищеварения и слизистой полости рта усугубляет тяжесть состояния больных, обусловливает особенности проведения лечебных мероприятий [1, 9]. Кроме того, показано, что уровень саливации находится во взаимосвязи с количеством адреналина и норадреналина в слюне [3]. Иными словами, механизмы изменений уровня саливации, свойств слюны и ее влияния на состояние слизистой оболочки полости рта у пациентов с заболеваниями эзофагогастродуоденальной зоны – актуальная, но малоизученная тема современной медицины.

Для исследования активности САС используют прямые и косвенные методы – регистрацию степени изменения гемодинамических параметров (АД и ЧСС) в ответ на введение адреноблокаторов [7, 8], спектральный анализ вариабельности сердечного ритма и АД [10]. К более точным и специфичным методам оценки активности САС относят определение экскреции катехоламинов и их основных метаболитов – метанефринов с мочой [6], исследование количества и плотности адренорецепторов и анализ передачи сигнала с их участием [11], а также степени чувствительности адренорецепторов к эндогенным катехоламинам [5].

Цель исследования

Оценка состояния слизистой полости рта и уровня саливации у пациентов с патологией ЖКТ в зависимости от функционального состояния САС.

Материалы и методы

Обследовано 79 пациентов (39% мужчин и 61% женщин) в возрасте от 20 до 80 лет (средний возраст – 47,1±2,4) с заболеваниями ЖКТ, среди которых чаще диагностировали хронический гастрит (60%), реже – гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (25%) и язвенную болезнь (15%). Контрольную группу составили 8 практически здоровых лиц (63% мужчин и 37% женщин). Диагноз заболеваний ЖКТ был верифицирован с помощью эзофагогастродуоденоскопии и консультации гастроэнтеролога. У всех пациентов помимо сбора анамнеза и осмотра полости рта с оценкой состояния ее слизистой оболочки проводили сиалометрию (сбор и определение объема выделенной нестимулированной смешанной слюны в состоянии покоя).

Функциональное состояние САС оценивали по величине β-адренорецепции мембран эритроцитов (β-АРМ) с помощью набора реагентов «АРМ-Агат» («Агат-Мед», Москва). Сущность метода заключается в ингибировании гипоосмотического гемолиза эритроцитов в присутствии адреноактивного вещества [5]. По данным этого метода, у практически здоровых лиц в условиях постоянного режима труда и отдыха величины β-АРМ находились в диапазоне 2–20 усл. ед., что соответствовало физиологическому уровню функционирования САС. При повышении активности САС наступает десенситизация (снижение чувствительности) адренорецепторов и величины β-АРМ возрастают.

Для статистической обработки результатов исследования использовали пакет программ Primer of Biostatistics Version 4.03 с применением стандартных методов вариационной статистики и критерия Стьюдента для оценки различий при парных измерениях показателей. Различие считали достоверным при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение

Часть пациентов с патологией ЖКТ жаловались на дискомфорт в полости рта. Так, ощущение сухости отмечали большинство пациентов с ГЭРБ (60%) и половина (50%) – с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки. Несколько реже этот симптом встречался при хроническом гастрите (45%). Относительно редко больные жаловались на неприятный запах изо рта (5% при ГЭРБ, 9% – при хроническом гастрите, 8% – при язвенной болезни), изжогу (6% – при хроническом гастрите, 8% – при язвенной болезни, 10% – при ГЭРБ), чувство жжения в языке (5% – при ГЭРБ, 9% – при хроническом гастрите). Достаточно большую группу составили пациенты без сто-

+34-37_Nauka_Struk+Triodent_44.indd 35 24.06.13 20:04

Таблица 2 Результаты объективного обследования полости рта у пациентов с заболеваниями ЖКТ

Группа	Сухость во рту, абс. (%)	Неприятный запах изо рта, абс. (%)	Налет на языке, абс. (%)
Контрольная группа	2 (25)	0	1 (12)
ГЭРБ	11 (55)	4 (20)	12 (60)
Хронический гастрит	23 (49)	5 (11)	29 (61)
Язвенная болезнь	6 (50)	1 (8)	5 (42)

матологических жалоб при различных нозологических формах поражения ЖКТ: 30% больных с ГЭРБ, 47% – с хроническим гастритом и 50% – с язвенной болезнью (**табл. 1**).

По результатам объективного обследования полости рта оказалось, что жалобы пациентов соответствовали данным осмотра. Так, сухость слизистой оболочки и неприятный запах изо рта чаще встречались при ГЭРБ (55 и 20% соответственно), налет на языке – при ГЭРБ и гастрите (60 и 61%). У пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки клиническая картина в полости рта была более скудной: если сухость во рту имела место у каждого второго пациента, то налет на языке – у 42% больных, а неприятный запах изо рта лишь у 8% (**табл. 2**).

Исследование уровня саливации показало, что у пациентов с заболеваниями ЖКТ он был значительно ниже, чем в контрольной группе: при хроническом гастрите – на 28%, при язвенной болезни – на 34%, при ГЭРБ – на 31%. Снижение уровня саливации у пациентов с заболеваниями ЖКТ свидетельствует об изменении слюноотделения при нарушении физиологических механизмов пищеварения, что было выявлено и другими исследователями в различных клинических ситуациях, в том числе в условиях стресса [2, 4]. Именно САС принимает активное участие в реализации основных патологических механизмов стресса и связанного с ним изменения функционирования различных органов и систем. В связи с этим для решения вопроса о возможной взаимосвязи уровня саливации с активностью САС всех пациентов разделили на три группы. Первую составили 40 человек (51%) со скоростью слюноотделения менее 0,25 мл/мин (гипосаливация), вторую – 33 человека (42%) с нормальным уровнем саливации (0,25–0,40 мл/мин), третью – 6 человек (7%) с гиперсаливацией (более 0,40 мл/мин). Исследование величины β-АРМ показало, что у пациентов с патологией ЖКТ активность САС повышена. Это проявилось достоверным повышением данного показателя по сравнению с контролем (**табл. 3**).

Вместе с тем, как видно из данных таблицы 3, среди пациентов с заболеваниями ЖКТ с различным уровнем саливации достоверных различий средних значений величины β-АРМ не отмечено, хотя можно предположить, что гипосаливация чаще должна была бы выявляться в условиях повышенной активности САС. С другой стороны, гипосаливация – реакция организма на острый стресс, а у пациентов с хронической патологией ЖКТ имеет место состояние хронического стресса как одного из ведущих патогенетических механизмов развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хронического гастрита и других заболеваний органов пищеварения. В этих условиях организм адаптируется к воздействию гормонов САС, что и показано в исследовании.

Вывод

Таким образом, у пациентов с хронической патологией ЖКТ развиваются изменения слизистой оболочки полости рта, которые наряду с субъективными симптомами проявляются нарушением саливации, чаще в виде гипосаливации. Эти изменения протекают на фоне повышения функциональной активности САС, что отражено в величинах β-АРМ, превышающих 30 усл. ед.

Координаты для связи с авторами:
+7 (495) 607-55-77 (доб. 159 или 204) – Лукина Галина Ильхамовна; **+7 (495) 942-39-01** – Стрюк Раиса Ивановна

Список литературы находится в редакции.

Таблица 3 Показатели β-АРМ у пациентов с различным уровнем саливации

Показатель	Контрольная группа (n=20)	Гипосаливация (n=40)	Нормальная саливация (n=33)	Гиперсаливация (n=6)
Сиалометрия, мл/мин	0,32±0,15	0,17±0,13 p<0,001*	0,28±0,11 p>0,005*	0,49±0,13 p<0,005*
β-АРМ, усл.ед	20,75±7,90	31,19±9,60 p<0,001*	30,24±8,90 p<0,001*	29,25±9,90 p<0,005*

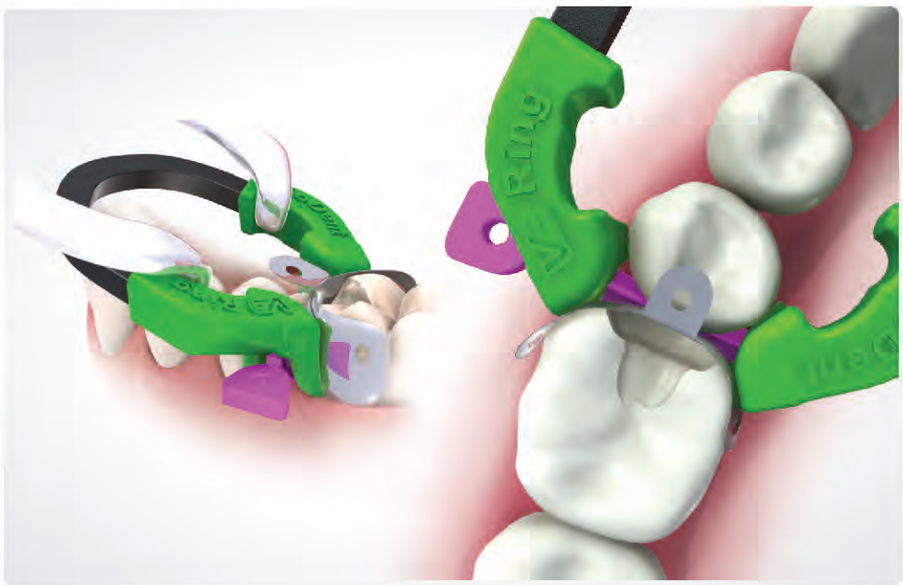
*** Прим.: p – достоверность различий показателей по сравнению с контрольной группой.**

+34-37_Nauka_Struk+Triodent_44.indd 36 24.06.13 20:04

triodent Innovative. Simple. Smart.

СИСТЕМА V3

+ Совершенные контакты
+ Идеальная анатомия
+ Продуманная конструкция
+ Универсальность в применении
+ Легко использовать



UNIVERSAL V3 RING
NARROW V3 RING



Супер эластичные NITI зажимные кольца создают достаточное усилие для рас - клинивания и создания плотных контактов.

PIN-TWEEZERS & FORCEPS



Специальные пинцет и шипцы

WAVE-WEDGE



Прекрасно адаптируются в межзубных пространствах, просты в использовании, надежно фиксирует матрицу

V3 TAB-MATRIX



Анатомически приконтурированные матрицы прекрасно адаптируются, минимизируя финишную обработку

Реклама

МЕДЕНТА

Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»
123308, Москва, Новохорошевский проезд 25, тел./факс: +7 (499) 946-4610,
тел.: +7 (499) 946-4609, 946-3999, zakaz@medenta.ru, www.medenta.ru

Прямая реставрация с использованием стекловолоконного штифта. *Клинический случай*

Старший преподаватель **Патрик Балтиери**

Отделение эндодонтии стоматологической школы São Leopoldo Mandic (Итапетининга, Бразилия)

Резюме. Доктор Балтиери поделился с нами описанием клинического случаями из своей практики.

Ключевые слова: костная ткань; внутрикорневой штифт; металлокерамическая коронка; композитный материал; рентген.

Direct restoration using fiberglass pin. Case report

Senior Lecturer **Patrick Baltieri**

Department of Endodontics Dental School São Leopoldo Mandic (Itapetininga, Brazil)

Summary. Dr. Baltieri shared with us the description of the clinical cases from their practice.

Keywords: bone; intraradicular; PFM dental crown, composite material, x-ray.

Магистр естественных наук Патрик Балтиери окончил университет в Пирасикаба (Бразилия) по специализации стоматолог FOP-UNICAMP. Уже много лет он принимает участие в аттестационной программе в качестве профессора эндодонтии.

Доктор Балтиери поделился с нами описанием клинического случаями из своей практики.

Клинический случай

Пациентка: женщина, 48 лет, жалобы на неудовлетворительную эстетику зуба 22. После клинического и рентгеновского обследования отмечены потеря значительного объема костной ткани в области корня в результате подготовки под внутрикорневой штифт, а также, периапикальный очаг повреждения костной ткани, возможно, вызванный неудачным эндодонтическим лечением. Несмотря на большой очаг воспаления, других патологических признаков не обнаружено, что улучшает прогноз.

Пациентке предложили на выбор два метода лечения: удалить зуб 22 с последующей остеоинтегрирующей имплантацией или попытаться провести лечение и реабилитацию корня. Пациентка выбрала консервативный вариант лечения, и ей была оказана помощь в одно посещение.

Лечение: шаг за шагом



Рис. 1–4 Клиническое обследование

+38-41_Profi_Angelus+Angelus_44.indd 38 24.06.13 20:08

Рис. 5
Рентгенологическое обследование

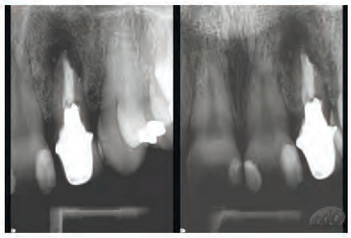


Рис. 6
Силиконовый оттиск для изготовления временной коронки и первый этап удаления металлокерамической коронки



Рис. 7
Удаление металлокерамической коронки



Рис. 8–9
Удаление литого металлического штифта с помощью ультразвукового аппарата и насадок



Рис. 10
Гингивопластика с применением электрокоагулятора

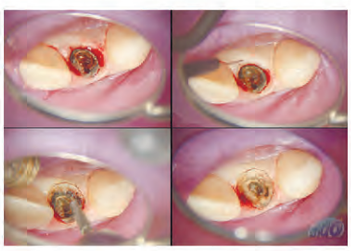


Рис. 11
Удаление кариозных тканей зуба

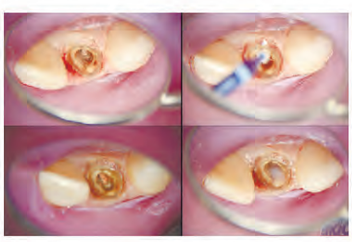


Рис. 12
Протравка с помощью самопротравливающей системы ClearFill Se Bond

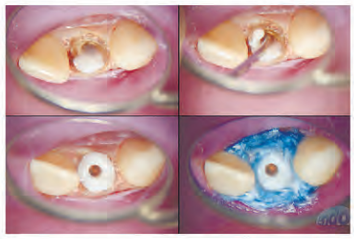


Рис. 13
Коррекция наружного края и укрепление пришеечной области корня зуба композитом 3M Z-250, цвет B 0

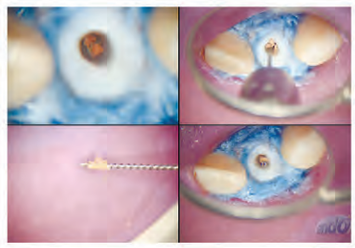


Рис. 14
Удаление пломбировочного материала из корневого канала, с использованием ручных файлов, вращающихся Ni-Ti файлов, боров Гейтс, и ультразвука

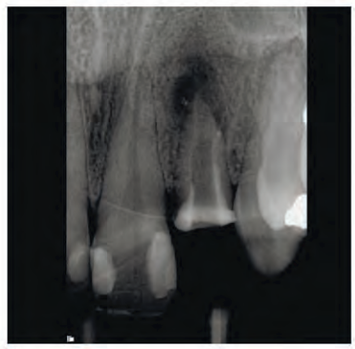


Рис. 15–16
Наложение и конденсация гидроокиси кальция в переапикальном направлении к области повреждения переапикальных тканей челюсти

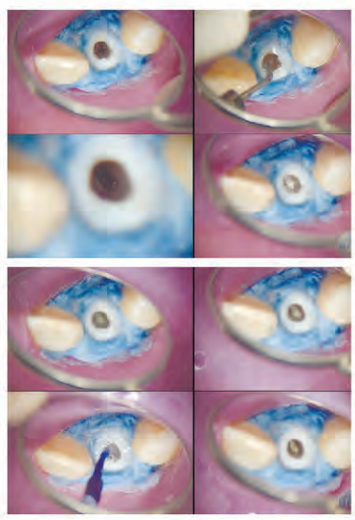
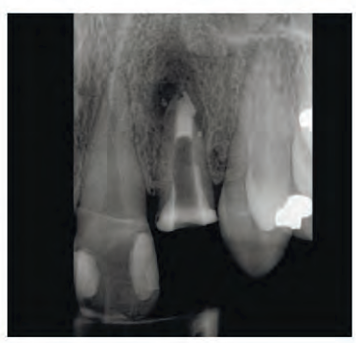


Рис. 17
Пломбирование апикальной трети корневого канала с MTA Angelus



+38-41_Profi_Angelus+Angelus_44.indd 39 24.06.13 20:09

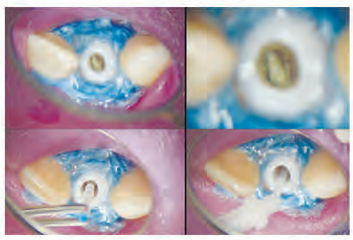


Рис. 18
Протравка при помощи самопротравливающей системы ClearFill Se Bond перед установкой стекловолоконного внутрикорневого штифта и фиксация на цемент стекловолоконного штифта, размер № 3 (Angelus) с композитным цементом Luxacore DMG



Рис. 19
Формирование культи композитом 3M Z-250, цвет B 0.5



Рис. 20
Изготовление и фиксация на цемент временной коронки из акриловой пластмассы, с использованием силиконового оттиска

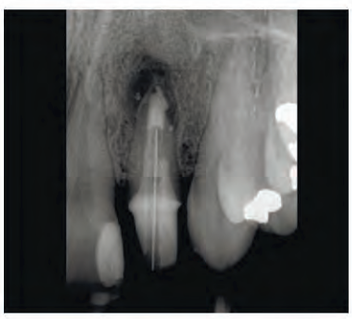


Рис. 21
Финальный рентген



Рис. 22
После лечения:
а) 1 нед;
б) 3 нед



Рис. 23–24
Изготовление новой временной коронки



Рис. 25 Коронка, зафиксированная временным цементом Provisol



Рис. 26 До и после процедур

Пациентка была направлена к протезисту для проведения финальной реставрации зуба 22.

