

Tri Auto mini

ЭНДОДОНТИЧЕСКИЙ НАКОНЕЧНИК



Root ZX mini

АПЕКСЛОКАТОР

Реклама

КАФЕДРА Cathedra

№ 45, 2013

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ



Победа

над болью

MILESTONE
SCIENTIFIC



Тест-драйв
АКЦИЯ
www.medenta.ru

CompuDent STATM Single Tooth Anesthesia
SYSTEM

Реклама



Продукция сертифицирована
Регистрационное удостоверение:
ФСЗ 2009/05509



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

Q TEMPTM

Композитный цемент для временной фиксации



- Надёжная ретенция и, при необходимости, лёгкое удаление.
- Не содержит эвгенол, не оказывает раздражающего действия на ткани, не оказывает негативного влияния на качество постоянной фиксации.
- Фторовыделяющий эффект, снижающий вероятность вторичного кариеса и обладающий кариостатическим действием.
- Содержит нитрат калия, снижающий чувствительность твёрдых тканей и оказывающий успокаивающее действие на пульпу.
- Содержит хлоргексидин - мощный противомикробный компонент.

Реклама



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



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

Уважаемые читатели!

Прежде всего хочу поздравить всех с началом очередного учебного года, который первокурсники нашего университета начали по новой образовательной программе – утвержденному в 2011 г. ФГОС по специальности «Стоматология». А ведь, кажется, совсем недавно отшумели выпускные балы. В июне в медицинских вузах успешно прошла итоговая государственная аттестация выпускников. Часть еще одного поколения квалифицированных специалистов начала профессиональную деятельность, другие продолжают последипломное образование. Из стен стоматологического факультета МГМСУ вышли 432 студента, 46 из которых получили из рук ректора заслуженный красный диплом и знак «Отличник учебы».

Месяцем раньше, в мае, значимым событием для мира стоматологии стал IX конгресс Международной федерации эндодонтических ассоциаций (IFEА), проходивший в Токио. Среди других летних событий стоит отметить пресс-конференцию главного стоматолога МЗ РФ, ректора МГМСУ, профессора О.О. Янушевича и президента СтАР В.В. Садовского, а также чемпионат стоматологического мастерства, по традиции открывшийся 12 июня, в День России. О том, как проходили соревнования в номинации «Лучшая работа в эстетической стоматологии» мы расскажем в этом номере.

В конце августа в Бирмингеме (Великобритания) завершился 39-й конгресс Европейской ассоциации стоматологического образования, а 16–19 сентября в Москве откроется одно из крупнейших мероприятий года – 34-й Международный стоматологический форум, в рамках которого пройдут стоматологическая выставка «Дентал-Экспо», два конгресса и 13 симпозиумов. В сентябре будет дан старт и совместному профилактическому проекту Европейской ассоциации студентов-стоматологов и компании Procter & Gamble – Smile.

2013 год – год юбилеев стоматологических факультетов вузов России: полувековой юбилей отметят КубГМУ, СГМА, ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова; 25 лет исполнится СГМУ им. В.И. Разумовского, 20 – СОГМА. От лица академического и профессионального сообществ поздравляем ректораты, деканов и профессорско-преподавательский состав, студентов и выпускников вузов с этими праздниками. Среди юбиляров и наши иностранные партнеры: Hebrew University Hadassah отмечает 60-ю годовщину со дня основания. От души поздравляем декана стоматологического факультета этой ведущей иерусалимской школы, профессора Адама Штабхольца и весь коллектив!

Ну а на страницах этого номера нашего журнала вы, как всегда, найдете материалы, отражающие современные методы диагностики, лечения и профилактики болезней. Стоматологическая наука постоянно развивается, и мы стараемся следовать за ней. И от вас ждем новых интересных материалов – научных изысканий, клинических исследований, практических рекомендаций.

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



Выходит с февраля 2002 г.

ОСНОВАТЕЛЬ ЖУРНАЛА

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

УЧРЕДИТЕЛИ:

МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава 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)

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)

Юшук 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 Хаустейн (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 (Роскомнадзор) 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 "Тверской печатный двор"; тираж 2500 экз.

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

100 ЛИЦ

04 ГОД СПУСТЯ (К.Г. Дзугаев)

06 НОВИНКИ СТОМАТОЛОГИИ

ВЗГЛЯД НА РЫНОК

10 ТЕХНОЛОГИИ ПРОДАЖ XXI ВЕКА С frank-dental.ru

16 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ПРОФИЛАКТИКА С V.LED-ТЕХНОЛОГИЕЙ: ПРОРЫВ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ
Весна Браун

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

20 ДИГИТАЛЬНАЯ СИАЛОЦИСТОСКОПИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ КИСТ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Василий Афанасьев, Магомед Абдусаламов, Мария Полякова, Дмитрий Дубов

22 КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ АНОМАЛИЙ ВЕЛИЧИНЫ И ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ

Александр Манин, Ваграм Даллакян

26 ИЗУЧЕНИЕ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ТРЕХМЕРНОЙ ПРОЕКЦИИ ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДА КИНЕЗИОГРАФИИ

Татьяна Климова, Наби Набиев, Наталья Панкратова, Леонид Персин

EX CATHEDRA

32 ИЗ ПЕРВЫХ УСТ

(пресс-конференция О.О. Янушевича и В.В. Садовского)

ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

36 ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЗЕРНИСТОСТИ БОРОВ

Ирина Луцкая, Наталья Новак

42 СИСТЕМА GUTTACORE™: ЕЩЕ ОДНА СТУПЕНЬ ЭВОЛЮЦИИ ЭНДОДОНТИИ

Андрей Зорян

48 АНАЛИЗ ПОРИСТОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО СИЛЕРА МТА FILLAREX ПО СРАВНЕНИЮ С AN PLUS, SEALER 26 И ENDOFILL

Ари да Мотта, Ривайл Фидель, Антонио Диас, Серджио Альмейда

52 ВНУТРИКОСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ – АЛЬТЕРНАТИВА ПРОВОДНИКОВОЙ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Андрей Кузин

56 ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ОНКОЛОГИИ

Леонид Вельшер, Гелена Генс, Любовь Коробкован

ФОРУМ СПЕЦИАЛИСТОВ

60 ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ РАБОТЫ С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ РАННЕГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Галина Филиппова

МИР СТОМАТОЛОГИИ

64 НА РОДИНЕ АПЕКСЛОКАТОРА

Александр Митронин

ВЫСШАЯ ШКОЛА

66 НА БЕРЕГУ ВЕЛИКОЙ ВОЛГИ

Александр Митронин

70 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ НА КАФЕДРЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ АГМУ

Людмила Тупикова, Олег Орешака, Марина Швеи, Елена Дементьева

72 ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Лариса Ломиашвили, Людмила Золотова, Марина Нагаева

75 РАСПИСАНИЕ НА ПОСЛЕЗАВТРА

Александр Митронин

ПСИХОЛОГИЯ

76 ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Марина Дюргерова, Маргарита Калинова



ПОМНИМ



ПАМЯТИ КОЛЛЕГИ, УЧИТЕЛЯ, ДРУГА

18 августа 2013 г. в возрасте 73 лет ушел из жизни заведующий кафедрой факультетской терапевтической стоматологии МГМСУ, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор **Юрий Михайлович Максимовский**.

Вся жизнь Юрия Михайловича была неразрывно связана с родным университетом. Он прошел путь от студента стоматологического факультета, старшего лаборанта, ассистента до доцента, затем профессора кафедры (пропедвтики) факультетской терапевтической стоматологии. С 1987 по 1990 гг. работал проректором по научной работе ММСИ, в течение 26 лет был главным стоматологом департамента здравоохранения Москвы. Много лет Юрий Михайлович возглавлял региональную общественную организацию «Стоматологи столицы», комиссии СтАР по наградам, по присвоению врачебных квалификационных категорий, а также комиссию департамента здравоохранения по качеству оказания стоматологической помощи (терапия, хирургия, ортодонтия) взрослому и детскому населению. Профессор Ю.М. Максимовский – кавалер ордена «За заслуги перед стоматологией» I степени, знака «Отличник здравоохранения», золотой и серебряной медалей ВДНХ. Он автор монографий «Дентальная плексалгия» и «Язык – зеркало организма», 6 учебников, 385 научных публикаций и 7 изобретений. Под руководством Юрия Михайловича защищено 7 докторских и 84 кандидатских диссертаций.

Весь свой богатый научный, врачебный и организаторский опыт профессор Ю.М. Максимовский передавал студентам, врачам, аспирантам, сотрудникам.

Человек широкой души и доброго сердца, профессионал своего дела, пользовавшийся заслуженным авторитетом в мире науки и практики, – таким Юрий Михайлович навсегда останется в нашей памяти.

Ректор МГМСУ им. А.И. Евдокимова, профессор О.О. Янушевич, президент МГМСУ, профессор Н.Д. Юцук, ректорат, Ученый совет, профессорско-преподавательский состав кафедры факультетской терапевтической стоматологии, студенты стоматологического факультета, стоматологическая общественность, редакция журнала «Кафедра. Стоматологическое образование»

Год спустя

23 октября исполнится год, как ушел из жизни проректор по воспитательной работе и связям с общественностью МГМСУ им. А.И. Евдокимова, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор Казбек Георгиевич Дзугаев. Совсем немного не дожил он до своего 70-летия...



Казбек Георгиевич родился в 1943 г. в Тбилиси. После службы в рядах Советской Армии поступил в Северо-Осетинский медицинский институт, а в 1969-м стал студентом Московского медико-стоматологического института. С тех пор вся жизнь Казбека Дзугаева была связана с МГМСУ. Он прошел путь от абитуриента до выпускника лечебного факультета (первый выпуск), от доцента кафедры психиатрии до профессора, от секретаря комсомольской организации ММСИ имени Н.А. Семашко до проректора ведущего стоматологического вуза страны. Казбек Георгиевич – кавалер медали «За заслуги перед Отечеством» II степени, орденов Почета и Святого Преподобного Сергия Радонежского. Вообще, профессор с любовью относился к Русской Православной Церкви, проявляя особую заботу о православном студенчестве. Несколько лет его семья выделяла стипендии учащимся Московской духовной академии. Эта инициатива Казбека Георгиевича продолжается и после его ухода. Ценнейшим подарком академии стала уникальная коллекция наград Российской империи, которую К.Г. Дзугаев собирал четверть века.

Во многом благодаря Казбеку Георгиевичу, более 20 лет проработавшему проректором МГМСУ, жизнь университета стала более насыщенной и интересной, наполнилась неподдельной искренностью и любовью к вузу. Именно профессор Дзугаев впервые произнес слова «семья МГМСУ», первым зажег «Огонь нашей памяти» у Кремлевской стены, помог студентам сплотиться вокруг идеи межнационального братства, выразившейся в проведении Международного дня студента-медика. Именно он стоял у истоков рождения университетского хора и театра, развития «Дней здоровья» и донорства, клубов по интересам. Он был надежной опорой людям и незримым столпом, на котором держался фундамент МГМСУ.

Студенты писали о нем: *«Казбек Георгиевич многим помог воплотить мечты в жизнь. Его знали и уважали все, потому что любая проблема или кажущаяся неразрешимой ситуация были ему по плечу. Он очень любил свою семью – жену и детей, свою работу, свой университет, свою страну! Он любил все, что окружало его! Это был действительно Человек с большой буквы. Великий человек был...»*

28 ноября 2012 г. студенты и сотрудники МГМСУ приняли участие в акции «Подари каплю надежды», посвященной памяти К.Г. Дзугаева, – Дне донора в поддержку людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Студенческая пресса МГМСУ посвятила памяти К.Г. Дзугаева номер издания «Осенний зачетник-2012», в котором были такие слова: *«Журнал мы посвящаем Вам, любимый Казбек Георгиевич. Это отражение Вашей работы – созданный Вами студенческий мир. Спасибо...»*

18 мая 2013 г. Казбеку Георгиевичу Дзугаеву исполнилось бы 70 лет. К этой дате ректорат МГМСУ совместно с семьей профессора организовали программу памяти: были выпущены научные труды коллективов кафедр вуза и фотоальбом о профессоре К.Г. Дзугаеве «Учитель, наставник, друг». На спортивной площадке стадиона «Буревестник» состоялся товарищеский матч по футболу на Кубок Казбека Дзугаева. В турнире приняли участие команды профессорско-преподавательского состава и студентов. Переходящий приз в честной борьбе завоевала молодежь. Позже в рамках чемпионата ректора по мини-футболу прошли финальные студенческие игры на Кубок Казбека.



Турнир открывает капитан команды профессорско-преподавательского состава (ППС), ректор МГМСУ, профессор О.О. Янушевич

Уже год нет с нами профессора Дзугаева, но его дело и память о нем живут в учениках и последователях. В МГМСУ из поколения в поколение, от преподавателей к студентам, от выпускников к первокурсникам передаются традиции, обычаи, культура. Именно об этом мечтал Казбек Георгиевич – человек с большим сердцем, ученый с колоссальными знаниями, педагог, бесконечно преданный своей alma mater. Это была целая эра искренности и человеколюбия. Таким он навсегда и останется в наших сердцах.

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



Члены команды ППС МГМСУ



Об отце рассказал А.К. Дзугаев – сын Казбека Георгиевича, он же сделал первый удар по мячу



Переходящий Кубок К.Г. Дзугаева у команды студентов МГМСУ, в первом ряду слева жена и дети профессора

Самый компактный имплантологический мотор на рынке



I-SURGE™ доступен в следующих комплектациях:

- автоклавируемый микромотор Implant Ster и многофункциональная ножная педаль;
- неавтоклавируемый микромотор Implant и простая прогрессивная ножная педаль.



I-SURGE™ предлагает революционный спектр скоростей вращения

- от 400 до 40 000 об/мин

Основные характеристики

- устройство автоматически распознает подключенный микромотор;
- магнитная система нового эргономичного насоса противостоит любому давлению, оказываемому различной скоростью потока ирригационной жидкости (от 0 до 100 мл/мин);
- передняя панель и большой ЖК-экран обеспечивают прямой доступ ко всем настройкам: например, скорость вращения теперь показывается в режиме реального времени;
- система калибровки обеспечивает точность параметров микромотора и углового наконечника перед использованием (на выбор представлены семь угловых наконечников с разными передаточными отношениями и 5 программ с функцией автоматического сохранения параметров);
- гибкий кабель микромотора идеально подходит для нужд имплантационной хирургии;
- бесщеточный микромотор Implant Ster, не требующий обслуживания, рассчитан более чем на 500 циклов стерилизации в автоклаве.

Интерпроксимальные защитные крылья WedgeGuard



- ▲ Предохраняют соседний зуб от повреждения бором.
- ▲ Защищают десневой сосочек.
- ▲ Клин остается после снятия защитной пластины.
- ▲ Клинья сохраняют все преимущества Wave-Wedge.
- ▲ Идеальны для реставраций II и III классов, при изготовлении виниров и коронок.



Онлайн-сервис заказа инструментов ЛЕГКО ВЫБИРАТЬ, ЛЕГКО РАБОТАТЬ

Зернистость	
Грубая	G
Стандартная	ST
Мелкая	F

Удобная система фильтров по специальности врача, зернистости, типу хвостовика, материалу изготовления, области применения.

Создайте персональный каталог любимых боров RotaCard™. Поставьте ★ понравившийся бор, он автоматически окажется в разделе избранных и всегда будет у вас на виду.



Фотография бора на миллиметровой линейке поможет понять реальные размеры инструмента и не ошибиться в выборе при заказе. Вы оцените, насколько это удобно.

Приложение для клиник с большим штатом. Врачи формируют заказы, а старшая медсестра объединяет их в один общий. Это помогает контролировать сумму и объем заказов.



Заказы врачей



Бесплатный звонок с сайта и онлайн-консультант помогут вам определиться с заказом и изучить все опции сервиса.

НОВИНКА!

Универсальный набор боров для эстетической реставрации зубов по Д.А. Николаеву. Уже в продаже на www.frank-dental.ru



Эксклюзивный дистрибьютор Antex Medical Technologies, тел.: 8-800-333-05-61; e-mail: info@frank-dental.ru



ПРИГЛАШАЕМ НА МАСТЕР-КЛАСС

Неинвазивные ультратонкие виниры: изготовление традиционным способом и без препарирования

Доктор Юрген Вальманн,
президент Немецкого общества косметической стоматологии, член Американской академии косметической стоматологии

Демонстрация на модели:

- изготовление силиконового шаблона для препарирования;
- создание формы дуги препарирования, моделирование временным материалом;
- создание макета для препарирования на модели (mock-up);
- препарирование под виниры.

«Дентал-Экспо-2013», 18 сентября 2013 г., зал № 7, стенд О95.1, компания «Антекс», с 15:00 до 17:00.
Участие бесплатное.

Eye Volution – универсальный светодиодный полимеризационный аппарат



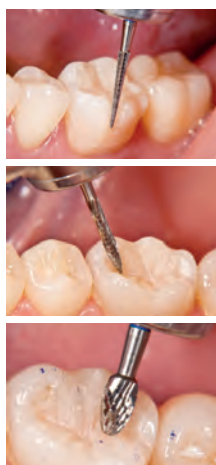
Благодаря спектральному диапазону 385 + 470 нм может использоваться для любых представленных на рынке светополимеризуемых материалов.



- 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.



Одношаговые боры-финиры



- Финирная обработка и полирование композитных пломб.
- Новая геометрия лезвий с дополнительной поперечной насечкой.
- Переход с трехшаговой системы (мелкое – сверхмелкое – ультрамелкое) на одношаговую.

Аксиальные маркеры глубины для виниров Caldwell



- Решение для эстетической стоматологии, щадящее дентин и эмаль.
- Всегда гарантированная равномерная толщина виниров.



Gutta Core™ – первый obturator на носителе, рукоятка которого изготовлена из поперечно-сшитой гуттаперчи. Благодаря высоким показателям текучести гуттаперчи данная технология обеспечивает качественную 3D-обтурацию корневых каналов, в том числе отводных.



Поскольку рукоятка носителя также является гуттаперчей, но в иной фазе, **Gutta Core™** в отличие от obturators на пластиковом носителе не представляет затруднений в случае необходимости перелечивания или создания пространства под штифт.

Gutta Core™ – одна из самых простых и быстрых техник горячей 3D-обтурации. Поскольку пластиковый носитель отсутствует, ручка после застывания гуттаперчи отламывается без использования бора, вручную.

Propex Pixi™ – апекслокатор нового поколения. Propex Pixi™ помогает повысить качество эндодонтического лечения, позволяет максимально точно определить рабочую длину корневого канала.

- ◆ компактное эргономичное устройство, удобное при транспортировке и хранении;
- ◆ точные и надежные данные;
- ◆ цветной светодиодный дисплей;
- ◆ корректно работает как в сухих, так и во влажных каналах;
- ◆ не требует калибровки и настройка на ноль;
- ◆ устанавливается на грудь пациента, обеспечивая комфортный доступ к полости и предотвращая спутывание проводов;
- ◆ фиксируемый измерительный провод и нескользящая поверхность для удобства использования;
- ◆ улучшенный контроль благодаря четырехуровневой громкости.



BJM LAB 
www.bjmlabs.com

Q-CERAM – одноэтапный праймер 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.



Технологии продаж XXI века с frank-dental.ru

Резюме. Специально для стоматологов и зубных техников, предпочитающих современные технологии, компания Antex разработала удобный онлайн-сервис для заказа и покупки вращающихся инструментов. Каталог интернет-магазина компании **frank-dental.ru** включает свыше 7 тыс. наименований боров, фрез и полиров из Германии. Навигация по сайту проста и доступна, а созданные для удобства пользователя дополнительные сервисы делают процесс покупки быстрым и надежным, помогая врачам экономить время и силы для пациентов.

Ключевые слова: интернет-магазин; онлайн-сервис; сайт; навигация; заказ; каталог; инструменты.

Technology sales of XXI century with frank-dental.ru

Summary. Specifically for dentists and dental technicians who prefer modern technology, the company has developed Antex convenient online service for ordering and purchase of rotary tools. Catalog online store of **frank-dental.ru** includes over 7000 titles hog cutters and polishers from Germany. Navigation is simple and accessible, and created for the convenience of the user additional services make the buying process fast and reliable, helping physicians to save time and effort for patients.

Keywords: online store, online service; site; navigation; order; catalog; tools.

Что сегодня определяет лицо компании-поставщика стоматологической продукции? Безусловно, ее способность наиболее полно удовлетворить потребности покупателей. Какими способами этого можно достичь? В первую очередь, необходимо гарантировать людям неизменно высокое качество и большой ассортимент продукции по приемлемой цене. Казалось бы, безотказно работающий, проверенный временем алгоритм успеха. Однако реалии современного рынка свидетельствуют о том, что этого недостаточно. Для покупателя XXI века все большее значение приобретают уровень сервиса, простота, комфортность и надежность самого процесса покупки. Наиболее эффективное решение данной задачи – онлайн-сервис продаж.

Специально для стоматологов и зубных техников, предпочитающих современные технологии, компания Antex разработала удобный сервис для заказа и покупки вращающихся инструментов. Каталог интернет-магазина компании **frank-dental.ru** включает свыше 7 тыс. наименований боров, фрез и полиров из Германии. Навигация по сайту проста и доступна, а созданные для удобства пользо-

вателя дополнительные сервисы делают процесс покупки быстрым и надежным, помогая врачам экономить время и силы для пациентов.

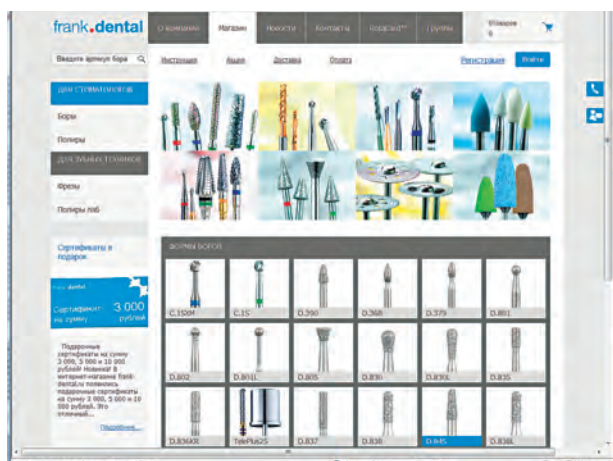
Удобная система фильтров

Безусловное достоинство любого интернет-магазина – большой ассортимент продукции. Однако именно это может затруднить выбор и заказ товаров. В интернет-магазине компании **frank-dental.ru** специальный фильтр позволяет специалисту той или иной области ограничиться лишь интересной ему частью каталога. Так, с помощью фильтра «стоматология – ортопедия – обточка под коронку», врач легко сможет выбрать нужные ему боры. А это уже не несколько тысяч, а только десятки наименований. Такое сужение номенклатуры позволяет отсекал лишние позиции, значительно упрощая работу с каталогом.

В меню интернет-магазина встроены также фильтры, позволяющие отсортировать продукцию по типу хвостовика, материалу изготовления. На конечном этапе предусмотрена возможность выбора зернистости и формы рабочей поверхности.

Узнаем инструмент «в лицо»

На сайтах и в интернет-магазинах компаний, продающих стоматологические инструменты, принято каждую товарную позицию визуализировать черно-белыми схемами. Они не дают возможность оценить принципиально важные параметры, например, материал изготовления и зернистость. Если это схематичное изображение головки бора, то оно, как правило, не содержит сведений о хвостовике, хотя эти данные – один из ключевых критериев выбора. Да и сами схемы не всегда ясные и четкие. Чтобы компенсировать недостаток информации, характеристики каждого наименования описываются специальными буквенными обозначениями и аббревиатурами. В частности,



Инновационные технологии и немецкие стандарты качества

frank.dental



technologie vom tegernsee

Боры Frank Dental:

- Более длительный срок службы.
- Высокая режущая способность.
- Идеальная калибровка хвостовика.
- Натуральное алмазное покрытие.
- Широкий ассортимент продукции.

Уникальный сервис:

- удобный интернет-магазин для быстрого заказа инструментов;
- более 5 000 наименований боров, фрез и полиров на складе в Москве

Реклама

Antex
medical technologies

— эксклюзивный дистрибьютор в России

Тел. **8-800-333-05-61**

www.frank-dental.ru



разной зернистости соответствуют буквы G, F, Sg и др., типу материала – D, C или H, виду хвостовика – FG, CA, HP и т.д.

Конечно, такие классифицирующие обозначения (артикулы) являются официальными и используются в технической документации и инструкциях для пользователя. Но зачем врачу-стоматологу заучивать все эти коды заводов-изготовителей и системы ISO? Теперь представьте, что вы ошиблись в написании одной цифры или буквы при оформлении заказа. И вам доставят другой, совсем не нужный вам, инструмент.

Компания Antex предлагает принципиально иной подход. Для упрощения процесса заказа, а главное, для минимизации возможных ошибок, онлайн-сервис **frank-dental.ru** сопровождает каждую товарную позицию четкой фотографией инструмента, расположенного на миллиметровой линейке. При работе с каталогом вам не нужно пытаться вспомнить, что обозначает каждая аббревиатура, достаточно узнать свой инструмент «в лицо». На фотографии отлично видно, что это за инструмент, а миллиметровая линейка не позволит сделать ошибку при определении размера. Более того, каждая фотография сопровождается кратким текстом, в котором диаметр, длина, материал изготовления, вид хвостовика, тип и зернистость покрытия описаны не символами, а простыми и понятными словами.

Ваш персональный RotaCard

После регистрации на сайте интернет-магазина вы получите персональный аккаунт с функцией хранения истории заказов. Эти заказы можно дублировать или повторять частично столько раз, сколько нужно. Для удобства онлайн-сервис **frank-dental.ru** предлагает вам создать персональный каталог любимых инструментов – RotaCard. Для этого нужно отметить звездочкой выбранный инструмент, и он автоматически будет перемещен в папку «Избранное». Отметив один раз нужные инструменты, вам больше не придется тратить время на их поиск в общем каталоге.

Корпоративным клиентам

Для крупных медицинских учреждений и сетевых стоматологических клиник у онлайн-сервиса **frank-dental.ru** есть специальное приложение. Врачи самостоятельно регистрируются на сайте и получают персональный аккаунт, личный каталог, историю заказов. Каждый врач формирует свой заказ и отправляет его на корпоративный аккаунт старшей сестры отделения, клиники или медицинского центра (либо другого сотрудника, отвечающего за закупки). Старшая сестра собирает все запросы, корректирует их при необходимости, объединяет и отправляет единый заказ от медицинского учреждения. Это дает ей возможность контролировать общую сумму закупок, экономит время, облегчает процесс обработки информации и уберегает от ошибок.

Доставка

Интернет-магазин **frank-dental.ru** обеспечит доставку купленной продукции в любую точку России, а также сохранность заказа. Стоимость зависит от суммы покупки и адреса доставки.