Координаты для связи с автором:
contato@patrickbaltieri.com.br; patrickbaltieri@patrickbaltieri.com.br; www.patrickbaltieri.com.br – Патрик Балтиери

+38-41_Profi_Angelus+Angelus_44.indd 40 24.06.13 20:09

ANGELUS - стекловолоконная продукция

INTERLIG

Плетеная стекловолоконная лента,
наполненная светоотверждаемым композитом





ПРИМЕНЕНИЕ

- Шинирование в пародонтологии и травматически поврежденных зубов
- Прямое адгезивное изготовление временных ортопедических конструкций
- Усиление больших реставраций

Лучшее решение для шинирования и изготовления временных протезов в пародонтологии

- **Легко резать:** не требуется специальных ножниц
- **Готовы к использованию:** экономит время и материалы
- **Стекловолокно:** высокая прочность на изгиб
- **Плетеное стекловолокно:** легко адаптируется
- **В специальной гермитичной упаковке,** защищающей от светового и теплового воздействия

ВРЕМЕННЫЕ МОСТЫ



Понтик: установка натурального зуба

ПАРОДОНТАЛЬНОЕ ШИНИРОВАНИЕ



Язычный вид | Фронтальный вид

REFORPOST – стекловолоконные штифты

Стекловолоконные внутрикорневые штифты
параллельной формы с коническим концом



ПРИМЕНЕНИЕ

- усиление и удерживание постэндодонтических реставраций

С памятью формы

- **Имеет параллельную форму с бороздками:** лучшее удерживание
- **Металлический тонкий стержень:** обеспечивает X-ray визуализацию
- **Продольные волокна:** при необходимости легко удалить
- **При использовании Peeso (Largo) дриллей для подготовки:** легкая препассовка
- **Высокая концентрация волокон:** выдающаяся механическая прочность
- **Модуль эластичности близок к дентину зубов:** снижен риск поломки корня
- **Конический кончик:** меньшее удаление твердых тканей апикальной трети канала
- **Прямое использование:** экономия времени и снижение стоимости процедуры

Реклама

angelus®

www.angelus.ind.br

+38-41_Profi_Angelus+Angelus_44.indd 41 01.07.13 18:53

Применение гидроксиапатита кальция в составе средств гигиены полости рта

Резюме. Гидроксиапатит кальция – основной минерал костной ткани и твердых тканей зуба. Компания ООО «Сплат-Косметика» разработала высокоэффективные средства гигиены полости рта, содержащие аморфный гидроксиапатит кальция.

Ключевые слова: гидроксиапатит кальция; гигиена полости рта; минерализация; эмаль; дентинные канальцы; зубная паста.

The use of calcium hydroxyapatite in the oral hygiene

Summary. Calcium hydroxyapatite – the main mineral of bone and hard tissues of the tooth. The company Splat-Cosmetics has developed a highly effective oral hygiene products containing amorphous calcium hydroxyapatite.

Keywords: calcium hydroxyapatite; oral hygiene; mineralization; enamel; dentin tubules; toothpaste.

Гидроксиапатит кальция – основной минерал костной ткани и твердых тканей зуба. Более того, практически все жидкости организма (кроме спинномозговой и панкреатического сока) – сыворотка крови, слюна, желчь, молоко, моча, лимфа, серозная жидкость и др. – насыщены или перенасыщены гидроксиапатитом [4].

Твердые ткани зуба (эмаль и дентин) состоят из органической и минеральной частей. В органический компонент, называемый остеоидом, входят коллаген и неколлагеновые белки. Минеральную часть составляет гидроксиапатит кальция, который постоянно обновляется [1]. Слюна – комплексная биологическая жидкость, обеспечивающая минерализацию зубов после их прорезывания и оптимальный состав при функционировании.

Минерализующая функция слюнных желез – одна из главных. В ее основе лежат механизмы, поддерживающие состояние динамического равновесия в составе эмали и слюны, т.е. баланс двух процессов – растворение гидроксиапатита эмали и его образование [5].

В слюне практически здоровых людей обнаружены как крупнодисперсные, так и коллоидно-дисперсные (аморфные) частицы гидроксиапатита кальция, от количества, устойчивости и размеров которых зависит минерализующая функция слюны. Их стабилизация в слюне осуществляется высокомолекулярными соединениями – гликопротеидами. В силу своей высокой поверхностной активности они способны адсорбироваться на коллоидных частицах, проявляя защитное действие и препятствуя агрегации (слипанию частиц) [6]. Повышенная вязкость слюны и наличие в ней большого количества осадка у лиц с активным кариесом обусловлены более интенсивной коагуляцией (сильная агрегация) коллоидных частиц гидроксиапатита кальция по сравнению с кариесрезистентными лицами [3]. Таким образом, основной механизм поддержания гомеостаза минерального обмена во рту – состояние перенасыщенности слюны аморфными коллоидно-дисперсными частицами гидроксиапатита кальция.

В состав средств гигиены полости рта для чувствительных зубов часто вводят фосфаты кальция для эффективного снижения чувствительности. Активные фосфаты кальция минерализуют эмаль и закрывают дентинные канальцы. Одна из наиболее эффективных форм фосфатов кальция – аморфный наногидроксиапатит кальция [2]. Преимущество применения наночастиц аморфного гидроксиапатита кальция в том, что они участвуют в природном механизме минерализации зубов. Ведь если наночастицы представляют собой кристаллы, они не могут влиять на динамическое равновесие растворения и минерализации гидроксиапатита эмали, другими словами, малоэффективны для укрепления эмали и снижения гиперчувствительности зубов.

Компания ООО «Сплат-Косметика» разработала высокоэффективные средства гигиены полости рта, содержащие аморфный гидроксиапатит кальция с размером частиц 5–10 нм. По физико-химическим характеристикам он схож с естественным, присутствующим в слюне. Основные его отличия от фосфатов кальция, производимых другими компаниями и позиционируемых как нанодисперсный гидроксиапатит, – сверхмалый размер частиц (**рис. 1**) и аморфное состояние, позволяющее веществу гораздо легче, по сравнению с кристаллическим, переходить в ионизированную форму под воздействием естественных факторов.

Функции гидроксиапатита кальция в составе средств гигиены полости рта

- Выполняет естественную минерализующую функцию слюны: благодаря сверхмалым размерам частицы аморфного гидроксиапатита кальция легко проникают вглубь эмали, принимая участие в ионно-обменных процессах, восстанавливая поврежденные участки и тем самым уплотняя ее. Они возвращают эмали гладкость, делают ее более устойчивой к воздействию бактерий зубного налета и образованию кариозных пятен, в значительной степени понижают чувствительность зубов, а также предотвращают их окраску, вызываемую внешними факторами (кофе, сигареты и пр.).

42-44_Profi_Splat_Splat_44.indd 42 24.06.13 20:17

SPLAT представляет мировую инновацию – ОЧИЩАЮЩИЕ ПЕНКИ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА 2 В 1 серии EXPRESS



БЫСТРОЕ ОЧИЩЕНИЕ, ЭФФЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА И ДЛИТЕЛЬНАЯ СВЕЖЕСТЬ ДЛЯ ТЕХ, КТО ЖИВЕТ АКТИВНО

Перекусы в течение дня, как правило, представляют собой продукты, богатые простыми углеводами. В этих случаях даже небольшой перекус или выпитый напиток приводят к снижению pH слюны, значительному ускорению процесса образования зубного налета и, как следствие, увеличению риска возникновения кариеса.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА В МИРЕ ПРЕВЫШАЕТ 99%!

Мы нашли эффективный способ профилактики кариеса – очищающие пенки SPLAT серии EXPRESS со вкусом малины и мяты представляют собой уникальное сочетание ферментов и экстрактов лакричника, граната, облепихи и геля алоэ вера. Прополощите пенкой рот в течение 5 минут и сплюньте. Уникальный комплекс натуральных компонентов мгновенно нормализует pH, освежит дыхание, удалит мягкий зубной налет и замедлит его образование, что значительно снизит риск развития кариеса.
Компактный флакон позволяет всегда держать пенку под рукой и использовать ее в любой момент в течение дня.



Реклама

Ингибирование образования зубного налета до 95%

Безопасное антибактериальное действие

Нормализация pH ротовой жидкости за 5 секунд

Повышение эффективности лечения гингивита

ООО "СПЛАТ-КОСМЕТИКА" www.splat.ru

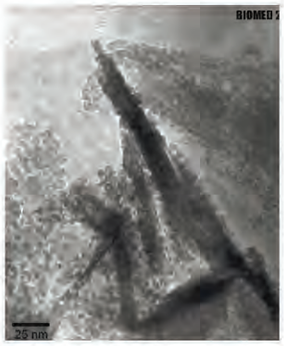


Рис.1 Аморфный гидроксиапатит кальция с размером частиц 5–10 нм

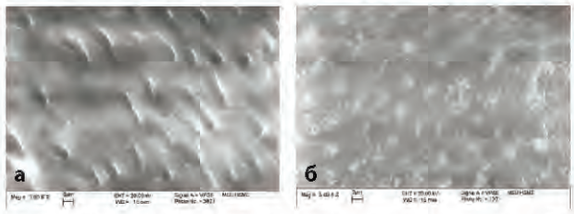


Рис. 2 Поверхность обнаженного дентина корня зуба: а) необработанная; б) обработанная зубной пастой «SPLAT Professional Biocalcium/Биокальций». Ув. х 5000

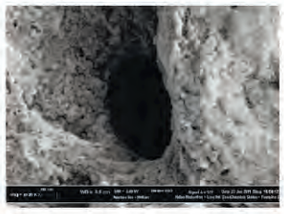


Рис. 3 Поперечный срез дентина с открытым дентинным канальцем. Ув. х 90 000

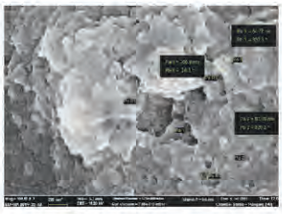


Рис. 4 Поперечный срез дентина с заполненными дентинными канальцами. Ув. х 100 000

- Способствует удалению налета, поглощая его основные компоненты и облегчая их смывание и удаление из полости рта.
- Оказывает длительное противовоспалительное действие, адсорбируя микробные тельца и препятствуя развитию гнойно-воспалительных процессов.
- Играет роль носителя и пролонгатора активных компонентов, ароматизаторов и вкусовых добавок [2].

Одной из первых зубных паст, содержащих наночастицы гидроксиапатита кальция в аморфной форме, была «SPLAT Professional Biocalcium/Биокальций». Результаты расширенных клинических испытаний, проведенных на базе МГМСУ и СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, свидетельствуют о ее выраженных лечебно-профилактических свойствах. Данные сканирующей электронной микроскопии (**рис. 2**) подтверждают противокариозную эффективность этой зубной пасты с гидроксиапатитом кальция и ее способность снижать повышенную чувствительность зубов. Кристаллы гидроксиапатита кальция формируются на поверхности эмали, способствуя ее реминерализации и восстановлению начальных кариозных поражений. Кроме того, при контакте с поверхностью обнаженного дентина они закупоривают концы открытых дентинных канальцев, уменьшая симптомы гиперестезии, в том числе при обнажении корней зубов.

Специалисты компании ООО «Сплат-Косметика» совместно с учеными СПбГМУ провели дополнительные электронные микроскопические исследования зубных паст с высоким содержанием (более 2%) наночастиц аморфного гидроксиапатита кальция и установили: частицы зубной пасты достаточно мелкого размера способны проникать через входные отверстия дентинных канальцев с диаметром от 0,2 до 4 нм, а также достаточно глубоко продвигаться вглубь канальцев, обеспечивая стойкую обтурацию. На **рис. 3** представлен поперечный срез дентинного канальца, внутренняя полость которого пустая. После однократного применения зубной пасты хорошо видно, что вся внутренняя полость канальцев заполнена (**рис. 4**). Десенситивная эффективность в данном исследовании после 1 нед применения зубной пасты составила 33,3% и достигла 70,4% после 4 нед использования (**рис. 5**).

Сегодня компания ООО «Сплат-Косметика» значительно расширила список продуктов, содержащих наночастицы аморфного гидроксиапатита кальция. Это зубные пасты «SPLAT Professional Arcticum/Арктикум», «SPLAT Professional Ultracomplex/Ультракомплекс», «SPLAT Special Dream/Мечта», «SPLAT Special Sea minerals/Морские минералы», «SPLAT Special Siberry/Сибирские ягоды», Iney Wind, Iney Dream, Iney Magic, Pro-Whiter Regular, Pro-Whiter Intensive.

В последнее время обострилась проблема повышенной чувствительности зубов. Ее могут решить только средства гигиены полости рта, укрепляющие эмаль и закрывающие дентинные канальцы. К одним из наиболее эффективных относятся средства гигиены полости рта, содержащие наночастицы аморфного гидроксиапатита кальция.

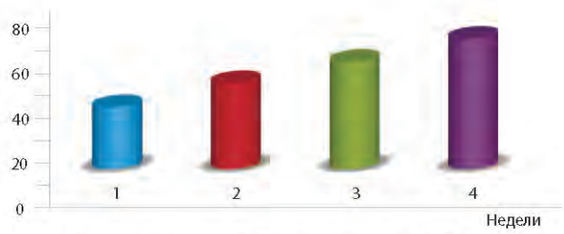


Рис. 5 Десенситивная эффективность зубной пасты, содержащей более 2% аморфного наногидроксиапатита кальция, %

Координаты для связи с авторами:
+7 (495) 725-66-38; факс: +7 (495) 649-66-38;
office@splat.ru – компания «Сплат-Косметика»

Список литературы находится в редакции.

42-44_Profi_Splat_Splat_44.indd 44 24.06.13 21:05

Качественные ручные инструменты – успех профессиональной гигиены

Ольга Яковлева, гигиенист стоматологический, лектор клинического учебного центра «БиоСан ТМС» (Москва)

Резюме. Успех профессиональной гигиены базируется на правильном применении инструментов в области имплантатов и абатментов. Для этого в клинической практике используют определенный спектр ручных инструментов. В данной статье они рассмотрены на примере продукции одного из лидеров стоматологического рынка – компании American Eagle Instruments.

Ключевые слова: профессиональная гигиена; гигиенист стоматологический; ручные инструменты; имплантат; переимплантит; воспаление.

High-quality hand tools – the success of occupational health

Olga Yakovleva, Dental Hygienist, Clinical Lecturer at the Training Center BioSun TMS (Moscow)

Summary. The success of occupational health is based on the correct use of tools in the field of implants and abutments. To do this, in clinical practice, a certain range of hand tools. In this article, they are considered by the example of the production of one of the leaders in the dental market – the company's American Eagle Instruments.

Keywords: occupational health; dental hygienist; hand tools; implants; pereimplantit; inflammation.

Работа гигиениста стоматологического занимает не менее 50% всего процесса лечения, проводимого врачом-стоматологом. Поэтому мысли гигиениста должны быть сосредоточены на пациенте, а не на том, готовы ли инструменты к работе, не тупые ли они, достаточно ли крепкие, чтобы не сломаться во время процедуры. Успех профессиональной гигиены базируется на правильном применении инструментов в области имплантатов и абатментов. Для этого в клинической практике используют определенный спектр ручных инструментов, называемых имплакерами. В данной статье они рассмотрены на примере продукции одного из лидеров стоматологического рынка – компании American Eagle Instruments. Ее титановые ручные инструменты совместимы с имплантатами всех видов, не повреждают их поверхность, сохраняют первоначальную остроту режущей кромки на протяжении длительного срока службы. Инструменты прошли продолжительные клинические испытания и заслужили признание многих ведущих врачей-стоматологов и гигиенистов.

В данной работе мы продемонстрируем на клинических примерах различные начальные стадии переимплантита и предложим варианты использования современных титановых ручных инструментов компании American Eagle Instruments для терапевтического консервативного лечения, направленного на профилактику дальнейших осложнений.

Установка зубных имплантатов – единственное на сегодняшний день средство, которое позволяет предотвратить утрату костной ткани альвеолярных отростков челюстей после потери естественных зубов. В XXI в. дентальная имплантология шагнула далеко вперед: разнообразные имплантационные системы, высокий процент приживаемости и практически отсутствие противопоказаний. Сейчас поставить имплантат для многих не проблема. Проблема в другом: далеко не все знают, как правильно ухаживать за «новыми зубами». Большинство людей ошибочно полагают, что это искусственная структура, которой не грозят ни кариес, ни пульпит. Эти неприятности, может, и не грозят, зато в несколько раз возрастает риск возникновения проблем с пародонтом. Поэтому при наличии имплантатов индивидуальная гигиена полости рта должна быть особо тщательной. Ведь на искусственных коронках зубные отложения фиксируются столь же хорошо, как на эмали и дентине естественных зубов. Искусственные зубы также необходимо чистить зубной щеткой и пастой не менее 2 раз в день – утром после еды и вечером перед сном. Иногда возникает необходимость регулярно использовать ершики и суперфлоссы, специально предназначенные для гигиены различных ортопедических конструкций. Суперфлоссы шире, чем обычные флоссы, что позволяет удалять остатки пищи и налета в достаточно крупных, но труднодоступных местах, например, в промывных пространствах мостовидных протезов. Для тех, у кого в полости рта имеются искусственные коронки, мостовидные протезы (на имплантатах или нет), обязательным средством гигиены становится использование ирригатора. Он более качественно удаляет остатки пищи из межзубных промежутков и труднодоступных мест искусственных конструкций, воздействуя на мягкие ткани пародонта, улучшает кровообращение и трофику, что крайне важно при наличии имплантатов.

И наконец, минимум раз в полгода необходимо посещать гигиениста стоматологического для проведения

+45-47_Profi_AME+AME_44.indd 45 24.06.13 20:20

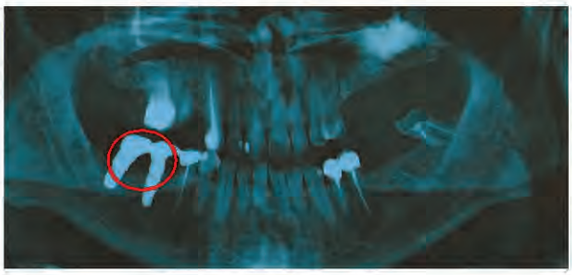


Рис. 1



Рис. 2

профессиональной и коррекции индивидуальной гигиены полости рта. Только при соблюдении всех этих условий имплантаты прослужат вам всю жизнь ничуть не хуже, чем собственные зубы.

Какие проблемы могут возникнуть с имплантатами и как их решить?

Одна из главных – переимплантит, или воспаление тканей, окружающих зубной имплантат. Относится к осложнениям позднего послеоперационного периода после имплантации, когда происходит процесс срастания имплантата и кости челюсти. Это заболевание характеризуется воспалением окружающих мягких тканей, в дальнейшем происходит разрушение костной ткани челюсти вокруг имплантата. Пациенты жалуются на образование припухлостей, кровотечение, болезненные ощущения в области имплантатов. Если не провести грамотное лечение на начальном этапе, заболевание переходит в хроническое. Дальше инфекция «расплавляет» костную ткань челюсти, и имплантат становится подвижным (**рис. 1**). Заболевание возникает из-за попадания инфекции в зону супраструктуры имплантата. Такое возможно при несоблюдении правил гигиены, наличии воспаления в соседнем зубе (**рис. 2**), неточности изготовления коронки на имплантат и т.д.

Однако зачастую все это происходит из-за неквалифицированного подхода гигиениста стоматологического к уходу за имплантатами и его контролю, подбору гигиенических средств, проведению профессиональной гигиены. На начальной стадии лечение переимплантита включает противовоспалительную терапию – очистку от налета, обработку антибактериальными растворами, постоянный гигиенический уход.



Рис. 3

Технологии профессиональной гигиены, как и зубного протезирования, за последние несколько лет шагнула далеко вперед. Например, сегодня процедуру удаления зубного камня с искусственных коронок и рут планинг – очистку корня – производят по технологии SRP. Эта техника сочетает использование ультразвукового аппарата и специально разработанных ручных инструментов, которые снижают болевые ощущения и направлены на профилактику осложнений в пародонте. Но именно от грамотно подобранного ручного инструмента и корректно выполненных манипуляций зависит конечный результат.