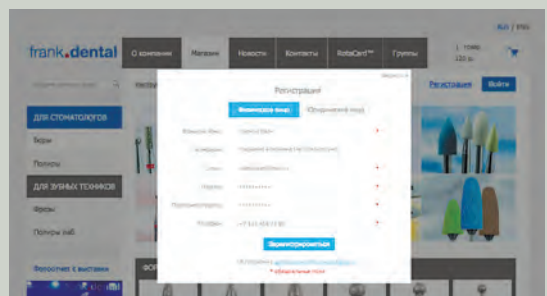
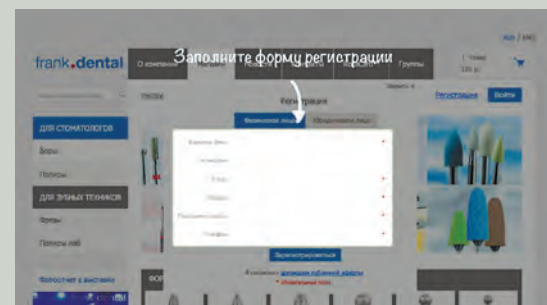
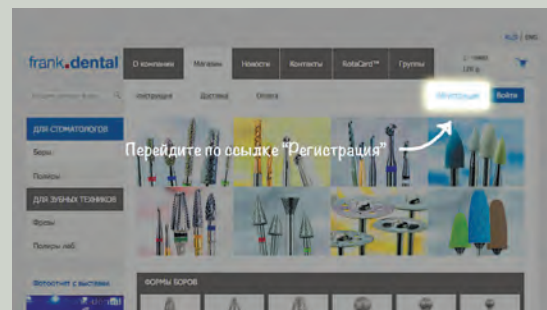
Технология продаж XXI века

Antex работает в мейнстриме современных технологий продаж и сервиса. Мы ценим время наших покупателей, поэтому берем на себя значительную часть работы по оформлению заказа. Навигация нашего сайта проста и понятна даже неопытным пользователям Интернета. Тем не менее менеджеры онлайн-сервиса **frank-dental.ru** готовы приехать к вам в клинику, чтобы научить делать покупки в интернет-магазине и помочь составить персональный каталог инструментов RotaCard. Они также готовы и в дальнейшем оказывать вам методическую помощь в случае необходимости.

Пошаговая инструкция для покупателей интернет-магазина frank-dental.ru

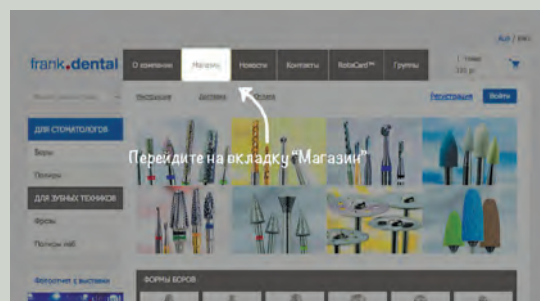
Шаг 1 Регистрация

Перейдите по ссылке **РЕГИСТРАЦИЯ** и заполните специальную форму для юридического или физического лица.

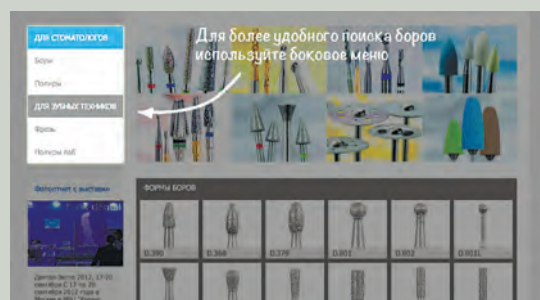


Шаг 2 Выбор инструмента

Перейдите на вкладку **МАГАЗИН**.



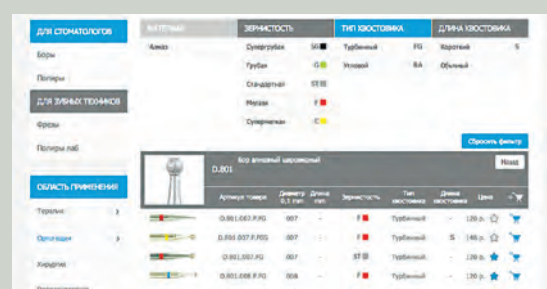
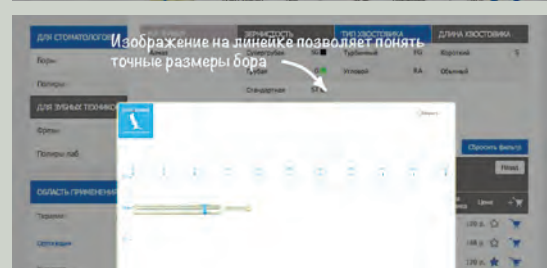
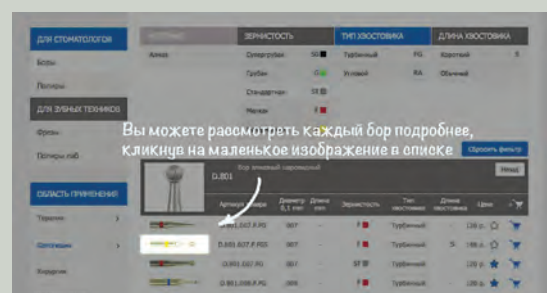
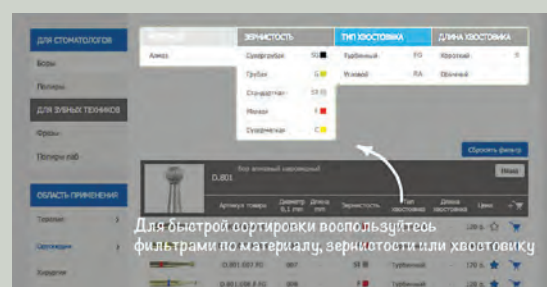
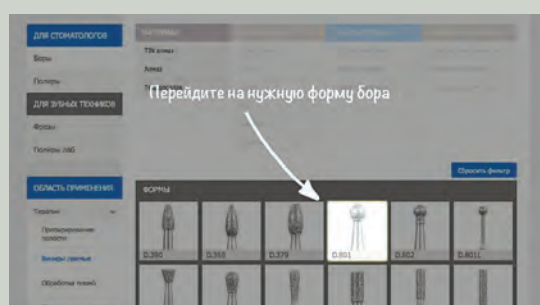
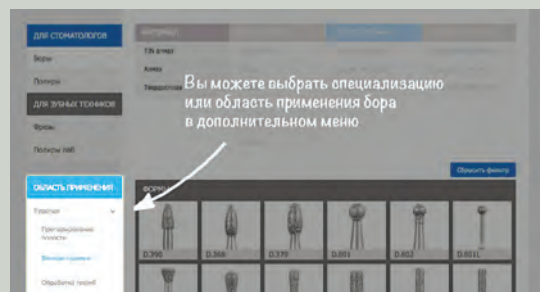
Слева от главного меню находятся разделы и категории фильтров для сортировки инструментов.



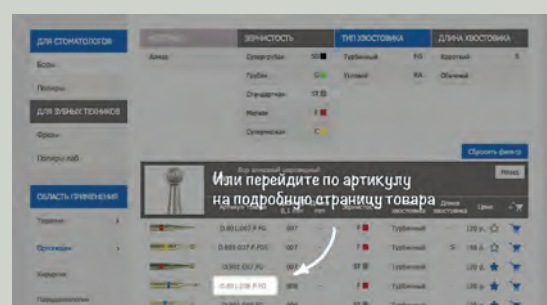
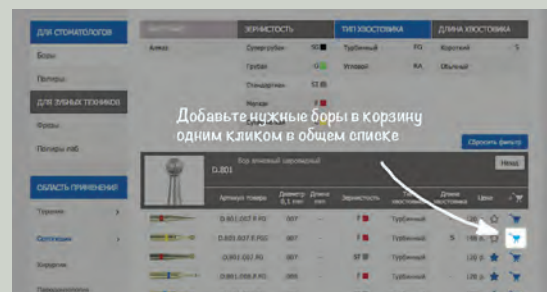
В основном меню выберите материал изготовления.



Внутри каждой формы – список инструментов, которые можно дополнительно отфильтровать по зернистости, типу и длине хвостовика.

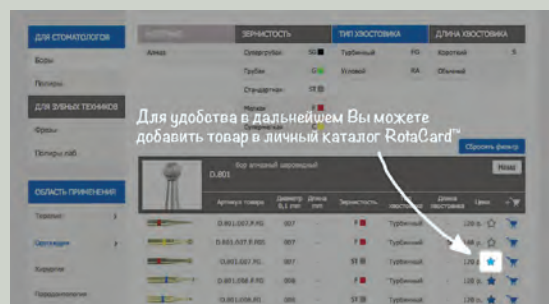


Добавьте выбранный инструмент в заказ, нажав на значок **КОРЗИНА**. В Корзине будет видно количество заказанных инструментов.

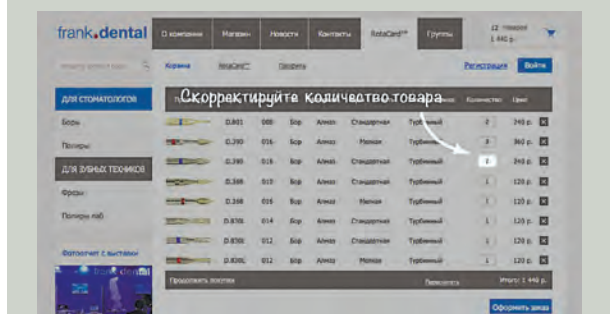
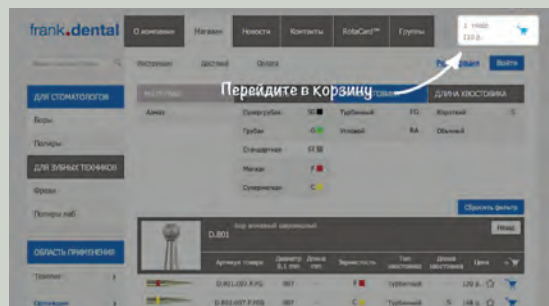




Хотите облегчить себе жизнь? Создайте собственный каталог избранных товаров RotaCard! Теперь список любимых позиций всегда на виду. Просто пометьте звездочкой (*) нужный товар, и он автоматически попадет в RotaCard. Чтобы удалить позицию из каталога, достаточно нажать на звездочку (*) повторно.



После того как вы выберете необходимый товар, перейдите в **КОРЗИНУ**. Она находится в правом верхнем углу сайта. Проверьте список товаров. Можно удалить позиции, нажав на значок **X** или добавить новые, перейдя по ссылке **ПРОДОЛЖИТЬ ПОКУПКИ**.



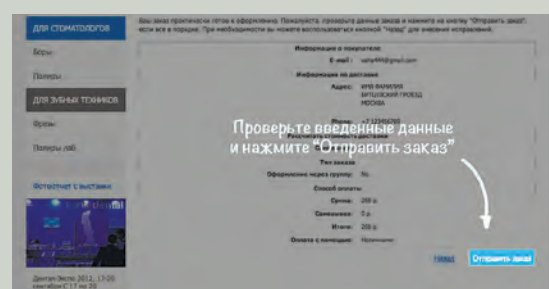
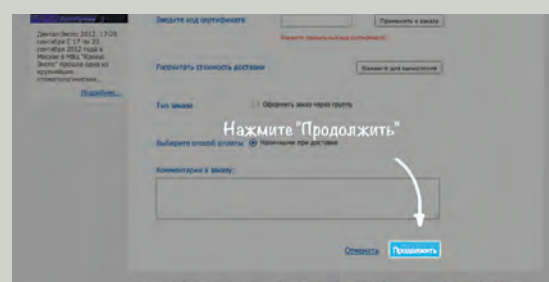
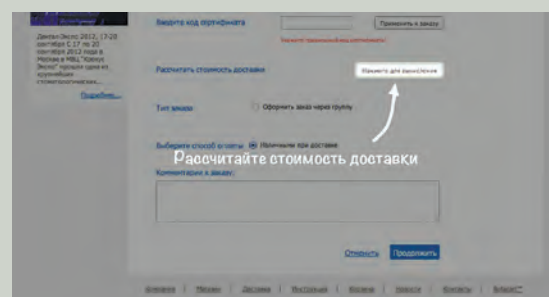
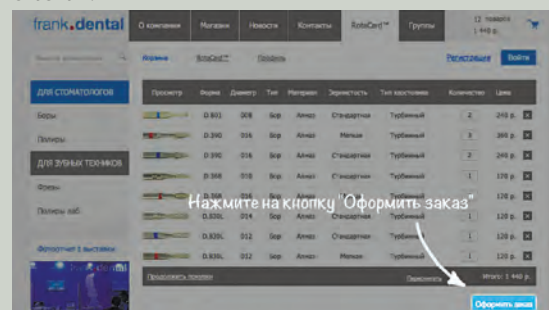
ПОДАРКИ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

В интернет-магазине **frank-dental.ru** вы можете приобрести подарочные сертификаты на сумму 3, 5 и 10 тыс. руб. Это отличный подарок на любой праздник коллеге, который сам выберет на подаренную сумму любимые боры, фрезы или полировочные головки отличного немецкого качества.

Оплатить приобретенные через интернет-магазин сертификаты можно любым удобным для вас способом. Наш курьер доставит подарок по нужному адресу в указанное вами время.

Шаг 3 Оформление заказа

Нажмите кнопку **ОФОРМИТЬ ЗАКАЗ** и следуйте подсказкам.



После успешного оформления вы получите три электронных письма:

- 1) подтверждение того, что заказ успешно оформлен и поступил в обработку;
- 2) обработанную заявку с указанием количества товаров на складе и номера заказа;
- 3) окончательный счет после согласования с персональным менеджером количества товаров и сроков доставки.

ДАВАЙТЕ ПОПРОБУЕМ!

Для того чтобы вы смогли убедиться в удобстве заказа инструментов через интернет-магазин **frank-dental.ru** и оценить высокое качество продукции, компания Antex Medical Technologies дарит вам сертификат на 1000 руб. На эту сумму вы сможете совершенно бесплатно выбрать свои любимые боры, фрезы или полировочные головки.

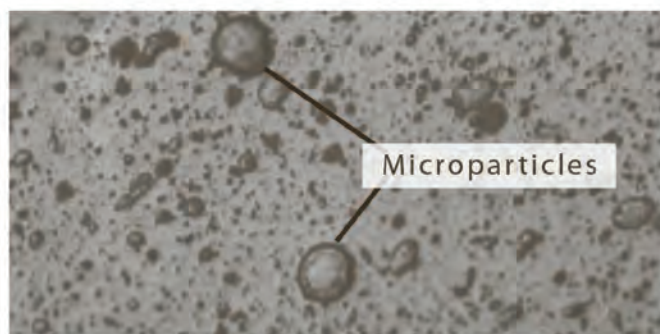
Для получения сертификата надо лишь отправить нам запрос по электронной почте **info@frank-dental.ru**, с помощью формы «Обратная связь» на сайте **www.frank-dental.ru** или по телефону **8-800-333-05-61**.

XP Technology™ COMPOSITE INSTRUMENTS



Инструменты для композитов, обработанные по технологии **XP Technology™** имеют идеальную суперпрочную поверхность, к которой не прилипают композитные материалы.

Стандартная поверхность инструментов



Поверхность инструментов **XP Technology™**



Реклама



Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»

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

Ультразвуковая профилактика с b.LED-технологией: прорыв в профессиональной гигиене

Стоматолог-гигиенист **Весна Браун**

Аппенвайер (Германия)

Резюме. Только составив полную картину состояния полости рта, врач вправе приступать к профессиональной гигиене с использованием современных медицинских технологий. К последним, в том числе, относится новый ультразвуковой генератор P5 Newtron XS – Satelec (Acteon Group). Благодаря встроенной технологии b.LED он позволяет обнаруживать зубной налет и легко удалять его.

Ключевые слова: ультразвуковой генератор; зубной налет; окрашивающая жидкость; профессиональная гигиена полости рта.

Ultrasonic with b.LED-prevention technology: a breakthrough in the professional oral hygiene

Dental Hygienist **Vesna Braun**, DH

Appenweiler (Germany)

Summary. Only part of the full picture of the oral cavity, the physician has the right to proceed to occupational health with the use of modern medical technology. These include the new ultrasonic generator P5 Newtron XS – Satelec (Acteon Group). Thanks to the built-in technology b.LED it can detect plaque and easily remove it.

Keywords: ultrasonic generator; plaque; coloring liquid; professional oral hygiene.

Все начинается с профилактики. Стоматолог должен не только прекрасно разбираться в заболеваниях полости рта, но и иметь представление об их взаимодействии с системными заболеваниями. Задача стоматолога-гигиениста не просто профессионально почистить зубы, но и добиться продолжительного эффекта как в полости рта пациента, так и в его сознании. Для этого прежде всего необходима точная оценка индивидуальных факторов риска: анализ индексов зубного налета и кровоточивости десны, измерение глубины пародонтальных карманов и многое другое. Только составив полную картину состояния полости рта, врач вправе приступать к профессиональной гигиене с использованием современных медицинских технологий. К последним, в том числе, относится новый ультразвуковой генератор Newtron – Satelec (Acteon Group). Благодаря встроенной технологии b.LED он позволяет обнаруживать зубной налет и легко удалять его.

Давнюю дилемму, какие из инструментов гигиениста предпочтительнее – ручные, механические или пьезо-электрические, – однозначно разрешить невозможно. Одни эффективнее удаляют налет и обеспечивают лучший доступ в области бифуркации, другие – более щадящие для мягких тканей, одни позволяют работать быстро, но шумно и дискомфортно для пациента, другие требуют больше времени и навыков. Помимо этого,

необходимо учитывать доступность, качество и стоимость каждого инструмента.

Идеал: сочетание ручных и ультразвуковых методов

Индивидуальная комбинация традиционного ручного и современного ультразвукового скалинга – наиболее эффективный и рациональный метод удаления зубного налета. У каждого из этих методов в отдельности есть как преимущества, так и недостатки, поэтому лучше применять их в сочетании друг с другом.

Я работаю в большой клинике с разветвленной сетью филиалов и имею возможность провести тестирование многих инструментов и приборов от разных производителей: проверить их рабочие характеристики и эффективность, узнать мнение пациентов. Ультразвуковые генераторы Satelec с технологией Newtron, на мой взгляд, лучшие на стоматологическом рынке. Производящая их французская компания Acteon Group, специализируясь на инновационных технологиях, всегда стремится к высокому качеству лечения и профилактики. Основное преимущество генератора – интегрированная система cruise control, предоставляющая пользователю дополнительные возможности. Так, режим push – pull обеспечивает постоянный мониторинг амплитуды колебаний. В зависимости

Рис. 1

Настройка мощности прибора с помощью поворотного переключателя



Рис. 2

Инструменты для нанесения флуоресцентного раствора F.L.A.G.

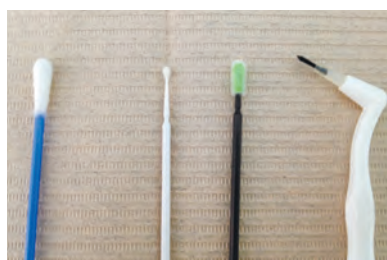


Рис. 3

С помощью пипетки флуоресцентную жидкость F.L.A.G. помещают в емкость для ирригационного раствора

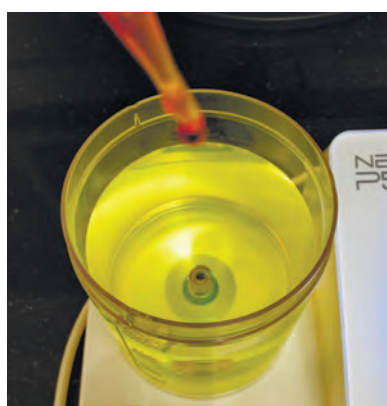


Рис. 4

После нанесения раствора зубной налет становится хорошо виден даже невооруженным глазом



от акустического резонанса частота колебаний (соответствующий звуковой ответ кончика насадки) автоматически регулируется в режиме реального времени. Система обратной связи оценивает сопротивление на рабочей поверхности насадки и настраивает требуемую мощность. Прибор обеспечивает более высокую эффективность и точность при меньших временных и трудовых затратах. При этом манипуляции врача весьма деликатны и не причиняют дискомфорта пациенту.

Использование насадок в рекомендуемом производителем диапазоне мощностей позволяет избежать гиперчувствительности у пациентов (во время и после лечения) и изменения цвета зубов. Появление дисколорита в течение двух недель после сеанса профессиональной гигиены свидетельствует о чрезмерной обработке по-

верхности зуба или о шероховатости его поверхности. Но система cruise control препятствует этому.

Гигиенически безопасный и эффективный

Представленный на последней выставке IDS ультразвуковой генератор Newtron P5XS – наиболее эффективный и безопасный в своей линейке. Да и с точки зрения эстетики он превосходен! Конструкция прибора была полностью переработана в современном футуристическом стиле, но с соблюдением всех требований гигиены. Гладкая поверхность корпуса облегчает процесс дезинфекции устройства, съемный поворотный переключатель можно продезинфицировать отдельно. Окрашенный раствор легко удаляется из емкости, и даже после 100 циклов использования контейнер выглядит как новый. Наконечник тоже легко стерилизуется.

Остановимся подробнее на поворотном переключателе. Он имеет четыре разные подсветки, каждая из которых указывает на определенную мощность и уровень ирригации, а также служит контролем качества до и во время лечения. Например, насадкой с синим маркировочным кольцом (для наддесневой обработки) следует работать тогда, когда поворотный переключатель находится в «синем» положении (светится синим цветом), соответствующем высокому уровню мощности (рис. 1). Что-либо перепутать практически невозможно.

Обнаружение и удаление зубного налета

Во время семинаров я вот уже много лет рекомендую гигиенистам окрашивать зубной налет. Многие отказываются от этой процедуры, ссылаясь на нехватку времени или потому, что «не хотят выставлять напоказ недостатки индивидуальной гигиены пациента». Кроме того, большинство из доступных ныне красителей имеют очень интенсивный цвет, и пациентам не всегда приятно видеть в зеркале свои ярко-красные или синие зубы.

Но ведь окрашивание зубного налета предопределяет качество работы гигиениста. Только видя, что именно надо делать, можно добиться успеха. В противном случае не избежать недостаточной или чрезмерной обработки. К тому же и пациент может наглядно оценить результаты с помощью интраоральной камеры.

Поэтому я считаю b.LED-технология, на которой основан принцип работы ультразвукового генератора Newtron P5XS, уникальной. С ее помощью можно без лишних манипуляций окрашивать налет. Наконечник Slim b.LED и индикатор налета F.L.A.G. позволяют врачу легко определять расположение мягких и минерализованных зубных отложений и сразу удалять их с помощью ультразвука. Частицы нанесенной на зубы с помощью микробраша (рис. 2) индикаторной жидкости оседают на поверхности зубного налета и люминесцируют в LED-подсветке



Рис. 5–7 Мощные LED-светодиоды в наконечнике подсвечивают участки, требующие проведения скалинга, делая работу управляемой, эффективной и щадящей

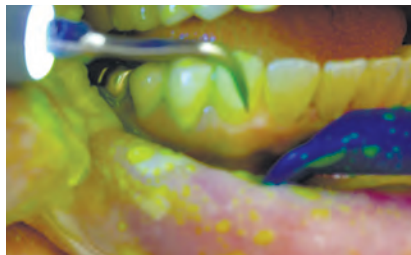


Рис. 8 Скалинг без окрашивания зубного налета

Рис. 9–10 Контролируемое удаление зубного налета у того же пациента после окрашивания флуоресцентным раствором F.L.A.G.



Рис. 11
Окрашивание зубного налета помогает в обучении индивидуальной гигиене полости рта: пациент быстро осознает преимущества модифицированной методики чистки зубов

наконечника желтым или зеленым цветом. Оптимальная консистенция F.L.A.G. не позволяет ей растекаться бесконтрольно. Ускорить процесс нанесения окрашивающей жидкости на каждый зуб можно, добавив ее в контейнер для ирригационного раствора (рис. 3). Оптимальный объем – 1–2 пипетки. Раствор будет автоматически наноситься на поверхность зубов во время их обработки ультразвуковой насадкой. Это даст возможность четко визуализировать участки, требующие обработки (рис. 4).

Высокий профессиональный уровень работы

Моя задача – высокий профессиональный уровень работы каждый день, от первого до последнего пациента.

С новым ультразвуковым генератором Newtron P5XS с интегрированной технологией b.LED это вполне осуществимо, ведь благодаря светящимся участкам, я могу быстро и безопасно идентифицировать налет и зубной камень, эффективно и минимально инвазивно удалять его, контролируя качество (рис. 5–7).

К тому же новые технологии всегда привлекают внимание пациентов: они активно включаются в процесс лечения, внимательно следят за результатами (рис. 8). Обычно в конце приема я делаю снимок полости рта с помощью камеры. Это – важный шаг, мотивирующий человека на дальнейшее сотрудничество, облегчающий понимание необходимости проведения профессиональной гигиены (рис. 9–10). Привлекает пациентов и то, что благодаря ультразвуковому генератору Newtron P5XS сеанс длится на несколько минут меньше. В оставшееся время гигиенист успевает дать необходимые рекомендации и советы.

Таким образом, можно сделать вывод: если налет флуоресцирует, его удаление превращается для врача не в поиск, а в пустяк. С новым аппаратом совсем не сложно достичь высокого уровня профессионализма при работе с каждым пациентом (рис. 11).

Координаты для связи с автором:
+7 (499) 767-13-16 – Acteon Group

Доктор Весна Браун руководит департаментом Сообщества профилактики Dr. Wiedmann, Dr. Bernhard & Kollegen в Оберкирхе (Земля Баден-Вюртемберг). В своей частной практике занимается лечением пациентов с заболеваниями пародонта, профилактикой гигиены полости рта детей с ортодонтическими конструкциями, помогает пожилым людям (имплантаты, гериатрия, домашний уход). Еще одно направление ее работы – консультативная и учебная деятельность в стране и за рубежом. Более 13 лет Весна Браун консультирует частные клиники по вопросам гигиены и профилактики стоматологических заболеваний. Она автор многочисленных статей, соавтор книг и учебных видеопособий.

PURE NEWTRON

Новая технология

BLED

от SATELEC®



Реклама

NEWTRON P5xs

Пьезо-ультразвуковой генератор

Узнать больше о новинках нашей компании и
попробовать приборы в действии,
вы можете на стендах наших
авторизованных дистрибьютеров
(Дентекс, Корал, Медента,
Стомаденталь, Стомус, Эксподент), на выставке
в Москве. 16-19 сентября, Крокус Экспо.



Встречайте обновленную линейку
ультразвуковых приборов P5

B.LED технология

Эксклюзивная методика обнаружения зубного налета

NEWTRON Технология

Патентованная система контроля колебаний насадки

Система цветовой кодировки

С ней вы никогда не ошибетесь в выборе правильного
режима работы

Дистанционное управление

Теперь вы сможете управлять вашим устройством
со смартфона или планшета

Представительство в России • 125445 • Москва • Валдайский проезд • 16

Тел/факс: + 7 (499) 7671316

Веб: info@acteongroup.ru • www.acteongroup.ru

SATELEC
ACTEON

Дигитальная сиалоцистоскопия как метод диагностики кист слюнных желез

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

Профессор **Магомед Абдусаламов**, доктор медицинских наук

Аспирант **Мария Полякова**

Аспирант **Дмитрий Дубов**

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

Резюме. В статье описан новый метод диагностики кист слюнных желез – дигитальная сиалоцистоскопия. Методика позволила получить трехмерное представление о взаиморасположении кисты и окружающих органов, оценить реальные размеры и форму кист слюнных желез в наполненном состоянии, увидеть дополнительные полости кисты и тяжи, соединяющие их между собой, провести дифференциальную диагностику и спланировать оперативное лечение.

Ключевые слова: киста; слюнные железы; дигитальная сиалоцистоскопия.

Digital sialocystoscopy as a method of diagnostics of salivary glands' cysts

Professor **Vasily Afanasiev**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department

Professor **Magomed Abdusalamov**, Doctor of Medical Sciences

Graduate student **Maria Polyakova**

Graduate student **Dmitry Dubov**

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

Summary. The digital sialocystoscopy as a new method for diagnostics of salivary glands' cysts is described in the paper. This method permitted to receive three-dimensional representation about interposition of a cyst and surrounding organs, to estimate a real size and a shape of salivary glands' cysts in the filled condition, to reveal additional cavities of a cyst, to make differential diagnosis and plan surgical intervention.

Keywords: cysts; salivary glands; sialocystoscopy.

Кистозные образования слюнных желез встречаются достаточно часто. Сложность диагностики и лечения кист заключается в высокой вариабельности их локализации и клинических проявлений [1, 4]. Схожесть симптоматики различных видов кист мягких тканей челюстно-лицевой области затрудняет дифференциальную диагностику, следствием чего становится назначение пациенту большого количества методов обследования – общих, частных и других исследований [2]. Но даже применяемые в клинике специальные методики, такие как пункция кисты, цистография, сиалография, УЗИ, компьютерная томография, МРТ и пр., не исключают диагностических ошибок. В результате зачастую не представляется возможным получить достоверные данные о взаиморасположении кисты и других анатомических образований [2]. Например, компьютерная томография не всегда позволяет определить ячеистое строение кисты или установить взаимосвязь между полостями, расположенными на некотором расстоянии друг от друга. А ведь

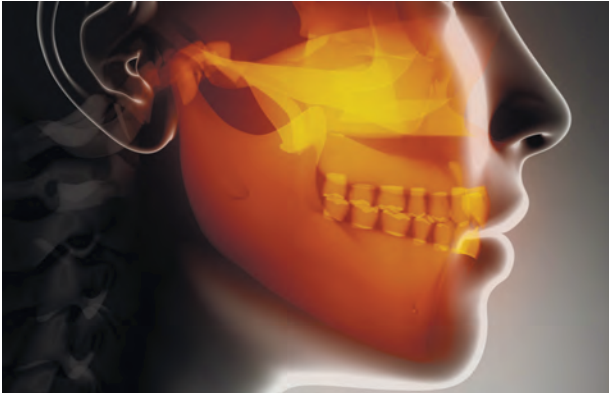
один максимально информативный метод обследования позволил бы сократить путь пациента от постановки диагноза до лечения. Представляется, что дигитальная сиалоцистоскопия может стать таким методом диагностики кист слюнных желез [1, 3].

Цель исследования

Оценка эффективности дигитальной сиалоцистоскопии при подозрении на кисту слюнной железы при первом обращении больного или в случае, если имеющиеся данные требуют дообследования.

Материалы и методы

На кафедре челюстно-лицевой травматологии МГМСУ проанализировано состояние пяти тематических пациентов с жалобами на наличие образования в области слюнных желез. Исследования проводили после клинического обследования больных на ангиографе Philips Integris 3000 с режимом съемки 25 кадров/с. Во избежание снижения



информативности, распространения инфекции и развития других осложнений пациентов обследовали только в период отсутствия воспалительных явлений.

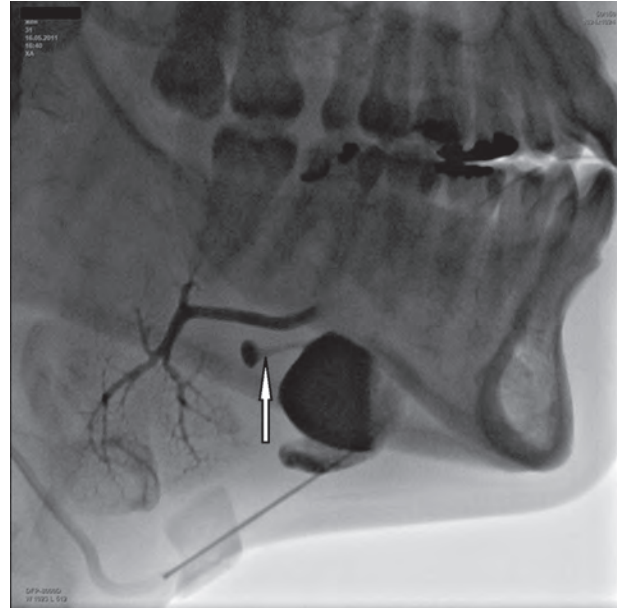
Для получения изображения использовали боковую проекцию. Пациент располагался на столе в горизонтальном положении. Перед исследованием ему вводили катетер в проток исследуемой слюнной железы и выполняли пункцию кисты катетером для внутривенных инъекций типа «бабочка». Критерий введения иглы в полость кисты – появление в катере ее содержимого. Далее к катетеру присоединяли одноразовый шприц, при помощи которого частично удаляли кистозное содержимое (объем зависел от размеров кисты). Затем в проток слюнной железы вводили контрастное вещество (раствор «Омнипак 350») под рентгенотелевизионным контролем. Когда протоки наполнялись, контрастное вещество вводили в полость кисты в объеме, равном объему ранее удаленной кистозной жидкости. Для получения трехмерного представления о взаимосвязи кисты с железой и другими окружающими анатомическими образованиями положение головы больного на столе изменяли. После завершения исследования из полости кисты через ранее установленный катетер откачивали жидкость в объеме равном введенному.

Результаты и их обсуждение

У всех больных удалось получить трехмерное представление о взаиморасположении кисты и окружающих органов. Кроме того, данный метод позволил определить реальные размеры и форму кист слюнных желез в наполненном состоянии. У одной больной выявили дополнительную полость кисты, которая тонким тяжом (менее 1 мм) соединялась с основной (рисунок). Осложнений после исследования не отмечено. Напротив, удаление жидкости из полости кисты приводило к длительному улучшению состояния.

Выводы

Метод дигитальной сиалоцистоскопии позволяет получить трехмерное изображение кисты и слюнной железы,



Сиалоцистограмма в боковой проекции (стрелкой указан тяж, соединяющий дополнительную кистозную полость с основной)

что дает возможность оценить их расположение относительно друг друга. Благодаря непрерывному введению контрастного вещества во время исследования можно увидеть дополнительные полости кисты и тяжи, соединяющие их между собой.

Таким образом, дигитальная сиалоцистоскопия, проведенная после цитологического подтверждения диагноза, предоставляет максимальную информацию о размерах и форме кисты, помогает определить ее топографию, а также провести дифференциальную диагностику и правильно выбрать оперативную тактику лечения.

Координаты для связи с авторами:

marpolyakova@mail.ru – Полякова Мария Александровна; **dubov.dv@gmail.com** – Дубов Дмитрий Владимирович

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. Атлас заболеваний и повреждений слюнных желез. – М.: ВУНМЦ, 2008, 192 с.
2. Безруков С.Р. Кисты больших и малых слюнных желез. – Автореф. канд. дисс., Киев, 1983, КИУВ. 19 с.
3. Денисов А.Б. Слюна и слюнные железы. – М.: РАМН, 2006, 372 с.
4. Опокин А.А. Повреждения и заболевания слюнных желез. – Практич. медицина: русская хирургия, 1912, т. 2, с. 72.
5. Рошин Е.М., Хватова В.А. Применение электронного аксиографа (Arcus digma) в повседневной практике. – Маэстро стоматологии, 2008, № 1 (29), с. 22–25.
6. Рубцов Е.И. Клинико-лабораторные этапы регистрации и воспроизведения движений нижней челюсти пациента. – Автореф. канд. дисс., М., 2006, МГМСУ, 25 с.
7. Хватова В.А. Клиническая гнатология. – М.: Медицина, 2005, 296 с.
8. Sadat-Rhonsari R., Fenske C., Kahl-Nieke B. et al. The Helical Axis of the Mandible during the Opening and Closing Movement of the Mouth. – J. Orofac. Orthoped., 2003, v. 64, № 3, 178 p.

Клинико-эпидемиологическое исследование взаимосвязи аномалий величины и положения зубов

Доцент **Александр Манин**, кандидат медицинских наук

Доцент **Ваграм Даллакян**, кандидат медицинских наук

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

Резюме. Исследованы различные нозологические виды аномалий отдельных зубов и особенности их распределения у лиц в возрасте 18–25 лет, постоянно проживающих в Москве. Диагностику аномалий проводили с помощью клинического, одонтометрического, фотографического и рентгенологического методов. Указана взаимообусловленность аномалий величины и положения зубов.

Ключевые слова: распространенность аномалий зубов; аномалии величины и положения зубов; взаимосвязь аномалий зубов.

Clinical and epidemiological study of interrelation between anomalies of teeth' size and position

Associate professor **Alexander Manin**, Candidate of Medical Sciences

Associate professor **Vahram Dallaqyan**, Candidate of Medical Sciences

Department of General Dentistry Practice and Training of Dental Technicians FPGE MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. Various nosological forms of teeth' anomalies and their distribution are investigated in 18–25-years-old Moscow patients. Diagnosis of anomalies was performed using clinical, odontometrical, photographic and radiographic methods. Interdependence of teeth' size and position anomalies are revealed.

Keywords: prevalence of dental anomalies; anomalies of teeth' size and position; interrelation of dental anomalies.

Вопросы распространенности, диагностики и взаимосвязи зубочелюстных аномалий у взрослых до настоящего времени остаются недостаточно изученными и спорными проблемами современной стоматологии. Многочисленные литературные данные свидетельствуют о неоднозначности исследований, посвященных взаимообусловленности размеров зубов, аномалий их положения и полового, антропометрического и популяционного диморфизма.

Некоторые научные исследования показали, что зубные коронки в мужских черепах по своим размерам и форме больше таковых у женщин. Однако величина коронок не находится в тесной связи с полом.

Цель исследования

Выявление взаимосвязи аномалий величины и положения зубов.

Материалы и методы

Клиническое обследование включало опрос и осмотры – внешний и полости рта. Опрос состоял из паспортных и анамнестических данных. В анамнезе исследователей в первую очередь интересовало наличие соматической

патологии, вредных привычек. Также выясняли, получали ли пациенты раннее стоматологическую помощь (особенно ортодонтическую). Данные о жизни и заболеваниях пациента и его родственников помогали вникнуть в причины возникновения зубочелюстных аномалий, выявить генетическую предрасположенность их наследования [1].

Внешний осмотр позволял оценить конституциональные особенности и лицевые признаки (симметричность левой и правой половин, пропорциональность по вертикали, характеристика профиля).

Аномалии диагностировали с помощью клинического, одонтометрического, фотографического и рентгенологического методов. Учитывали форму, структуру, величину, цвет, количество, сроки прорезывания, положение зубов [2].

Осмотр зубного ряда осуществляли справа налево, начиная с зубов верхней челюсти (моляров), затем слева направо осматривали зубы нижней челюсти, используя набор инструментов, включающий стоматологическое зеркало, зонд и пинцет [3].

При осмотре полости рта изучали анатомо-морфологические особенности аномалий отдельных зубов. Для их дифференцирования от деформаций использовали анам-



нестические данные, определяли подвижность зубов, выполняли рентгенологическое исследование.

Состояние зубов оценивали с помощью регистрационной международной формулы ВОЗ, по которой каждому зубу присвоен определенный номер. Первая цифра показывает, на какой стороне расположен зуб (на правой или левой, на нижней или верхней челюсти), вторая определяет его порядковый номер.

Один из основополагающих этапов сбора материала – получение точной гипсовой копии (модели) зубных рядов верхней и нижней челюстей. Для этой цели стандартной методикой, принятой в ортопедической стоматологии, снимали оттиски альгинатной массой Ypeen (Stofa Dental, Чехия) ложками, подходящего для пациента размера. Оттиски оценивали по отчетливости проснятия всех поверхностей зубов. Затем из супергипса и обычного медицинского гипса отливали комбинированные модели для последующего изучения.

Одонтометрически гипсовые модели челюстей измеряли штангенциркулем Dentagauge с заостренными ножками, позволяющим проводить измерения с точностью до 0,01 мм. Наиболее важными одонтометрическими параметрами считали геометрические размеры зубов – ширину, высоту и толщину, в основу которых были положены данные А.А. Зубова.

Мезиально-дистальный размер коронки (MD_{cor}) для верхних резцов находится между наиболее выступающими точками ее мезиального и дистального краев. В зависимости от формы коронки он лежит в окклюзионной или средней трети ее высоты. Штангенциркуль при измерении рекомендуется держать строго горизонтально для центральных резцов и с небольшим наклоном для боковых, если их ось отклоняется от вертикали. Прибор тогда наклоняют так, чтобы его плоскость была перпендикулярна вертикальной оси коронки. На нижних резцах наибольший мезиально-дистальный диаметр лежит

в окклюзионной трети у режущего края. Положение штангенциркуля – горизонтальное. При измерении мезиально-дистального диаметра клыка прибор держат так, чтобы его ножки были параллельны вертикальной оси коронки и охватывали бы последнюю по всей ее высоте или хотя бы до средней трети включительно. Наибольший мезиально-дистальный диаметр верхних премоляров лежит между углами вестибулярного бугорка коронки и измеряется при вертикальном положении штангенциркуля. Нижние премоляры измеряют при вертикальном и горизонтальном положении прибора. На верхних молярах мезиальная контактная точка располагается в окклюзионной или средней трети высоты коронки примерно на продолжении основного направления мезиальной борозды. Дистальная точка находится на продолжении основного направления мезиальной борозды в окклюзионной или средней трети дистальной поверхности коронки. При измерении мезиально-дистального диаметра коронки нижних моляров находят мезиальную измерительную точку, лежащую приблизительно на 1 мм вестибулярнее продолжения мезиальной борозды, и дистальную точку – на наиболее выдающейся дистальной части дистального бугорка или на продолжении дистальной борозды, которая является продолжением основного направления мезиальной борозды, составляющей с ней одну общую продольную бороздку. Все измерения проводят при вертикальном положении штангенциркуля в окклюзионной трети коронки.

Вестибулярно-язычный диаметр коронки (VL_{cor}) перпендикулярен предыдущему. На резцах и клыках его измеряют при вертикальном положении штангенциркуля в цервикальной трети коронки таким образом, чтобы были захвачены наиболее выступающие точки вестибулярной и язычной поверхностей. Вестибулярно-язычный диаметр на верхних и нижних премолярах находят как расстояние между наиболее выступающими точками

вестибулярной и язычной поверхностей. На верхних молярах вестибулярная измерительная точка лежит в цервикальной трети коронки примерно на одной вертикали с вершиной мезиально-вестибулярного бугорка. Язычная точка – в цервикальной трети язычной поверхности мезиально-язычного бугорка, примерно на одной вертикали с вершиной последнего. Положение штангенциркуля – вертикальное. Вестибулярно-язычный диаметр коронки нижнего моляра измеряют дважды: один раз между наиболее выступающими точками мезиально-вестибулярного и мезиально-язычного бугров, другой – между наиболее выступающими точками дистально-вестибулярного и дистально-язычного бугров. Наибольший из двух полученных результатов принимают за вестибулярно-язычный диаметр коронки. Положение штангенциркуля должно быть строго вертикальным.

Высоту коронки ($H_{кор}$) на резцах обеих челюстей определяют как расстояние по вертикали от средней трети режущего края до эмалево-цементной границы в вестибулярной норме. На клыках и премолярах обеих челюстей за высоту коронки принимают расстояние по вертикали от вершины главного бугорка до эмалево-цементной границы в вестибулярной норме. При измерении высоты коронки моляров определяют уровень наиболее глубоко расположенной точки в промежутке между двумя вестибулярными буграми. Одну из ножек штангенциркуля помещают в указанное углубление, другую подводят к эмалево-цементной границе, причем измерение проводят по вертикали.

За основу коронковых размеров зубов были взяты данные В.Д. Устименко.

Макро- и микроденития зубов – увеличение и, соответственно, уменьшение размеров зубов по сравнению со среднестатистическими показателями. Необходимо различать индивидуальную макро- или микроденитию, зависящую от формы лица, а также абсолютную макроденитию, при которой сумма ширины мезиодистальных размеров верхних четырех резцов составляет 35 мм и более.

Для выявления анатомо-морфологических особенностей аномалий зубов применяли рентгенологический метод. Описывают два снимка, полученных с помощью внутриротовой контактной рентгенографии зуба и ортопантомографии.

Результаты и их обсуждение

Проведено комплексное обследование 100 человек (49 мужчин и 51 женщин) в возрасте 18–25 лет, постоянно проживающих в Москве, у 81 из которых выявлены аномалии отдельных зубов.

Аномалии формы диагностировали в 7% случаев. Наиболее часто встречалась бочкообразная, конусовидная и кубовидная формы передних зубов. Кроме того, отмечена

бугристая форма, при которой были поражены практически все зубы (тяжелое нарушение структуры зубов).

Аномалии структуры тканей зуба выявлены также в 7%. Подавляющее число данных аномалий сопровождалось изменением цвета зубов вследствие флюороза и гипоплазии.

Популяционная частота аномалий прорезывания зубов составила 8%, наиболее часто ретинированными зубами были клыки.

Аномалии количества зубов наблюдали у 8 человек. У 1 женщины выявлен сверхкомплектный зуб на верхней челюсти между центральными резцами, у остальных обследованных отмечена первичная адентия.

Аномалии величины зубов зафиксированы у 21 человека – у 13 мужчин и 8 женщин. Это была одна из наиболее частых аномалий отдельных зубов во всех обследуемых группах. Макродентию наблюдали в 15 случаях (у 11 мужчин и 4 женщин). Микроденитию выявили у 6 обследованных (у 2 мужчин и 4 женщин). Макродентия чаще относилась к центральным верхним резцам, микроденития – ко вторым верхним резцам.

Аномалии положения зубов отмечены в 77% случаев: во фронтальном участке челюсти – 32%, в жевательном – 5%, а в 63% были вовлечены и жевательные, и фронтальные отделы челюстей.

Из 15 человек с макроденитией у 13 данная аномалия сопровождалась аномалиями положения зубов, что указывает на взаимообусловленность данных аномалий.

Выводы

Полученные результаты особенностей частоты встречаемости аномалий отдельных зубов, в частности аномалии величины зубов, у жителей Москвы могут быть использованы для изучения дальнейшей динамики их эпидемиологической распространенности и стать основой разработки организационных принципов диагностики и лечебно-профилактических мероприятий. Прослежена также взаимообусловленность аномалий величины и положения зубов.

Координаты для связи с авторами:

+7 (903) 545-22-50; kuznets-omn@yandex.ru – Манин Александр Игоревич; **+7 (903) 747-22-99; vahram13@ya.ru** – Даллакян Ваграм Феликсович

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий. //Руковод. для врачей. – М.: Медицина, 2004, 360 с.
2. Baccetti T. A clinical and statistical study of etiologic aspects related to associated tooth anomalies in number, size, and position. – Minerva Stomatol., 1998, v. 47, p. 655–663.
3. Becker A., Sharabi S., Chaushu S. Maxillary tooth size variation in dentitions with palatal canine displacement. – Eur. J. Orthod., 2002, v. 24, p. 313–318.

Fusion – полимеризационная лампа

DentLight



Реклама

Новый стандарт качества и надежности!

Продукция сертифицирована

РУ №ФСЗ 2011/10962

РУ №ФСЗ 2011/11211

Гарантия 2 года

Made in USA



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

Изучение движений нижней челюсти в трехмерной проекции при помощи метода кинезиографии

Ассистент **Татьяна Климова**, кандидат медицинских наук

Соискатель **Наби Набиев**, врач-стоматолог

Доцент **Наталья Панкратова**, кандидат медицинских наук

Член-корреспондент РАМН, профессор **Леонид Персин**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой

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

Резюме. Изучены показатели движения нижней челюсти с использованием метода кинезиографии у детей и подростков с физиологической окклюзией. Результаты исследования свидетельствуют о высокой точности и больших диагностических возможностях данного метода графической регистрации.

Ключевые слова: движения нижней челюсти; метод кинезиографии.

The investigation of low jaw movements in three-dimensional projection using the kinesiographic method

Assistant **Tatyana Klimova**, Candidate of Medical Sciences

Competitor **Naby Nabiev**, Dentist

Associate professor **Natalia Pankratova**, Candidate of Medical Sciences

Corresponding Member of RAMS, professor **Leonid Persin**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department

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

Summary. The characteristics of low jaw movements using the kinesiographic method in children with physiological occlusion are studied. The results indicate of the high accuracy and diagnostic potential of this method in graphic registration of low jaw movements.

Keywords: low jaw movements; kinesiographic method.

В современной стоматологии, в частности в ортодонтии, исследованию и разработке различных систем графической регистрации движений нижней челюсти уделяют достаточно много внимания [2, 3, 5, 6]. На кафедре ортодонтии и детского протезирования МГМСУ широко используют аппарат «Кинезиограф» и компьютеризированный метод кинезиографии, осуществляющий графическую запись движений нижней челюсти в трех плоскостях: сагиттальной, фронтальной и горизонтальной (рис. 1). Но чтобы обосновать диагноз, определить функциональное состояние зубочелюстной системы и нарушения в ней, надо иметь средние значения нормы [7].

Цель исследования

Изучить показатели движения нижней челюсти с использованием кинезиографии у детей и подростков с физиологической окклюзией и определить их возрастную норму.

Материалы и методы

При профилактическом осмотре в средних школах обследовано 93 человека в возрасте от 7 до 15 лет с интактными

зубными рядами и физиологической окклюзией. Ранее детям ортодонтическое лечение не проводили. Были выделены три возрастные группы: I – дети 7–9 лет (группа первой половины периода смены зубов); II – 10–12 лет (группа второй половины периода смены зубов); III – 13–15 лет (период прикуса постоянных зубов).

В ходе исследования провели антропометрический анализ гипсовых моделей челюстей. Изучены размеры зубов и зубных рядов (трансверсальные и сагиттальные).

Движения нижней челюсти изучали на аппарате «Кинезиограф» производства компании «Биотроник» (Италия), оснащенном компьютерной программой Key



Рис. 1 Аппарат «Кинезиограф»

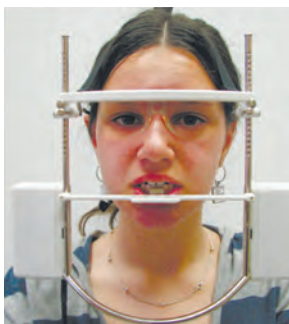


Рис. 2 Кинезиографическая маска на голове и магнитный датчик в полости рта обследуемого

Win (рис. 1). Кинезиографическое исследование выполняли следующим образом: в межрезцово-ой области нижней челюсти пациента устанавливали активный магнитный датчик, на голове закрепляли маску (пассивный датчик, рис. 2). Во время движения нижней челюсти биоманнитные сигналы, исходящие от закрепленного на ней магнита, улавливаются магнитными сенсорами маски и передаются на персональный компьютер.

При исследовании пациент сидел на стуле с жесткой и прямой спинкой и мягким сидением. Ноги вместе, согнуты в коленях, упираются в пол. Руки свободно лежат на коленях.

Кинезиографический метод исследования предусматривает проведение таких функциональных проб, как:

- 1) максимальное опускание и поднятие нижней челюсти;
- 2) максимальное опускание и поднятие нижней челюсти при средней и максимальной скорости;
- 3) максимальное выдвижение нижней челюсти вперед;
- 4) боковые движения нижней челюсти;
- 5) движение миоцентрики – из исходного положения относительного физиологического покоя нижней челюсти в положение привычного смыкания зубов-антагонистов;
- 6) траектория движения нижней челюсти при глотании;
- 7) движение миоцентрики по времени;
- 8) график осанки.

В исследовании пациенты выполняли движения максимального опускания и поднятия нижней челюсти, максимального опускания и поднятия нижней челюсти при максимально возможной скорости, боковые движения нижней челюсти, максимальное выдвижение нижней челюсти вперед.

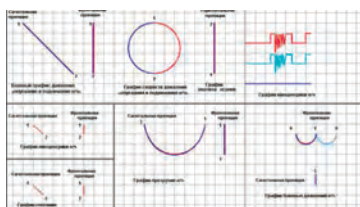


Рис. 3 Идеальная норма в кинезиографии

Для каждого движения нижней челюсти разработчики «Кинезиографа» предусмотрели графическое изображение и цифровые показатели идеальной нормы (рис. 3), которая представлена отмоделированной ситуацией движения нижней челюсти при идеальном структурно-функциональном состоянии суставов и мышц, работающих с идеальным равновесием и без учета возрастных особенностей.

В зарегистрированных графиках при помощи компьютерной программы анализировали и рассчитывали линейные и угловые показатели, сопоставляли их с показателями идеальной нормы и сравнивали между возрастными группами (рис. 4).

Результаты исследования обрабатывали методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента с помощью компьютерной программы Biostat. Показатели считали достоверными при вероятности ошибки $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Анализ первого движения – **опускание и поднятие нижней челюсти** – показал, что во всех трех группах изображение базового графика в проекции на сагиттальную плоскость имеет вид кривой с изгибом вниз, т.е. сверху из точки привычного смыкания зубов-антагонистов (ПС) вниз до точки максимального опускания нижней челюсти (МО). Поднятие нижней челюсти также изображается кривой с изгибом вниз, но направленной снизу вверх с возвратом в исходную точку.

Установлено, что с возрастом длина траектории движения нижней челюсти достоверно увеличивается, как и величина диагонали (прямое расстояние от точки ПС до точки МО), а также расстояние перемещения нижней челюсти в исходное положение.

Рабочий угол между диагональю и вертикалью, характеризующий выраженность отклонений нижней челюсти кзади, не имел достоверных возрастных отличий. Угловые показатели начала и окончания опускания и поднятия

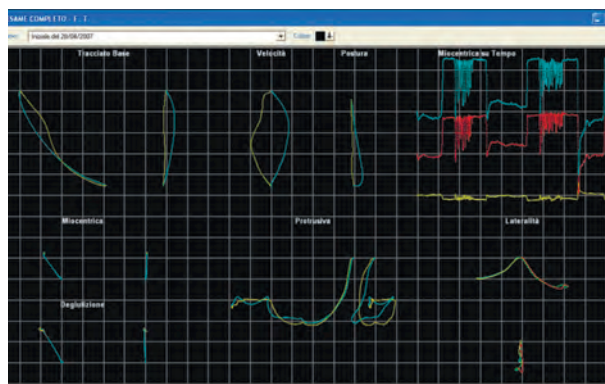


Рис. 4 Движения нижней челюсти, зарегистрированные с помощью «Кинезиографа»

нижней челюсти с возрастом тоже не изменялись. Во всех группах угол окончания движения нижней челюсти был больше угла начала движения, что указывает на некоторое различие в конфигурации их траекторий.

В проекции на фронтальную плоскость траектория движения опускания и поднимания нижней челюсти выглядит в виде двух линий с некоторыми отклонениями от вертикали, направленными, соответственно, сверху от точки привычного смыкания зубных рядов вниз до точки максимального опускания нижней челюсти и снизу вверх. Траектория опускания нижней челюсти по вертикали с возрастом увеличивалась.

Наряду с установлением длины траекторий, расстояния перемещений нижней челюсти по прямой, а также углов, под которыми осуществляется движение нижней челюсти, необходимо знать скорость ее движения, так как это имеет большое значение при диагностике функции мышц зубочелюстной системы и ВНЧС [1, 4].

Скорость движения нижней челюсти определяли при компьютерной обработке графической записи двух движений: максимального опускания и поднимания нижней челюсти при максимальной величине по вертикали (по этому движению строили базовый график) и максимального опускания и поднимания нижней челюсти при максимальной скорости (строили график скорости).

Необходимость проведения двух движений связана с тем, что стремление достигнуть максимального вертикального движения может привести к некоторой потере скорости, а при выполнении этого движения на максимальной скорости возможна потеря вертикали. Сопоставление показателей скорости и вертикали двух движений позволяет уточнить состояние нейромuscularного аппарата зубочелюстной системы.