Преимущества механического метода удаления зубных отложений ручными инструментами:

- формирование максимально гладкой поверхности;
- очищение большей площади за одно движение инструмента;
- уменьшение риска инфицирования полости рта вследствие отсутствия водно-воздушной смеси;
- возможность проведения профессиональной гигиены у пациентов с имплантатами, искусственными коронками;
- экономичность метода.

Кровотечение во время зондирования – сигнал, что ткань воспалена. Но какова причина кровоточивости? Связано ли кровотечение вокруг коронки с ее дефектным краем? Есть ли другие факторы риска? Ответы на эти вопросы зачастую лежат в использовании некачественных или тупых инструментов.

Преимущества титановых ручных инструментов American Eagle:

- медицинский титан совместим с титановыми имплантатами всех видов;
- эргономичный дизайн пластмассовых рукояток Eagle Lite TM уменьшают усталость рук (**рис. 3**);
- длительное время сохраняющая остроту режущая кромка позволяет убирать зубной камень быстрее, с меньшей силой и давлением;
- сокращение времени пребывания пациента в кресле создает более комфортные условия и ему, и гигиенисту.

Наличие в арсенале специалиста качественных инструментов, а также навыки их использования и ухода за ними способны значительно повысить эффективность работы и ускорить время проведения манипуляций. А сэкономленное время лучше уделить обучению пациентов индивидуальной гигиене.

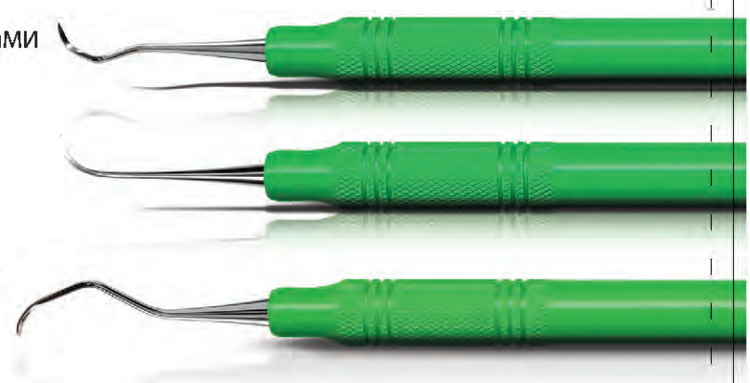
Координаты для связи с автором:
+7 (495) 946-46-09 – Яковлева Ольга Владимировна

+45-47_Profi_AME+AME_44.indd 46 24.06.13 20:20

AMERICAN EAGLE INSTRUMENTS® INC

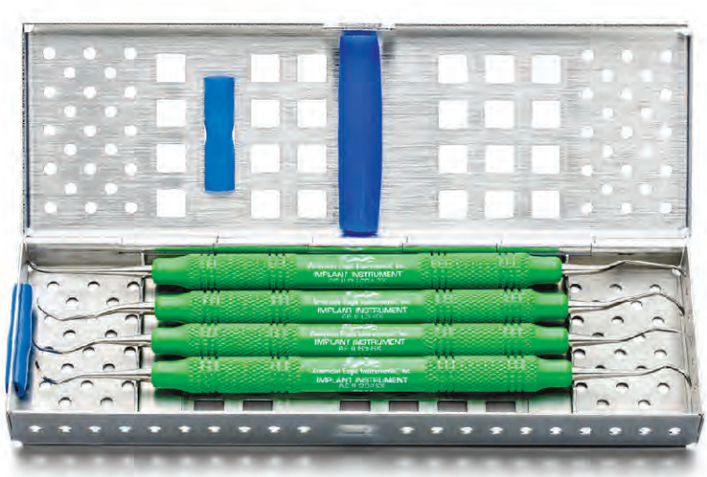
TITANIUM IMPLANT INSTRUMENTS

- Медицинский титан, совместим со всеми видами титатновых имплантов
- Пластмассовые рукоятки EagleLiteTM имеют уникальный эргономичный дизайн, который позволяет уменьшить усталость рук
- В комплекте, а также, раздельно



Набор инструментов для гигиенической очистки имплантов

- AEIIB5-6X – Barnhart 5-6 (моляры)
- AEII204SX – 204S (моляры)
- AEIIN128-L5X – Nebraska 128/Langer 5 (фронтальные)
- AEIIL3-4X – Langer 3-4 (моляры)
- Cassete SST



Продукция сертифицирована
РУ ФСЗ 2011/11128
РУ ФСЗ 2011/11129

Made in USA.

Реклама

МЕДЕНТА

Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»
123308, Москва, Новохорошевский проезд 25, тел./факс: +7 (499) 946-4610,
тел.: +7 (499) 946-4609, 946-3999, zakaz@medenta.ru, www.medenta.ru

Профессиональная профилактика в практике стоматолога



Врач-стоматолог **Наталия Иванкина**, гигиенист-пародонтолог, лектор образовательных программ компании Dentsply™ на Украине и в странах СНГ

Клиника Naturelle dental clinic (Киев)

Резюме. Профессиональная и индивидуальная профилактика в сотни раз уменьшает количество возможных осложнений после стоматологического лечения всех видов. Чаще всего для профилактики стоматологических заболеваний врач-гигиенист проводит профессиональную гигиену полости рта. Во время этой процедуры необходимо не только качественно очистить зубы от налета, но и провести меры по профилактике его образования, в частности, полировку пломб, тщательный уход за проблемными зубами, имеющими оголенный корень, и за зубами, восстановленными с помощью коронок, виниров, имплантатов. Магнитострикционная техника ультразвукового скейлинга с помощью аппаратов Cavitron® от Dentsply™ доставляет удовольствие врачу и обеспечивает комфорт пациентам.

Ключевые слова: профилактика; безопасность; профессиональная гигиена; полость рта; скейлинг.

Professional practice in the prevention of a dentist

Dentist **Natalia Ivankina**, hygienist periodontist, a lecturer of educational programs of Dentsply™ in Ukraine and CIS countries

Naturelle dental clinic (Kiev)

Summary. Professional and personalized prevention hundreds of times reduces the number of possible complications following dental treatment of all kinds. Most often, for the prevention of dental diseases physician-hygienist conducts professional oral hygiene. During this procedure, you must not only qualitatively clean the teeth of plaque, but also to prevention of its formation, in particular, polish fillings, careful care of the problem teeth that have bare root, and for teeth restored with crowns, veneers, implants . Magnetostrictive ultrasonic scaling technique using devices from Dentsply™ Cavitron® pleasure doctor and provides comfort to patients.

Keywords: prevention; safety; occupational health; oral cavity; scaling.

Профилактика – своего рода философия. В повседневной жизни мы называем профилактику безопасностью, а согласно пирамиде потребностей Маслоу, безопасность стоит на втором уровне приоритетов после физиологических потребностей. Например, зимой мы одеваемся теплее, чтобы не переохладиться, – это профилактика простудных заболеваний. При вождении автомобиля не употребляем алкогольных напитков и пристегиваемся ремнем для профилактики травм и дорожных аварий. Чтобы достать горячее блюдо из духовки, используем специальную рукавичку – для профилактики ожогов.

Давайте и на современную стоматологию посмотрим с профилактической точки зрения. Сегодня тенденции стоматологического приема должны быть направлены не только на улучшение здоровья пациентов, но и на безопасность этого здоровья. Развивать лишь реконструктивную стоматологию, не уделяя внимания стоматологии профилактической, все равно что вместо вакцины от полиомиелита (внимание обращено на причину) изобретать все новые и новые инвалидные коляски для больных (внимание обращено на симптом). Ведь любая современная ортопедическая конструкция, будь то винир или безметалловая коронка на имплантате, по большому счету, протез. Инвалидная коляска для утраченного здоровья органа по имени зуб. И какими бы красивыми и высокоэстетичными ни были эти конструкции, они все равно останутся протезами, или инвалидными колясками. Поэтому для каждого врача профессиональная профилактика должна стать философией деятельности. *«Больше профилактики – меньше вмешательства!»* – таков девиз стоматологии XXI века.

Основные вопросы, которые должны беспокоить современного врача: *«Как я могу устранить причины заболевания?»* и *«Как я могу предотвратить болезнь в будущем?»*. Но пока, к сожалению, в приоритете иные вопросы: *«Как я могу восстановить разрушенные зубы?»* или *«Сколько это будет стоить?»*.

В нашей клинике мы предлагаем комплексное лечение, в котором пальма первенства отдана профессиональной профилактике.

+48-51_Profi_Dentsply+Dentsplay_44.indd 48 24.06.13 20:22

Почему-то у многих людей (в том числе врачей) профилактика в стоматологии ассоциируется только с чисткой зубов. На самом же деле стоматологи должны помнить следующие правила:

- сама по себе чистка зубов не гарантирует здоровье полости рта;
- здоровая полость рта – это не только зубы без кариеса;
- лишь в единичных и исключительных случаях домашняя гигиена обеспечивает полное отсутствие налета;
- на возникновение и развитие кариеса оказывают влияние множество факторов, которые действуют на ткани зубов опосредованно, через зубной налет;
- микрофлора пародонтальных карманов недоступна для зубной щетки.

Следовательно, профилактическая стоматология – гораздо более широкое понятие, чем это принято у нас. В Европе и США ей уделяют огромное внимание на уровне государства, профессия гигиениста очень востребована. В нашей же стране такие программы по профилактике пока лишь проходят стадии либо разработки, либо апробации. Поэтому каждый врач должен самостоятельно обучать пациентов методам профилактики стоматологических заболеваний. Доказано, что профессиональная и индивидуальная профилактика в сотни раз уменьшает количество возможных осложнений после стоматологического лечения всех видов – от постановки фотополимерной пломбы до проведения сложных хирургических вмешательств. Элементарное обучение пациента уходу за послеоперационной раной минимизирует воспалительные реакции в зоне операции. Назначение минерализующих средств человеку с брекет-системой предотвращает кариес во время ортодонтического лечения.

Именно поэтому я уделяю достаточно времени общению с пациентами: в понятной для них форме доношу полезную информацию, обучаю необходимым мануальным навыкам. Если пациент не выполняет моих требований по домашнему уходу, я не могу гарантировать результат. Это особенно важно для лиц с пародонтологическим статусом [1]. Но, несмотря на простоту моих назначений, многие зачастую не прислушиваются к ним. Напрашивается вопрос: если человек перенес инфаркт миокарда и врач назначил ему лечение, будет ли пациент следовать рекомендациям специалиста? Без сомнения! Потому что понимает: цена назначений доктора не только здоровье, но порой и жизнь. Так отчего же столь халатно люди относятся к предписаниям стоматолога? Ведь их грамотное выполнение в не меньшей степени влияет на здоровье.

Каждый день я принимаю пациентов с различными заболеваниями. И это не только вторичная адентия, пародонтит или кариес. Часто пациенты помимо стоматологического заболевания имеют сопутствующие болезни, такие как гипертония, сахарный диабет, нарушение обмена веществ, заболевания эндокринной системы и ЖКТ. Чтобы стоматологическое лечение имело положительный результат, его необходимо проводить параллельно с лечением основного заболевания. Пациенты, прошедшие в нашей клинике комплексный курс, восстанавливают свое стоматологическое здоровье. Для этого они сотрудничают как со стоматологом, так и с лечащим врачом (по сопутствующему заболеванию).

Как правило, для профилактики стоматологических заболеваний я провожу профессиональную гигиену полости рта. Во время этой процедуры необходимо не только качественно очистить зубы от налета, но и осуществить меры по профилактике его образования, в частности, полировку пломб, тщательный уход за проблемными зубами, имеющими оголенный корень, и за восстановленными зубами – коронками, винирами, имплантатами.

Особое внимание стоит уделять ультразвуковому методу снятия налета. От выбора ультразвуковых аппаратов напрямую зависит не только скорость работы специалиста, но и наличие рекламаций как во время снятия налета, так и спустя некоторое время после процедуры [3, 4].

Уже третий год я применяю магнитострикционную технику ультразвукового скейлинга с помощью аппаратов Cavitron® производства компании Dentsply™. На сегодняшний день трудно найти лучший прибор в этом сегменте. Особой популярностью пользуется портативный аппарат с резервуаром – Cavitron® Select™ SPS® (**рис. 1**). Он прост и понятен. Благодаря особенностям магнитострикционной технологии данных аппаратов техника скейлинга упрощается настолько, что работа доставляет удовольствие врачу и обеспечивает комфорт людям, пришедшим на прием.

Пациенты часто сравнивают мой кабинет с кабинетом косметолога, где все располагает к расслаблению в кресле. Иногда люди во время чистки засыпают. Конечно, речь не идет о первичной процедуре, проводимой сложным пациентам с пародонтологическим статусом или повышенной чувствительностью зубов. Но благодаря магнитострикционной технологии ультразвука даже сложные скейлинги стали намного приятнее для таких пациентов.



Рис. 1



Рис. 2

+48-51_Profi_Dentsply+Dentsplay_44.indd 49 24.06.13 20:22

Более того, сегодня я могу проводить процедуру без анестезии, потому что Cavitron® мягко и деликатно снимает налет, не вызывая болевых и дискомфортных ощущений у пациента. В этом аппарате есть также подогрев воды в наконечнике, благодаря чему пациенты с повышенной чувствительностью зубов на термические раздражители абсолютно спокойно приходят на скейлинг.

Следующий важный момент в работе пародонтолога – уход за отреставрированными зубами. Здесь речь идет о грамотном снятии налета с искусственных конструкций: виниров, коронок, брекетов, пломб, а также с имплантатов. В данном случае совершенно недопустимо использовать металлические насадки для ультразвуковых аппаратов [2]. В аппарате Cavitron® есть специальная насадка с одноразовыми пластиковыми колпачками, которые бережно снимают налет, не повреждая ни структуру зуба, ни материал, из которого он восстановлен (**рис. 2**). Чистка зубов становится мягкой и атравматичной. Этой насадкой можно пользоваться и при повышенной чувствительности зубов, наличии брекет-систем, временных коронок.

Клинический пример № 1

Пациентка О. пришла в клинику для проведения профессиональной гигиены полости рта. Последний раз посещала гигиениста 6 мес назад. Пациентке было проведено тотальное протезирование полости рта керамическими конструкциями. На зубах фронтальной группы нижней челюсти – керамические виниры (**рис. 3, а**). Проведена профессиональная гигиена на аппарате Cavitron® Select™ SPS® 30K с использованием желтой насадки для ультразвукового скейлинга, воздушно-абразивная полировка зубов, полировка реставраций, антисептическая обработка полости рта, минерализация зубов (**рис. 3, б**). Назначен визит к гигиенисту через 6 мес.

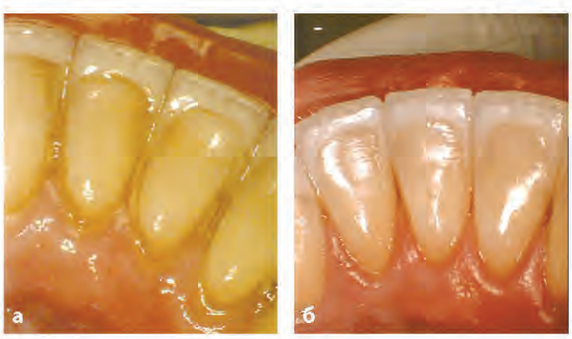


Рис. 3

Клинический пример № 2

Пациентка Е. обратилась в клинику с просьбой о проведении профессиональной гигиены полости рта. Последний раз посещала гигиениста 2 мес назад. Данная пациентка проходит ортодонтическое лечение при помощи вестибулярной брекет-системы (**рис. 4, а**). Проведена профессиональная гигиена на аппарате Cavitron® Cavitron® Select™ SPS® 30K: с оральной поверхности зубов с использованием насадки FSI® 1000 для ультразвукового скейлинга, с вестибулярной поверхности – с помощью желтой насадки, воздушно-абразивная полировка зубов, антисептическая обработка полости рта, минерализация зубов (**рис. 4, б**). Следующий визит к гигиенисту назначен через 2 мес.

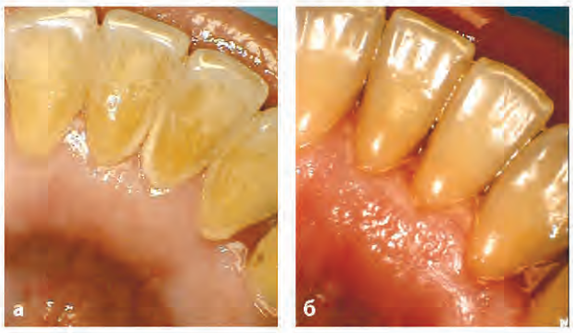


Рис. 4

Клинический пример № 3

Пациентка В. пришла в клинику для проведения профессиональной гигиены полости рта. Последний раз посещала гигиениста 3 мес назад. На зубах фронтальной группы нижней челюсти – обильный плотный пигментированный налет курильщика (**рис. 5, а**). Проведена профессиональная гигиена на аппарате Cavitron® Select™ SPS® 30K с использованием насадок FSI® 3 и FSI® 1000 для ультразвукового скейлинга, воздушно-абразивная полировка зубов, полировка корней зубов, антисептическая обработка полости рта, минерализация зубов. Следующий визит к гигиенисту рекомендован через 3 мес.

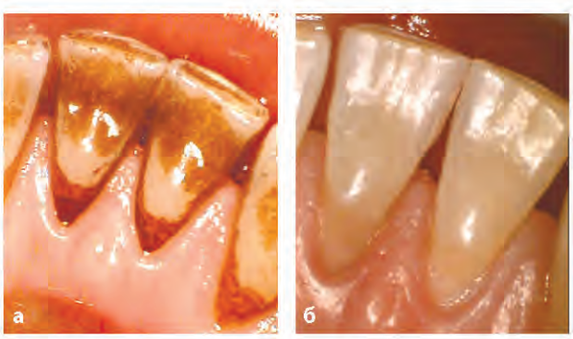
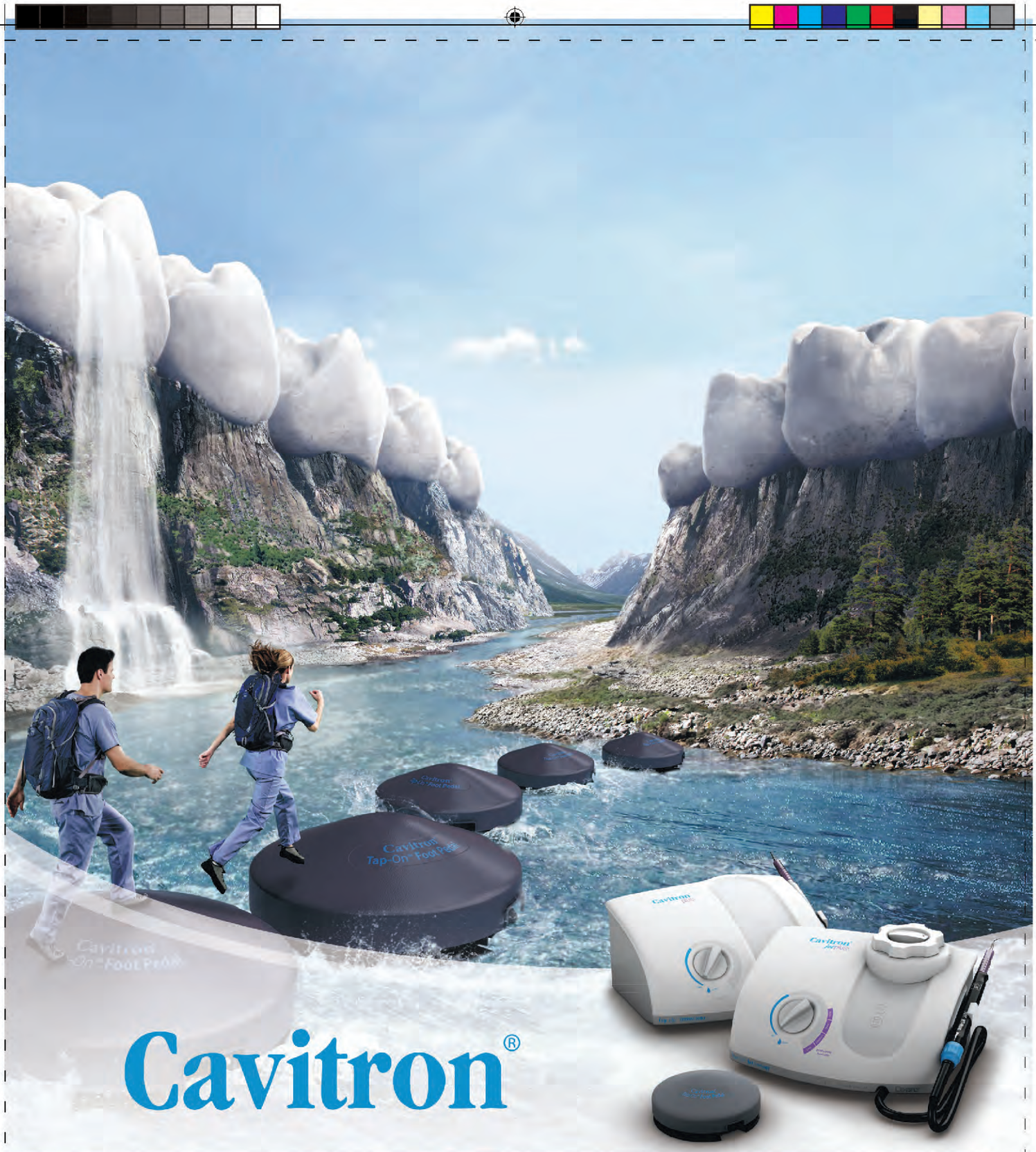


Рис. 5

Координаты для связи с автором:
+38 (044) 353-00-00, +38 (044) 484-36-27 (факс); info@naturelle.com.ua – Иванкина Наталия

Список литературы находится в редакции.

+48-51_Profi_Dentsply+Dentsplay_44.indd 50 24.06.13 20:22



НОВИНКА! Инновации в ультразвуковом скейлинге:

- **Tap-On™ Technology создана для удобства работы гигиениста**
  Однократное нажатие на педаль активирует или деактивирует работу скейлера
- Режим "автоматического цикла" позволит повысить Вашу эффективность в несколько раз
- Дополнительные параметры мощности позволяют легко избавиться от зубного камня
- Расширенная «Голубая зона» обеспечивает комфортный скейлинг для пациента
- SPS® (система стабильных эксплуатационных показателей) стабилизирует частоту и интенсивность воздействия инструмента на всех уровнях мощности

К лучшей стоматологии

DENTSPLY

Dentsply Russia Limited | Проспект мира, дом 6 | Москва | 129090 | Россия
Тел: +7 (495) 988-28-08 | Факс: +7 (495) 988-28-09

Реклама

+48-51_Profi_Dentsply+Dentsplay_44.indd 51 01.07.13 18:31

Procter & Gamble: новая концепция взаимоотношений с профессиональным стоматологическим сообществом

Резюме. Каковы сегодня тенденции внутренней политики компании Procter & Gamble, направления сотрудничества с профессиональным стоматологическим сообществом, как они будут реализовываться? Об этом главный редактор официального сайта СтАР Юлия Кузовкова спросила у руководителя департамента научных стоматологических программ в Восточной Европе Маргариты Кобахидзе.

Ключевые слова: компания; сотрудничество; стоматологическое сообщество; профилактика; разработки; программа; конференция; студенты.

Procter & Gamble: a new concept of the relationship with the professional dental community

Summary. What are the current trends in the internal politics of Procter & Gamble, areas of cooperation with the professional dental community, how they will be implemented? This is the chief editor of the official website of Russian Dental Association Julia Kuzovkova asked the head of the Department of Dental Science Programs in Eastern Europe Margarita Kobahidze.

Keywords: company; partnership; dental community; prevention; development; program, conference; students.



II Универсиада по профилактике стоматологических заболеваний в МГМСУ (март 2013 г.)

Компания Procter & Gamble одна из первых вышла на российский рынок профилактических средств гигиены полости рта. Еще в начале 1990-х гг. совместно с возглавлявшим тогда СтАР профессором В.К. Леонтьевым были разработаны очень интересные направления сотрудничества. В 1994 г. СтАР заключила с Procter & Gamble долгосрочное соглашение, касающееся программы профилактики стоматологических заболеваний в общеобразовательных школах. Группа ученых под руководством О.Г. Авраамовой проделала гигантскую работу по ее внедрению в жизнь. Во время реализации рассчитанной на 10 лет программы целое поколение школьников в 123 городах России приобрело знания по профилактике стоматологических заболеваний. Затем произошел некоторый спад активности компании в вопросах сотрудничества с профессиональным стоматологическим сообществом. Но два года назад компания Procter & Gamble вернулась с новыми проектами. Каковы теперь тенденции внутренней политики, направления сотрудничества, как они будут реализовываться? Об этом главный редактор официального сайта СтАР **Юлия Кузовкова** спросила у руководителя департамента научных стоматологических программ в Восточной Европе (Исследовательский институт Blend-a-med & Oral-B, компания Procter & Gamble) **Маргариты Кобахидзе.**

+52-55_Ex_Cath_Prokter+P&G_44.indd 52 24.06.13 20:24

Юлия Кузовкова: *Маргарита, каковы задачи, поле деятельности, аудитория департамента профессиональных стоматологических программ (Исследовательский институт Blend-a-med & Oral-B)?*

Маргарита Кобахидзе: Наш департамент – это прежде всего команда профессионалов. Одной из главных своих задач мы считаем взаимодействие со стоматологическим сообществом. В основном деятельность департамента сосредоточена в России, однако у нас есть представительство на Украине, недавно мы начали работать в Казахстане. Наш отдел занимается «трансляцией» научных разработок в области здоровья полости рта, которые ведутся в лабораториях и исследовательских центрах компании. Мы также готовим информационные материалы для специалистов-стоматологов по новейшим технологиям в области профилактики стоматологических заболеваний, составляем лекционные программы, организуем мастер-классы, конференции, подбираем интересные статьи для стоматологической прессы и т.д.

Ю.К.: *Ваша деятельность предполагает лишь профилактическую направленность?*

М.К.: Сохранение стоматологического здоровья – это не только профилактика и оказание качественной медицинской помощи, но и непрерывное совершенствование врачами профессиональных навыков, т.е. постоянное обучение на курсах, семинарах, лекциях, общение с коллегами, чтение специализированной литературы.

Ю.К.: *Сегодня много говорят о внедрении принципов доказательной медицины в повседневную практику врача. Это предъявляет высокие требования к выбору рекомендуемых и используемых продуктов, в частности профилактических…*

М.К.: Эти принципы нам близки. Все наши технологии – результат многочисленных клинических и лабораторных исследований, в том числе независимых, которые проводятся по мировым стандартам. Procter & Gamble обладает собственными исследовательскими центрами (например, в Цинциннати, штат Огайо, США – на родине компании), лабораториями и экспериментальными производствами. Это позволяет нам уверенно и объективно говорить об эффективности и безопасности всех средств гигиены для полости рта, которые мы предлагаем стоматологам и их пациентам.

Ю.К.: *Компания P&G ведет в России обширнейшую образовательную программу, состоящую из многих направлений, – для студентов, врачей и гигиенистов, а также для специалистов других направлений и разных уровней подготовки. Расскажите, пожалуйста, об этом подробнее.*

М.К.: Исследовательский институт Blend-a-med & Oral-B – образовательный партнер специалистов в области стоматологии. Во-первых, мы проводим лекции для студентов-стоматологов и гигиенистов стоматологических, на которых не только рассказываем о технологиях компании, о том, как наши средства гигиены могут помочь пациентам, но и обращаем внимание на основные причины стоматологических заболеваний, на то, как строится доказательная медицина. Во-вторых, компания Procter & Gamble оказывает содействие в выпуске учебной литературы. Мы уже второй год поддерживаем инициативу Российского стоматологического общества (РСО) и издательского дома «Квинтэссенция» по изданию бесплатных учебников для студентов стоматологических факультетов.



Универсиада по профилактике стоматологических заболеваний в МГМСУ (клинический этап, 2011 г.)



Итоги конкуса «Стоматология в Интернете-2012»



Лекции Российского стоматологического общества на стенде Blend-a-med & Oral-B («Крокус-Экспо»-2012)

+52-55_Ex_Cath_Prokter+P&G_44.indd 53 24.06.13 20:24

В этом году многие слушатели получат учебник «Передовые технологии в оперативной стоматологии». Не без нашей помощи выходит в свет и учебная литература для практикующих врачей, например книга «Профилактика и лечение заболеваний пародонта в России». Мы стараемся выбирать издания, действительно интересные и полезные для специалистов разных направлений стоматологии. В-третьих, в прошлом году на базе кафедры стоматологии общей практики, возглавляемой профессором Л.Н. Максимовской, мы провели первую универсиаду по профилактике стоматологических заболеваний среди интернов. В нынешнем году состоялась вторая. Надеемся, эти мероприятия станут традиционными, потому что они помогают обратить внимание молодых специалистов на неотъемлемую часть стоматологического здоровья – профилактику. В-четвертых, мы всячески поддерживаем проведение научно-практических конференций для стоматологов всех направлений, а также для гигиенистов стоматологических. Компания – неизменный партнер дискуссионных клубов Российского стоматологического общества, которые дают профессионалам прекрасную возможность овладеть современными техниками, обменяться опытом с коллегами, найти новые пути сотрудничества. И, наконец, в-пятых. Вот уже второй год совместно с РСО мы организуем тренинги по навыкам эффективной презентации для стоматологов, зубных техников и гигиенистов, проводящих обучение в области стоматологии. Ценность этих занятий в том, что они дарят стоматологическому сообществу новых прекрасных лекторов. Ведь можно быть замечательным специалистом в своей области, но не уметь рассказать о собственных наработках, доступно передать бесценный опыт.

***Ю.К.:** Раньше считалось, что профилактика – область деятельности терапевтов и детских стоматологов. Как обстоят дела сегодня?*

М.К.: Приятно осознавать, что профилактика стоматологических заболеваний постепенно начинает приобретать прикладное значение. Все больше врачей-стоматологов различных направлений включают ее в свою ежедневную практику, понимая, что это необходима. Мы стараемся работать не только с гигиенистами, но и с терапевтами, ортодонтами, ортопедами, хирургами.

***Ю.К.:** Каковы у вашего департамента взаимоотношения с российской стоматологической научной средой?*

М.К.: В России сильная научная школа, и мы с ней оень активно сотрудничаем. Яркий пример – неоднократная поддержка конференции, которую организует заведующая кафедрой профилактики стоматологических заболеваний МГМСУ, профессор Э.М. Кузьмина. Procter & Gamble постоянно участвует и в других научно-практических симпозиумах и форумах. Некоторые средства гигиены, выпускаемые компанией, становятся объектами клинических исследований, и на их основании затем пишутся диссертации. Оказываем мы содействие и стоматологическим конкурсам, среди которых «Золотой Крокодил», чемпионат гигиенистов стоматологических. С 2013 г. компания выступает партнером интернет-конкурса на самый интересный клинический случай. Призом победителю в нем будет поездка на международную научную конференцию.

***Ю.К.:** Стоматология представляет собой сообщество профессионалов, объединенных общим делом, но имеющих разные интересы. Каковы принципы сотрудничества с многочисленными стоматологическими группами и организациями?*

М.К.: Со Стоматологической ассоциацией России мы, как правило, сотрудничаем в рамках научно-практических конференций. В этом году благодаря В.В. Садовскому планируем взять шефство над региональной учебной программой «СтАР – малым городам», которая позволит специалистам многих регионов страны повысить уровень своего мастерства в разных направлениях стоматологии. Конечно, продолжим поддерживать региональные научные конференции, а также впервые будем участвовать в двух конкурсах СтАР: «Клиническая пародонтология» и «Ортопедическая стоматология». Немало направлений сотрудничества и с Российским стоматологическим обществом: дискуссионные клубы, учебники для студентов, о которых я уже упоминала, конференции, тренинги, стоматологические журналы. Однако у председателя РСО В.В. Ордовского-Танаевского постоянно рождаются новые идеи. Так что, скорее всего, на этом мы не остановимся. С профессиональным обществом гигиенистов стоматологических нас также связывают конференции и чемпионаты. В 2013 г. планируется и проведение мастер-классов в рамках региональных конференций.

***Ю.К.:** Какие именно регионы России охвачены вниманием вашего департамента? Что за работа в них проводится, есть ли планы на перспективу?*

М.К.: Мы стараемся охватывать своими программами бóльшую часть России. О нас знают не только в Москве и Санкт-Петербурге, но и в Смоленске, Твери, Краснодаре, Ростове-на-Дону, Нижнем Новгороде, Казани, Перми, Самаре, Омске, Новосибирске, Челябинске, Туле, Екатеринбурге, Воронеже, Оренбурге, Уфе, Волгограде. Надеюсь, в следующем году получится провести мероприятия на Дальнем Востоке. Постоянно растет и число посетителей дискуссионных клубов РСО. Очень приятно осознавать, что наш труд находит отклик со стороны стоматологического сообщества.

Координаты для связи с авторами:
www.e-stomatology.ru – сайт СтАР; **+7 (495) 258-58-88; факс: + 7 (495) 258-58-00** – компания Procter & Gamble

+52-55_Ex_Cath_Prokter+P&G_44.indd 54 24.06.13 20:24

Oral-B®

2 ПОДВИЖНЫЕ СТОРОНЫ, 1 - СУПЕРЧИСТКА!*

УДАЛЯЕТ БОЛЬШЕ НАЛЕТА ВДОЛЬ ЛИНИИ ДЁСЕН*







Зубная щётка Oral-B PRO-EXPERT Clinic Line Pro-Flex обладает непревзойденной эффективностью* в отношении удаления зубного налёта, благодаря щетинкам CrissCross®, расположенным под углом 25°, и технологии Pro-Flex, позволяющей щётке адаптироваться к индивидуальным особенностям строения полости рта.

*по сравнению с обычной мануальной зубной щёткой при регулярном использовании

истинная забота о пациенте
не заканчивается в кресле стоматолога

blend-a-med RESEARCH INSTITUTE Oral-B

Реклама

P12125.01

+52-55_Ex_Cath_Prokter+P&G_44.indd 55 24.06.13 20:24

Мониторинг успеваемости студентов стоматологического факультета в зависимости от источника финансирования обучения

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

Доцент **Галина Оводова**, кандидат медицинских наук

Доцент **Людмила Кузьмина**, кандидат медицинских наук

Кафедра терапевтической стоматологии Северного государственного медицинского университета (Архангельск)

Резюме. В рамках мониторинга развития образовательной среды Европейского Севера проанализирована успеваемость 449 студентов-стоматологов I–V курсов Северного государственного медицинского университета. Оказалось, что она в значительной степени зависит от вида источника финансирования обучения и имеет гендерные особенности.

Ключевые слова: студенты; успеваемость; адаптация.

Monitoring of the dentistry faculty students' academic performance depending on the training funding source

Professor **Aleksander Opravin**, Doctor of Medical Science, Head of Department

Associated Professor **Galina Ovodova**, Candidate of Medical Science

Associated Professor **Liudmila Kuzmina**, Candidate of Medical Science

Department of Dentistry of Northern State Medical University (Arkhangelsk)

Summary. Within the framework of the European North educational environment monitoring academic performance of the 449 I–V grade dental students of the Northern State Medical University was analyzed. It turned out that it depends on the type of training funding source and gender identity.

Keywords: students; academic performance; adaptation.

Формирование молодого врача XXI века, разносторонне образованного, нестандартно мыслящего, обладающего широким кругозором профессионала, имеющего активную гражданскую позицию, духовно, нравственно и профессионально подготовленного к работе по избранной специальности, – важнейшая из задач, стоящих сегодня перед высшими медицинскими учреждениями образования университетского типа [6]. Система обучения в вузе, формы и методы организации учебного процесса, контроля знаний студентов резко отличаются от школьной методики [4]. Адаптация к комплексу факторов, специфичных для высшей школы, сопровождается значительным напряжением компенсаторных приспособительных систем организма студентов. Привыкание к обучению в вузе включает элементы физиологической и социальной адаптации [1, 2, 5, 7].

Цель исследования

В рамках мониторинга развития образовательной среды проанализировать успеваемость по итогам экзаменационных сессий студентов-стоматологов I–V курсов в зависимости от источника финансирования обучения.

Материалы и методы

Проанализирована успеваемость 449 студентов I–V курсов стоматологического факультета Северного государственного медицинского университета (СГМУ). Изучены средний балл в документах об образовании, представленных в университет при поступлении, а также экзаменационные оценки за время обучения в вузе. Средний балл в аттестатах о среднем образовании составил у мужчин – 4,07±0,038, у женщин – 4,43±0,023 (критерий Стьюдента; $p<0,001$).

Анализ полученных материалов проводили с помощью пакета статистических программ Stadia7.0 (профессиональная версия) и электронных таблиц Microsoft Excel 2010 с программой анализа данных AtteStat (версия 12.5) [3].

В исследовании приняли участие 156 мужчин (34,7%) и 293 женщины (65,3%), по возрастному при-

+56-59_Ex_Cath_Opravin_44.indd 56 24.06.13 20:24



знаку обе выборки однородны (p>0,05). Распределение обследованных студентов по курсам (периодам обучения) показало, что выборки также однородны по признаку срока обучения и не имеют межполовых различий (p>0,05).

Таким образом, основные группы для обследования формировали с учетом гендерных особенностей. Принимали во внимание и период обучения на стоматологическом факультете СГМУ. В рамках основных групп выделяли подгруппы обучающихся на бюджетные средства, по целевому направлению из Северо-Западного региона Российской Федерации и на компенсационной основе (**табл. 1**). Доли трех подгрупп среди мужчин и женщин оказались практически одинаковыми (информационный критерий Кульбака; p>0,05). Половина студентов поступила в университет на обучение за счет бюджетных средств, а лица, самостоятельно оплачивавшие обучение в вузе и поступившие по целевому набору, распределились приблизительно поровну.