Изображение идеальной нормы графика скорости выглядит в виде круга: опускание нижней челюсти начинается из положения ПС при нулевой скорости, переходит в фазу ускорения и достигает максимальной скорости на середине фазы опускания, затем движение замедляется и возвращается к нулевой скорости в точке максимального опускания. При поднимании – наоборот. Идеальная норма предусматривает симметрию полуокружностей во время фаз опускания и поднимания.

В графиках рассчитывали амплитуду движения и отклонение в точке МО от вертикали.

Компьютерная обработка базового графика и графика скорости предоставляет цифровые временные характеристики скорости движения резцовой точки нижней челюсти при ее опускании и поднимании:

- ★ максимальную скорость опускания/поднимания;
- ★ среднюю скорость опускания/поднимания;
- ★ время опускания/поднимания;
- ★ время полного цикла опускания и поднимания.

Во всех возрастных группах максимальная скорость движения нижней челюсти была меньше при опускании, чем при поднимании. Установлено увеличение максимальной скорости опускания нижней челюсти с возрастом, при этом максимальная скорость поднимания не изменялась. Время опускания нижней челюсти во всех возрастных группах было больше времени поднимания. Общее время движения нижней челюсти с возрастом увеличивалось.

Графическое изображение **боковых движений нижней челюсти** наиболее информативно во фронтальной плоскости. В этой плоскости график имеет вид двух разнонаправленных полуovalов. Линейные и угловые параметры в возрастных группах при этом движении не различались.

Расстояния перемещения нижней челюсти по прямой вправо были равны показателям, зафиксированным при перемещении нижней челюсти в левую сторону. Протяженность траекторий перемещений в правую и левую стороны оказались равными между собой и одинаковыми в возрастных группах, но при движении возврата нижней челюсти в исходную точку значительно превышали показатели движений нижней челюсти в сторону.

При максимальном выдвигании нижней челюсти вперед в сагиттальной плоскости траектория имела вид полуovalальной линии с изгибом вниз. Регистрация ретрузии представлена линиями противоположного направления.

Анализ максимального выдвигания нижней челюсти вперед показал, что с возрастом данное расстояние (сагиттальный резцовый путь) достоверно увеличивается. При этом протяженность траекторий движений не меняется, но значительно изменяются угловые показатели. Нижняя челюсть при выдвигании вперед с возрастом опускается и поднимается под меньшими углами [8]. Во фронтальной плоскости при движении вперед опускание нижней челюсти регистрируется линией, направленной вниз из точки ПС, а подъем – линией вверх до точки максимального выдвигания (МВ). При движении нижней челюсти назад регистрируется линия, направленная вниз, затем линия вверх до точки ПС. Опускание нижней челюсти при смещении вперед по вертикали наименьшее в группе III.

Вывод

Эти данные свидетельствуют о высокой точности и больших диагностических возможностях кинезиографического метода графической регистрации движений нижней челюсти.

Координаты для связи с авторами:

plastica@list.ru – Климова Татьяна Витальевна, Панкратова Наталья Владимировна; **nnvdenta@mail.ru** – Набиев Наби Вагубович; **leonidpersin@yandex.ru** – Персин Леонид Семенович

Список литературы находится в редакции.

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:

Генеральный спонсор выставки:
"Проктер энд Гэмбл"

Спонсор выставки:

Генеральные
информационные партнеры

DENTALEXPO®



Septanest®
S.T.L.



Отечественный анестетик

Брилокаин® адреналин форте

Преимущества:



Быстрое и
продолжительное
действие



Максимальная
эффективность



Отличная
переносимость



Минимальная
токсичность

Эффективность обезболивания

Вид вмешательства	Инфильтрационная анестезия на верхней челюсти	Инфильтрационная анестезия на нижней челюсти в области 5 Г и 6 Г	Проводниковая анестезия на нижней челюсти
Вмешательство на мягких тканях полости рта	98,7+/-4,2	97,9+/-4,0	
Удаление зуба	—	94,9+/-3,8	96,3+/-3,9
Препарирование твердых тканей	97,1+/-4,2	95,2+/-3,3	95,1+/-3,5
Депульпирование	97,1+/-4,2	95,1+/-3,9	95,0+/-3,4

Производитель: ЗАО «Брынцалов-А»
117105, Москва, ул. Нагатинская, д. 1
WWW.FERAIN.RU

№ 1 для местной анестезии

АРТИКАИН С АДРЕНАЛИНОМ



ФЕРЕИН

Информация для специалистов

Действующее вещество	Артикаин
Вазоконстриктор	Адреналин в минимальной дозе
Стабилизаторы	Низкий уровень сульфитов значительно уменьшает риск возникновения аллергических реакций
Характеристики	Отсутствие EDTA и парабенов снижает угрозу появления аллергии
Время наступления анестезии	2 минуты
Продолжительность анестезии	45–75 минут
Период полураспада	Короткий
Трансплацентарное проникновение	Низкое
Тканевая переносимость	Хорошая
Применение	Для взрослых и детей старше 4 лет, возможно применение больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями
Заживление послеоперационной раны	Не оказывает неблагоприятного действия

«Мы заботимся о Вас!»



Официальный дистрибьютор: ООО «МЕДЕНТА»
Москва, Новохорошевский пр., д. 25
+7 (499) 946 46 10, WWW.MEDENTA.RU

Из первых уст

Резюме. В МГМСУ им. А.И. Евдокимова состоялась традиционная пресс-конференция главного стоматолога МЗ РФ, ректора университета, профессора О.О. Янушевича и президента СтАР В.В. Садовского, посвященная итогам заседания Совета СтАР и выездного заседания профильной комиссии МЗ РФ по стоматологии в Кисловодске. На встрече с журналистами профильных изданий речь шла о реформах в непрерывном профессиональном стоматологическом образовании и текущих проблемах СтАР.

Ключевые слова: пресс-конференция; последипломное образование; Стоматологическая ассоциация России; студент; конгресс; биотехнологии.

Firsthand

Summary. In MSUMD named after A.I. Evdokimov held a traditional press conference of Chief Dental Officer Ministry of Health, the rector of the university, Professor O.O. Yanushevich and President of the Dental Association of Russia Vladimir Sadowski, devoted to the results of the meeting of the Board of DAR and field meeting the specialized Committee on Dental Health Ministry in Kislovodsk. At a meeting with journalists specialized publications dealt with the reforms in the continuing professional dental education and the current problems of the Dental Association of Russia.

Keywords: press conference; post-graduate education; Dental Association of Russia; student; congress; biotechnology.

В МГМСУ им. А.И. Евдокимова состоялась традиционная пресс-конференция главного стоматолога МЗ РФ, ректора университета, профессора О.О. Янушевича и президента СтАР В.В. Садовского, посвященная итогам заседания Совета СтАР и выездного заседания профильной комиссии МЗ РФ по стоматологии в Кисловодске. На мероприятие было аккредитовано более 10 журналистов специализированных изданий. Предлагаем вам ответы на наиболее интересные вопросы.



Вопрос: Госнарконтрль включил метилметакрилат, входящий в состав акриловых пластмасс, в перечень прекурсоров, имеющих отношение к предшественникам наркотиков...

Олег Янушевич: Госнарконтрль приводит по данному вопросу вполне убедительные доводы. Действительно, на основе метилметакрилата создается ряд наркотических веществ, используемых токсикоманами,

среди которых есть и дети. Многие потом переходят на внутривенные наркотики. Проблема существует, и нельзя закрывать на нее глаза. Но не будем путать причину и следствие: идет борьба не с метилметакрилатом, а с его использованием токсикоманами. На государственном уровне эту проблему нам не решить, но в наших силах организовать безукоризненное использование метилметакрилата в стоматологической практике. Ни у кого же не возникает вопросов по применению морфина в медицинских целях: врачи научились вести строгий учет данного препарата. В отношении метилметакрилата действительно остаются открытыми два вопроса. Первый: насколько оправдано его включение в список прекурсоров, второй: возможна ли замена этого вещества другими. В Германии, к слову, уже 20 лет существуют технологии протезирования, позволяющие обойтись без использования метилметакрилата.

Владимир Садовский: Я бы хотел обратить внимание на инициативу Самарской области по решению вопроса использования прекурсоров. На прошедшем недавно Совете СтАР профессор Д.А. Трунин представил разработанный самарскими специалистами пакет документов, позволяющих учреждениям не стать преступниками в своем государстве. Они опубликованы на сайте СтАР. Используйте опыт самарских коллег, а мы со службой главного стоматолога продолжим диалог с Госнарконтролем.

Вопрос: Следует ли ожидать реформ в непрерывном профессиональном образовании в стоматологии?

О.Я.: В настоящее время непрерывное образование в стоматологии реализуется по той же схеме, что и в медицине в целом. Всю систему ждет реформа, которая в стоматологии вступит в силу с 2016 года. Создана рабочая группа, возглавляемая заместителем министра здравоохранения

И.Н. Каграманяном, задача которой – подготовить концепцию непрерывного медицинского образования. В состав группы входят и представители нашего вуза. Основные цели реформирования последиplomного образования – разработка программ дистанционного обучения и организация кредитной системы. Я рад этим нововведениям, но считаю не вполне оправданным то, что аккредитацию специалистов будут осуществлять только общественные медицинские организации. Целесообразнее привлечь к этому процессу три звена: общественные организации, министерство и вузы.

Вопрос: *Каковы итоги широкого обсуждения вопроса о роли среднего профессионального образования в стоматологии?*

О.Я.: Существует система среднего профессионального образования по специальности «Гигиенист стоматологический». Те, кто прежде получил специальность «Зубной врач», продолжают работать в этом качестве, но больше зубные врачи выпускаться не будут. История знает случаи, когда зубные врачи становились светилами профессии. Самый яркий пример – Александр Иванович Евдокимов, чье имя носит наш университет. Однако это исключение из правил. Зубной врач, если он в этом заинтересован, может пройти переподготовку по специальности «Гигиенист стоматологический». Наша задача – дать этим людям доработать до пенсии, адаптировав их под выполнение функций гигиениста или ассистента стоматолога.

Что касается отказа от среднего профессионального образования в стоматологии, пока это несвоевременно. Если мы упраздим обучение гигиенистов, то вообще останемся без специалистов данного профиля.

В.С.: Давайте обратимся к опыту стран, победивших кариес, например, США. Там есть должность chair-side assistant. Этот ассистент вообще не имеет специального образования, он работает только совместно с врачом. Потом сдает экзамен в ассоциации и получает сертификат, не являющийся документом государственного образца, но позволяющий работать легально. Гигиенист же в Америке имеет среднее профессиональное медицинское образование. Их сегодня в США более одного на каждого дантиста. Это и привело к победе над кариесом. Так что я сильно сомневаюсь в целесообразности получения гигиенистами стоматологическими высшего образования. FDI неоднократно заявляло, что гигиенист обязан работать только в команде с дантистом и под его началом.

Вопрос: *Как решился вопрос о членских взносах в СтАР, ведь до сих пор врачи платили 15 до 25 руб. в год?*

В.С.: Сегодня в СтАР действует положение, согласно которому в ассоциацию поступает 5% от общей суммы членских взносов региональных общественных объединений. Это составляет от 2 до 12 тыс. руб. в год с региона. На заседании правления СтАР было принято решение

отобрать в качестве эксперимента шесть субъектов РФ, с которыми планируется начать разрабатывать новую модель поступлений членских взносов. В качестве участников пилотного проекта выбраны Пермский, Красноярский, Ставропольский края и Омская, Кировская и Тюменская области. Предварительные результаты эксперимента станут известны к апрелю 2014 г., и мы сообщим о них на заседании Совета СтАР.

Стоит отметить, что с 2013 г. для врачей (только членов региональных ассоциаций) мы получили доступ к льготам в банке ВТБ 24: ипотека под низкий процент (до 9% годовых), получение кредитной карты (до 1,5 млн руб.) без лишней бюрократии, а для клиник – льготные кредиты.

Вопрос: *Что означает «Переустройство работы Совета СтАР по парламентскому типу»?*

В.С.: Было принято решение организовать в составе Совета следующие комитеты (комиссии): по организации и управлению стоматологической службой (председатель В.Н. Викторов, Чувашия), по нормативно-правовому регулированию (А.Г. Шерстюк, Волгоградская область), по клиническим и экспертным вопросам (В.Ю. Никольский, Кировская область) и по образованию (В.Д. Пантелеев, Тверская область). Исполкомом СтАР проведет анкетирование всех членов Совета, чтобы учесть пожелания каждого по работе в том или ином комитете.

Вопрос: *Какие наиболее важные моменты можно выделить в докладе вице-президента СтАР В.К. Леонтьева «Материалы к разработке концепции модели стоматологической службы России в условиях рыночной экономики»?*

В.С.: На основании анкетирования приблизительно 100 стоматологов страны профессор В.К. Леонтьев озвучил выявленные недостатки в работе стоматологической службы России. Причины проблем глобальны. Прежде всего недостаточное финансирование стоматологии. К примеру, мировой норматив составляет 9–12% от бюджета здравоохранения, у нас – 2–3%. Еще хуже обстоят дела с финансированием по системе УЕТ. Тарифы ниже затрат в 3–5 раз. Оставляет желать много лучшего заработная плата врачей государственных стоматологических учреждений, преподавателей вузов. Значительно снизился уровень послевузовского стоматологического образования. Не подходит для стоматологии и нынешняя система обязательного медицинского страхования. Фактически отсутствует правовая и профессиональная защищенность стоматологов и пациентов. И при всем этом ощущается жесткий диктат надзорных органов, в том числе по лицензированию. В связи со сложившимся положением на заседании Совета СтАР было решено создать рабочую группу для разработки концепции модели стоматологической службы. Возглавил ее академик В.К. Леонтьев, заместителем избрана профессор В.Н. Олесева.

Вопрос: *С 1 января страна должна работать на основе стандартов и протоколов ведения больных (ПВБ) в стоматологии...*

В.С.: Разработка клинических протоколов ведения стоматологических больных начата в МГМСУ еще в 2002 г. Профильную комиссию по стоматологии возглавляет профессор О.О. Янушевич. На последнем Совете СтАР утверждены четыре ПВБ, разработанные совместно с ЦНИИС и ЧЛХ и МГМСУ: лейкоплакия, лейкедема, эритроплакия, хронический пародонтит. В ближайшее время эти протоколы будут опубликованы на сайте СтАР www.e-stomatology.ru.

Вопрос: *Есть ли изменения в положении СтАР о почетных звания и наградах?*

В.С.: Во-первых, мы решили не усложнять процедуру регистрации ходатайств от региональных общественных объединений. Срок подачи документов сокращен до двух недель до заседания наградной комиссии вместо прежних двух месяцев. Во-вторых, есть изменения в самой процедуре награждения. Ранее получить орден «За заслуги перед стоматологией» I степени можно было лишь спустя три года после получения ордена II степени. Мы считаем, что с учетом заслуг личности допускается награждение орденом I степени, минуя II степень, а также присвоение высшего звания «Заслуженный стоматолог» в более ранние сроки. Отныне права на выдвижение кандидатов на награждение имеют секции, правление и президент СтАР.

Вопрос: *По сравнению с Ассоциацией дантистов США (АДА) в СтАР небольшой штат сотрудников...*

В.С.: Это наш недостаток. Одна из задач нынешнего правления СтАР – формирование дееспособного исполкома на основе полной занятости. Но сразу встает вопрос о финансировании штатного расписания. И мы вновь возвращаемся к вопросу об актуальности членских взносов.

Вопрос: *Формируется ли делегация СтАР для участия во Всемирном конгрессе FDI в Стамбуле?*

В.С.: Как вы знаете, Южно-Корейская ассоциация отказалась от проведения конгресса FDI в 2013 г. из-за финансовых трудностей. Поэтому между национальными стоматологическими ассоциациями был объявлен конкурс на право принимать форум в их странах. Так как у каждого конгресса есть риски финансового неуспеха, руководство FDI предлагает стране-победительнице работать по франшизе, т.е. приобрести права ответственности за организацию и проведение конгресса по стартовой цене 700 тыс. евро. В Кельне мы говорили о возможности проведения конгресса в России. Нам это интересно, потому что в странах, принимавших конгресс FDI, реформы идут значительно быстрее. Во время конгресса в Турции мы продолжим переговоры о возможностях России приобрести права на проведение конгресса в 2015 или 2016 г. Что касается Стамбула, то БЦ «Денталь» формирует российскую делегацию, поэтому прошу всех желающих обращаться в СтАР.

Вопрос: *Есть данные, что Роспотребнадзор собирается утвердить новый СанПиН, согласно которому может быть запрещена рентгендиагностика в жилых зданиях.*

В.С.: Мы сделали запрос в Правительство РФ и получили ответ от Федерального медико-биологического агентства. В нем сказано, что новая редакция СанПиН требует обсуждения и корректировки. Ведь сегодня в помещениях, смежных с жилыми, работает немало кабинетов, в которых установлены ортопантомографы и 3D-КТ. Значит, всем им грозит закрытие? Мы уже получили поддержку президиума Общества врачей России. Будем бороться.

Вопрос: *Расскажите вкратце о секции «Биотехнологии в стоматологии».*

В.С.: Среди ее целей – содействие профессиональной, общественной и научной деятельности стоматологов в области биотехнологий и тканевой инженерии, а также внедрение современных инновационных биотехнологических продуктов в лечение и профилактику стоматологических заболеваний у детей и взрослых. Новая секция СтАР на основе научных достижений и клинического опыта работы будет осуществлять анализ, прогнозирование и подготовку программ развития биотехнологической сферы в стоматологии, а также разработает механизм внедрения зарубежных биотехнологий на отечественный рынок. Возглавил секцию кандидат медицинских наук Г.А. Воложин (МГМСУ).

Вопрос: *Как развивается школьная образовательная программа СтАР?*

В.С.: В 2013 г. при поддержке компании Colgate в ней примут участие 90 тыс. учеников начальной школы из 20 субъектов федерации.

Вопрос: *Какую мотивацию к членству в профессиональном сообществе вы можете предложить студентам-стоматологам?*

В.С.: В СтАР успешно работает секция «Студенты-стоматологи и молодые врачи», приоритетная задача которой – содействие профессиональной, общественной и научной деятельности молодых людей. В рамках секции студенты могут реализовывать свои профессиональные амбиции. Используя ресурсы СтАР, следует мотивировать молодежь на активную общественную деятельность, возможно, предлагая студентам официальный статус кандидата в члены ассоциации. А после окончания вуза он станет полноправным членом СтАР. Данная ступень позволит студентам воспользоваться рядом преимуществ ассоциации, проявить себя, научиться основам взаимодействия с профессиональным сообществом на всероссийском и мировом уровне.

Координаты для связи:

www.e-stomatology.ru – официальный сайт СтАР

ПРЕДОТВРАЩАЕТ ПОЯВЛЕНИЕ И УМЕНЬШАЕТ ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРОБЛЕМ С ДЁСНАМИ ЧЕРЕЗ 4 НЕДЕЛИ



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.

продолжая заботу о ваших пациентах



Обоснование выбора инструментов для препарирования в зависимости от степени зернистости боров

Профессор **Ирина Луцкая**, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой

Доцент **Наталья Новак**, доктор медицинских наук

Кафедра терапевтической стоматологии Белорусской медицинской академии последипломного образования (Минск)

Резюме. В статье приведены данные по изучению механизма адгезионного взаимодействия композита и тканей зуба на основе оценки степени шероховатости поверхности формируемого скоса эмали. Представлен клинический случай изготовления эстетических реставраций с применением техники адгезионного препарирования.

Ключевые слова: эмаль; дентин; протравливание; алмазные боры; зернистость; реставрация.

Justification of a choice of tools for preparation depending on degree of granularity of pine forests

Professor **Irina Lutskaya**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department

Associate professor **Natalia Novak**, Doctor of Medical Sciences

Department of Therapeutic Dentistry of Belarusian Medical Academy of Post Graduate Education (Minsk)

Summary. Data on studying the mechanism of adhesive interaction of a composite and tissues of tooth on the basis of an assessment of degree of a roughness of a surface of a formed bevel of enamel are provided. The clinical case of production of esthetic restorations with use of equipment of adhesive preparation is presented.

Keywords: enamel; dentin; etching; diamond burs; graininess; restoration.

Современные композиционные материалы отличаются высокими механическими и эстетическими характеристиками, однако для достижения качественной реставрации требуют строгого соблюдения техники работы. Это относится и к подготовке зуба, а именно, к тщательному препарированию эмали и дентина, что объясняется особенностями фиксации фотополимера к твердым тканям – механизмом микроретенции. В основе разработанных методов лежат знания о структуре эмали и дентина. Так, эмалевые призмы в результате неравномерного кислотного травления формируют микрошероховатость поверхности в виде зубцов, которые и обеспечивают сцепление композита с эмалью.

Морфологические изменения при протравливании зубов достаточно полно освещены в литературе и классифицированы по типам. При первом типе разрушается преимущественно сердцевина эмалевой призмы, при втором – ее периферия, третий тип сочетает первый и второй варианты, при четвертом – наблюдается ярко-подобное протравливание, при пятом – эмалевая поверхность не протравливается.

В проведенных ранее исследованиях показано, что на поверхности эмали постоянных зубов имеется апризматический слой, в котором кристаллы гидроксиапатита располагаются параллельно друг другу и перпендикулярно наружной поверхности эмали. Поэтому требуется тщательное иссечение патологически измененных участков в пределах интактной ткани, а также устранение тонких нависающих краев эмали.

Более глубокое проникновение пломбировочного материала в ткани и улучшение его адгезии достигается за счет дозированного воздействия кислоты, которая расширяет межпризменные промежутки или создает впадины на месте головок призм. Кислотное травление эмали обеспечивает микрошероховатость около 10–25 мкм.

Фирма NTI, выпускающая алмазные боры, в прилагаемой к ним инструкции рекомендует использовать грубые инструменты (150–180 мкм) для быстрого препарирования зубов, средней степени зернистости (107–126 мкм) для универсальной обработки, с мелкой зернистостью (40 мкм) для полирования обработанных эмали и дентина, а боры со сверхмелкой степенью зернистости алмазного покрытия (15–30 мкм) для полирования композиционных пломб.

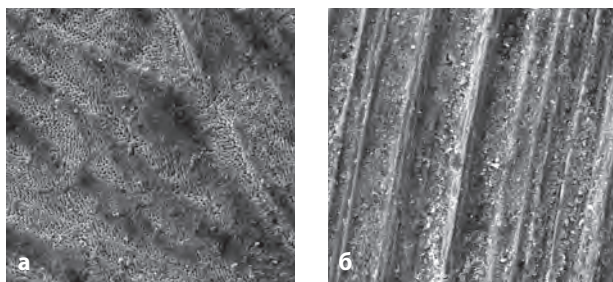
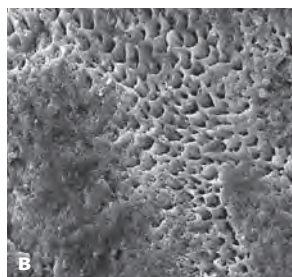


Рис. 1 Поверхность эмали, обработанная бором с зернистостью 100–120 мкм: **а)** после обработки бором, ув. х 500; **б)** после кислотного травления, ув. х 1000; **в)** неравномерное протравливание эмали, ув. х 2000



Цель исследования

Изучение структуры поверхности эмали зуба при использовании боров с различным размером алмазной крошки, поскольку от правильного выполнения этапов препарирования и кислотного травления во многом зависит степень адгезии композита на границе «пломба – зуб».

Материалы и методы

Тридцать удаленных зубов промывали в проточной воде с мылом, фиксировали в 5%-ном формалине и высушивали на воздухе. Алмазным диском коронку отделяли от корней. Полученный образец заливали в эпоксидную смолу, после чего на вестибулярных и щечных поверхностях зубов делали односторонние шлифы на уровне эмали.

Все образцы разделили на три группы по 10 зубов в каждой. На изготовленных шлифах алмазным бором препарировали скос эмали. В группе I скос выполняли среднезернистыми борами с синей маркировочной полосой, соответствующей размеру алмазной крошки 100–120 мкм. Во второй – использовали мелкозернистые боры с красной маркировочной полосой и степень зернистости 40–50 мкм. В третьей – мелкозернистые боры с желтой маркировочной полосой, соответствующей очень малой степени зернистости 20 мкм. После препарирования шлифов на 1/2 обработанной поверхности эмали наносили кислотный гель, через 60 с его смывали водой, образец просушивали воздухом.

Структуру твердых тканей зуба исследовали в сканирующем электронном микроскопе (СЭМ) при увеличении в 500, 1000 и 2000 раз. Обработанные бором зоны эмали анализировали до и после препарирования и травления.

Площадь травления изучали на фото при увеличении в 500 раз. Для этого цифровую фотографию обрабатывали в программе Adobe Photoshop 7, выделяя при этом равномерно протравленные области и непротравленные

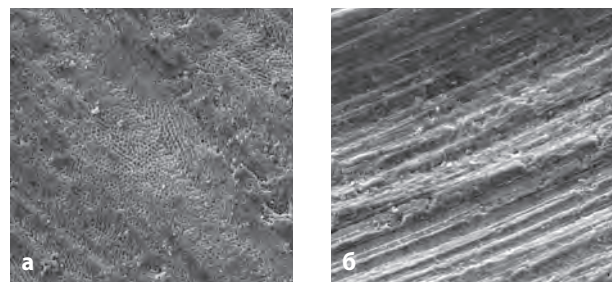


Рис. 2 Структура эмали, обработанной бором с зернистостью 40–50 мкм: **а)** после препарирования бором, ув. х 500, **б)** после кислотного травления, ув. х 1000

участки эмали. Затем в программе Adobe Photoshop CS4 Extended вычисляли площадь темных зон, не подвергшихся травлению, и общую площадь изображения. Их разность составляла площадь равномерно протравленной эмали.

Исследования осуществляли в лаборатории металлофизики испытательного центра ГНУ «Институт порошковой металлургии».

Результаты и их обсуждение

На поверхности эмали, обработанной бором с размером алмазной крошки 100–120 мкм, при увеличении в 500 раз наблюдали глубокие борозды, покрытые обломками кристаллов гидроксиапатитов (рис. 1, а). При этом рельеф поверхности был неравномерный, с участками западения в виде темных полос. После воздействия в течение 60 с кислотного геля на поверхности такой эмали определяли матовые участки, соответствующие площади контакта с травящим агентом. На поперечных ходу призм шлифах отчетливо были видны их головки. Чаще всего встречались призмы в форме арок. На срезах, выполненных вдоль эмалевых призм, наблюдали их тела и отростки в виде широких и узких полос. На поверхности скоса эмали после обработки бором с зернистостью 100–120 мкм и кислотного травления отмечены неравномерно протравленные участки призм (рис. 1, б). Во всех случаях обработанная кислотой эмаль выглядела, как чередование непротравленных участков в виде впадин и протравленных головок призм в виде выпуклостей. Среднее значение площади качественно протравленной эмали составило $61,20 \pm 0,59\%$. Наряду с хорошо контурированными протравленными головками призм, имеющими сотообразное строение, прослеживали расположенные рядом бесструктурные участки без признаков травления или зоны с частичным обнажением призмистой структуры (V тип травления, рис. 1, в).