Результаты и их обсуждение

Сравнение (по методу Шеффе) средних баллов в документах о среднем образовании показано в **табл. 2.**

Данные таблицы красноречиво говорят о том, что средние оценки аттестатов у лиц, поступивших на обучение с бюджетным финансированием и направленных на обучение организациями, достоверно не различаются, но достоверно превышают средний балл аттестатов лиц, поступивших для обучения на компенсационной основе.

Разница оценок аттестатов и первых экзаменов характеризует степень адаптации к обучению в вузе, поскольку экзамены в первую (зимнюю) сессию и во вторую (летнюю) сопоставимы по сложности со школьными выпускными испытаниями, хотя и требуют дополнительных усилий для усвоения специальных навыков и знаний, выходящих за рамки среднего образования.

Результаты сравнения оценок в аттестатах и результатов экзаменов зимней сессии, а также экзаменационные оценки зимней и летней сессий представлены

Таблица 1 Распределение студентов в зависимости от источника финансирования обучения в вузе

Группа	Источники финансирования							
	Бюджет		Личные средства		Целевое направление		Итого	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мужчины	83	53,2	44	28,2	29	18,6	156	100,0
Женщины	144	49,2	73	24,9	76	25,9	293	100,0
Всего	227	50,6	117	26,0	105	23,4	449	100,0

© contrastwerkstatt - Fotolia.com

+56-59_Ex_Cath_Opravin_44.indd 57 24.06.13 20:24

Таблица 2 Средние баллы в документах о среднем образовании у студентов с различными источниками финансирования обучения

Группа		Мужчины (М)			Женщины (Ж)		
		Б*	К*	Ц*	Б	К	Ц
М	Б (n=83)	4,14±0,050	p<0,01	p>0,05	p<0,01	p>0,05	p<0,01
	К (n=44)	–	3,85±0,068	p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,01
	Ц (n=29)	–	–	4,22±0,090	p<0,01	p>0,05	p<0,01
Ж	Б (n=144)	–	–	–	4,53±0,030	p<0,01	p>0,05
	К (n=73)	–	–	–	–	4,25±0,052	p<0,01
	Ц (n=76)	–	–	–	–	–	4,42±0,042

* **Прим.: Б – бюджетное финансирование, К – обучение на компенсационной основе за счет личных средств, Ц – целевое направление на обучение.**

в **табл. 3.** По результатам первой сессии мужчины групп «Б» и «Ц», и женщины групп «К» и «Ц», показав одинаковые результаты, превзошли мужчин группы «К», но оказались позади студенток группы «Б», которые были вне конкуренции, продемонстрировав наилучшие успехи в учебе. Среди студенток худшими по успеваемости были представительницы группы «К», а мужчины этой же группы закончили первый семестр с самыми низкими оценками (метод Шеффе; p<0,01).

После летней экзаменационной сессии мужчины групп «Б» и «Ц» показали одинаковые результаты, превзойдя мужчин группы «К». Аналогичную ситуацию наблюдали и среди студенток. Студенты всех групп в летнюю сессию получили в среднем более высокие оценки, чем в зимнюю (метод Шеффе; p<0,01). С учетом того, что успеваемость представителей групп «Б» и «Ц» различалась в весьма малой степени, в ходе дальнейшего анализа эти группы были объединены под индексом «БЦ». Сравнение различий между средними баллами в аттестатах и зимней сессии показало, что во всех группах произошло снижение успеваемости по сравнению со школьной (**табл. 4**). В объединенной группе «БЦ» оно составило 0,56±0,029 балла, в группе «К» – 0,69±0,048 балла (критерий Стьюдента, p<0,05).

Таким образом, среди студентов группы «К» доля экстремально снизивших успеваемость по сравнению с оценками в документах о среднем образовании, оказалась наибольшей и превысила 30% от общей численности.

Что касается успеваемости, то на I–III курсах средний экзаменационный балл у мужчин, обучавшихся на компенсационной основе, не дотягивал до 3,50 (**табл. 5**). Аналогичная ситуация сложилась и у их старших товарищей, обучавшихся на тех же основаниях (средний балл – 3,49). Они учились так же, как женщины I–III курсов из группы «К» (средний балл – 3,63). Несколько лучшие результаты показали старшекурсницы из группы «К» (средний балл – 3,86), их достижения в учебе сравнимы с успехами мужчин, обучавшихся на бюджетной основе. Наилучшим образом обстояли дела у мужчин IV–V курсов из группы «БЦ» и студенток I– V курсов из той же категории – средний балл выше 4,0.

На I–III курсах у мужчин группы «БЦ» наиболее типичные средние экзаменационные оценки располагались в диапазоне 4,0–4,9 балла, а у представителей группы «К» больше половины оценок были 3,0 балла. Студентки наиболее часто получали на экзаменах хорошие оценки. Для студентов IV–V курсов из группы «БЦ» были типичны оценки 4,0–4,9 балла, для представителей группы «К» –

Таблица 3 Успеваемость в средних учебных заведениях и на I курсе вуза студентов с разными источниками финансирования обучения

Пол	Группа	Средний балл (и ошибки репрезентативности)		
		Аттестат	Зимняя сессия	Летняя сессия
Мужчины (n=155)	Б	4,14±0,050	3,64±0,063	3,92±0,067
	К	3,85±0,068	3,22±0,056	3,52±0,067
	Ц	4,22±0,090	3,71±0,115	4,01±0,122
Женщины (n=293)	Б	4,53±0,030	3,97±0,045	4,22±0,049
	К	4,25±0,052	3,54±0,059	3,74±0,065
	Ц	4,42±0,042	3,75±0,056	4,11±0,056

+56-59_Ex_Cath_Opravin_44.indd 58 24.06.13 20:24

Таблица 4 Частота экстремального снижения успеваемости по итогам первой сессии по сравнению с успеваемостью в средних учебных заведениях у студентов с разными источниками финансирования обучения в вузе

Пол	Группа	Число случаев снижения успеваемости		Итого	Экстремальное снижение успеваемости, %
		>0,94 балла	≤0,94 балла*		
Мужчины	К	13	30	43	30,2
	БЦ	20	92	112	17,9
	Итого	33	122	155	21,3
Женщины	К	24	49	73	32,9
	БЦ	54	166	220	24,5
	Итого	78	215	293	26,6
$\hat{z}$ = 2,11; p<0,05 (двусторонний критерий)					

* **Прим.: включены лица, успеваемость которых не снизилась.**

3,1–3,9 балла. Все межгрупповые различия достоверны (информационный критерий Кульбака; p<0,001).

Выводы

Результаты исследования показали, что успеваемость студентов стоматологического факультета СГМУ в значительной степени зависит от вида источника финансирования обучения и имеет гендерные особенности.

Лица, обучающиеся на компенсационной основе, имеют более низкие оценки в документах о среднем образовании и по итогам экзаменационных сессий; в зависимости от периода обучения они в 1,9–2,6 раза чаще других учатся только на «удовлетворительно» и в 2,2–4,6 раза реже прочих имеют отличные оценки.

На всех этапах обучения (включая среднее образование), женщины показывают более высокие достижения в учебе, чем мужчины.

Необходимо изучить и выявить факторы, лежащие в основе гендерных особенностей обучаемости (успеваемости) и использовать их для оптимизации образовательной среды.

Координаты для связи с авторами:
+7 (8182) 28-60-75; e-mail: opravinas@nsmu.ru – Оправин Александр Сергеевич

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаджанян Н.А. Проблема здоровья студентов и перспективы развития.//Матер. I Всеросс. науч. конф. «Образ жизни и здоровье студентов». – М.: Человек и здоровье, 1995, с. 5–9.
2. Квасов С.Е. Комплексный подход к проблеме управления здоровьем студентов. – Горький: ГМН, 1990, с. 5–9.
3. Кулаичев А.П. Методы и средства комплексного анализа данных. – М.: Форум; Инфра-М, 2006, 512 с.
4. Платонова Р.И. Успешная социальная и учебная адаптация первокурсника как условие формирования конкурентоспособных педагогов. – Уч. записки универ. им. П.Ф. Лесгафта, 2010, № 5 (63), с. 71–77.
5. Соловьев В.Н. Влияние адаптации и мотивации учебной деятельности на успеваемость студентов. – Фундамент
6. . исслед., 2004, № 5, с. 81–83.
7. Уварова В.И. Социально-психологическая и профессиональная адаптация студентов вузов Центрального региона России (по матер. социологич. исслед.). – Орел: ОрелГАУ, 2001,197 с.
8. Ушаков И.Б. Провинция: качество жизни и здоровье студентов. – Воронеж: Истоки, 2002, 150 с.

Таблица 5 Сравнение среднекурсовых экзаменационных баллов студентов с разными источниками финансирования обучения в вузе

Группа, курс		Средний балл	Значимость разницы средних баллов (метод Шеффе)						
			Мужчины (М)			Женщины (Ж)			
			К (I–III)	БЦ (IV–V)	К (IV–V)	БЦ (I–III)	К (I–III)	БЦ (IV–V)	К (IV–V)
М	БЦ (I–III)	3,83±0,028	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
	К (I–III)	3,34±0,030	–	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
	БЦ (IV–V)	4,02±0,058	–	–	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01
	К (IV–V)	3,49±0,078	–	–	–	<0,01	>0,05	<0,01	<0,05
Ж	БЦ (I–III)	4,03±0,018	–	–	–	–	<0,01	>0,05	<0,01
	К (I–III)	3,63±0,029	–	–	–	–	–	<0,01	<0,01
	БЦ (IV–V)	4,08±0,029	–	–	–	–	–	–	<0,01
	К (IV–V)	3,86±0,040	–	–	–	–	–	–	–

+56-59_Ex_Cath_Opravin_44.indd 59 24.06.13 20:24

Внедрение информационных технологий в преподавание физиотерапии стоматологических заболеваний

Профессор **Светлана Токмакова**, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой
Доцент **Тамара Улько**, кандидат медицинских наук
Доцент **Ольга Бондаренко**, кандидат медицинских наук
Доцент **Ольга Сысоева**, кандидат медицинских наук

Кафедра терапевтической стоматологии АГМУ (Барнаул)

Резюме. Для повышения эффективности лечебных мероприятий необходимо углубленное изучение студентами физиотерапии стоматологических заболеваний. Новые перспективы и возможности преподавания дисциплины на кафедре терапевтической стоматологии АГМУ открылись при организации самостоятельной подготовки учащихся с использованием информационных технологий дистанционного обучения. Это благоприятно влияет на качество усвоения материала, что отражается в повышении индивидуального оценочного рейтинга студентов.

Ключевые слова: преподавание; физиотерапия; дистанционное обучение.

The introduction of information technology in teaching physiotherapy dental diseases

Professor **Svetlana Tokmakova**, Doctor of Medical Science, Head of Department
Docent **Tamara Ulko**, Candidate of Medical Science
Docent **Olga Bondarenko**, Candidate of Medical Science
Docent **Olga Sysoeva**, Candidate of Medical Science

Department of Conservative Dentistry of the ASMU (Barnaul)

Summary. To increase the effectiveness of medical interventions should in-depth study of physiotherapy of dental diseases. New perspectives and opportunities of teaching the subject at the Department of dentistry AGMU opened with the organization of independent student work using information technology distance learning. This is positive effect on the quality of the learning material, which is reflected in the increase in the assessment of individual students' ratings.

Keywords: teaching; physiotherapy; distance learning.

В стоматологической практике применяют различные физиотерапевтические методы: светолечение (лазер, светобиоптрон, ультрафиолетовое облучение), электролечение (электрофорез, депофорез, анодгальванизация, амплипульс, флюктуирующие токи), ультрафонофорез, магнитотерапия, озонотерапия, вакуумтерапия, грязелечение, парафинотерапия и др. В медицинских вузах физиотерапию изучают на III и V курсах стоматологического факультета. Однако согласно новому образовательному стандарту для повышения эффективности лечебных мероприятий и реабилитации больных необходимо более углубленное изучение данной дисциплины [7]. К сожалению, аудиторные часы не всегда позволяют студентам в достаточном объеме освоить практические навыки по физиотерапии, а преподавателям проконтролировать уровень их усвоения. Поэтому сегодня такую важную роль в процессе обучения отводят самостоятельной работе. Она помогает студентам быстрее и глубже изучать учебный материал, приобретать навыки будущей профессиональной деятельности, формирует потребность в постоянном самосовершенствовании, самообразовании, оказывает положительное влияние на расширение кругозора [1].

Для самостоятельной подготовки студентов к занятиям по физиотерапии стоматологических заболеваний на кафедре терапевтической стоматологии АГМУ разработаны учебные пособия, утвержденные УМО. В них в логическом порядке расположены значение темы занятия, цели занятия, основные понятия и положения раздела, задания для уяснения темы (контрольные вопросы, ситуационные

+60-62_Shkola_Tokmakova_44.indd 60 24.06.13 20:26

задачи, тестовые задания с ответами), список литературы [2, 5]. Но в силу стремительного развития и внедрения современных методик печатные учебно-методические пособия быстро устаревают.

Новые перспективы и возможности открываются в более рациональной организации самостоятельной подготовки студентов с использованием информационных технологий. В АГМУ выбрана система дистанционного обучения LMS Moodle – Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment (модульная объектно-ориентированная динамическая управляющая среда) [6]. Современные технологии позволяют быстро модернизировать имеющиеся на кафедре электронные варианты лекций, методических рекомендаций и пособий по физиотерапии и разместить их в Moodle [5]. Для наглядного представления материала имеются видеофильмы и презентации. Студенты могут дистанционно заниматься в компьютерном классе на кафедре, в библиотеке, а также в домашних условиях по Интернету (**рис. 1, 2**).

Большая и постоянно пополняемая коллекция информационных носителей с материалами конференций, видеофильмами по применению современных физиотерапевтических методов диагностики и лечения в стоматологии позволяет поддерживать преподавание на высоком уровне. Последние обновления электронной версии посвящены лазерному препарированию кариозных полостей, методу обработки корневых каналов аппаратом «Лазурит», вектор-ультразвуковой обработке, а также инновационным методам физиотерапии стоматологических заболеваний – фотодинамотерапии, грязелечению, магнитотерапии и др.

На кафедре терапевтической стоматологии АГМУ в последние годы огромное внимание уделяют широкому внедрению в учебный процесс ситуационных задач с мультимедийным сопровождением, что формирует у обучающихся клиническое мышление и компетенции [3, 7]. Учебно-исследовательская работа студентов (УИРС) стимулирует их к поиску современных достижений в теоретической и практической физиотерапии стоматологических заболеваний [4].

С 2008 г. на кафедре введена балльно-рейтинговая система оценки знаний. Она позволяет объективно контролировать деятельность студентов, повышает познавательную активность, помогает планировать учебное время, использовать различные формы материальных поощрений (надбавки к стипендии, премии и др.). Для оценки знаний по физиотерапии стоматологических заболеваний предназначен текущий и рубежный рейтинги. Вся программа распределена на отдельные информационные блоки, логически связанные содержанием информации:

1) физические факторы, применяемые для обезболивания в стоматологии;

2) физиотерапия кариеса и некариозных поражений зубов;

3) физиотерапия пульпита;

4) физиотерапия периодонтита;

5) физиотерапия заболеваний пародонта;

6) физиотерапия заболеваний слизистой оболочки полости рта;

7) физиотерапия воспалительных процессов челюстно-лицевой области;

8) физиотерапия травматических повреждений челюстно-лицевой области;

9) физиотерапия заболеваний нервов лица;

10) физиотерапия заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

Текущий рейтинг составляют в процессе изучения дисциплины на каждом теоретическом занятии по итогам контроля выполнения тестов (40 баллов), учебных задач (40 баллов), практических навыков (20 баллов). Он

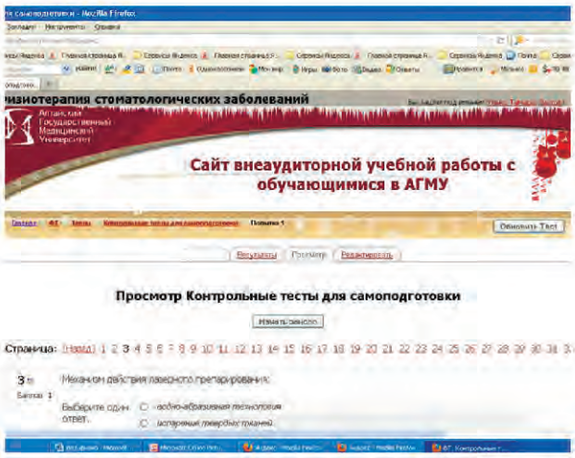


Рис. 1 Просмотр тестовых заданий при самоподготовке к занятию в системе Moodle

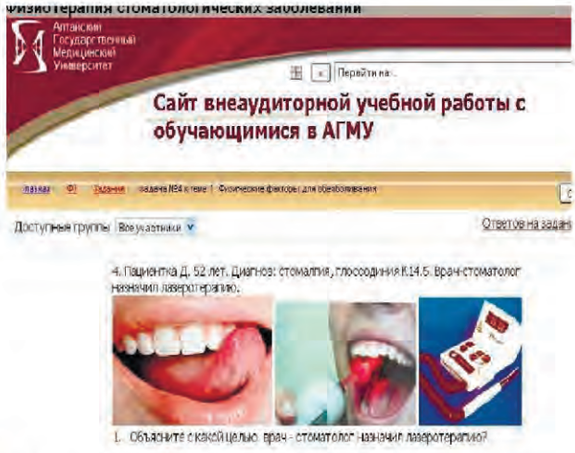


Рис 2 Решение ситуационных задач по физиотерапии стоматологических заболеваний в системе Moodle

+60-62_Shkola_Tokmakova_44.indd 61 24.06.13 20:26



Рис. 3 На практических занятиях студенты самостоятельно проводят апекслокацию



Рис. 4 Лечение пациента методом лазеротерапии на аппарате «Оптодан»

направлен на определение уровня подготовленности студента по отдельной теме или разделу дисциплины (**рис. 3, 4**). В конце цикла рассчитывают суммарный текущий рейтинг = 100 х 0,7.

Рубежный рейтинг необходим для определения подготовки студента по нескольким темам. В него включены баллы за итоговый тестовый контроль (40 баллов), рецептуру (30 баллов), защиту реферата (10 баллов), посещение лекций (10 баллов), зачет (10 баллов). За рубежное испытание выставляют оценку по 100-балльной системе и умножают на поправочный коэффициент 0,3. Весовой коэффициент (вес) итогового рейтинга равен 1,0 (100 баллов) или сумме текущего (100 х 0,7) и рубежного (100 х 0,3) рейтингов. Студенты, набравшие весовой рейтинг, соответствующий 86–100%, могут быть освобождены от сдачи дифференцированного зачета. Модуль считается усвоенным, если получено 50 и более баллов. Реферат следует предоставить на электронном носителе, либо в письменном виде, указав литературные источники и электронные ресурсы. Преподаватель может использовать систему штрафных или премиальных баллов. Возможность получить премиальные баллы дается один раз, размер поощрения соответствует максимальному количеству баллов за одно занятие (при условии, что в результате рубежный рейтинг не превысит 100 баллов). На премиальные баллы имеют право студенты, которые участвовали в студенческих научно-практических конференциях, изготовили наглядное пособие для учебного процесса и т.д. Размер штрафных баллов соответствует 1/3 заработанного студентом количества баллов за одно занятие (оценка за тестирование). Преподаватель штрафует студента в случае плохой теоретической подготовки.

Дополнительное компьютерное оснащение кафедры терапевтической стоматологии АГМУ позволяет эффективно внедрять информационные технологии в учебные и методические процессы преподавания физиотерапии. Это благоприятно влияет на качество усвоения материала, что отражается на повышении индивидуального оценочного рейтинга студентов.

Координаты для связи с авторами:
+7 (909) 504-45-71, +7 (3852) 42-98-57, факс: +7 (3852) 47-79-89; agmuterst@mail.ru, atias@mail.ru – Сысоева Ольга Владимировна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Морозова Л.А. Особенности самообразовательной деятельности в условиях вуза.//Матер. III Межрегион. науч.-практ. конф. – Сургут: СурГУ, 2006, т. 2, с. 124–130.
2. Преподаватель высшей школы: психолого-педагогические основы профессиональной компетентности. //Уч. матер. на CD. – СПб.: ГМА им. И.И. Мечникова, 2007.
3. Токмакова С.И., Улько Т.Н., Сысоева О.В. с соавт. Инновации в учебном процессе на кафедре терапевтической стоматологии.// Матер. Межрегион науч.-практич. конф. с межд. участ. – Кемерово: КемГМА, 2009, № 2 (спецвыпуск), с. 187–188.
4. Токмакова С.И., Улько Т.Н., Бондаренко О.В. Внедрение эффективных форм обучения на кафедре терапевтической стоматологии.// Сб. науч. стат. «Оптимизация учебного процесса». – Барнаул: АГМУ, 2009, с. 292–296.
5. Токмакова С.И., Улько Т.Н., Сысоева О.В. с соавт. Личностно-ориентированный подход к изучению терапевтической стоматологии в медицинском вузе.//Матер. VIII Межд. науч.-практич. конф. «Психодидактика высшего и среднего образования». – Барнаул: АлтГПА, 2010, с. 284–286.
6. Токмакова С.И., Бондаренко О.В., Сысоева О.В. с соавт. Дистанционное обучение как форма самостоятельной внеаудиторной работы в медицинском вузе.// Матер. IX Межд. науч.-практич. конф. «Психодидактика высшего и среднего образования». – Барнаул, АлтГПА, 2012, с. 266–268.
7. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению 060201 «Стоматология». Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 14 января 2011 г. Зарегистрировано в Минюсте РФ 31 марта 2011 г. № 20358 – (ПК-43).

+60-62_Shkola_Tokmakova_44.indd 62 24.06.13 20:26

Профессора сели за парту

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

Резюме. В феврале 2013 г. в МГМСУ был проведен цикл повышения квалификации для 36 профессоров – заведующих кафедрами терапевтической стоматологии стоматологических факультетов России.

Ключевые слова: повышение квалификации; декан; заведующий кафедрой; послевузовское образование.

Professors sat down at his desk

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

Summary. In February 2013 in MSUMD in a cycle of training for 36 professors – the head of dentistry dental faculties of Russia.

Keywords: professional development; dean; head of the department; post-graduate education.

В течение двух первых недель февраля 2013 г. в МГМСУ им. А.И. Евдокимова был проведен цикл повышения квалификации для 36 профессоров – заведующих кафедрами терапевтической стоматологии стоматологических факультетов России. О том, как будет проходить работа, преподавателям, севшим за парты, на открытии цикла рассказали декан стоматологического факультета МГМСУ, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и эндодонтии, профессор А.В. Митронин; декан ФПО, заведующая кафедрой иностранных языков, профессор Л.Ю. Берзегова; заведующий кафедрой госпитальной терапевтической стоматологии, пародонтологии и гериатрической стоматологии (базовая кафедра проводимого цикла), заслуженный врач РФ, профессор Е.А. Волков; заведующая учебной частью кафедры факультетской терапевтической стоматологии, доцент Т.Д. Чиркова. В расписании занятий были такие темы, как педагогическая наука начала третьего тысячелетия, взаимодействие педагогики и психологии в решении образовательных задач, знакомство с требованиями нового ФГОС и т.д.

Профессора прошли обучение на 10 кафедрах КДЦ, ЦС и ЧЛХ МГМСУ, посетили 14 лекций, сопровождавшихся дискуссиями по темам. Было отведено время и на самостоятельную работу.

Продолжением цикла повышения квалификации стал трехдневный стоматологический форум «Дентал-Ревю». В выставочном комплексе «Крокус-Экспо» состоялись X Всероссийская научно-практическая конференция «Образование, наука и практика в стоматологии» и 14 симпозиумов по единой тематике «Стоматология и социально-значимые заболевания».

Завершило программу обучения заседание профильной комиссии Экспертного совета Минздрава России по специальности «Стоматология» с участием проректоров по послевузовскому и дополнительному образованию, деканов стоматологических и медицинских факультетов, заведующих кафедрами стоматологического профиля. На встрече обсуждались вопросы оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению при стоматологических заболеваниях, целевой подготовки специалистов для отдаленных регионов и сельской местности, перспективы развития стоматологического образования в России в свете IX Всероссийского профессионального съезда стоматологов. Речь также шла о формировании молодежной секции СтАР «Студенты-стоматологи и молодые врачи» и основной образовательной программе подготовки врача-стоматолога в рамках ФГОС.

Координаты для связи с автором:
mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



+63_Shkola_Professura_44.indd 63 24.06.13 20:27

Барнаул встречает олимпийцев



Доцент
Ольга Сысоева,
кандидат медицинских наук



Доцент
Ольга Бондаренко,
кандидат медицинских наук



Профессор
Светлана Токмакова,
доктор медицинских наук,
заведующая кафедрой



Ассистент
Людмила Старокожева,
кандидат медицинских наук

Кафедра терапевтической стоматологии АГМУ (Барнаул)

Резюме. В Алтайском государственном медицинском университете состоялась IV Международная студенческая олимпиада по терапевтической стоматологии «Эстетическая реставрация зубов». Высокий уровень проведения мероприятия обеспечила слаженная работа оргкомитета и коллектива кафедры терапевтической стоматологии. Праздник профессионального мастерства удался, участники увезли домой призы и теплые впечатления.

Ключевые слова: олимпиада; тур; мануальные навыки; фантомный класс; реставрация; победитель.

Barnaul meet Olympians

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

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

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

Assistant **Ludmila Starokozheva**, Candidate of Medical Science

Department of Conservative Dentistry ASMU (Barnaul)

Summary. IV international Student Competition for dentistry Aesthetic restoration of teeth was held in the Altai State Medical University. The high level of the event to ensure the coordinated work of the organizing committee and the staff of the Department of Therapeutic Dentistry. Celebration of excellence was a success, the participants took home prizes and warm memories.

Keywords: competition; tour; manual skills; phantom class; restoration; winner.

Доброй традицией стало проведение на кафедре терапевтической стоматологии Алтайского государственного медицинского университета студенческих олимпиад по специальности. В этом году Барнаул в четвертый раз принимал у себя гостей, но международный рубеж олимпиада перешагнула впервые. На Алтай приехали талантливые ребята из вузов Сибири и Казахстана: Анна Мацукевич (Семей, Казахстан), Алена Клюшникова (Иркутск), Сергей Горев (Омск), Марина Быстрова (Тюмень), Наталья Апраксина (Новосибирск), Павел Русаков (Красноярск), Ольга Землянухина (Томск), Виталий Ванеев (Кемерово). Хозяев представляла победительница отборочного тура, студентка IV курса Елена Дударева. Генеральным спонсором соревнований выступила компания Coltene (Швейцария), поддержку мероприятию оказали также компании Sirona Dental Systems (Москва) и «Новодент» (Новосибирск).

В первый день олимпийцы посетили стоматологическую поликлинику АГМУ, кафедру терапевтической стоматологии, где познакомились с новыми технологиями, применяемыми в регионе. После экскурсии по Барнаулу участников ждали семинары и мастер-классы. Об инновационной реставрации передних зубов прямыми композитными винирами системы Componeer студентам рассказала врач-консультант компании Coltene Н.В. Чечун, об особенностях прямых реставраций с использованием нанокомпозитов последнего поколения Brilliant NG и Miris – кандидат медицинских наук Е.С. Жукова. Кандидат медицинских наук А.С. Баландина познакомила ребят с технологией компьютерного моделирования цельнокера-

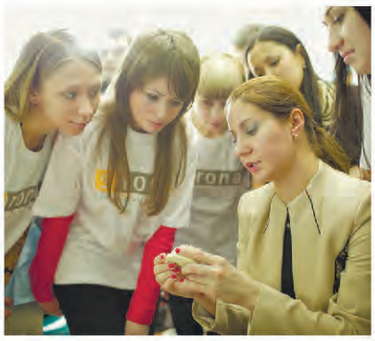
+64-65_Shkola_ Olimpiada_44.indd 64 24.06.13 20:31



Работа на фантомах



Демонстрация криотехнологии



После мастер-класса на CEREC

мических реставраций с использованием аппарата CEREC (Sirona), а также провела мастер-класс по их изготовлению.

На официальном открытии олимпиады участников и гостей приветствовали ректор университета, профессор В.М. Брюханов, первый проректор В.В. Федоров, проректор по научной работе Ю.Ф. Лобанов, проректоры по учебной работе И.Е. Бабушкин и А.П. Пашков, председатель координационного совета Научного общества молодых ученых и студентов АГМУ, декан стоматологического факультета, профессор Л.Н. Тупикова и заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, профессор С.И. Токмакова.

Состязания начались с теоретического тура, во время которого олимпийцы отвечали на вопросы викторины, решали ситуационные задачи, проходили компьютерное тестирование. Конкурс мануального мастерства заключался в реставрации фронтальных и боковых зубов на фантомах материалом Brilliant NG (Coltene). Работа выполнялась с использованием раббердама – системы абсолютной изоляции рабочего поля.

Члены жюри в составе профессора С.И. Токмаковой, Н.В. Чечун, доцента В.В. Ванюниной (Новосибирск), ассистентов И.В. Братчевой (Кемерово), М.О. Клюшниковой (Иркутск) и Е.С. Жуковой (Барнаул) оценили интересные авторские фантомные работы. Абсолютным лидером единогласно признали опытного олимпийца, бронзового призера 2012 г. Виталия Ванеева из Кемерово (руководитель – доцент О.А. Шелепанова). Второе место заняла студентка из Барнаула Елена Дударева (ассистент Ю.Н. Шилова), третье – Марина Быстрова из Тюмени (ассистент В.В. Мирошниченко).

Слаженная работа оргкомитета и коллектива кафедры обеспечила высокий уровень проведения мероприятия. Праздник профессионального мастерства удался, призеры и участники увезли домой не только награды и подарки, но и приятные впечатления.

Координаты для связи с авторами:
+7 (909) 504-45-71, +7 (3852) 42-98-57, факс: +7 (3852) 47-79-89; agmuterst@mail.ru, atias@mail.ru – Сысоева Ольга Владимировна



Олимпийцы, руководство АГМУ и члены жюри



Викторина



Перед практическим туром олимпиады в фантомном классе с материалом Brilliant NG (Coltene)

+64-65_Shkola_ Olimpiada_44.indd 65 24.06.13 20:31

Роль инновационных технологий в постдипломном образовании врачей-стоматологов



Профессор **Людмила Тупикова**, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой



Профессор **Евгений Онопа**, доктор медицинских наук



Ассистент **Анна Баландина**, кандидат медицинских наук



Клинический ординатор **Михаил Трифонов**

Кафедра ортопедической стоматологии АГМУ (Барнаул)

Резюме. В связи с активным внедрением в лечебный процесс новых стоматологических технологий и материалов возрастают требования практических врачей к качеству последипломного образования. Включение в обучающий процесс инновационных технологий, усовершенствование методик освоения мануальных навыков, переход от информационно-сообщающих форм подачи материала к более активным, личностно-ориентируемым, улучшение материально-технического оснащения кафедры позволяют повысить качество профессиональной подготовки и усовершенствования врачей стоматологического профиля.

Ключевые слова: последипломная подготовка; компьютерные технологии; модульная система образования; новые образовательные технологии.

Role of innovative technologies in post-degree education of dentists

Professor **Ludmila Tupikova**, Doctor of Medical Science, Head of Department

Professor **Eugene Onopa**, Doctor of Medical Science

Assistant **Anna Balandina**, Candidat of Medical Science

Clinical intern **Michael Trifonov**

Department of Prosthodontics ASMU (Barnaul)

Summary. Due to the active introduction into the medical process of new stomatological technologies and materials, the requirements of practicing doctors to the quality of postdegree education become higher. Inclusion of the innovative technologies into the training process, the improvement of manual skills methods mastering, the transition from information reporting forms of material giving to more active ones, the improvement of the department material and technical equipment quality, allow to improve the quality of the dentists training increase.

Keywords: postdegree education; computer technologies; modular education system; new educational technologies.

+66-69_Shkola_Tupikova_44.indd 66 24.06.13 20:31

В настоящее время в связи с активным внедрением в лечебный процесс новых стоматологических технологий и материалов возрастают требования практических врачей к качеству последипломного образования. Специальность «Стоматология ортопедическая» всегда отличалась от аналогичных совокупностью многих факторов, влияющих на качество ортопедического лечения [3]. Включение в обучающий процесс инновационных технологий, усовершенствование методик освоения мануальных навыков, расширение междисциплинарных связей и дополнение учебного процесса смежными дисциплинами, переход от информационно-сообщающих форм подачи материала к более активным, личностно-ориентируемым, улучшение материально-технического оснащения кафедры позволяют повысить качество профессиональной подготовки и усовершенствования врачей стоматологического профиля. Кроме действий, предпринимаемых профессорско-преподавательским составом профильных стоматологических кафедр, и уже сложившейся системы последипломного образования, необходим еще и анализ мнений врачей-стоматологов о качестве последипломной подготовки. Мы поставили перед собой цель определить методом анкетирования курсантов, насколько актуальны, востребованы и адекватны для оптимизации учебного процесса новые технологии последипломного образования по специальности «Стоматология ортопедическая».

На реализацию поставленной цели направлены следующие задачи:

1) внедрение переработанного компьютерного контроля теоретической и практической подготовки курсантов: входного, рубежных и итогового;

2) динамическое наблюдение за улучшением качества учебного процесса по данным контрольно-измерительных материалов;

3) техническое обновление учебного процесса на цикле усовершенствования.

Помимо традиционных методик преподавания широко используются компьютерные технологии: мультимедийные лекции, дистанционная система обучения через сайт кафедры Moodle, компьютерный контроль: входной, рубежные и итоговый тестовый (**рис. 1**). На кафедре увеличиваются разнообразие форм обучения и охват тематик занятий за счет внедрения блоков и тематических циклов по современным методикам и технологиям – модульная система подготовки. В учебный процесс успешно включены такие технологии, как изготовление съемных и несъемных конструкций из отечественного материала полиуретанового ряда «Денталур» (**рис. 2**), изготовление съемных конструкций методом термоформирования с помощью вакуумного прессования Proform и по методике Proflex.

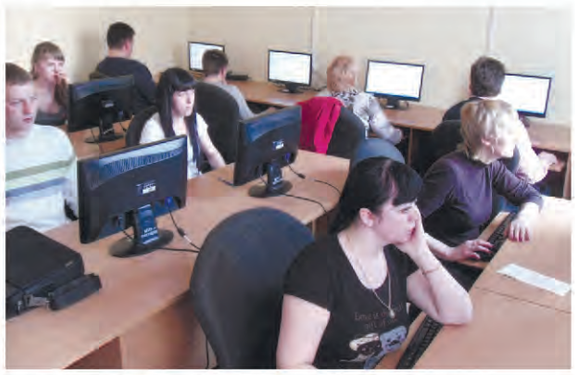


Рис. 1 Проведение итогового компьютерного контроля на цикле усовершенствования



Рис 2 Лекция по технологии изготовления съемных конструкций из полиуретанового базисного материала «Денталур»



Рис. 3 Отработка мануальных навыков курсантов на примере моделировки каркаса бюгельного протеза с замковой фиксацией

Успешно внедряются в учебный процесс как теоретическое раскрытие новых технологий, так и отработка практических навыков обучающихся (**рис. 3**). Проблему дополнительной отработки мануальных навыков решило открытие тренажерных классов, где на современных фантомах курсанты цикла переподготовки осваивают классические и современные технологии изготовления ортопедических конструкций (препарируют под раз-

+66-69_Shkola_Tupikova_44.indd 67 24.06.13 20:31



Рис. 4 Моделирование виртуальной реставрации на аппарате CEREC в компьютерном классе



Рис. 5 Фантомная работа курсантов на аппарате CEREC 3D



Рис. 6 Слушатели цикла усовершенствования оценивают результат фрезерования на аппарате CEREC

личные виды несъемных протезов, снимают оттиски, припасовывают зубные конструкции и т.д.).

Несомненно, одно из важнейших условий реформирования и модернизации последипломного образования – его информатизация. В современном обществе информационно-коммуникационные технологии получают все большее распространение [1, 4]. Актуальность приобретает внедрение вычислительных технологий в диагностический и лечебный процесс компьютерного моделирования и прогнозирования. Для обеспечения качества образования и стоматологической помощи на уровне мировых стандартов в сертификационный цикл усовершенствования и профессиональной переподготовки по специальности «Стоматология ортопедическая» с 2012 г. введены лекции и практические занятия по виртуальному моделированию ортопедических конструкций зубных протезов с использованием технологии CEREC. Это стало возможно благодаря тесному сотрудничеству стоматологического факультета Алтайского государственного медицинского университета с компанией Sirona. Современное оснащение кафедры ортопедической стоматологии и ортопедического отделения стоматологической поликлиники АГМУ дополнилось двумя установками CEREC 3D с необходимым набором расходных материалов. В ходе лекции по применению CAD/CAM-технологий в клинике ортопедической стоматологии проводится сравнительный анализ аппарата CEREC 3D с аналогами, рассматривается возможность восстановления зубов цельнокерамическими коронками, керамическими вкладками и винирами в одно посещение у кресла пациента, что позволяет достичь высоких показателей при эстетических реставрациях биосовместимыми материалами.