Поверхность эмали после препарирования бором с мелкой зернистостью 40–50 мкм выглядела, как равномерное чередование борозд одинаковой глубины. Обломков кристаллической структуры практически не отмечено (рис. 2, а). После воздействия кислотой равномерный призмистый рисунок составлял $94,33 \pm 0,79\%$ площади обра-

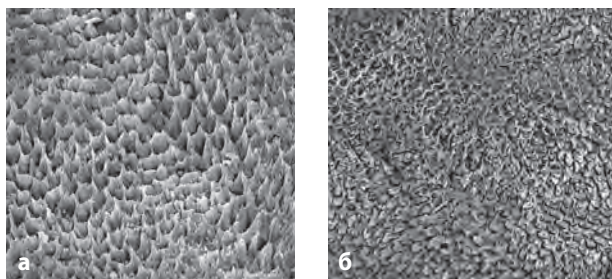
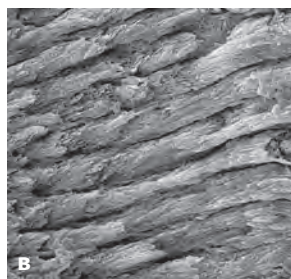


Рис. 3 Структура эмали, обработанной бором с мелкой зернистостью после кислотного травления, ув. х 2000: **а)** сочетание I и II типов травления; **б)** ячеистый вид призм, протравленных по I типу; **в)** периферический тип травления призм



ботанной эмали, остальные $5,77 \pm 0,32\%$ занимали участки с более слабой контрастностью эмалевых призм (рис. 2, б). Увеличение в 1000 раз позволило выявить четкий рисунок призмённых головок.

На отдельных участках эмали обнаруживались разрушенные периферии головок призм, на других проявлялись тонкие линии, которые, расширяясь, образовывали ободки вокруг головок призм (II тип травления). В местах, где произошло растворение центра призм (I тип травления), эмаль приобретала ячеистый вид (рис. 3, а). При увеличении в 2000 раз четко прослеживался рельеф протравленной эмали. Кислотное воздействие усиливало призмённый рисунок равномерно по всей площади. При таком увеличении можно было определить ячеистый вид поперечно расположенных призм, протравленных по первому типу (растворение сердцевин головок, рис. 3, б) и продольно расположенных призм, контрастность которых образует межпризмённое пространство (периферический тип травления, рис. 3, в).

Исследование структуры эмали после обработки мелкодисперсным алмазным бором с зернистостью 20 мкм показало, что на ее поверхности образовались равномерные неглубокие борозды. В поле зрения – обломки призм (рис. 4, а). Изучение морфологических особенностей обработанной эмали после кислотного травления показало, что $94,90 \pm 0,82\%$ площади имело равномерно протравленную поверхность (рис. 4, б). При увеличении в 1000 раз определялись участки с различной контурируемостью головок и тел призм. Слабо протравленные области занимали $5,01 \pm 0,12\%$ видимой площади. Однако контрастность этих участков была выше, чем у образцов, обработанных бором с зернистостью 100–120 мкм.

Таким образом, изучение влияния степени зернистости алмазного бора на качество рельефа эмали показало, что среднезернистый бор (100–120 мкм) формирует

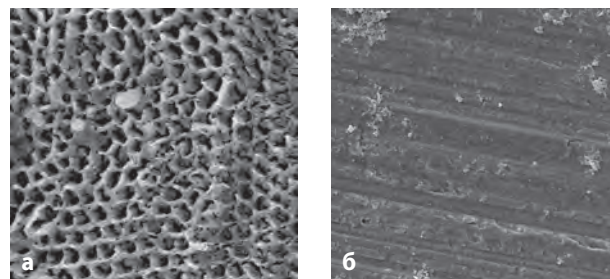
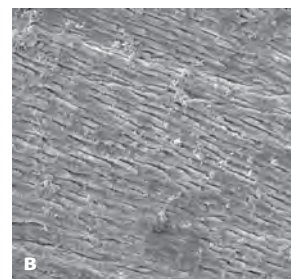


Рис. 4 Структура эмали, обработанной бором с тонкой степенью зернистости 20 мкм: **а)** после препарирования бором, ув. х 500; **б)** после кислотного травления, ув. х 1000; **в)** продольно расположенные призмы, ув. х 1000



на поверхности эмали грубые борозды, которые неравномерно протравливаются при последующем нанесении кислотного агента. В результате на гребнях появляются области с выраженными участками травления призм и темные непротравленные области, расположенные в углублениях. Средние значения площади равномерно протравленной эмали составляли $61,20 \pm 0,59\%$.

После обработки борами с мелкой (40–50 мкм) и очень мелкой (20 мкм) зернистостью и последующим кислотным воздействием эмаль образует равномерный рельеф, видны качественно протравленные участки головок и периферии призм. Средние значения площади эмали с четко определяющимся призмённым рисунком равны $94,33 \pm 0,76\%$ и $94,90 \pm 0,83\%$ соответственно.

Выводы

В клинической практике этапы препарирования и кислотного травления занимают важное место, поскольку имеют непосредственное отношение к долговечности изготовленной реставрации. Эмаль, обработанная грубым бором, и последующее некачественное травление могут привести к разгерметизации реставрации, появлению гиперчувствительности, пигментации краев конструкции, выявлению оптической границы перехода «пломба – зуб», фрактурам пломбировочного материала.

Для предотвращения скалывания пломб при финировании эмали рекомендуется использовать алмазный бор с зернистостью 40–50 (с красной маркировочной полосой) или 20 мкм (с желтой маркировочной полосой). Применение таких боров с последующим кислотным травлением обеспечивает образование рельефа эмали с четко определяющейся структурой призм, что усиливает адгезивное взаимодействие композита и тканей зуба и повышает долговечность созданной конструкции.



Обработка титановых абатментов



- ☐ Быстрое придание формы абатментам
- ☐ Агрессивная геометрия лезвий
- ☐ Эффективно и быстро
- ☐ 3 формы разрешают применение во всех интраоральных ситуациях
- ☐ Круглый наконечник инструмента предотвращает образование угловых препараций и создаёт классическую ступень
- ☐ С борами для финишной обработки, идеально подходящими к форме абатмента (H379 / H336 и H375, красное кольцо) быстро и надёжно создаются гладкие поверхности

Рис. 5 Сколы
вдоль режущего
края централь-
ных резцов



Рис. 6 Препариро-
вание скоса эмали
бором с зерни-
стостью алмазной
крошки 40–50 мкм



Рис. 7 Поверх-
ность эмали после
препарирования



Рис. 8 Кислотное
травление отпре-
парированной
поверхности



Рис. 9 На правый
центральный ре-
зец нанесен опак



Рис. 10 Дентинная
основа покрыта
эмалевым слоем
фотополимера
Grandio (VOCO)



Рис. 11 Готовые
реставрации



Клинический случай

Сколы эмали вдоль режущего края нарушают эстетику зубного ряда (**рис. 5**). Была проведена реставрация центральных резцов фотоотверждаемым композитом Grandio (VOCO) с предварительной адгезивной подготовкой, включающей препарирование эмали.

Необходимая манипуляция – создание скоса эмали. Это обеспечивает целый ряд преимуществ, в частности, значительно увеличивается площадь взаимодействия композиционного материала с тканями зуба. Кроме того, при скошенном крае формируется поперечный или близкий к нему срез эмалевых призм, необходимый для создания микрошероховатости, которая, в свою очередь, обеспечивает прочное механическое соединение материала с эмалью (микроетенцию). Граница между пломбировочным материалом и тканями зуба маскируется за счет плавного нарастания высоты пломбы. Положительным является и то, что при выполнении бором скоса по периметру полости удаляется пелликула, препятствующая кислотному травлению эмали и ее связыванию с композитом. Следовательно, в результате формирования скоса эмали, улучшается адгезия на границе «пломба – зуб», повышаются эстетические свойства конструкции.

Препарирование эмали осуществляли алмазными борами средней степени зернистости 100–120 мкм фирмы NTI (Германия). Боры с более мелкой крошкой алмазного зерна – от 40 до 50 мкм – использовали для финирирования краев полости после препарирования и создания скоса эмали (**рис. 6**). Мелкозернистые боры (15–30 мкм) применяли для окончательной отделки реставрации. Инструменты с алмазным абразивом обеспечивают ровные края внутренней поверхности полости и оптимизируют структуру ее кромок (**рис. 7**). Это гарантирует высокую плотность краевого прилегания прямых и не прямых композитных пломб, повышает прочность их адгезивного соединения с твердыми тканями зуба. От правильного выполнения этапов препарирования и кислотного травления зависит степень адгезии композита на границе «пломба – зуб».

Затем осуществляли адгезивную подготовку зуба: кислотное травление эмали и нанесение бондингового слоя (**рис. 8**). Моделирование вестибулярной поверхности и режущего края с последующей механической обработкой завершало формирование реставрации (**рис. 9–11**).

Таким образом, от выбора бора с различной степенью зернистости алмазной крошки зависит качество препарирования, долговечность и эстетика реставраций.

Координаты для связи с авторами:

info@belmapo.by; + (375 17) 334-72-86 – Луцкая Ирина Константиновна

Список литературы находится в редакции.



Цените время!

Реклама



Технология Castdon – это быстро!



www.dreve.com

Система GuttaCore™: еще одна ступень эволюции эндодонтии

Андрей Зорян, кандидат медицинских наук, член эндодонтической секции СТАР, директор стоматологического учебного центра «Гармония»

Резюме. Использование obturators на носителе – одна из наиболее популярных в мире техник пломбирования корневых каналов, пользующаяся заслуженным признанием ведущих специалистов в области эндодонтии. Однако многие стоматологи по-прежнему с предубеждением относятся к применению obturators, отдавая предпочтение латеральной или вертикальной конденсации гуттаперчи. Основная причина этого – существование расхожих мифов о гуттаперче на носителе, зачастую противоречащих друг другу. Разработка obturators GuttaCore™ – действительно революционный этап эволюции эндодонтии. Использование этой системы позволяет быстро и без особых усилий добиться качественной трехмерной obturation в ситуациях, когда врач может столкнуться с определенными проблемами при проведении других методов пломбирования корневых каналов.

Ключевые слова: гуттаперча; канал; obturation; верхушка корня; апикальное отверстие; конусность.

The system GuttaCore™: another stage of evolution of Endodontics

Andrew Zorian, Candidat of Medical Sciences, Member of the Endodontic Section of Russian Dental Association, Director of Dental Training Center Harmony

Summary. Use of obturators on the media – one of the world's most popular tech root canal, which is enjoying a well-deserved recognition of the leading experts in the field of endodontics. However, many dentists are still biased against the use of obturators, giving preference to the lateral or vertical condensation of gutta-percha. The main reason for this – the existence of myths about the commonplaces of gutta-percha on the media, often contradicting each other. Development of obturators GuttaCore™ – truly revolutionary step in the evolution of endodontics. Use of this system allows you to quickly and easily achieve high-quality three-dimensional obturation in situations where the physician may face certain problems.

Keywords: gutta-percha; channel; obturation, tip of the root, apical foramen; taper.

Использование obturators на носителе (Thermafil®, GT® Obturator, ProTaper® Obturator) – одна из наиболее популярных в мире техник пломбирования корневых каналов, пользующаяся заслуженным признанием ведущих специалистов в области эндодонтии.

Гуттаперча на носителе: за или против?

Эта простая и эффективная методика позволяет значительно сократить рабочее время врача, обеспечивая при этом высокое качество obturation, особенно в узких корневых каналах и каналах со сложной анатомией [4–6, 9] (рис. 1, 2).

Однако многие стоматологи по-прежнему с предубеждением относятся к применению obturators, отдавая предпочтение латеральной или вертикальной конденсации гуттаперчи. Основная причина этого – существование расхожих мифов о гуттаперче на носителе, зачастую противоречащих друг другу.

Миф 1: Применение obturators вызывает ожог периодонта, о чем свидетельствует послеоперационная чувствительность. Следовательно, эндодонтическое лечение непременно окончится неудачей.

В действительности, правильное использование гуттаперчи на носителе не может привести к ожогу

периодонтальных тканей. Возникающая в ряде случаев постпломбировочная боль связана с тем, что obturator в процессе введения в корневой канал продвигает находящийся в нем воздух в околокорневые ткани. Такая чувствительность проходит сама по себе без последующего развития каких-либо осложнений.

Миф 2: При использовании obturators высок риск выведения гуттаперчи за верхушку корня.

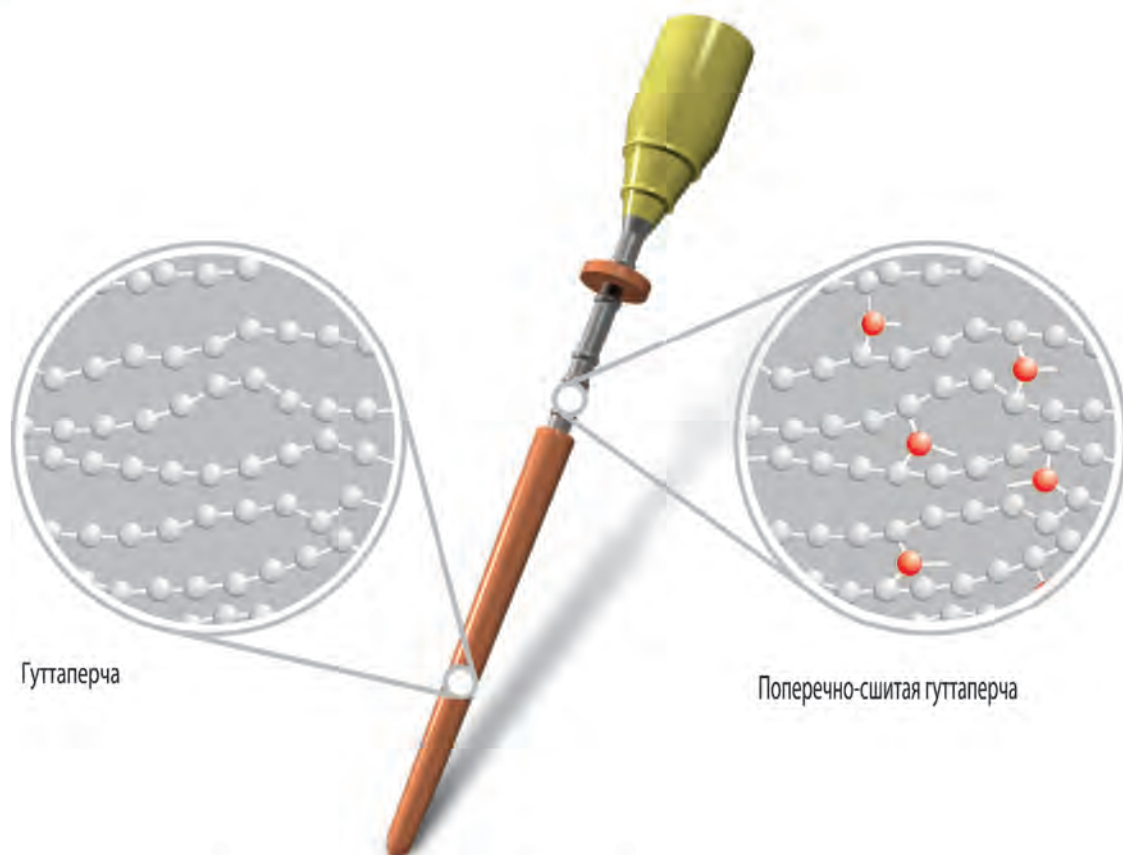
Несмотря на свою простоту, методика пломбирования с использованием гуттаперчи на носителе очень требовательна к соблюдению правил формирования корневых каналов. Важный этап – калибровка апикального отверстия, так как использование obturators, размер которого меньше диаметра апикального отверстия, действительно может привести к выведению гуттаперчи в периапикальные ткани. При правильной обработке корневого канала и четком следовании инструкциям по obturation, такая вероятность практически исключена.

Миф 3: До верхушки доходит только носитель obturators. Гуттаперча и силер остаются в устьевой и средней трети канала.

Такой вариант возможен при несоблюдении техники препарирования, ирригации и пломбирования канала

gutta•core™

Обтуратор с поперечно-сшитым гуттаперчевым носителем



- Превосходная 3D обтурация
- Лёгкость в случаях перелечивания
- Простота при подготовке канала под штифт

Реклама

+
WE
KNOW
ENDO.

DENTSPLY Russia Limited, 129090, Москва, Проспект Мира, д.6
Тел. +7 495 988 28 08 08 www.dentsplycis.com

Distributed by

DENTSPLY
MAILLEFER

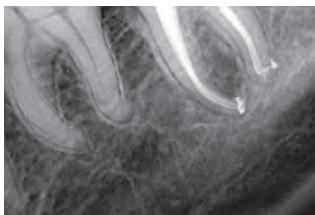


Рис. 1–2 Корневые каналы с выраженной кривизной, запломбированные гуттаперчей на носителе



гуттаперчей на носителе. Существует несколько ключевых факторов, позволяющих предотвратить данную проблему.

1. Устье корневого канала должно быть достаточно расширено (форма воронки), чтобы obturator входил свободно, не теряя гуттаперчу при входе в канал.

2. Корневой канал необходимо полноценно дезинфицировать. Обязательное условие качественной ирригации – применение раствора гипохлорита натрия и препаратов для удаления смазанного слоя (smear layer), образующегося в процессе формирования канала, таких как 15–17%-ный водный раствор ЭДТА или лимонная кислота. Подобный подход позволяет добиться не только качественной obturation магистрального канала, но и заполнения гуттаперчей его ответвлений (латеральные и дельтовидные каналы, анастомозы между каналами).

3. Устьевая и средняя части канала должны быть заполнены силером, обеспечивающим плавное скольжение obturator вдоль его стенок. При этом корневой герметик не должен иметь слишком плотную консистенцию. Идеальный вариант – силеры на основе эпоксидной смолы: AH Plus® (DENTSPLY), Adseal (Meta Biomed) и др.

4. Obturator в корневой канал необходимо вводить медленно и плавно. Obturаторы Thermafil с конусностью 4% вводят в течение 3–4 с. Obturаторы с более высокой конусностью (GT®, ProTaper® и WaveOne™) – 6–8 с.

Использование гуттаперчи на носителе позволяет добиться предсказуемых успешных результатов obturation корневых каналов, что подтверждается многочисленными исследованиями [1, 2, 7, 8, 11–17, 19, 20].

Миф 4: Obturаторы сложно удалять из канала при повторном эндодонтическом лечении.

Многие клиницисты сталкиваются с определенными проблемами при необходимости распломбировать канал, запломбированный гуттаперчей на носителе. Это чаще всего обусловлено отсутствием у врача соответствующего инструментария. Данные литературы свидетельствуют о том, что эта манипуляция требует даже меньше времени, чем повторное лечение канала, запломбированного гуттаперчей [10, 18]. Оптимальное решение – использование машинных никель-титановых инструментов (ProFile,



Рис. 3 Инструменты Retreatment серии D ProTaper



Рис. 4 Бур Post Space

GT и т.д.). В своей практике я использую файлы ProTaper® Retreatment серии D (рис. 3). Они позволяют буквально в течение минуты извлечь пластиковый носитель obturator, после чего удаление остатков гуттаперчи со стенок канала становится достаточно простой задачей.

Миф 5: Пластиковый носитель obturator препятствует полноценной подготовке канала при постановке штифтовых конструкций.

При препарировании канала под штифтовую конструкцию, прежде чем использовать развертки соответствующего размера, необходимо удалить носитель obturator на нужную глубину. Для этого часто используют алмазные бобы (что достаточно небезопасно), ультразвуковые насадки и электрические разогревающие плагеры (System B, Calamus® Dual, BeeFill и др.). Однако, на мой взгляд, самый предсказуемый вариант – применение специальных боров для турбинного наконечника Post Space bur (DENTSPLY Maillefer, рис. 4). Они используются без водного охлаждения и позволяют одним движением удалить пластиковый носитель из корневого канала на длину штифтовой конструкции.

Система GuttaCore™: характеристики и методика применения

Таким образом, основная претензия врачей к obturatorам – наличие в них пластикового носителя.

В ближайшее время на российском рынке будет представлен продукт, демонстрирующий принципиально новую концепцию применения гуттаперчи на носителе, – obturаторы GuttaCore™ (рис. 5), носители которых изготовлены не из пластика, а из эластомера гуттаперчи с поперечными межмолекулярными связями (поперечно-сшитой гуттаперчи). Таким образом, obturator целиком состоит из гуттаперчи в разных формах (рис. 6). Это обеспечивает не только быструю и качественную трехмерную obturation корневых каналов, но и простоту препарирования канала для постановки штифта и удаления корневой пломбы, в случае необходимости повторного эндодонтического лечения. Носитель удаляется из корневых каналов так же легко, как гуттаперча, поскольку и является гуттаперчей. Следовательно, для этих целей мы можем использовать те же инструменты, что и в каналах, запломбированных по методике латеральной или вертикальной конденсации гуттаперчи.



Рис. 5 Обтураторы GuttaCore™

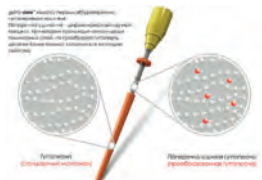


Рис. 6 Строение обтуратора GuttaCore™



Рис. 7 Блистер GuttaCore™



Рис. 8 Верификатор размера канала

Работа с системой GuttaCore™ очень проста, однако существует ряд ключевых моментов, позволяющих избежать ошибок при ее применении.

Поэтапная последовательность применения обтураторов GuttaCore™

- 1. Корневой канал должен быть соответствующим образом сформирован и продезинфицирован. Система GuttaCore™ универсальна, т.е. может использоваться вне зависимости от того, какими инструментами был обработан канал. Однако, согласно результатам исследований, после препарирования корневые каналы должны иметь либо конусность не менее 6% (.06), либо большой диаметр апикального отверстия. Это необходимо для обеспечения их качественной ирригации и трехмерной обтурации [3]. При использовании системы GuttaCore™ корневой канал нужно расширить минимум до размера 20.06 или 25.04.
- 2. Следует подобрать соответствующий размер обтуратора GuttaCore™. Если для препарирования корневого



Рис. 9 Силер AN Plus Jet со смесительной насадкой для внесения материала непосредственно в корневые каналы



Рис. 10 Печь Thermaprep® 2

Выбор размера обтуратора GuttaCore™

Апикальная конусность .04	Обтураторы GuttaCore™	Апикальная конусность .06	Обтураторы GuttaCore™	Инструменты WaveOne	Инструменты ProTaper
20/.04	–	20/.06	20	Small	F1
25/.04	20	25/.06	25	Primary	F2
30/.04	25	30/.06	30		F3
35/.04	30	35/.06	35		
40/.04	35	40/.06	40	Large	F4
45/.04	40	45/.06	45		
50/.04	45	50/.06	50		F5
55/.04	50	55/.06	55		
60/.04	55	60/.06	60		
70+/.04	60	70+/.06	70		
80+/.04	70	80+/.06	80		
90+/.04	80	90+/.06	90		

- канала использовались инструменты с конусностью .06 и более, выбирается обтуратор, имеющий одинаковый размер с финишным никель-титановым файлом. Если применялись инструменты с конусностью .04, то на один размер меньше (таблица). Ни в коем случае нельзя срезать гуттаперчу с кончика обтуратора, так как это может привести к повреждению носителя.
- 3. Важный этап для обеспечения предсказуемой и качественной трехмерной обтурации – калибровка корневого канала. Для этого в каждом блистере GuttaCore™ помимо пяти обтураторов имеется верификатор соответствующего размера и конусности (рис. 7, 8). Это ручной инструмент, который пассивно вводится на рабочую длину корневого канала. Если верификатор пассивно не припасовывается на полную длину, можно использовать его в качестве финишного файла для дополнительного расширения апикальной части канала.
- 4. При использовании обтураторов GuttaCore™ силер вносят тонким слоем только в устьевую или, в случае длинных корневых каналов, в устьевую и среднюю части канала. Для внесения силера можно применять бумажный штифт, острый зонд либо, при использовании силера AN Plus® Jet, специальную смесительную насадку (рис. 9). Разогретый обтуратор в процессе введения равномерно распределит корневой герметик по стенкам корневого канала. При избыточном количестве силера или внесении его на полную рабочую длину высок риск экструзии в периапикальные ткани.
- 5. На обтураторе устанавливают рабочую длину, после чего помещают его в держатель одного из нагревательных элементов печи Thermaprep® 2 (рис. 10). Отличительные характеристики печи – быстрый трехмерный разогрев обтураторов с сохранением свойств гуттаперчевого носителя, а также возможность одновременной работы



Рис. 11–12 Разогрев обтуратора в печи Thermaprep® 2



Рис. 13–14 Применение обтураторов GuttaCore™ при сложном доступе к корневым каналам



Рис. 15–17 Примеры использования обтураторов GuttaCore™ в клинических ситуациях с нестандартной анатомией корневых каналов

обоих нагревательных элементов. В системе GuttaCore™ в отличие от обтураторов с пластиковым носителем на рабочей панели печи вне зависимости от размера обтуратора выставляют минимальный уровень разогрева – 20–25 (рис. 11). Плавным нажатием на держатель обтуратор помещают в нагревательный элемент Thermaprep® 2 (рис. 12). При этом автоматически запускается рабочий цикл печи и загорается световой индикатор. Возможность одновременной работы обоих нагревательных элементов позволяет при необходимости разогревать сразу два обтуратора. По окончании нагрева печь подаст звуковой сигнал, а световой индикатор начнет мигать. Аккуратным нажатием поднимают держатель, извлекают обтуратор и медленно, не вращая, вводят в корневой канал на рабочую длину. При сложном доступе к корневым каналам, особенно в боковых зубах при затрудненном открывании полости рта, носитель обтуратора GuttaCore™ можно зафиксировать с помощью пинцета (рис. 13), удалить рукоятку, покачав ее из стороны в сторону, и, удерживая обтуратор пинцетом, ввести в канал (рис. 14).

6. После введения обтуратора в корневой канал можно сконденсировать пластифицированную гуттаперчу в устьевой части с помощью плаггера. Это создает дополнительное гидродинамическое давление, позволяющее гуттаперче еще лучше заполнять ответвления магистрального канала, такие как латеральные и дельтовидные каналы, анастомозы между каналами и т.д. В процессе конденсации необходимо прочно удерживать обтуратор за рукоятку во избежание его смещения.

7. Завершающий этап обтурации – удаление рукоятки и носителя выше уровня устья. При использовании системы

GuttaCore™ нет необходимости применять для этих целей специальные боры Thermacut. Можно либо срезать носитель на уровне устья с помощью обычного шаровидного бора или острого экскаватора, либо просто отломить его легкими боковыми движениями. Для очистки полости зуба от остатков гуттаперчи и силера используют ватный шарик, пропитанный хлороформом или этиловым спиртом.