На начальном этапе обучения CEREC-технологии курсанты изучают моделирование виртуальной реставрации в компьютерном классе (**рис. 4**). На практических занятиях клинические этапы сначала демонстрируются преподавателями, затем осваиваются курсантами на стоматологических фантомах. С помощью видеокамеры аппарата CEREC 3D снимаются оптические слепки и моделируются виртуальные реставрации (**рис. 5**). Курсанты наблюдают за процессом шлифования цельнокерамических конструкций. Технология вызывает неподдельный интерес практикующих стоматологов-ортопедов. Практические врачи внимательно следят за выполнением этапа шлифовки, тщательно оценивают полученный результат (**рис. 6**). Они с удовольствием моделируют реставрации в «Мастер-режиме», убеждаясь в относительной простоте работы на CEREC 3D.

Согласно данным анкетирования стоматологов-ортопедов, технология изготовления безметалловых конструкций – одна из приоритетных, творческих и интересных тем для освоения курсантами факультета усовершенствования врачей (ФУВ), обучающихся по специальности «Стоматология ортопедическая». Анкетирование также показало, что современное оборудование лечебных кабинетов и зуботехнической лаборатории мотивирует курсантов на более высокий уровень оказания стоматологической помощи, поиск новых подходов к лечению пациентов с патологией зубочелюстной системы.

Программа курса усовершенствования во время профессиональной переподготовки включает обучение

+66-69_Shkola_Tupikova_44.indd 68 24.06.13 20:32

на четырех модулях: «Материаловедение и пропедевтика», «Несъемное протезирование» «Съемное протезирование» и «Сложно-челюстное протезирование». По завершении каждого модуля курсант проходит компьютерный тестовый контроль и защищает подготовленную по теме модуля дипломную работу. Врачам-стоматологам предлагается выполнить дипломную работу в виде презентации слайдов. На итоговой научно-практической конференции, в которой участвуют преподаватели, клинические ординаторы, аспиранты, интерны кафедры ортопедической стоматологии и все курсанты, демонстрируются наиболее интересные презентации.

Профессиональные тесты призваны измерить специфические для какой-либо профессии знания и умения. Основное назначение данной группы методик – понять, насколько человек владеет информацией, необходимой для успешного функционирования в рамках профессии [2]. В компьютерном тестировании за пять последних лет участвовало 290 курсантов ФУВ (**таблица**). В свете новых требований к обучению на циклах усовершенствования и переподготовки преподаватели кафедры ортопедической стоматологии АГМУ используют инновационные технологии. В связи с этим в начале 2012 г. в учебный процесс были внедрены новые, переработанные, компьютерные тесты для курсантов цикла по специальности «Стоматология ортопедическая». В тесты наряду с классическими вопросами включены задания по современным технологиям и материалам, применяемым в практике ортопедической стоматологии.

При анализе результатов тестирования можно проследить, как внедрение новых заданий, приближенных к современным реалиям клинической стоматологии, влияет на итоги компьютерного контроля. Использование предыдущей компьютерной программы незначительно меняло цифровые показатели уровня подготовки врачей-стоматологов. Новые задания (2011 г.), переработка старых тестов с учетом инновационных технологий в стоматологии значительно (до 91%) улучшило результаты итогового тестового контроля.

При проведении курсов усовершенствования врачей-стоматологов на кафедре ортопедической стоматологии АГМУ кроме аудиторных форм образования (лекций, семинаров и практических занятий) важную роль играет дистанционная подготовка. Согласно новому федеральному государственному образовательному стандарту все информационные ресурсы, необходимые при обучении, должны быть выложены в Интернет или локальную сеть вуза [4, 5]. Поэтому с сентября 2011 г. активно используется платформа Moodle для осуществления научно-исследовательской деятельности курсантов, размещения новостей курса и расписания, организации интерактивного общения преподавателей с курсантами.

Таблица Результаты компьютерного тестового контроля, %

Год обучения	Количество курсантов, чел.		Результаты контроля			
			входного		итогового	
	ОУ*	ПП**	ОУ*	ПП**	ОУ*	ПП**
2008	12	20	60,2	44,1	78,7	85,9
2009	22	60	47,3	46,9	80,9	72,8
2010	–	22	–	48,1	–	74,0
2011	12	46	43,5	56,8	75,0	86,8
2012	82	14	64,9	74,9	85,7	91,0

Прим.: * ОУ – общее усовершенствование, ** ПП – профессиональная переподготовка.

Использование интернет-технологий позволило увеличить время самостоятельной внеаудиторной работы без ущерба для качества усвоения материала. На платформе Moodle размещаются учебные материалы любых форматов (тексты, рисунки, электронные учебники, аудио- и видео файлы и т.д.). Преподаватель дистанционно управляет самостоятельной работой курсантов и контролирует ее. Такая форма обучения на цикле особенно удобна для проживающих в отдаленных районах Алтайского края.

Таким образом, развитие клинических баз, материально-техническое и методическое обновление учебного процесса, внедрение инновационных технологий, создание условий для развития научных исследований, полноценное финансирование деятельности всех видов, связанной с переподготовкой и усовершенствованием врачей по специальности «Стоматология ортопедическая», – залог успешного формирования новой, современной концепции последипломного образования.

Координаты для связи с авторами:
anna_stoma@mail.ru – Анна Баландина

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Василенко Л.А. Интернет в информатизации государственной службы России (социальные аспекты). – М.: РАГС, 2000, 207 с.
2. Володина Е. В. Использование информационных технологий для повышения качества преподавания.//Дентал-ревю: сб. матер. Всеросс. стоматол. форума. – М.: СтАР, 2012, с. 57–58.
3. Ибрагимов Т.И. Совершенствование системы последипломного образования врачей-стоматологов. – Маэстро стоматологии, № 1 (45), 2012, с. 10–12.
4. Сазонов Б.А. Болонский процесс: актуальные вопросы модернизации российского высшего образования./Уч. пособ. – М.: ФИРО, 2006, 184 с.
5. Токмакова С.И., Бондаренко О.В. Интерактивная система дистанционного обучения Moodle в Алтайском государственном медицинском университете. – Cathedra, № 41, 2012, с. 62–65

+66-69_Shkola_Tupikova_44.indd 69 24.06.13 20:32

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

Окончание. Начало см. в № 38, 39, 42

Уважаемые читатели, мы завершаем публикацию федерального государственного образовательного стандарта третьего поколения, утвержденного приказом № 16 Министерства образования и науки РФ от 14 января 2011 г.

VII. ТРЕБОВАНИЯ К УСЛОВИЯМ РЕАЛИЗАЦИИ ОСНОВНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА

7.16. Научно-исследовательская работа является обязательным разделом ООП подготовки специалиста. Она направлена на комплексное формирование общекультурных и профессиональных компетенций в соответствии с требованиями ФГОС ВПО.



© Marsy - Fotolia.com

При разработке программы научно-исследовательской работы высшее учебное заведение должно предоставить возможность обучающимся:

- изучать специальную литературу и другую научно-техническую информацию о достижениях отечественной и зарубежной науки и техники в соответствующей области знаний;
- участвовать в проведении научных исследований или выполнении технических разработок;
- осуществлять сбор, обработку, анализ и систематизацию научно-технической информации по теме (заданию);
- принимать участие в стендовых и промышленных испытаниях опытных образцов (партий) проектируемых изделий;
- составлять отчеты (разделы отчета) по теме или ее разделу (этапу, заданию);
- выступить с докладом на конференции.

В процессе выполнения научно-исследовательской работы и оценки ее результатов должно проводиться широкое обсуждение в учебных структурах вуза с привлечением работодателей, позволяющее оценить уровень компетенций, сформированных у обучающегося. Необходимо также дать оценку компетенций, связанных с формированием профессионального мировоззрения и определения уровня культуры.

7.17. Реализация ООП подготовки специалиста должна обеспечиваться научно-педагогическими кадрами, имеющими, как правило, базовое образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, и систематически занимающимися научной и (или) научно-методической деятельностью.

+70-72_Shkola_FGOS_44.indd 70 24.06.13 20:38

Доля преподавателей, имеющих ученую степень и (или) ученое звание, в общем числе преподавателей, обеспечивающих образовательный процесс по данной ООП, должна быть не менее 65%, ученую степень доктора наук (в том числе степень, присваиваемую за рубежом, документы о присвоении которой прошли установленную процедуру признания и установления эквивалентности) и (или) ученое звание профессора должны иметь не менее 10% преподавателей.

Преподаватели профессионального цикла должны иметь базовое образование и (или) ученую степень, соответствующие профилю преподаваемой дисциплины.

Не менее 70% преподавателей (в приведенных к целочисленным значениям ставок), обеспечивающих учебный процесс по профессиональному циклу, должны иметь ученые степени или ученые звания, при этом ученые степени доктора наук или ученое звание профессора должны иметь не менее 11% преподавателей.

К образовательному процессу должно быть привлечено не менее 5% преподавателей из числа действующих руководителей и работников профильных организаций, предприятий и учреждений.

До 10% от общего числа преподавателей, имеющих ученую степень и (или) ученое звание, может быть заменено преподавателями, имеющими стаж практической работы по данному направлению на должностях руководителей или ведущих специалистов более 10 последних лет.

Общее руководство содержанием теоретической и практической подготовки по специализации должно осуществляться штатным научно-педагогическим работником вуза, имеющим ученую степень доктора или кандидата наук и (или) ученое звание профессора или доцента, стаж работы в образовательных учреждениях высшего профессионального образования не менее трех лет. К общему руководству содержанием теоретической и практической подготовки по специализации может быть привлечен высококвалифицированный специалист в соответствующей сфере профессиональной деятельности.

7.18. ООП подготовки специалиста должна обеспечиваться учебно-методической документацией и материалами по всем учебным курсам, дисциплинам (модулям) ООП. Содержание каждой из таких учебных дисциплин (модулей) должно быть представлено в сети Интернет или локальной сети образовательного учреждения с выполнением установленных требований по защите информации.

Внеаудиторная работа обучающихся должна сопровождаться методическим обеспечением и обоснованием времени, затрачиваемого на ее выполнение.

Каждый обучающийся должен быть обеспечен доступом к электронно-библиотечной системе, содержащей издания по основным изучаемым дисциплинам и сформированной на основании прямых договоров с правообладателями учебной и учебно-методической литературы.

При этом должна быть обеспечена возможность осуществления одновременного индивидуального доступа к такой системе не менее чем для 25% обучающихся.

Библиотечный фонд должен быть укомплектован печатными и (или) электронными изданиями основной учебной литературы по дисциплинам базовой части всех циклов, изданными за последние 10 лет (для дисциплин базовой части гуманитарного, социального и экономического цикла – за последние пять лет), из расчета не менее 25 экземпляров таких изданий на каждые 100 обучающихся.

Фонд дополнительной литературы помимо учебной должен включать официальные, справочно-библиографические и специализированные периодические издания в расчете 1–2 экземпляра на каждые 100 обучающихся.

Электронно-библиотечная система должна обеспечивать возможность индивидуального доступа для каждого обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к сети Интернет.

Каждому обучающемуся должен быть обеспечен доступ к комплектам библиотечного фонда, состоящего не менее чем из пяти наименований отечественных и не менее четырех наименований зарубежных журналов.

Оперативный обмен информацией с отечественными и зарубежными вузами и организациями должен осуществляться с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об интеллектуальной собственности и международных договоров Российской Федерации в области интеллектуальной собственности. Для обучающихся должен быть обеспечен доступ к современным профессиональным базам данных, информационным справочным и поисковым системам.

7.19. Ученый совет высшего учебного заведения при введении ООП подготовки специалиста утверждает размер средств на реализацию соответствующих ООП.

Финансирование реализации ООП подготовки специалиста должно осуществляться в объеме не ниже установленных нормативов финансирования высшего учебного заведения *.

Высшее учебное заведение, реализующее ООП подготовки специалиста, должно располагать материально-технической базой, обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, лабораторной, практической и научно-исследовательской работы обучающихся, предусмотренных учебным планом вуза, и соответствующей действующим санитарным и противопожарным правилам и нормам.

*** Пункт 2 статьи 41 Закона Российской Федерации «Об образовании» от 10 июля 1992 г. N 3266-1 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2002, № 26, ст. 2517; 2004, № 30, ст. 3086; № 35, ст. 3607; 2005, № 1, ст. 25; 2007, № 17, ст. 1932; № 44, ст. 5280).**

+70-72_Shkola_FGOS_44.indd 71 24.06.13 20:38

Минимально необходимый для реализации ООП подготовки специалистов перечень материально-технического обеспечения включает в себя:

- лаборатории по математике, информатике, медицинской информатике, физике, химии, биологии с экологией, биологической химии, биохимии полости рта, анатомии человека, анатомии головы и шеи, гистологии, эмбриологии, цитологии, гистологии полости рта, физиологии, фармакологии, микробиологии, вирусологии, иммунологии, микробиологии полости рта, патофизиологии, патологической анатомии, патологической анатомии головы и шеи; по стоматологическому материаловедению и ортопедическому производству;
- анатомический зал, анатомический музей, трупохранилище;
- специально оборудованные кабинеты и аудитории для изучения гуманитарных и социально-экономических дисциплин, гигиены, общественного здоровья и здравоохранения;
- кабинеты, оборудованные для приема и показа больных;
- стоматологические кабинеты, оснащенные стоматологическим оборудованием, для проведения работы с пациентами терапевтического, хирургического, ортодонтического и ортопедического профиля.

При использовании электронных изданий вуз должен иметь не менее семи компьютеров с выходом в сеть Интернет на 100 обучающихся очной формы обучения. При использовании электронных изданий вуз должен обеспечить каждого обучающегося во время самостоятельной подготовки рабочим местом в компьютерном классе с выходом в сеть Интернет в соответствии с объемом изучаемых дисциплин.

Вуз должен быть обеспечен необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения.

VII. ТРЕБОВАНИЯ К УСЛОВИЯМ РЕАЛИЗАЦИИ ОСНОВНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА

8.1. Высшее учебное заведение обязано обеспечивать гарантию качества подготовки, в том числе путем:

- разработки стратегии по обеспечению качества подготовки выпускников с привлечением представителей работодателей;
- мониторинга, периодического рецензирования образовательных программ;
- разработки объективных процедур оценки уровня знаний и умений обучающихся, компетенций выпускников;
- обеспечения компетентности преподавательского состава;
- регулярного проведения самообследования по согласованным критериям для оценки деятельности (стратегии) и сопоставления с другими образовательными учреждениями с привлечением представителей работодателей;
- информирования общественности о результатах своей деятельности, планах, инновациях.

8.2. Оценка качества освоения ООП подготовки специалиста должна включать текущий контроль успеваемости, промежуточную аттестацию обучающихся и итоговую государственную аттестацию выпускников.

8.3. Конкретные формы и процедуры текущего контроля и промежуточной аттестации знаний по каждой дисциплине разрабатываются вузом самостоятельно и доводятся до сведения обучающихся в течение первого месяца обучения.

8.4. Для аттестации обучающихся на соответствие их персональных достижений поэтапным требованиям соответствующей ООП подготовки специалиста (текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация) создаются фонды оценочных средств, включающие типовые задания, контрольные работы, тесты и методы контроля, позволяющие оценить знания, умения и уровень приобретенных компетенций. Фонды оценочных средств разрабатываются и утверждаются вузом.

Вузом должны быть созданы условия для максимального приближения программ текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся к условиям их будущей профессиональной деятельности, для чего, кроме преподавателей конкретной дисциплины, в качестве внешних экспертов должны активно привлекаться работодатели, преподаватели, читающие смежные дисциплины.

8.5. Обучающимся должна быть предоставлена возможность оценивания содержания, организации и качества учебного процесса в целом, а также работы отдельных преподавателей.

8.6. Итоговая государственная аттестация выпускников по направлению подготовки (специальности) 060201 «Стоматология» включает проведение государственного экзамена.

Программа государственного экзамена разрабатывается вузами самостоятельно.



© Meddy Popcorn - Fotolia.com

+70-72_Shkola_FGOS_44.indd 72 24.06.13 20:38

Q Crown..

Самополимеризующийся композит для изготовления временных коронок и мостов



Реклама

- **Высокая прочность на сжатие, изгиб, разрыв и излом**
- **Высокая стабильность цвета**
- **Легко удаляется во время эластичной фазы**
- **Не нагревается в ходе полимеризации**

МЕДЕНТА

Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «Медента» 123308 г. Москва, Новохорошевский проезд, 25
Т./факс: 8 (499) 946-4610, 946-4609, 946-3999, 191-1268, e-mail: shop@medenta.ru, www.medenta.ru
Офис розничных продаж: 101000 г. Москва, ул. Мясницкая, д. 13, стр. 10, оф. 334. тел.: (495) 628-0116, 624-3743

BJM LAB

CE 0473

ADVANCED DENTISTRY

B.J.M. Laboratories Ltd.
12 Hassadna St., Industrial Park
Or-Yehuda 6022011, ISRAEL
Fax. 972-3-7353020
web: www.bjmlabs.com

+70-72_Shkola_FGOS_44.indd 73 01.07.13 18:20

До новых тем!

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

Резюме. МГМСУ посетила официальная делегация в составе декана стоматологического факультета Медицинского университета – Пловдив, доцента Георги Тодорова и президента Ассоциации эстетической стоматологии Болгарии, профессора Христо Кисова. За круглым столом участники встречи обменялись опытом организации учебного процесса, обсудили программу подготовки студентов по специальности «Стоматология», процедуру проведения итоговой государственной аттестации выпускников.

Ключевые слова: визит; делегация; организация учебного процесса; кафедра.

Find new threads

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

Summary. IMSUMD visit the official delegation of the Dean Faculty of Dentistry at the Medical University – Plovdiv, associate professor Georgi Todorov and president of the Association of Aesthetic Dentistry Bulgaria, professor Hristo Kisov. Round-table participants shared their experiences of the educational process, and discussed the training of students of Dentistry, the procedure for the final state certification of graduates.

Keywords: visit; delegation, organization of the educational process; department.

С 22 по 25 апреля 2013 г. МГМСУ посетила официальная делегация из Болгарии в составе декана стоматологического факультета Медицинского университета – Пловдив, доцента Георги Тодорова и президента Ассоциации эстетической стоматологии Болгарии, профессора Христо Кисова. В ходе визита гости побывали в Центре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, на кафедрах факультетской хирургической стоматологии и имплантологии, ортопедической стоматологии ФПДО, в лаборатории клинической иммунологии, познакомились с работой Клинико-диагностического центра и стоматологической клиники ФПДО, оценили их техническое оснащение. Сотрудники кафедры истории медицины провели для членов делегации экскурсию по музею медицины университета.

На следующий день делегацию принимал ректор МГМСУ, профессор О.О. Янушевич. Во время переговоров Олег Олегович рассказал о переходе университета на более эффективную экономическую модель и об оптимизации системы управления в соответствии с требованиями XXI столетия. Затем проректор по научной работе и международной деятельности МГМСУ Е.А. Вольская и Георги Тодоров подписали соглашение о сотрудничестве между двумя вузами.

Был организован и круглый стол, за которым участники встречи обсудили подготовку врачей-стоматологов на до- и последипломном уровнях. Декан стоматологического факультета МГМСУ, профессор А.В. Митронин и декан университета Пловдива, доцент Г. Тодоров обменялись опытом по организации учебного процесса и проведению итоговой государственной аттестации выпускников.