Заключение

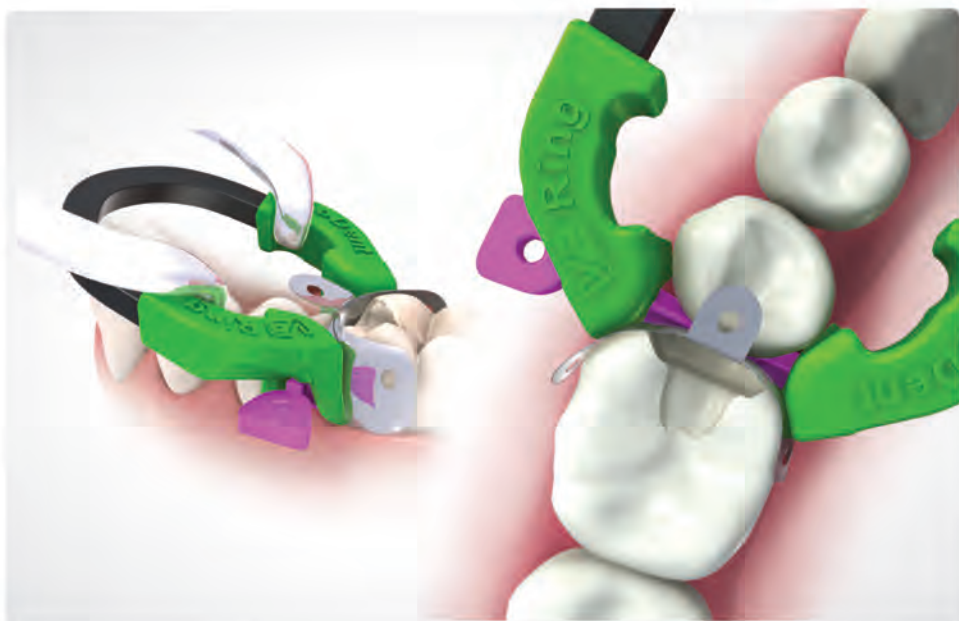
Эволюция эндодонтии идет по пути упрощения технической части процедур и сокращения рабочего времени врача. Разрабатываются новые инструменты, материалы, оборудование и аксессуары, позволяющие сократить количество рабочих этапов и сделать эндодонтическое лечение менее трудоемким. При этом, безусловно, большое внимание уделяют одновременному повышению предсказуемости результатов и успеху лечения в целом.

Разработка обтураторов GuttaCore™ – действительно революционный этап развития эндодонтии. Использование этой системы позволяет быстро и без особых усилий добиться качественной трехмерной обтурации в ситуациях, когда врач может столкнуться с определенными проблемами при проведении других методик пломбирования корневых каналов (рис. 15–17).

Координаты для связи с автором:
andrei_zoryan@mail.ru – Зорян Андрей Владимирович

Список литературы находится в редакции.

- + 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 расклинивания и создания плотных контактов.

PIN-TWEEZERS & FORCEPS



Специальные пинцет и щипцы

WAVE-WEDGE



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

V3 TAB-MATRIX



Анатомически приконтурированные матрицы прекрасно адаптируются, минимизируя финишную обработку

Анализ пористости эндодонтического силера MTA Fillapex по сравнению с AH Plus, Sealer 26 и Endofill

Ари да Мотта

Ривайл Фидель

Государственный университет Рио-де-Жанейро (Бразилия)

Антонио Диас

Серджио Альмейда

Национальный институт технологий Рио-де-Жанейро (Бразилия)

Резюме. Цель настоящего исследования – оценка пористости четырех эндодонтических силеров – MTA Fillapex, AH Plus, Sealer 26 и Endofill с помощью метода определения физических характеристик (mercury porosimetry analysis/ртутный порозиметрический анализ). Лучшие результаты показал MTA Fillapex: самая маленькая пористость с наименьшими диаметром и средним объемом пор. Худшие показатели продемонстрировал материал Sealer 26. Немного лучше оказался Endofill. Полученные данные напрямую связаны со способностью материала к идеальной герметизации.

Ключевые слова: эндодонтический силер; стоматологический цемент; физические свойства.

Analysis of the porosity of endodontic sealer MTA Fillapex compared with AH Plus, Sealer 26 and Endofill

Ary G. da Motta Jr.

Rivail A.S. Fidel

Federal University of State of Rio de Janeiro (Brazil)

Antônio J. do N. Dias

Sergio L. de Almeida

National Institutes of Technology of Rio de Janeiro (Brazil)

Summary. The aim of this study was to evaluate the porosity of four endodontic sealers – MTA Fillapex, AH Plus, Sealer 26 and Endofill using the method for determining the physical characteristics (mercury porosimetry analysis). The best results were achieved by the MTA Fillapex: the smallest diameter of the lowest porosity and average pore volume. Worse results showed material Sealer 26. Slightly better was Endofill. The data obtained are directly related to the ability of a material to perfect sealing.

Keywords: endodontic sealer, dental cement, physical properties.

Согласно данным литературы, для оценки физических и химических свойств эндодонтических силеров, применяют утвержденные нормативы исследования. Наиболее известные из них: Спецификация 57 Американской стоматологической ассоциации (ADA) [1–4, 6–9, 11, 14–16, 19, 20]; стандарт ISO 6786 [18]; стандарт ISO 6876:2001 и Американского национального института стандартов (ANSI)/Спецификация 57 Американской стоматологической ассоциации (ADA) [5].

Для более полного представления о физических свойствах эндодонтических силеров настоящее исследование предполагает применение метода, широко используемого в материаловедении. Он точно описывает состав и структуру (включая дефекты) любого заданного вещества [10].

Обзор литературы

Torabinejad, Watson и Pitt Ford анализировали *in vitro* герметизирующую способность амальгамы, super EBA и MTA в качестве пломбировочного материала для системы корневых каналов: после окрашивания флюорисцентным родамином В в течение 24 ч под микроскопом оценивали уровень проникновения красителя в шлифы [23]. Статистический анализ показал, что MTA обеспечивает значительно меньшее подтекание, чем амальгама и super EBA.

Torabinejad и Chivian описали экспериментальный продукт MTA, который на тот момент разрабатывался как альтернативный материал в эндодонтии [21]. Цемент MTA продемонстрировал отсутствие микроподтекания, биосовместимость и способность к стимуляции регенерации

клеток при соприкосновении с пульпой и околокорневыми тканями. Авторы рекомендовали использование данного материала для прямого покрытия пульпы, апексификации и ретроградного пломбирования при перфорациях корня.

Sarkar с соавторами, проводя *in vitro* оценку взаимодействия цемента МТА с дентином корня человека, обнаружили, что высвобождающиеся из МТА ионы кальция взаимодействуют с фосфатами, образуя гидроксиапатит [17]. Герметизирующая способность, биосовместимость и активация дентинообразования материала МТА – результат физико-химических реакций.

Parirokh и Torabinejad, проведя обзор исследований по химическому составу, физическим и антибактериальным свойствам цемента МТА, установили, что материал обладает высоким рН, низкой прочностью к сжатию и антимикробными свойствами, зависящими от пропорции порошок/вода [12]. МТА влияет на биоактивность окружающих тканей. Основываясь на имеющихся данных, авторы, установили, что цемент МТА – эффективный силер и биосовместимый материал [22]. После анализа статей, посвященных недостаткам, преимуществам и механизмам действия цемента в экспериментах на животных и при клиническом применении был сделан вывод, что материал МТА подходит для пломбирования перфораций корня, прямого покрытия пульпы, ретроградного пломбирования зубов с некротизированными верхушками с целью образования апикального барьера [13]. К недостаткам можно отнести время затвердевания, высокую цену и потенциальную возможность изменения цвета зубов.

Vitti с коллегами изучили некоторые свойства (время: замешивания, рабочее и затвердевания, а также текучесть, растворимость и водопоглощение) силера МТА Fillapex (Angelus, Londrina, Brazil) в сравнении с материалом AH Plus (Dentsply, Konstanz, Germany) [24]. Анализ рабочего времени проводили по стандартам ISO 6876:2001, текучести – согласно инструкции С266 Американского общества по испытанию материалов. С течением времени (за 28 дней) показатели растворимости и водопоглощения значительно увеличились для обоих материалов ($p<0.05$).

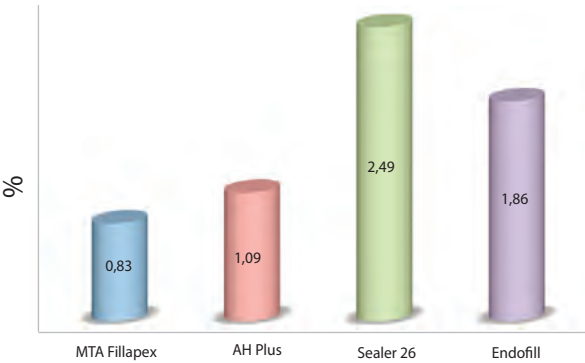


Рис. 1 Пористость силеров

Показатели порозиметрии эндодонтических силеров

Силер	Пористость, %	Средний объем пор, см³/г	Средний диаметр пор, мкм
MTA Fillapex	0,83	2,121x10 ⁻³	1,087x10 ⁻²
AH Plus	1,09	7,162x10 ⁻³	1,410x10 ⁻²
Sealer 26	2,49	1,502x10 ⁻²	1,239x10 ⁻²
Endofill	1,86	1,024x10 ⁻²	1,632x10 ⁻²

Удовлетворительные физические характеристики МТА Fillapex доказали, что его можно использовать в качестве эндодонтического силера.

Цель исследования

Анализ пористости выбранных силеров с помощью метода физического анализа, который открывает новые перспективы для исследования стоматологических материалов.

Материалы и методы

Все испытания проводили в технической лаборатории (LATER) Национального института технологий в Рио-де-Жанейро. Исследовали силеры: AH Plus (Dentsply), MTA Fillapex (Angelus), Sealer 26 (Dentsply) и Endofill (Dentsply). Инструкции производителя были строго соблюдены. Для изготовления образцов использовали формы диаметром 38 мм и толщиной 6 мм.

Замешанный силер каждого вида погружали в формы. Для получения гладкой поверхности образца поверх формы с силером сразу после ее заполнения устанавливали стекло для замешивания. По достижении времени затвердевания образцы извлекали из форм и на 24 ч помещали в среду с температурой 37 °C и влажностью 100%. Порозиметрию каждого образца тестировали на аппарате Autoscan-33.

Результаты и их обсуждение

Результаты порозиметрии приведены в таблице.

По уровню общей пористости Sealer 26 показал худшие результаты (рис. 1). За ним следуют Endofill и AH Plus. Наименьшая пористость оказалась у MTA Fillapex.

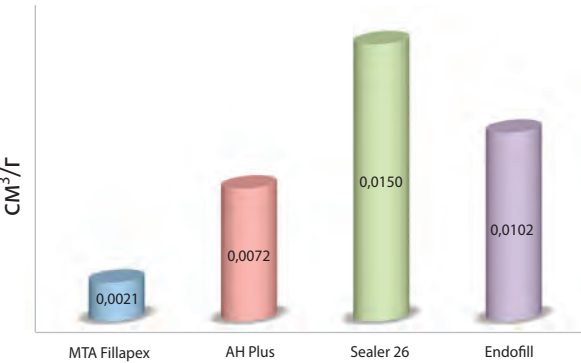


Рис. 2 Средний объем пор

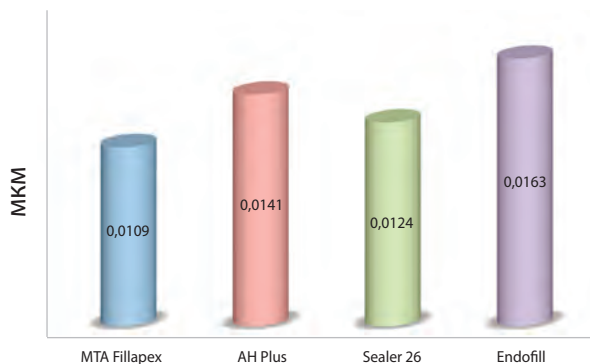


Рис. 3 Средний диаметр пор

То же соотношение показателей было отмечено при анализе среднего объема пор (рис. 2): у Sealer 26 – наибольший объем, у MTA Fillapex – наименьший. Самый большой диаметр пор также у Sealer 26 (рис. 3). Затем силеры распределились следующим образом: Endofill, AH Plus и MTA Fillapex с порами наименьшего диаметра.

Удивительным оказалось то, что Endofill, будучи цинк-оксид-эвгенольным силером, показал результаты лучше, чем Sealer 26. Теоретически, композит, входящий в состав некоторых силеров, должен снижать пористость, однако у Sealer 26 этого не наблюдали. Тем не менее для двух других содержащих композит силеров – MTA Fillapex и AH Plus – данное утверждение вполне справедливо.

В настоящем исследовании MTA Fillapex показал наилучшие результаты: наименьшие пористость, общий объем и размер пор. Несомненно, что данные показатели усиливают основные параметры, предъявляемые к силерам, – непроницаемость и герметичное заполнение.

Выводы

1. Выбранный метод анализа обеспечил детальную оценку пористости, положил начало новому направлению в интерпретации данных.

2. Силер MTA Fillapex показал наилучшие результаты при проведении порозиметрии: наименьшие пористость, общий объем и диаметр пор. Материал AH Plus – на втором месте. Среди композитосодержащих силеров Sealer 26 продемонстрировал наихудшие результаты: множество пор большого диаметра.

Координаты для связи с авторами:

Buenos Aires 93/809 – Rio de Janeiro – RJ – Brazil – ZIP code: 20070-020; ary.motta@int.gov.br aryjunior@gmail.com – Ари да Мотта

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Bernardes R.A. Evaluation of the flow rate of 3 endodontic sealers: sealer 26, AH Plus and MTA Obtura. – Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod., 2010, № 109, p. 47–49.
- Bortoluzzi E.A. The influence of calcium chloride on the setting time, solubility, disintegration and pH of mineral trioxide

aggregate and white portland cement with a radiopacifier. – J. Endod., 2009, v. 35, № 4, p. 550–554.

- Camilleri J. Evaluation of selected properties of mineral trioxide aggregate sealer cement. – J. Endod., 2009, v. 35, № 10, p. 1412–1417.
- Cunha F. M. Avaliação da estabilidade dimensional de alguns cimentos endodônticos nacionais contendo óxido de zinco e eugenol. – RSBO, 2008, v. 5, № 1, p. 194–198.
- Duarte M.A. Influence of calcium hydroxide association on the physical properties of AH Plus. – J. Endod., 2010, v. 36, № 6, p. 1048–1051.
- Fidel R.A.S. Estudo in vitro sobre a solubilidade e a desintegração de alguns cimentos endodônticos que contém hidróxido de cálcio. – Rev. Odontol. Univ. São Paulo, 1994, v. 8, № 3, p. 217–220.
- Fidel R.A.S. Estudo in vitro da estabilidade dimensional de alguns cimentos endodônticos contendo hidróxido de cálcio. – ROBRAC, 1995, v. 5, № 16, p. 14–16.
- Fidel R.A.S. Tempo de endurecimento de alguns cimentos endodônticos que contém hidróxido de cálcio. – ROBRAC, 1995, v. 5, № 16, p. 15–17.
- Fidel R.A.S. Tempo de endurecimento de alguns cimentos endodônticos à base de óxido de zinco eugenol. – RSBO, 2008, v. 5, № 2, p. 20–26.
- Mansur H.S. Técnicas de caracterização de materiais. – 2004, www.biomaterial.com.br/capitulo7 part 01. PDF.
- Motta A.G. Avaliação das Propriedades Físicas de seis Cimentos Endodônticos. – Odonto Mod., 1992, v. 19, № 1, p. 19–24.
- Parirokh M., Torabinejad M. Mineral trioxide aggregate: a comprehensive literature review. Part III: clinical applications, drawbacks and mechanism of action. – J. Endod., 2010, v. 36, № 3, p. 400–413.
- Parirokh M., Torabinejad M. Mineral trioxide aggregate: a comprehensive literature review. Part I: chemical, physical, and antibacterial properties. – J. Endod., 2010, v. 36, № 1, p. 16–27.
- Salazar R. Propriedades físicas dos cimentos endodônticos Endobalsam e N-Rickert. – Rev. Odontol. Univ. São Paulo, 1996, v. 10, № 2, p. 121–128.
- Savioli R.N. Determinação da relação pó/líquido e do tempo de endurecimento de alguns cimentos endodônticos que contém óxido de zinco/eugenol. – Odontologia-USF, 1999, v. 17, p. 57–62.
- Savioli R.N., Silva R.G., Pécora J.D. Análise da radiopacidade e do pH de alguns cimentos endodônticos. – Rev. Inst. Ciênc. Saúde, 2000, v. 18, № 2, p. 111–114.
- Sarkar N.K. Physicochemical basis of the biologic properties of Mineral Trioxide Aggregate. – J. Endod., 2005, v. 31, № 2, p. 97–100.
- Scelza M.F.Z. Estudo comparativo das propriedades de escoamento, solubilização e desintegração de alguns cimentos endodônticos. – Pesq. Bras. Odont. Clin. Integr., 2006, v. 6, № 3, p. 243–247.
- Silva R.G. Estudo da estabilidade dimensional, solubilidade e desintegração e radiopacidade de alguns cimentos obturadores dos canais radiculares do tipo Grossman. – Rev. ABO Nac., 1994, v. 2, № 1, p. 218–221.
- Silva R.G. Avaliação dos cimentos tipo Grossman: estudo do escoamento e do tempo de trabalho de alguns cimentos obturadores dos canais radiculares do tipo Grossman. – RGO, 1995, v. 43, № 2, p. 97–100.
- Torabinejad M., Chivian N. Clinical applications of mineral trioxide aggregate. – J. Endod., 1999, v. 25, № 3, p. 197–205.
- Torabinejad M., Parirokh M. Mineral trioxide aggregate: a comprehensive literature review – Part II: leakage and biocompatibility investigations. – J. Endod., 2010, v. 36, № 2, p. 190–202.
- Torabinejad M., Watson T.F., Pitt Ford T.R. Sealing ability of a mineral trioxide aggregate when used as a root end filling material. – J. Endod., 1993, v. 19, № 12, p. 591–595.
- Vitti R.P. Physical Properties of MTA Fillapex sealer. – J. Endod., 2013, v. 39, № 7, p. 915–918.

MTA FILLAPEX

Инновационный силер для корневых каналов на основе MTA



Реклама

5 причин попробовать MTA Fillapex:

- Биологическая активность
- Превосходная герметизация: расширение при отверждении 0,088%
- Высокая рентгеноконтрастность: оптическая плотность 77%
- Рабочее время 35 минут для общей практики и эндодонтии
- Легкость распломбировки при повторном лечении



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

Внутрикостная анестезия – альтернатива проводниковой мандибулярной анестезии

Ассистент **Андрей Кузин**

Кафедра факультетской хирургической стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Резюме. Мандибулярная анестезия – один из стандартов обезболивания моляров нижней челюсти. Однако ее эффективность не превышает 80–85%. Применение альтернативных методов обезболивания весьма успешно решает проблемы недостаточности местной анестезии. Один из них – внутрикостная анестезия. Основным показанием к ее проведению может быть лечение (терапевтическое, хирургическое) зубов нижней челюсти. Данная техника обладает высокой эффективностью.

Ключевые слова: мандибулярная анестезия; внутрикостная анестезия; моляр; нижняя челюсть; анестетик; перфорация; шприц.

The intraosseous anesthesia – an alternative to conductor inferior alveolar nerve block

Assistant **Andrew Kuzin**

Department of Dental Surgery of the First MSU named after I.M. Setchenov

Summary. Inferior alveolar nerve block - one of the standards of anesthesia mandibular molars. However, its efficiency does not exceed 80–85%. The use of alternative methods of pain relief very successfully solves the problem of insufficient local anesthesia. One – intraosseous anesthesia. The main indication for its conduct may be the treatment (medical, surgical) teeth of the lower jaw. This technique is highly effective.

Keywords: inferior alveolar nerve block; intraosseous anesthesia; lower jaw; mandible; anesthetic; perforation; syringe.

Вопрос эффективности местного обезболивания остается актуальным в современной стоматологии. До конца не выяснены причины возникновения случаев неполной (недостаточной) анестезии после стандартного метода инъекционного обезболивания. Мандибулярная анестезия – один из таких стандартов обезболивания моляров нижней челюсти. Однако ее эффективность не превышает 80–85%.

Если рассмотреть мировой опыт, то только для обезболивания нижнего альвеолярного нерва разработано свыше 40 методов проводниковой анестезии, а с учетом их модификаций еще больше. Такое разнообразие объясняется желанием специалистов разработать универсальный метод обезболивания.

Причин недостаточности местного обезболивания зубов много. С одной стороны, это может быть ошибка врача: выбор неправильной иглы, анестетика, неучтенные индивидуальные анатомические ориентиры в полости рта. С другой, причиной могут стать некоторые особенности пациента: психоэмоциональные факторы, воспаление тканей, вариабельность в иннервации зубов. И выявить причины неудачи в каждом конкретном случае непросто. А ведь недостаточное обезболивание может привести к конфликту между пациентом и врачом: больной сомневается в квалификации специалиста,

а стоматолог сетует на «достоинства» пациента, приведшие к неудаче.

Что же делать, чтобы достичь полноценного обезболивания? Проведение дополнительной мандибулярной анестезии при неудаче с первой оправдано лишь в том случае, если у пациента нет чувства онемения подбородка – значит, депо анестетика создано в стороне от области нижнего альвеолярного нерва. Существует масса доводов против повторной мандибулярной анестезии. Во-первых, введение двойной дозы анестетика – 3,6 мл (2 карпулы) – в область нижнечелюстного отверстия не приводит к увеличению продолжительности местного обезболивания и клинической эффективности. Во-вторых, высок риск внутрисосудистого введения анестетика из-за большого количества сосудов в крыло-видно-челюстном пространстве. В-третьих, многократное проведение анестезии нередко приводит к травме мягких тканей, следствием чего бывают боль при открывании рта и даже постинъекционная контрактура. И уж, конечно, не следует проводить две одинаковые методики мандибулярной анестезии при недостаточности первой, лучше использовать иные техники – торусальную, анестезию по Гоу-Гейтсу или Вазирани–Акинози.

Применение альтернативных методов обезболивания весьма успешно решает проблемы недостаточ-

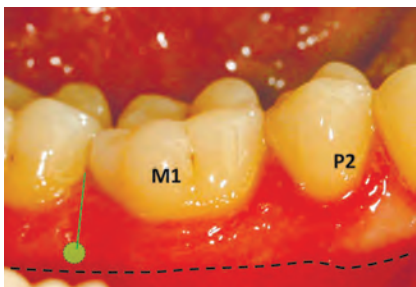


Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

ности местной анестезии. Один из них – внутрикостная анестезия (ВКА). На начальном этапе развития системы для внутрикостной анестезии (X-tip, Stabident) были примитивными и двухэтапными, то есть врачу приходилось выполнять перфорацию кости иглой-перфоратором, а затем вводить анестетик стандартным шприцем. Все это удлиняло протокол проведения обезболивания и создавало дополнительные технические сложности.

В России зарегистрированы и апробированы две системы для внутрикостного обезболивания – Quicksleeper и W&H Anesto. Система Anesto представляет собой привычный для стоматолога прямой наконечник, к которому подключен микромотор. Скорость вращения – 15000–25000 об/мин. Передаточное соотношение 1,4:1. Карпула местного анестетика устанавливается внутрь наконечника, имеющего дозирующий рычаг и шкалу дозировки. В комплект входят также специальные иглы толщиной 0,55 мм и длиной 9 мм. Каждая из них имеет удлиненный и заостренный скос для облегчения перфорации костной ткани челюсти.

Методика проведения ВКА различна для разных групп зубов нижней челюсти. Для обезболивания зубов до уровня первого моляра следует придерживаться традиционной техники внутрикостной анестезии (рис. 1, 2). Предварительно надо выполнить локальную инфильтрационную анестезию 0,3 мл анестетика. ВКА осуществляют с дистальной стороны, например, для обезболивания зуба 36 – между зубами 36 и 37, для 43 – между 43 и 44. Иглу располагают в области границы прикрепленной и свободной десны, посередине межзубного сосочка, под углом 45° к поверхности альвеолярного отростка. Перфорацию кортикальной пластинки выполняют строго в межзубную перегородку под постоянным боковым давлением со скоростью от 15 до 20000 об/мин. Время перфорации – менее 5 с, чтобы предотвратить термическую травму кости. Во время перфорации врач тактильно определяет прохождение иглы в губчатый слой по характерному «провалу». Депо анестетика создается медленно – со скоростью 1 мл/мин. Для обезболивания многокорневых зубов рекомендовано введение от 0,6 до 1,2 мл анестетика, для однокорневых – 0,3–0,6 мл.

Для обезболивания вторых и третьих моляров нижней челюсти рекомендована ретромолярная внутрикостная анестезия по методу Ю.В. Ефимова и Х.Х. Мухаева (патент № 2006236076). Предварительно врач пальпирует ретромолярный треугольник и определяет его вершину (рис. 3). Внутрикостную анестезию проводят в дистальную часть ретромолярного треугольника нижней челюсти, тактильно определяя прохождение иглы в губчатый слой. Средняя глубина перфорации составляет от 6 до 8 мм в зависимости от толщины слизистой оболочки. Депо анестетика (1,0 мл) создается со скоростью 1 мл/мин.

Выбор анестетика для проведения внутрикостной анестезии влияет на эффективность обезболивания. Следует использовать анестетики с низким разведением вазоконстриктора. Ввиду того, что костная ткань нижней челюсти имеет развитую систему кровообращения, внутрикостное введение анестетика по своему системному побочному действию сопоставимо с введением напрямую в сосудистое русло. Поэтому лучше избегать использования анестетиков с разведением 1:100000. Высокое разведение вазоконстриктора ведет к стойкой ишемии и, как следствие, к необратимым нарушениям в тканях пульпы и периодонта. Анестетики без вазоконстриктора использовать нецелесообразно, так как их ускоренная абсорбция скажется на длительности обезболивания.

Длительность обезболивания зависит от выбранного анестетика. Если руководствоваться данными

Прогнозируемая длительность анестезии тканей пульпы зуба после проведения внутрикостной анестезии на нижней челюсти

Анестетик	Время, мин	
	Внутрикостная анестезия как самостоятельный метод	Внутрикостная + мандибулярная анестезия
4% артикаин 1:100000	25–45	60–75
4% артикаин 1:200000	15–25	45–60



экспериментальных и клинических исследований, то от внутрикостной анестезии следует ожидать следующую продолжительность местного обезболивания (таблица).

Внутрикостная анестезия показана в основном на нижней челюсти, так как именно там наиболее часто встречаются случаи недостаточного обезболивания.

Основные показания к ВКА:

- ⊙ как альтернатива мандибулярной анестезии при обезболивании зубов нижней челюсти;
- ⊙ как дополнительный метод при недостаточности мандибулярной анестезии;
- ⊙ в терапевтической стоматологии при необходимости продлить лечение без применения/повторения первично проведенной анестезии;
- ⊙ при лечении острого пульпита моляров нижней челюсти;
- ⊙ при удалении зуба;
- ⊙ при удалении ретинированного зуба (как дополнительный метод);
- ⊙ при цистэктомии (как дополнительный метод)

Противопоказания к внутрикостной анестезии, разумеется, существуют, как и у любого другого метода.

Системные противопоказания:

- ⊙ ВИЧ-инфекция;

- ⊙ патологии сердечно-сосудистой системы;
- ⊙ пожилой возраст;
- ⊙ стоматофобия;
- ⊙ возраст до 18 лет.

Местные противопоказания:

- ⊙ острые одонтогенные воспалительные процессы (острый периодонтит, периапикальный абсцесс, периоститы челюстей);
- ⊙ афтозный стоматит;
- ⊙ тесное положение зубов;
- ⊙ тонкий биотип пародонта.

Таким образом, внутрикостная анестезия – перспективный альтернативный метод обезболивания зубов. Основным показанием к ее проведению может быть лечение (терапевтическое, хирургическое) зубов нижней челюсти. Данная техника обладает высокой эффективностью. Как самостоятельный метод внутрикостная анестезия эффективнее проводниковой мандибулярной, поэтому ее можно использовать как дополнительный метод при недостаточной результативности последней.

Координаты для связи с автором:

+7 (915) 180-55-68; kuzinstom@gmail.com – Кузин Андрей Викторович

Анесто работает быстрее!

Опережая время:

внутрикостная анестезия с Anesto

2013



1871



Реклама

Применение: Инновационная, щадящая система для введения внутрикостной анестезии.

Экономит ваше время!

anesto

Представительство в Москве:

Тел. 499/270 48 68

E-mail: info.ru@wh.com

Web-site: www.wh.com/ru_cis

Импортёры
фирмы W&H:

Дентекс, Москва
Тел. 495/974 30 30

ОМТ, Москва

Тел. 495/223 15 60, 495/229 33 75

Эксподент, Москва

Тел. 495/959 92 92, 495/332 03 16

Уралквадромед, Екатеринбург

Тел. 343/262 87 50, 343/262 88 51

Дистрибуция в Санкт-Петербурге

Алвик-Медэкспресс: 812/326 29 17

Этика и деонтология в онкологии

Профессор **Леонид Вельшер**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой

Доцент **Гелена Генс**, кандидат медицинских наук

Доцент **Любовь Коробкова**, кандидат медицинских наук

Кафедра онкологии и лучевой терапии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Онкологический центр ОАО РЖД

ЦКБ им. Н.А. Семашко

Резюме. В статье рассмотрены основные проблемы этики и деонтологии в медицине, в частности, в онкологии. Особое внимание уделено основным моделям взаимоотношений в системе «врач – пациент»: патернализму и автономной модели, основанной на сотрудничестве обеих сторон. В онкологической клинике в рамках одной модели невозможно найти однозначных решений проблемы взаимоотношений врача и пациента. Это обусловлено многими причинами, важнейшие из которых – сложность вопросов этиологии и патогенеза злокачественных новообразований, стереотип о неизлечимости болезни и неминуемой мучительной смерти, серьезные побочные эффекты, связанные с лечением онкологического заболевания, высокая стоимость лечения.

Ключевые слова: биоэтика; деонтология; онкология; врачебная тайна; патернализм.

Ethical and deontological problems in oncology practice

Professor **Leonid Velsher**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department

Associate professor **Gelena Guens**, Candidate of Medical Sciences

Associate professor **Lyubov Korobkova**, Candidate of Medical Sciences

Department of Oncology and Radiotherapy MSUMD named after A.I. Evdokimov

Oncological Centre

Central Clinical Hospital named after N.A. Semashko

Summary. The article presents the main problems of ethics and deontology in medicine and particularly in oncology. Special attention is paid to the basic models of relationships in the «doctor-patient» system: paternalism and autonomous model based on the both parties cooperation. It is impossible to find definitive solutions of the doctor-patient relationship in oncological clinic in one model. Most important reasons of it are the complexity of the etiology and pathogenesis of malignant tumors, the stereotype that cancer is a terminal illness and it leads to imminent painful death, serious side effects associated with the treatment of cancer, the high cost of treatment.

Keywords: bioethics; deontology; oncology; patient confidentiality; paternalism.

Профессиональная деятельность врача тесно связана с вопросами этики. Именно поэтому осмысление этических сторон взаимоотношений «врач – пациент» встречается уже в трудах первых врачей, «отцов медицины».

Этические модели в медицине

Так, у Гиппократ в его «Клятве», книгах «Наставления», «О законе», «О врачах», «О благоприличном поведении» можно найти свод этических правил. В них говорится о гарантиях непричинения вреда и оказания помощи, врачебной тайне, отрицательном отношении к убийству и эвтаназии, отказе от интимных связей с пациентами. В современной литературе за этими правилами закрепилось название «этическая модель Гиппократ». Появление подобной модели поведения было вызвано необходимостью отграничения от врачей-одиночек, шарлатанов и тем самым



обеспечения доверия общества к врачам определенной школы. Этики Гиппократы придерживались М.Я. Мудров, Г.А. Захарьин, С.П. Боткин. Таким образом, самая первая модель этического поведения врача носила некий корпоративный характер, и ее цель заключалась прежде всего в защите профессиональной репутации. Характер взаимоотношений врача и пациента в этой этике можно назвать патерналистским, хотя само понятие «патернализм» окончательно сформировалось только в Средние века. Латинское слово *pater* – «отец» – в христианстве обозначает священника или бога. В патернализме это значит, что связь между врачом и пациентом имеет оттенок целебности и некой божественности. Через врача реализуется воля самого Господа, и пациенту остается только повиноваться ей.

Научно-технический прогресс и развитие социальных законов заставили переосмыслить многие положения этики Гиппократы. События 1917 г. привели к отмене в нашей стране существовавших ранее правил в связи с их религиозной окрашенностью и появлению в медицине этического нигилизма. Как бы в противовес этому была создана новая деонтологическая модель. Термин «деонтология» (*deontos* – должное, *logos* – учение) ввел английский философ И. Бентам (1748–1832) для обозначения науки о долге, моральных обязанностях, нравственном совершенстве и безупречности. В 40-е гг. прошлого столетия основоположник отечественной онкологии Н.Н. Петров предложил этот термин для определения врачебной этики.

Основа деонтологии – такое отношение к больному, какое врач хотел бы видеть по отношению к себе. Сущность данной науки лучше всего отражена в символическом высказывании голландского врача XVII в. Ван Туль-Пси: «Светя другим, сгораю сам». Деонтологическая модель врачебной этики – совокупность обязательных правил, касающихся врачебной тайны, меры ответственности за жизнь и здоровье больных, взаимоотношений в медицинском сообществе, а также с больными и их родственниками. Врач должен соблюдать эти четко сформулированные правила, отклонения от соблюдения которых не могут быть оправданы ничем.

К середине XX в. медицинская деонтология стала интернациональной – появились международные документы, регламентирующие поведение врача: Женевская декларация (1948), Международный кодекс медицинской этики (Лондон, 1949), Хельсинская декларация (1964), Токийская декларация (1975) и др. В отечественной онкологии правила поведения врача были закреплены в книге Н.Н. Блохина «Деонтология в онкологии».

В 1960–70-е гг. сформировалась новая модель медицинской этики, рассматривающая медицину в контексте прав человека. Термин «биоэтика», был введен Ван Рен-

селлером Поттером в 1969 г. Его можно определить как систематические исследования поведения человека в области наук о жизни и здоровье в свете моральных ценностей. Основной моральный принцип биоэтики – уважение прав и достоинства личности. Под влиянием этого принципа меняются отношения врача и пациента, остро ставится вопрос об участии больного в принятии врачебного решения. Именно в рамках биоэтической модели происходит отказ от доминировавшего ранее патерналистического типа взаимоотношений в системе «врач – пациент» и установление автономного типа, или модели сотрудничества, когда пациент оставляет за собой право принимать решения, связанные с его здоровьем и лечением.

Особенности этики в онкологии

Этические проблемы в онкологии имеют свои серьезные особенности, которые не позволяют найти решения в рамках какой-либо одной модели. Эти особенности выделены в 2001 г. В.И. Чиссовым и С.Л. Дарьяловой в работе «Деонтологические ошибки в онкологии». Однако в данном исследовании не решены все проблемы. Это обусловлено несколькими причинами.

Во-первых, сложностью вопросов этиологии и патогенеза злокачественных новообразований. Современные представления порой сильно запутаны, и чтобы разобраться в них необходима специальная подготовка, что не дает врачу возможности четко ответить на вопросы пациента о его заболевании. Кроме того, в современных СМИ приводятся поверхностные и зачастую ошибочные сведения о происхождении и лечении различных опухолей, что порождает у пациентов несбыточные надежды, а вместе с ними недоверие к лечащему врачу.

Во-вторых, сложившимся стереотипом о неизлечимости онкологического заболевания и неминуемой мучительной смерти. Это порождает страх, за которым порой следуют тяжелые психологические нарушения.

В-третьих, серьезными побочными явлениями, связанными с лечением онкологического заболевания, которые существенно снижают качество жизни, а иногда просто калечат пациента. Так, молодой женщине, считавшей себя абсолютно здоровой, трудно в короткий срок решиться на мастэктомию. Нелегко привыкать жить с гастростомой или колостомой. Также зачастую непросто вопрос о целесообразности назначения химиотерапевтического лечения, особенно на IV стадии заболевания, когда выживаемость может измеряться неделями, но не лечить – значит бездействовать, а лечить – значит обрекать пациента на тяжелые побочные реакции.

В-четвертых, высокой стоимостью лечения. Так, даже при наличии метода лечения, способного помочь больному, его зачастую невозможно использовать по

экономическим соображениям. Данная особенность сегодня особенно актуальна в связи с развитием области лекарственного лечения опухолей. Каждый год на рынке появляются новые, но весьма дорогие препараты.

Святая ложь или полная информированность?

Онкологический диагноз для многих страшен и звучит как смертный приговор. В общественном сознании он обрекает на неминуемую смерть в мучениях. Не каждому по силам его принять и разумно бороться с болезнью. В.И. Чиссов и С.Л. Дарьялова описали случай, когда пациент под видом своего сослуживца и друга позвонил врачу и спросил о состоянии собственного здоровья. Ничего не подозревающий доктор сказал нелегкую правду, а через несколько минут пациент покончил жизнь самоубийством. В стационарах не употребляли слова «рак» или «саркома», заменяя их ничего не значащими для пациента понятиями. В каждом случае индивидуально решали вопрос об объеме предоставляемой информации. Если пациент, страдающий раком желудка, был убежден в том, что у него обычная язва и отказывался от операции, ему сообщали о найденных признаках озлокачествления. Врачи щадили психику больного. Концепция святой лжи считалась полностью оправданной.

В США сообщать онкологическим больным точный диагноз начали еще в начале 1950-х годов. Основной причиной послужило стремление защитить права человека. Профессор Дан Б. Доббс писал: «Пациент имеет право решать не потому, что его решение окажется более разумным, а потому, что это его решение. Суд защищает не здоровье больного, а его право самому решать собственную судьбу». В последнее время в нашей стране все больше врачей придерживаются именно такого подхода. Этому способствует появление законодательства, защищающего права пациента. В статье 31 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» говорится, что пациенты имеют право получить у врача практически любую информацию о состоянии своего здоровья – и о диагнозе, и о результатах биопсий, онкогематологических, психиатрических и прочих обследований, и о прогнозе заболевания, если даже этот прогноз неблагоприятный. Но в законе также сказано, что информация о неблагоприятном прогнозе заболевания не должна сообщаться пациенту против его воли (когда он не спрашивает об этом). В.И. Чиссов считает: «Каждый гражданин – хозяин своей судьбы, он может самостоятельно распоряжаться ею, принимать решения относительно лечения, операций и т.п. Каждый человек – хотя для нас это звучит крайне непривычно – вправе знать об остающихся для него сроках жизни: годах, месяцах, днях и по своему усмотрению решать роковой вопрос об ограничении

этих сроков». Не следует забывать и о чисто житейских последствиях предоставления полной информации: пациент успеет самостоятельно распорядиться своим имуществом, определить порядок наследования.

Но как же быть, если информация о диагнозе может навредить пациенту? «Лиссабонская декларация о правах пациента» (1995) в подобных ситуациях предписывает: «В исключительных случаях правдивая информация может быть сокрыта от пациента, если врач уверен, что она нанесет серьезный ущерб больному». В отечественном законодательстве поведение врача в таких случаях не оговаривается. В.П. Чиссов и С.Л. Дарьялова пишут: «Мы, медики, граждане законопослушные, но некоторое свое несогласие с законом хотим откровенно высказать – это по части необходимости всем пациентам открывать правду о диагнозе. И хотя с законом не поспоришь, можно тихо порадоваться тому, что никто этого закона не знает. Ни пациенты, ни даже врачи понятия не имеют об «Основах законодательства...». Нам они, честно говоря, тоже совершенно случайно попались».

Непросто обстоит дело и с информированием о возможном лечении. В 2010 г. в журнале *The Oncologist* был описан следующий случай. Больную прооперировали по поводу метастазов неоперабельного немелкоклеточного рака легкого в головной мозг. Полностью метастазы удалить не удалось, послеоперационный период осложнился внутримозговым кровотечением и легочной инфекцией. На вопрос мужа пациентки о возможном лечении врач ответил, что введение эрлотиниба может привести к эффекту с 10%-ной вероятностью, и в случае успеха обеспечит продление жизни на 2 месяца, но в связи с такой низкой вероятностью он не рекомендует делать этого. Муж настоял на введении эрлотиниба. Через неделю после начала лечения пациентка умерла. Муж сказал врачу, что тот должен был твердо объяснить ему, что она умирает, поэтому необходимости в лечении нет. Из-за ложной надежды пациентка так и не успела попрощаться с дочерью.

Совершенно очевидно, что существуют ситуации, в которых, как говорил великий хирург С.С. Юдин, врач должен брать на себя не только риск самой операции, но также всецело решать за больного и морально-психологическую часть проблемы. В таких условиях проблема информирования пациента – моральный выбор каждого врача. Профессионализм доктора заключается, на наш взгляд, в правильном выборе модели поведения: в каком объеме и как говорить пациенту о диагнозе, возможностях лечения, в каких случаях предоставить человеку право на выбор, а в каких сделать этот выбор за него.

Координаты для связи с авторами:
+7 (916) 653-52-84, +7 (499) 187-36-74;
gelena974@gmail.com – Генс Елена Петровна

HIGH Q BOND SE™

Самопротравливающий, самоадгезивный композитный цемент двойного отверждения для постоянной фиксации ортопедических реставраций

- Рентгеноконтрастный – легко различим на рентгенограммах.
- Материал может быть нанесен из шприца непосредственно на реставрацию или в подготовленную полость.
- Двойной шприц со смешивательными насадками – сокращает время нанесения, гарантирует точное соотношение компонентов.
- 3 оттенка: A2, White (белый) и Translucent (полупрозрачный).
- Для большего комфорта пациента не имеет ни вкуса, ни запаха.



Реклама



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



B.J.M. Laboratories Ltd.
12 Hassadna St., Industrial Park
Or-Yehuda 602201, ISRAEL
Fax: 972-3-7353020
web: www.bjmlabs.com

Перинатальная психология в подготовке специалистов для работы с нарушениями репродуктивного здоровья и профилактики нарушений раннего развития ребенка

Профессор **Галина Филиппова**, доктор психологических наук

Кафедра психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. В современном российском обществе остро обозначены демографические проблемы, выражающиеся в снижении рождаемости, ухудшении здоровья детей и нарушении репродуктивного здоровья населения. Разумеется, увеличиваются и психологические проблемы, связанные с нарушениями репродуктивного здоровья. В последнее десятилетие их активно изучают в психологии и психотерапии, что позволило выявить психологические последствия нарушений репродуктивного здоровья у женщин и мужчин и их влияние на физическое и психическое здоровье рождающихся детей.

Ключевые слова: репродуктивная функция; нарушения репродуктивного здоровья; психологические и физиологические механизмы репродуктивной сферы.

Perinatal psychology in training of specialists for the work with the disturbances of reproductive health and for prevention of the disturbances of the early child development

Professor **Galina Filippova**, Candidat of Medical Sciences

Department of Psychological Counseling, Psychotherapy and Psycho-correction MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. In modern Russian society sharply marked demographic problems lead to lower birth rates, the deterioration of the health of children and the violation of people's reproductive health. Of course, the increase and psychological problems associated with impaired reproductive health. In the last decade, they are actively studying in psychology and psychotherapy, which revealed the psychological effects of reproductive disorders in women and men and their impact on the physical and mental health of children born.

Keywords: reproductive function; reproductive health conditions; psychological and physiological mechanisms of the reproductive system.

В современном российском обществе остро обозначены демографические проблемы, выражающиеся в снижении рождаемости, ухудшении здоровья детей и нарушении репродуктивного здоровья населения. Все это привело к появлению целого направления – репродуктивной медицины. Разумеется, увеличиваются и психологические проблемы, связанные с нарушениями репродуктивного здоровья. В последнее десятилетие их активно изучают в психологии и психотерапии, что позволило выявить психологические последствия нарушений репродуктивного здоровья у женщин и мужчин и их влияние на физическое и психическое здоровье рождающихся детей. В перинатальной психологии выделилось такое направление, как психология репродуктивной сферы [22, 25, 26].

Перинатальная психология изучает раннее развитие психики, рассматривая его в рамках взаимодействия

ребенка с матерью в пре-, пери- и постнатальном периодах (психобиологическая система «мать – дитя»). С этих позиций в перинатальной психологии анализируется репродуктивная сфера женщин и мужчин как системное объединение всех физиологических и психических механизмов для рождения и воспитания ребенка. Реализация репродуктивной функции рассматривается с позиций современного эволюционно-системного подхода, теории функциональных систем П.К. Анохина [2] и учения о доминанте А.А. Ухтомского [21], а также психологической концепции интегральной индивидуальности В.С. Мерлина [16]. Репродуктивная сфера – динамическое образование, включающее различные системы, объединенные в уровни и связанные между собой. Структура и динамика связей регулируется ведущей на данном этапе осуществления репродуктивной функции доминантой. Доминанта формируется при возникновении актуальной мотивации

и подстраивает под себя все нужные в данный момент «этажи» репродуктивной сферы. Сама репродуктивная доминанта также имеет иерархическое строение: ведущая доминанта (у женщин – доминанта материнства) объединяет ряд последовательно возникающих субдоминант, которые регулируют осуществление каждого этапа репродуктивного цикла (половое поведение, зачатие, беременность, роды, лактация, связь с ребенком после окончания лактации). Строение репродуктивной доминанты у мужчин пока изучено недостаточно.

В медицине и психологии убедительно показано, что нарушение репродуктивного здоровья родителей (в первую очередь матери) ведет к нарушениям физического и психического здоровья ребенка. В современной перинатологии, педиатрии, психологии и детской психиатрии получены убедительные данные о влиянии перинатального периода на физическое и психическое здоровье ребенка и факторах, нарушающих условия этого развития [3–5, 11–13, 18, 20, 30].

Роль нарушений репродуктивной функции матери и отца в формировании нарушений развития ребенка можно представить в соответствии с этапами репродуктивного цикла.

Этап подготовки к зачатию

За 85 дней до овуляции начинается активизация яйцеклетки, 72–75 дней строится сперматозоид. В течение этого времени психический стресс, физическое истощение, вредные химические воздействия внешней среды могут провоцировать нарушения обменных процессов в организме женщин и мужчин и создавать неблагоприятную среду для созревающих гамет. Кроме того, эти факторы ухудшают общее состояние будущих родителей и готовность женщины к зачатию и беременности.

Период зачатия

Стрессовое состояние, физиологическая ослабленность и последствия агрессивного медикаментозного лечения при нарушениях репродуктивного здоровья ухудшают качество спермы и яйцеклетки, создают неблагоприятные физиологические условия для сперматозоидов и зиготы, психическое напряжение женщины провоцирует спазматические процессы в органах малого таза, что может вести к спазмам маточных труб, нарушениям функций эндометрия и другим неблагоприятным для зачатия и имплантации эмбриона последствиям.

Беременность

Один из важнейших факторов нарушений раннего развития – пренатальный стресс (ПС), который ведет не только к общим нарушениям физического и психического здоровья ребенка, но и к нарушениям его репродуктивного здоровья



[18, 20]. ПС эмбриона и плода провоцируется психическим стрессом матери и нарушением физиологических условий эмбриогенеза (гипоксия плода, нарушения маточно-плацентарного кровообращения, искажение гормонального фона материнского организма). На ранних этапах пренатального развития формируются сенсорно-перцептивные системы и пороги их чувствительности, нервная система, нейрогуморальные механизмы реакции на стресс, система адаптации, рецепторный аппарат. При стрессах матери в первом триместре нарушается рецепция к андрогенам, что ведет к нарушению половой дифференциации мозга, нарушениям полового поведения и репродуктивного здоровья. Также при стрессах матери в первом триместре нарушается рецепция к стрессовым гормонам, вследствие чего возникают дезадаптивные формы реакции на стресс [18, 20]. Стресс матери провоцирует резкое снижение порогов чувствительности сенсорно-перцептивных систем, что осложняет и искажает формирование взаимодействия с физической и социальной средой после рождения. Стресс матери в беременности – один из факторов, ведущих к рождению детей с «психическим диатезом» [13].

Помимо этого, ПС, особенно в первой трети беременности, ведет к нарушению половой дифференциации мозга у мальчиков и нарушениям фертильности у девочек [18, 20]. У женщин и мужчин с нарушением репродуктивной функции выявлено наличие ПС, что подтверждает это положение [25, 27, 29].

Роды

Нарушение процесса родов приводит к родовой травме у ребенка (РТ), в первую очередь к нарушениям мозгового кровообращения, а также к травмам позвоночника и пр. Это провоцирует ряд психофизиологических осложнений в развитии ребенка, которые сказываются не только в детстве, но и во взрослом возрасте. Нарушение родового процесса во многом связано с психологиче-

ской неготовностью женщины к родам и материнству. В свою очередь, нарушение процесса рождения – одна из причин страха родов у беременных женщин, что также провоцирует их стрессовое состояние и вызывает ПС у плода, запуская таким образом порочный круг передачи патологического паттерна родов в будущие поколения.

Ранний послеродовой период

В психологии раннего развития есть много доказательств патологического влияния на развитие психики ребенка нарушений послеродовой адаптации. Эти нарушения во многом связаны с организацией раннего послеродового периода, отсутствием контакта ребенка с матерью, сложностями в налаживании грудного вскармливания. Известные в психологии и психофизиологии исследования роли раннего контакта ребенка с матерью в послеродовом периоде и раннего прикладывания к груди послужили основой для изменения медицинских технологий организации послеродового периода сначала в зарубежной практике родовспоможения, а затем и в России [5, 17].

Диадические отношения

Нарушение ранних диадических отношений ведет к множественным последствиям в физическом и психическом здоровье ребенка [3, 5, 13, 17, 23, 30]. В.В. Ковалев выделил периоды формирования уровней нервно-психического реагирования ребенка [12], в работах Д.Н. Исаева [11], Ю.Ф. Антропова и Ю.С. Шевченко [3], Б.Е. Микиртумова, А.Г. Кашавцева и С.В. Гречаного [17], а также других детских психиатров и психотерапевтов показана роль нарушений ранних диадических отношений в возникновении соматизированной депрессии младенца и дальнейших осложнений его соматического и нервно-психического развития. Искажение диадических отношений, вызванное стрессами матери, ее психологическим неблагополучием, психологической неготовностью женщины к материнству и низкой материнской компетентностью, также могут стать причиной формирования нарушений психического здоровья ребенка.

С позиции психосоматического подхода, основанного на признании взаимосвязи физиологических и психических функций, нарушение работы соматической системы может быть вызвано психологической причиной. В перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы выявлены психологические факторы нарушений репродуктивного здоровья женщин и мужчин и искажений ранних материнско-детских отношений. Коротко обобщим эти факторы [1, 5, 7–10, 13–15, 17, 19, 24–30].

1. Мотивационная неготовность к родительству, обусловленная искажением онтогенеза родительской сферы и изменениями ценностно-смысловых ориентаций у современных женщин и мужчин.

2. Физический и психический стресс матери и отца на этапе подготовки к зачатию, вызванный общими экологическими и социальными факторами, семейной нестабильностью, усугубляющийся потоком тревожной информации о различных обстоятельствах, связанных с беременностью, родами, воспитанием детей.

3. Искажение ситуации зачатия в ситуации вспомогательных репродуктивных технологий, что ведет к нарушению последовательной реализации репродуктивных субдоминант и создает ощущение технологичности, «бездуховности» таинства зачатия.

4. Стресс в первом триместре беременности, обусловленный недостаточной психологической готовностью к беременности и материнству, длительной адаптацией к беременности, искаженным представлением женщин и мужчин о целесообразности психофизиологических изменений беременной женщины. В случаях предыдущего бесплодия и его длительного лечения наблюдается синдром растерянности при наступлении беременности, связанный с искажением репродуктивной мотивации, направленной в этом случае не на рождение ребенка, а на сам факт преодоления бесплодия. В случаях предыдущего невынашивания беременности у женщин возникает стойкий страх потери беременности, провоцирующий ее тревожность и психическое напряжение.

5. Неадекватное восприятие беременности, ведущее к стрессовому состоянию матери и неправильной организации ее жизнедеятельности. К сожалению, во многих случаях беременность воспринимается женщиной либо как тяжелая болезнь, либо как досадливое обстоятельство, осложняющее привычный образ жизни. Первое ведет к чрезмерной тревожности и ипохондрии, второе провоцирует активное сопротивление изменениям своего физического и психического состояния. Все это провоцирует тревогу, эмоциональную напряженность, физические и психические нагрузки, ведущие к неадекватному состоянию женщины в период беременности.

6. Психологическая и физическая неготовность к деторождению связана с устойчивыми социальными мифами о страданиях женщины в родах, с распространенными представлениями о негативном отношении к роженицам медицинского персонала роддомов, а также с возможным собственным неблагоприятным опытом родов женщины. До сих пор не сформирована массовая культура подготовки к родам, большинство женщин не представляют себе особенностей этого процесса и не имеют необходимых навыков поведения в родах. Ситуация осложняется «поточным» методом современного родовспоможения, в котором до сих пор нет места индивидуальному психологическому подходу к каждой рожаящей женщине.

7. Нарушения в послеродовом периоде и в налаживании диадических отношений связаны с недостаточ-

ной компетентностью женщин и, конечно, с распадом традиций организации послеродового периода, что в прошлом способствовало сосредоточению матери на ребенке и освоению способов взаимодействия с ним под руководством опытных наставников. В результате психологи все чаще сталкиваются со сниженной материнской компетентностью, являющейся причиной дефицитарности и искажений диадических отношений. Отдельная тема – лавинообразное увеличение проблем с грудным вскармливанием.

В исследованиях психологических особенностей женщин с нарушениями репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание, угроза прерывания беременности, гестозы) выявлены особенности их материнской сферы, свидетельствующие об искажении или дефицитарности мотивации рождения ребенка: не сформирован положительный образ будущего материнства, присутствует неадекватная ценность ребенка и материнства, недостаточно развита материнская компетентность, доминирует направленность на сохранение своих ресурсов, опеку по отношению к себе и т.п. в ущерб мотивации удовлетворения потребностей ребенка и обеспечения его развития и самореализации [6, 9, 25, 26, 28]. В исследованиях психологических особенностей беременных с нарушениями течения беременности, а также страдающих бесплодием и невынашиванием, показано, что эти женщины характеризуются личностной незрелостью, имеют нарушения полоролевой идентификации, для них характерны дезадаптивные формы переживания стрессовых ситуаций в форме соматизации.

В исследованиях психологических особенностей мужчин с проблемами репродуктивного здоровья (нарушение сперматогенеза, воспалительные и другие заболевания мочеполовой системы) выявлены нарушения отношений в супружеской паре, личностная и родительская незрелость, инфантильность, неготовность к отказу от своих нарциссических потребностей, потребностей самореализации и т.п. [29].

В семейной истории женщин и мужчин с нарушениями репродуктивного здоровья выявлены такие особенности, которые связаны с психологическим неблагополучием их родителей (в первую очередь – матерей): намерение матери сделать аборт, незапланированная беременность, проходящая в неподготовленных жизненных условиях, пренатальный стресс плода вследствие стрессового состояния матери во время беременности, недостаточная материнская компетентность матери, нарушения отношений с родителями в сензитивные периоды онтогенеза репродуктивной сферы (половой и родительской идентичности).