Во время посещения кафедры госпитальной ортопедической стоматологии Георги Тодоров, Христо Кисов, профессора И.Ю. Лебеденко и А.Б. Перегудов обсудили план конференции, которая пройдет в октябре 2013 г. в Пловдиве в рамках российско-болгарского сотрудничества и будет посвящена 105-летию со дня рождения В.Ю. Курлянского. В рамках мероприятия запланированы выступления, стендовые доклады, встречи с профессорско-преподавательскими составами университетов Пловдива и Софии, а также переиздание книги «Протезирование беззубых челюстей», изданной в 1964 г. профессорами В.Ю. Курляндским и Б.К. Бояновым (София).

Для делегации из Болгарии была организована интересная культурная программа: гости побывали на обзорной экскурсии по Москве, в Троице-Сергиевой Лавре, на опере «Севильский цирюльник», в театре «Новая опера» саду Эрмитаж.

Впереди новые встречи и новые темы для обсуждения.



Георги Тодоров (в центре) с ректором МГМСУ, профессором О.О. Янушевичем (слева) и деканом стоматологического факультета, профессором А.В. Митрониным

+74-75_Mir_stomatologii_44_2.indd 74 24.06.13 20:43

На одном языке

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

Резюме. В Москве состоялся III Российский эндодонтический конгресс с международным участием. В научно-практическом стоматологическом форуме приняли участие врачи из разных уголков России. С докладами по значимым аспектам в эндодонтическом лечении на основе использования новейших медицинских технологий выступили известные зарубежные специалисты. Для практических врачей-стоматологов зарубежные и российские эндодонтисты провели профессиональные мастер-классы.

Ключевые слова: конгресс; эндодонтия; оборудование; материалы.

At the same language

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

Summary. A III Endodontic Congress of Russian with international participation held in Moscow. In the scientific and practical dental forum was attended by doctors from different parts of Russia. The reports on significant aspects in endodontic treatment using the latest medical technology made famous foreign endodontists. For practical dentists foreign and russian experts held workshops for endodontic treatment.

Keywords: congress; endodontics; equipment; materials.

В апреле в московском деловом центре гостиницы «Милан» при поддержке эндодонтической секции СтАР и компании «Эндофорум» состоялся III Российский эндодонтический конгресс с международным участием. На научно-практический стоматологический форум съехались врачи из разных уголков России. В открытии мероприятия приняли участие председатель эндодонтической секции СтАР, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, профессор И.М. Макеева; почетный председатель эндодонтической секции СтАР, профессор Е.В. Боровский; декан стоматологического факультета МГМСУ, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО, председатель секции эстетическая стоматология СтАР, профессор А.В. Митронин; заместитель председателя эндодонтической секции СтАР, профессор кафедры госпитальной терапевтической стоматологии, пародонтологии и гериатрической стоматологии МГМСУ В.Н. Чиликин.

С докладами по значимым аспектам эндодонтического лечения с использованием новейших медицинских технологий выступили известные зарубежные эндодонтисты Джулиан Веббер (Великобритания), Михаил Соломонов (Израиль), Джордж Сиртес (Швейцария), Мартин Гуган (Франция). Италию представляли сразу несколько человек: Никола Гранде, Жанлука Плотино, Филиппо Сантаркандженло, Раниеро Бараттоло, Антонио Синьоре. Опытом практической работы поделились и российские врачи: профессор И.М. Макеева, ассистент кафедры терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО МГМСУ А.В. Болячин; сотрудник кафедры факультетской хирургической стоматологии и имплантологии МГМСУ И.Н. Вьючнов и др. Для практических врачей-стоматологов зарубежные и российский специалисты провели мастер-классы. В рамках форума была также организована выставка современного стоматологического оборудования, инструментов и расходных материалов для эндодонтии.

23–26 мая в Токио состоялся IX Всемирный конгресс Международной федерации эндодонтических ассоциаций, впереди – XVI конгресс Европейского эндодонтического общества в Лиссабоне (Португалия), запланированный на 12–14 сентября 2013 г. Российская и зарубежная школы эндодонтии все чаще сверяют подходы и тактику эндодонтического лечения, что весьма важно для развития науки и практики, а также общения на одном, профессиональном, языке.

Координаты для связи с автором:
mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



Профессора В.А. Румянцев, А.В. Митронин, В.Н. Чиликин

+74-75_Mir_stomatologii_44_2.indd 75 24.06.13 20:43

Взаимосвязь личностных характеристик с особенностями эмоционального интеллекта

Аспирант **Елена Ермак**

Кафедра общей психологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. В статье в рамках проблемы роли эмоций в жизни человека рассмотрен феномен эмоционального интеллекта. Описаны его основные теоретические модели и структура с точки зрения разных авторов. Обозначены направления исследования феномена в современной психологии. Приведены результаты эмпирического исследования взаимосвязи характеристик личности с особенностями эмоционального интеллекта и использованием конкретных стратегий регуляции эмоций.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект; личностные черты; стратегии регуляции эмоций.

Interrelation of personal traits with characteristics of emotional intelligence

Graduate **Elena Ermak**

Department General Psychology MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. In article within a problem of a role of emotions in human life the phenomenon of emotional intelligence is considered. The main theoretical models of emotional intelligence, its' structure and the directions of empirical research of the phenomenon in modern psychology are described Results of empirical research of interrelation of personal traits with characteristics of emotional intelligence and use of strategies of emotional regulation are given.

Keywords: emotional intelligence; personal traits; strategy of emotional regulation.

Роль эмоций в жизни трудно переоценить. Ряд исследователей считают, что сам смысл нашего существования имеет аффективную, эмоциональную природу: взаимодействие с теми людьми и объектами, к которым мы являемся эмоционально привязанными [2]. Эмоции обладают большой побудительной силой, задавая направление действия и обеспечивая нас необходимой энергией для его осуществления либо, напротив, могут парализовать нашу активность. Благодаря чувствам и переживаниям, сталкиваясь с любыми явлениями внешнего мира мы узнаем, как они соотносятся с нашей внутренней реальностью, одновременно познавая и свои собственные особенности (потребности, ценности, мотивы), и свойства внешних по отношению к нам феноменов. С помощью этой информации мы определяем, что нам подходит, а что нет, и уже на основании этого строим свое поведение.

Однако характер реакций, отношение человека к людям и различным явлениям не ограничивается категориями «нравится» и «не нравится». Мы можем что-то или кого-то ненавидеть, презирать, испытывать раздражение или отвращение. Либо, напротив, любить, обожать, чувствовать нежность. Задавая себе вопрос «Что я чувствую?», в качестве ответа можно получить бесчисленное множество оттенков, о ряде которых нельзя однозначно сказать, приятное это переживание или нет. В течение жизни мы ежедневно испытываем разные чувства и как-то с ними обращаемся: ослабляем, подавляем, выражаем. При этом определение и называние переживаний известными нам словами, их анализ, процесс принятия решений или выбор окончательной формы действия происходят при обязательном участии не только самих эмоций, но и мыслительных, когнитивных процессов. Изучение взаимодействия явлений эмоционального ряда с процессами мышления, особенностей переработки информации, связанной с эмоциональными переживаниями и их роли в коммуникации составляет целое направление психологических исследований, в русле которого проведена и данная работа.

Для выражения сложных отношений между когнитивными и эмоциональными процессами и определения различий между людьми в способности понимать и регулировать эмоциональные переживания в современной психологии используется особый термин – «эмоциональный интеллект» (в дальнейшем – ЭИ). С начала 1990-х годов, когда этот термин окончательно оформился в науке, и по сей день интерес к нему не ослабевает, что неудивительно, ведь эмоциональный интеллект рассматривается как важный фактор, влияющий на успешность профессиональной деятельности, на особенности социального и межличностного взаимодействия, и его изучение позволит не только понять причины различных психологических проблем, но эффективнее помочь в их разрешении [7].

Существуют различные теории эмоционального интеллекта, которые можно разделить на два основных класса:

+76-78_Psixologia_Ermak_44.indd 76 24.06.13 20:43

модели способностей и смешанные модели. В первом случае ЭИ рассматривается как особенности переработки информации об эмоциях (модель Дж. Мейера, П. Саловея, Д. Карузо), некоторая совокупность когнитивных операций, во втором – как явление более широкого порядка, в состав которого входят компоненты, относящиеся и к области мышления, и к сфере личности (концепции Д. Гоулмана и Д. Бар-Она). И в том и в другом случае эмоциональный интеллект рассматривается в тесном переплетении с личностными особенностями [1, 7].

Структура эмоционального интеллекта в этих моделях описывается по-разному. В концепции Мейера–Саловея–Карузо выделяются такие компоненты, как распознавание эмоций, их использование для повышения эффективности деятельности, понимание эмоций и умение управлять ими. Под распознаванием эмоций понимается способность определять, какое чувство переживается самим субъектом или другим человеком, и умение проводить атрибуцию этого чувства, называть его. Использование эмоций для повышения эффективности деятельности – это возможность максимально рационально выстраивать свою активность в зависимости от актуального переживания и текущего эмоционального состояния. Примером может служить способность выполнять монотонную работу при сниженном настроении. Понимание эмоций подразумевает знание всего многообразия эмоционального языка, умения отличать одни переживания от других, разбираться в их сочетаниях. И, наконец, управление эмоциями – это способность регулировать как собственные, так и принадлежащие другим людям переживания: умение вызывать ту или иную эмоцию, определять их интенсивность, переключаться с одного переживания на другое и т. п. [1, 7].

Структура эмоционального интеллекта, предлагаемая Д. Гоулманом, отчасти сходна с вышеописанной и включает самосознание, самоконтроль, социальное понимание и управление взаимоотношениями. В этой модели предполагается, что в эмоциональный интеллект включены не только когнитивные, но и личностные особенности. Данная структура – иерархическая, т.е. каждая последующая способность строится на основании предыдущей: например, управлять своим эмоциональным состоянием можно только при условии распознавания собственных переживаний и знания о своих индивидуальных особенностях.

Д. Бар-Он при анализе феномена эмоционального интеллекта использовал несколько иной подход и сконцентрировался на определении качеств, наиболее сильно влияющих на успешность деятельности. Им были выделены пять таких качеств: познание себя, межличностные навыки, приспособляемость, умение управлять стрессом и общее настроение.

В отечественной психологии одним из исследователей эмоционального интеллекта является Д.В. Люсин, который



рассматривает его структуру, включающую понимание и регуляцию собственных и чужих эмоций (выделяются внутриличностный и межличностный компоненты, в зависимости от того, собственные ли эмоции или переживания других людей находятся в фокусе внимания) [1].

Эмпирические исследования эмоционального интеллекта проводятся по самым разнообразным направлениям. В большом количестве работ поднимается проблема специфики эмоционального интеллекта для разных групп населения, например профессиональных [9], а также для людей, имеющих различные заболевания. И здесь много внимания уделяется психическим и психосоматическим расстройствам, которые изначально предполагают наличие тех или иных нарушений в эмоциональной сфере [6].

Еще один важный вопрос, который исследуют в настоящее время, – формирование эмоционального интеллекта [4]. Здесь изучается не только характер изменений свойств феномена в течение жизни, но и возможности его развития путем специальных методов, например, психологического тренинга. То, насколько сильно можно повысить эмоциональный интеллект, от каких факторов будет зависеть данный процесс, – сложный вопрос, однако он является весьма важным при оказании психологической помощи людям с различными проблемами в эмоциональной сфере. В последнее время был создан ряд тренинговых программ, целью которых авторы ставят именно развитие эмоционального интеллекта [10, 11].

Как было сказано выше, часто эмоциональному интеллекту отводится важная роль в профессиональной деятельности и межличностном общении. В ряде исследований изучается влияние эмоционального интеллекта и свойств отдельных его компонентов на решение различного рода задач и коммуникативные процессы [5].

Однако если взглянуть на работы, посвященные тематике взаимосвязи свойств феномена и характеристик личности, то можно увидеть, что в нашей стране исследования проводились в основном в контексте изучения успешно-

© rangizzz - Fotolia.com

+76-78_Psixologia_Ermak_44.indd 77 24.06.13 20:44

сти лидеров, оценки факторов эффективности управленческой деятельности, при этом изучалась связь с отдельными индивидуальными особенностями, например с гендерной идентичностью или самооценкой [5, 8]. В связи с этим, на данном этапе нашей работы, где в дальнейшем будут затрагиваться и другие особенности эмоциональной сферы, мы поставили перед собой цель изучить, как соотносится выраженность личностных качеств с характеристиками эмоционального интеллекта. В исследовании приняли участие 18 студентов психологического факультета, обучающихся на IV курсе.

Показатели эмоционального интеллекта и особенности регуляции переживаний наиболее сильно связаны с группой черт личности, которые традиционно объединяются как описывающие ее эмоциональные характеристики [3]. Приведем более подробные результаты для каждой из групп. У людей эмоционально чувствительных, склонных к самоанализу, артистичных, с развитыми эстетическими интересами эмоциональный интеллект в целом выше, особенно это касается тех его компонентов, которые относятся к пониманию и регуляции собственных переживаний. Такие люди используют разнообразные способы для регуляции эмоций, но чаще других они выбирают общение или обсуждение проблемы с другими людьми, а также обдумывание, анализ и переоценку сложившейся ситуации и возникших в ней переживаний, что вполне согласуется с указанными чертами личности. Можно предположить, что при богатстве и яркости эмоций такие люди не являются полностью погруженными в свой внутренний мир, а разделяют эти переживания с другими и часто могут делать это через искусство, создавая подходящую для них форму.

Практически противоположной оказывается связь эмоционального интеллекта с такими личностными чертами, как высокий контроль над своими чувствами и поведением, соблюдение социальных норм, целеустремленность, ответственность. Если эти качества сильно выражены, то практически все показатели эмоционального интеллекта оказываются сниженными, а репертуар стратегий для регуляции собственных переживаний – значительно беднее. Кроме того, чем ярче проявлены описанные черты, тем реже эмоции (как чужие, так и свои собственные) будут регулироваться с помощью контакта с другим человеком. Интересно, что наряду с эмоциональным интеллектом вышеуказанные личностные качества довольно часто рассматриваются как характерные для успешных лидеров [3]. Возможно, это повод поставить вопрос о том, что же в этом случае действительно играет ведущую роль, однако на данном этапе в нашем исследовании мы позволим себе оставить это в виде довольно любопытного экспериментального факта.

Интересными оказались результаты для лиц с такими личностными особенностями, как высокая тревожность, склонность к чувству вины, неуверенность в себе. Для таких людей характерны также высокий показатель понимания собственных эмоций и их регуляции путем получения положительных переживаний с помощью мыслей. А вот общение и непосредственное проживание эмоций свойственно им гораздо реже. В целом вырисовывается картина, где мы видим человека, погруженного в свое внутреннее пространство и не выносящего вовне свои переживания из-за различного рода страхов и тревоги. Кроме того, в этом случае можно предположить и трудности столкновения с чувствами других людей.

Можно сделать вывод, что частота выбора коммуникативных стратегий регуляции эмоций часто оказывается статистически зависимой от выраженности тех или иных черт. Кроме уже указанных факторов, с частотой выбора таких стратегий связаны и другие особенности личности. Реже их используют люди, для которых характерны подозрительность, замкнутость, настороженность по отношению к окружающим, раздражительность, а также те, кому свойственны упрямство, своенравие вплоть до конфликтности и стремление к независимости. И в том и в другом случае регуляция эмоций отличными от коммуникации способами выглядит достаточно логичной, однако предполагает под собой разные, хотя в чем-то схожие истоки: отвержение других либо доминирование интенции «я сам».

Обнаруженные и описанные нами результаты позволяют наметить некоторые общие моменты для понимания и саморегуляции эмоций, присутствующие при определенной степени выраженности тех или иных индивидуальных качеств и являются эмпирическим подтверждением тезиса о связи характеристик личности с особенностями эмоционального интеллекта. Однако совершенно точно ясно, что получена лишь малая часть информации и, даже если оставаться в рамках нашего небольшого исследования, есть много вопросов: например, каков характер взаимосвязи особенностей эмоциональной сферы и других качеств, никак не обративших на себя внимание при статистическом анализе; или, возможно, эмоциональный интеллект зависит не столько от конкретных характеристик, сколько от целостного профиля личности. В связи с этим необходимы более детальные исследования как в этом, так и в смежных направлениях, что в дальнейшем позволит составить более полное представление о месте эмоционального интеллекта в структуре личности и о его влиянии на успешность деятельности человека.

Координаты для связи с авторами:
or9700@gmail.com; +7 (495) 671-74-62 – кафедра общей психологии МГМСУ

Список литературы находится в редакции.

+76-78_Psixologia_Ermak_44.indd 78 24.06.13 20:44

КАФЕДРА Cathedra СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

ПОДПИСКА на 2013 год

Журнал издается 4 раза в год

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;
- бесплатная доставка российским подписчикам простой почтовой бандеролью, доставка для подписчиков из ближнего зарубежья - наложенным платежом.

ОФОРМИТЬ ПОДПИСКУ МОЖНО ПО КАТАЛОГУ «ПРЕССА РОСИИ», ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС **11169**.
ПРИОБРЕСТИ ЖУРНАЛ CATHEDRA МОЖНО ТАКЖЕ ЗА НАЛИЧНЫЕ:

- в деканате стоматологического факультета МГМСУ по адресу: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д.20, стр.1;
- в учебном центре «БиоСан ТМС» (Москва, Новохорошевский пр., дом 25)

Стоимость одного номера: 350 руб. **Стоимость подписки:** **на полугодие ____ 650 руб.** **годовая _____ 1200 руб.**

КУПОН на подписку

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 телефонам: +7 (495) 799 2920; +7 (495) 739 7446
или по адресу : 123308 Москва, Новохорошевский пр., дом 25.

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. ☐
	Плательщик (Ф.И.О.):	
	Адрес плательщика:	
	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 плательщика _____	

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. ☐
	Плательщик (Ф.И.О.):	
	Адрес плательщика:	
	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 плательщика _____	

КАФЕДРА Cathedra СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

ПОДПИСКА на 2013 год

Журнал издается 4 раза в год

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;
- бесплатная доставка российским подписчикам простой почтовой бандеролью, доставка для подписчиков из ближнего зарубежья - наложенным платежом.

ОФОРМИТЬ ПОДПИСКУ МОЖНО ПО КАТАЛОГУ «ПРЕССА РОСИИ», ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС **11169**.

ПРИОБРЕСТИ ЖУРНАЛ CATHEDRA МОЖНО ТАКЖЕ ЗА НАЛИЧНЫЕ:

- в деканате стоматологического факультета МГМСУ по адресу: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д.20, стр.1;
- 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 телефонам: +7 (495) 799 2920; +7 (495) 739 7446
или по адресу : 123308 Москва, Новохорошевский пр., дом 25.

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. ☐
	Плательщик (Ф.И.О.):	
	Адрес плательщика:	
	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 плательщика _____	
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. ☐
	Плательщик (Ф.И.О.):	
	Адрес плательщика:	
	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 плательщика _____	