Все вышеизложенное свидетельствует о значительной, если не решающей роли психологических факто-

ров в нарушении репродуктивного здоровья женщин и мужчин и влиянии этих нарушений на физическое и психическое здоровье ребенка. Таким образом, учитывая системное строение репродуктивной сферы и ведущую роль ее психологического компонента, нарушения репродуктивного здоровья следует рассматривать как системный процесс, имеющий искажение не только физиологической, но и психологической составляющей. Это свидетельствует о том, что в настоящее время существует острая необходимость включения психологической помощи женщинам и мужчинам на всех этапах реализации репродуктивной функции. Такая помощь должна осуществляться в трех направлениях:

1) профилактика психологических факторов нарушений репродуктивного здоровья и будущих детско-родительских отношений на этапе подготовки к семейной жизни и планирования рождения детей;

2) психологическое сопровождение женщин и мужчин на всех этапах репродуктивного цикла – от подготовки к зачатию до налаживания эффективных детско-родительских отношений, а также в процессе раннего развития и воспитания ребенка;

3) психологическая коррекция и реабилитация женщин и мужчин с нарушениями репродуктивного здоровья.

Психологический подход состоит в работе не только и не столько с последствиями нарушений репродуктивного здоровья (тревога и напряжение по поводу затруднений в реализации репродуктивной функции), сколько с психологическими факторами их возникновения (проблемами психологической готовности к родительству) и предполагает разрешение психологического конфликта между социально обусловленным запросом на рождение детей и внутренними причинами, препятствующими реализации данной задачи.

Это, в свою очередь, требует дальнейшего развития научных знаний, методологического и методического обеспечения практической деятельности и специализированной профессиональной подготовки психологов. Кроме того, необходимо дополнительное образование медицинских специалистов в области психологии репродуктивного здоровья и влияния психологических проблем родителей на физическое и психическое здоровье ребенка. А значит, следует ввести соответствующие дисциплины в подготовку психологов и врачей акушеров-гинекологов и педиатров.

Координаты для связи с автором:

filippova_galina@mail.ru – Филиппова Галина Григорьевна

Список литературы находится в редакции.

На родине апекслокатора

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 Токио состоялся IX конгресс Международной федерации эндодонтических ассоциаций. Россию представляли 20 эндодонтистов из разных городов страны – члены эндодонтической секции СтАР, ESE и IFEA. В рамках форума было проведено пять курсов по эндодонтии и организована выставка стоматологического оборудования и материалов, в рамках которой прошли мастер-классы на роботах-симуляторах. Россияне заслушали большинство докладов и провели переговоры со многими представителями руководства IFEA.

Ключевые слова: конгресс; эндодонтия; делегация; доклад; переговоры; выставка; мастер-класс.

At home apex locator

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

Summary. In Tokyo held the IX Congress of the International Federation of Endodontic Associations. Russia was represented by 20 endodontists from different cities of the country – members of the endodontic section of Russian Dental Association, ESE and IFEA. The forum consisted of five courses in endodontics and exhibition organized by dental equipment and materials, in which the master classes on the robot simulator. Russians have heard most of the reports and held discussions with many members of management IFEA.

Keywords: congress; endodontics; delegation; report; talks; exhibition; master class.

Не так давно в Токио завершился IX конгресс Международной федерации эндодонтических ассоциаций (IFEA). Созданное в Японии в 1981 г. эндодонтическое общество – единственное в стране специализированное объединение эндодонтистов. А ведь Страна Восходящего Солнца – родина апекслокатора...

Россию представляли 20 специалистов из разных городов – члены эндодонтической секции СтАР, Европейской и Всемирной эндодонтических ассоциаций (ESE и IFEA). На форуме от нашей страны было представлено два доклада: стендовый от кафедры терапевтической

стоматологии и эндодонтии ФПДО МГМСУ – «Сравнительная оценка новых и старых ProTaper инструментов F3 с использованием физико-математического анализа» и устный – «Микрохирургическая эндодонтия. За и против».

Президент конгресса, профессор Хидеаки Суда, президент Эндодонтической ассоциации Японии (JEA) Акифуми Акаmine и оргкомитет позаботились о том, чтобы у каждого участника форума было автоматизированное рабочее место с доступом к Интернету.

В рамках мероприятия было проведено пять курсов по эндодонтии (в том числе, с участием известного ис-



Делегация России на церемонии открытия конгресса



И.Н. Вьючнов, элект-президент IFEA, профессор Самюэль О. Дорн (США) и профессор А.В. Митронин



На пленарном заседании конгресса IFEA



Профессора А.В. Митронин и Л.А. Мамедова: знакомство с роботами-симуляторами

следователя Гассана Яреда из университета Торонто) и организована экспозиция стоматологического оборудования и материалов. На выставке особое внимание гостей привлекли мастер-классы, проводимые на роботах-симуляторах, способных имитировать аудио-визуальные эмоции пациента и реакцию на вмешательства врача, а также демонстрация на фантомных моделях новых эндодонтических ротационных систем, блоков, моторов, наконечников, инструментов и операционных микроскопов.

С основным докладом, посвященным регенеративной эндодонтии, основанной на принципах тканевой инженерии, на конгрессе выступил доктор Кеннет М. Аргривс (Научный центр здоровья в Сан-Антонио при Техасском университете, США). Программа форума была настолько насыщенной, что лекции известнейших специалистов из разных стран мира нередко шли одновременно в четырех конференц-залах. Россияне успели побывать на большинстве из них, а также провели переговоры со многими представителями руководства IFEA. В частности, декан стоматологического факультета

МГМСУ, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО, профессор А.В. Митронин и кандидат медицинских наук И.Н. Вьючнов встретились с деканом Школы стоматологической медицины университета Пенсильвании Мартином Д. Левиным. Ведь в 2012 г. МГМСУ подписал договор о сотрудничестве с этим учебным заведением.

Нашли наши специалисты и время для знакомства с восточной культурой, побывав в легендарном японском театре Кабуки, в котором даже сегодня все роли по традиции исполняют мужчины.

На ассамблее конгресса состоялись презентации эндодонтических ассоциаций Индии, Таиланда и Турции – стран, претендующих на проведение у себя XI конгресса IFEA в 2019 г. Тайное голосование определило, что форум состоится в Индии. А X, юбилейный, конгресс, как было решено ранее, пройдет в 2016 г. в ЮАР.

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



С докладом выступает сотрудник кафедры факультетской хирургической стоматологии и имплантологии МГМСУ И.Н. Вьючнов



Профессор А.В. Митронин, доцент кафедры терапевтической и пропедевтической стоматологии НижГМА Л.В. Вдовина, профессор Серджио Каттлер (Юго-Восточный Университет Нова, США), врач-стоматолог из Заинска Л.Ф. Насыбуллина, профессор Клиффорд Раддл (Университет Санта-Барбары, США), заведующая кафедрой стоматологии ФУВ МОНИКИ, профессор Л.А. Мамедова

На берегу великой Волги

Профессор **Александр Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, председатель совета Общественного объединения секции «Эстетическая стоматология» СТАР

Резюме. В этом году финальные конкурсы в номинациях «Эстетическая реставрация зубов» и «Медицинское отбеливание зубов» прошли в Чебоксарах. Хозяева чемпионата позаботились не только о конкурсной программе, но и о досуге участников, заполнив их свободное время ознакомительными экскурсиями по местным достопримечательностям и вояжем по Волге.

Ключевые слова: чемпионат; номинация; жюри; реставрация зубов.

On the banks of the great Volga

Professor **Alexander Mitronin**, Doctor of Medical Sciences, Dean of the Faculty of Dentistry MSUMD named after A.I. Evdokimov, Chairman of the Public Association of the section Cosmetic Dentistry of the Dental Association of Russia

Summary. This year the final competitions in the categories Aesthetic restoration of teeth and Medical whitening held in Cheboksary. Cup hosts have taken care not only about the competition program, but also about the visit participants fill their free time tour of the local attractions and a voyage along the Volga.

Keywords: championship; nomination; jury; restoration of teeth.

Всероссийский чемпионат СТАР «Лучшая работа в эстетической стоматологии» проводится уже 11 лет, и шестой год подряд – на выезде. В этом году финальные конкурсы в номинациях «Эстетическая реставрация зубов» и «Медицинское отбеливание зубов» прошли в Чебоксарах, на базе клиники компании «Профессиональная стоматология «Дент-а-мед», которую возглавляет заслуженный врач Чувашии, вице-президент стоматологической ассоциации Чувашской Республики, доктор медицины в области стоматологии Европейской академии естественных наук Ю.А. Зорин. На выбор места проведения мероприятия повлияла победа в прошлом году на чемпионате в Смоленске уроженки Чебоксар Н.Н. Быковой, а также, оснащение стоматологических клиник «Дент-а-мед» современным стоматологическим оборудованием и инструментарием.



Члены жюри, конкурсанты и организаторы чемпионата у клиники в Чебоксарах

Главным спонсором чемпионата выступила компания «Рокада Мед». Спонсорскую поддержку оказали также Инновационный центр «8 микрон», компании «Гольф-стрим», «КаВо Дентал Руссланд», «Валлекс М», SS White, отбеливающая система КЛОКС. В рамках форума были организованы научно-практическая конференция и мастер-класс.

На открытии состязаний к участникам с приветственным словом обратились президент СТАР, директор чемпионатов В.В. Садовский, председатель секции «Эстетическая стоматология» СТАР, профессор А.В. Митронин, доктор Ю.А. Зорин, президент Ассоциация стоматологов Чувашии В.Н. Виктор и др. Затем были вручены награды лучшим стоматологам республики.

В первый день чемпионата с лекциями по актуальным вопросам эстетической стоматологии выступили ведущие специалисты и лекторы. После предварительного тура к финальным соревнованиям в номинации «Эстетическая реставрация зубов» были допущены 6 человек. В этом году, как и в прошлом, в конкурс включили дополнительное задание – реставрацию дефектов твердых тканей зубов на фантомных моделях в артикуляторах серии SAM SE. Работу участники выполняли с помощью бинокулярных луп Carl Zeiss, предоставленных членом Совета секции «Эстетическая стоматология», председателем секции СТАР «Клиническая гнатология», кандидатом медицинских наук С.О. Чикунновым.

В состав жюри уже много лет входит команда ведущих стоматологов России в области эстетической стоматоло-

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ

КЛИНИЧЕСКИЙ

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР



ПРИГЛАШАЕМ ВАС В ИСКУССТВО ЭНДОДОНТИИ



На правах рекламы

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



ОБРАЗОВАНИЕ • ИННОВАЦИИ • МАСТЕРСТВО

□ ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЙ:

1 день – 8 часов, 2 дня – 14 часов

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

□ ЭНДОДОНТИЯ. Семинар № 1. Овсепян А.П.

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

□ ЭНДОДОНТИЯ. Семинар № 2. Овсепян А.П.

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

□ ЭНДОДОНТИЯ. Семинар № 3. Овсепян А.П.

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

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

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

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

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

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

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

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

«Прямая эстетическая реставрация зубов современными композитными материалами».

□ ФАРМАКОЛОГИЯ. Семинар № 1. Рабинович С.А.

«Основные направления фармакотерапии в амбулаторной стоматологии».

□ НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ И РЕАНИМАЦИЯ В СТОМАТОЛОГИИ.

Семинар №1. Рабинович С.А., Заводиленко Л.А.

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

□ ПРОФИГИГИЕНА. Семинар № 1. Яковлева О.В.

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

□ ОТБЕЛИВАНИЕ. Семинар №1. Еременко О.С.

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

□ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СЕМИНАРЫ по мере формирования групп

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

ЛЕКТОРЫ:

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

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

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

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

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

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

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

В ПРОВЕДЕНИИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ:

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

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

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

ПО ОКОНЧАНИИ СЕМИНАРА СЛУШАТЕЛЮ ВЫДАЕТСЯ СЕРТИФИКАТ УЧАСТНИКА



Уважаемые коллеги!

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

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

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

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

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

Всегда рады видеть вас в нашем учебном центре.

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

гии: профессор А.В. Митронин (председатель); заведующий кафедрой терапевтической стоматологии СамГМУ, профессор Э.М. Гильмияров (заместитель председателя); заведующий кафедрой терапевтической стоматологии СГМА, профессор А.И. Николаев; доцент кафедры терапевтической стоматологии ПГМУ им. И.М. Сеченова Н.Н. Власов; лектор FDI, технологический эксперт, врач-стоматолог С.Ю. Гришин (Киров); заведующая кафедрой стоматологии ФПКВ НижГМА, профессор С.И. Гажва, а также чемпионка России-2012 Н.Н. Быкова. С развитием новых технологий значительно вырос уровень профессионального мастерства участников конкурсов. Поэтому судьи использовали новые критерии оценки качества реставрации на всех этапах с составлением протокола (критерии опубликованы в журнале Cathedra, 2011, № 37, с. 55–57). В итоге звания лауреатов конкурса в номинации «Художественная реставрация зубов» удостоены Алексеева Э.Л. (Чебоксары), Е.С. Кудряшова (Волгоград) и С.С. Сапенко (Уфа). Третье место присвоено С.А. Дружинину (Н. Новгород), второе – О.А. Магсумовой (Самара), а на верхнюю ступень пьедестала чемпионата поднялся выпускник МГМСУ 2006 г. М.Ю. Чернов.

В финале конкурса «Медицинское отбеливание зубов» жюри возглавил профессор А.И. Николаев, его заместителем была Н.Н. Власова. Участники использовали в работе отбеливающую систему КЛОКС. По результатам конкурсной программы лауреатами стали Т.В. Волкоморова (Н. Новгород), О.А. Магсумова (Самара) и С.Б. Сычева (Киров). Третье место жюри присудило Е.С. Кудряшовой из Волгограда, второе – С.С. Сапенко из Уфы, победителем в номинации названа уроженка Чебоксар А.А. Винокур. Дома и стены помогают...

Лауреаты и призеры получили от спонсоров ценные подарки, а дипломы победителям будут вручены на XIII симпозиуме «Актуальные вопросы эстетической стоматологии», который пройдет в рамках 34-го Международного стоматологического форума в «Крокус-Экспо».

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



Экскурсия по Волге



Этап конкурса «Художественная реставрация зубов»



Конкурсант за работой



Члены жюри протоколировали каждый этап работы



Технологический эксперт С.Ю. Гришин представляет работы конкурсантов на обсуждение жюри

Некоторые аспекты подготовки клинических ординаторов на кафедре ортопедической стоматологии АГМУ



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



Доцент **Марина Швец**, кандидат медицинских наук



Профессор **Олег Орешака**, доктор медицинских наук



Ассистент **Елена Дементьева**, кандидат медицинских наук

Кафедра ортопедической стоматологии Алтайского государственного медицинского университета (Барнаул) Минздрава РФ

Резюме. Для качественной подготовки клинических ординаторов к самостоятельной работе в практическом здравоохранении необходимы как высокая профессиональная и педагогическая компетентность преподавателей, так и современное материально-техническое оснащение клинических баз.

Ключевые слова: ординатура; семинар; компьютерное моделирование; практические навыки; фантомы; ситуационные задачи.

Some aspects of preparing attending physicians at the chair of clinical orthopedic stomatology at Altai State Medical University

Professor **Lyudmila Tupikova**, Doctor of Medical Sciences

Professor **Oleg Oreshaka**, Doctor of Medical Sciences

Docent **Marina Shvets**, Candidate of Medical Sciences

Assistant **Elena Dementyeva**, Candidate of Medical Sciences

Department of Prosthodontics Altai State Medical University (Barnaul)

Summary. In order to prepare attending physicians for their professional activity without assistance in public health service, it is necessary to have both: the staff of teachers with high professional qualifications and educational competence, and sufficient modern material support at hospitals.

Keywords: residency; seminar; computer modeling; practical skills; phantom; situational tasks.

Вхождение России в общеевропейский Болонский образовательный процесс требует модернизации и повышения качества научно-образовательной деятельности. Новые направления развития медицины в современных условиях предъявляют определенные требования к последиplomному профессиональному образованию выпускников стоматологических факультетов. Поток медицинской информации, современная терминология, появление новых методов диагностики и ортопедического лечения заболеваний зубочелюстной системы, говорят о необходимости постоянного совершенствования после-

дипломного дополнительного образования стоматологов-ортопедов [1, 2].

В «Государственном образовательном стандарте послеузовской подготовки специалистов по стоматологии ортопедической» и «Рабочей учебной программе ординатуры» основное внимание уделено теоретическому образованию и отработке практических навыков [3]. Врачу стоматологу-ортопеду, организующему процесс ортопедического лечения пациентов, необходимо также постоянно развивать и совершенствовать клиническое мышление. При этом наряду с профессиональной грамотностью сле-

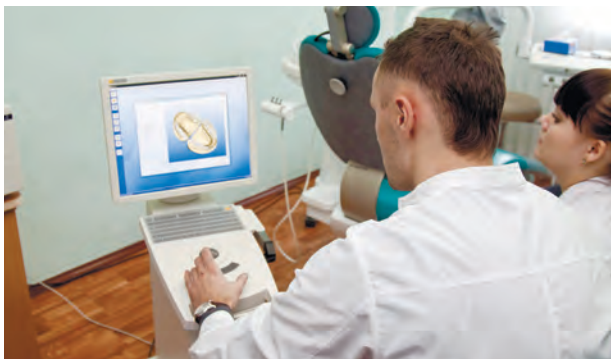


Рис. 1 Компьютерное моделирование и фрезерование вкладок, искусственных коронок на аппарате CEREC 3

дует учитывать критерии личной зрелости врача, его умение налаживать конструктивное общение с пациентами.

Руководители клинических ординаторов, занятых в этом процессе, должны быть людьми высоконравственными, с гуманитарной направленностью сознания. Формирование психолого-педагогической компетентности преподавателей позволяет по-новому осмыслить процесс обучения, цели, технологичность, критерии и способы оценки знаний, стиль общения. Способность педагога применять современные научные подходы и гуманитарные способы познания в своей профессиональной деятельности позволяет совершенствовать систему последипломного преподавания с учетом специфики медицинского вуза.

На кафедре ортопедической стоматологии АГМУ имеются все необходимые условия для непрерывной последипломной подготовки врачей стоматологов-ортопедов через обучение в очной клинической ординатуре. Для этого обновлены учебные планы и программы в соответствии с современными требованиями ФГОС.

Для ординаторов организуют различные тематические циклы усовершенствования в форме элективов и семинаров с использованием мультимедийных презентаций. В условиях повышенной потребности в новых знаниях все более важным становится освоение инновационных технологий [4]. В процессе обучения активно используют компьютерное моделирование и фрезерование вкладок, искусственных коронок на аппарате CEREC 3, изготовление несъемных безметалловых керамических зубных протезов и съемных путем литьевого прессования (рис. 1).

Большое внимание уделяют отработке мануальных навыков. На начальных этапах обучения широко применяют индивидуальные фантомы (рис. 2).

Кроме того, каждый ординатор имеет возможность под наблюдением педагога-руководителя постоянно вести самостоятельный прием пациентов с различными заболеваниями зубочелюстной системы, планировать ортопедические этапы комплексного лечения с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания и возраста больного (рис. 3).



Рис. 2 Фантомный класс кафедры ортопедической стоматологии АГМУ



Рис. 3 Лечебный кабинет

Особое внимание уделяют развитию и закреплению у ординаторов основных профессиональных компетенций с помощью современных активизирующих методов, базовые из которых: беседа, групповые дискуссии, наблюдения, тесты, опросы, решение ситуационных задач. В конце второго года обучения каждый ординатор представляет дипломную работу в виде мультимедийной презентации, в которой подробно описывает клинический случай на всех этапах ортопедического лечения.

Таким образом, комплексный подход к обучению клинических ординаторов позволяет выпускать квалифицированных специалистов, готовых к самостоятельной работе в практическом здравоохранении.

Координаты для связи с авторами:

+7 (906) 961-89-39; deastom@mail.ru – Дементьева Елена Александровна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ларенцова Л.И., Суворова Е.В. Учебный процесс в высшей медицинской школе: экзистенциальные аспекты. // Уч. пособ. – М.: ВУНЦМ, 2010, 134 с.
2. Сазонов Б.А. Болонский процесс: актуал. вопросы модернизации рос. высшего образования. // Уч. пособ. – М.: ФИРО, 2006, 184 с.
3. Тупикова Л.Н., Орешака О.В., Дементьева Е.А. Образовательная программа послевузовской проф. подготовки специалистов с высшим медиц. образованием по специальности «Стоматология ортопедическая» для получения квалификации «Врач стоматолог-ортопед» в клинич. ординатуре. – Барнаул: АГМУ, 2012, 68 с.
4. <http://docs.moodle.org/ru>.

Пути повышения знаний и умений студентов стоматологического факультета

Профессор **Лариса Ломиашвили**, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой
Доцент **Людмила Золотова**, кандидат медицинских наук
Доцент **Марина Нагаева**, кандидат медицинских наук
Кафедра терапевтической стоматологии Омской государственной медицинской академии Минздрава РФ

Резюме. Педагогический опыт высшей школы говорит о том, что существующие базовые формы и методы подготовки студентов необходимо дополнять факультативами и элективами на этапе как до-, так и постдипломного образования. Для улучшения практических навыков студентам III–V курсов, интернам и ординаторам кафедры терапевтической стоматологии ОмГМА было предложено освоить на мастер-классах при поддержке компании 3M ESPE производимые фирмой пломбировочные материалы Filtek™ Ultimate Flowable, Filtek™ Ultimate с адгезивной системой Adper™ Single Bond 2. Работа осуществлялась на фантомах с моделированием конкретных клинических ситуаций. Участники сами оценивали выполненные реставрации друг друга, что позволило им более критично отнестись и к собственной работе.

Ключевые слова: терапевтическая стоматология; пломбировочный материал; фантомы; мастер-класс; твердая ткань зуба; реставрация.

Ways to improve the knowledge and skills of students of dental faculty

Professor **Larissa Lomiashvili**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department
Associate professor **Ludmila Zolotova**, Candidate of Medical Sciences
Associate professor **Marina Nagaeva**, Candidate of Medical Sciences
Department of Dentistry of the Omsk State Medical Academy

Summary. Educational experience of higher education suggests that the existing basic forms and methods of training students to supplement the electives and elective courses at the stage of pre-and post-graduate education. To improve the practical skills of students with III-V courses, interns and residents Department of Dentistry OSMA were asked to learn to master classes with the support of 3M ESPE manufactured by filling materials Filtek™ Ultimate Flowable, Filtek™ Ultimate with adhesive system Adper™ Single Bond 2. The work was carried out on phantoms with modeling specific clinical situations. Participants are evaluated restorations each other, allowing them to more critical and to his own work.

Keywords: preventive dentistry; restorative; phantoms; master-class; hard tissue of the tooth; restoration.

Педагогический опыт высшей школы говорит о том, что существующие базовые формы и методы подготовки студентов необходимо дополнять факультативами и элективами на этапе как до-, так и постдипломного образования. Знания, полученные на этих занятиях, помогут выпускникам правильно оценивать клиническую ситуацию, ставить диагноз, самостоятельно принимать решения по лечению в каждом конкретном случае, иными словами, повысить качество оказания стоматологической помощи. Для улучшения практических навыков на кафедре терапевтической стоматологии ОмГМА студентам III–V курсов были предложены мастер-классы (рис. 1) при поддержке компании 3M ESPE, а врачам-интернам и ординаторам симуляционные занятия по темам:

- ✓ Восстановление дефектов твердых тканей зубов фронтальной группы, локализующихся в пришеечной области;
 - ✓ Восстановление твердых тканей зубов фронтальной группы с повреждением режущего края с использованием «силиконового ключа» материалами Filtek™ Ultimate Flowable (3M ESPE), Filtek™ Ultimate (3M ESPE) с адгезивной системой Adper™ Single Bond 2 (3M ESPE) и последующей полировкой пломб системой Sof-Lex (рис. 2).
- Данные темы охватывают и проблемы эстетической стоматологии, и влияние пломбировочного материала на ткани пародонта. Для долгосрочного восстановления пришеечных дефектов не менее важно применение знаний, полученных при изучении фундаментальных и смежных дисциплин. Поэтому на первом этапе препо-



Рис. 1 Мастер-класс со студентами V курса проводит доцент Л.Ю. Золотова (в центре)

даватели кафедры предложили студентам, интернам и ординаторам изучить следующие вопросы:

- ✓ физико-химические свойства материала Filtek™ Ultimate [1];
- ✓ клинические аспекты применения реставрационных материалов;
- ✓ способы улучшения лечения дефектов твердых тканей зуба в придесневой области [2];
- ✓ выбор адгезивной системы;
- ✓ выбор ретракционной нити;
- ✓ способы коррекции десневого края;
- ✓ реакция тканей пародонта на врачебные манипуляции;
- ✓ композиционные материалы при лечении при-десневых дефектов.

На втором этапе состоялась обзорная лекция о способах восстановления анатомической формы зубов, где особое внимание было уделено выбору реставрационного материала, состоянию тканей зубов, возможным трудностям и ошибкам при пломбировании данных дефектов, способам их устранения, последствиям врачебных ошибок.



Рис. 3 Студентка V курса работает на фантоме



Рис. 2 Ассистент Д.В. Погадаев демонстрирует этап реставрации

На третьем этапе под руководством ассистентов кафедры слушатели отработывали мануальные навыки на фантомных (либо удаленных) зубах (рис. 3, 4).

При освоении темы «Прямое восстановление дефектов твердых тканей зубов IV класса по Блэку с использованием «силиконового ключа», выполненного с помощью А-силиконовой оттискной массы 3M ESPE и универсального нанокompозитного материала четырех уровней опакости Filtek™ Ultimate (3M ESPE)» было отработано две ситуации. Первая: предварительное снятие оттиска язычной поверхности зуба до его препарирования (рис. 5–9).



Рис. 4 Манипуляции на удаленном зубе

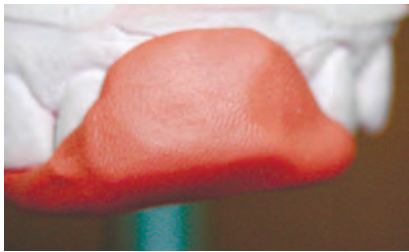


Рис. 5 Снятие оттиска с фантомной модели A-силиконовой оттискной массой 3M ESPE



Рис. 6 Отпрепарированная на фантомной модели полость IV класса по Блеку в зубе 21



Рис. 7 Восстановленная полость до этапа полировки



Рис. 8 Полировка дисками Sof-Lex на модели



Рис. 9 Студенты V курса: полировка на фантоме



Рис. 10 Окончательный вид работы, выполненной студентом V курса



Рис. 11 Результат работы врача-интерна (зуб 11)



Рис. 12 Вот, что получилось у врача-ординатора (зуб 11)

Второй вариант работы заключался в предварительном восстановлении небной стенки пломбировочным материалом после препарирования кариозной полости. После этого получали оттиск и ликвидировали временную реставрацию. Последующие этапы работы не отличались от первой ситуации.

Были также рассмотрены варианты получения реставрации с различной прозрачностью с помощью четырех оттенков – CO, A2, A3D, A1. Внимание участников главным образом заостряли на создании контактного пункта с использованием светопроводящего клина, индивидуально изготовленного с помощью Filtek™ Ultimate Flowable.

При восстановлении дефектов твердых тканей зубов V класса по Блеку с использованием нанокомпозитных материалов Filtek™ Ultimate Flowable и Filtek™ Ultimate были смоделированы три ситуации расположения придесневой стенки относительно маргинального края: выше, на уровне десны и ниже нее на 1–2 мм. Рассмотрены вопросы хирургической коррекции десневого края,

процессы, происходящие в тканях зуба при нагрузках. В конце мастер-классов каждый участник побывал в роли врача-эксперта, оценивающего выполненные реставрации своих коллег (рис. 10–12).

Всего в обучении приняли участие 80 студентов, интернов и ординаторов. Участники были единодушны во мнении, что данные циклы необходимы для улучшения мануальных навыков, повышения информированности в области стоматологических материалов.

Координаты для связи с авторами:

+7 (3812) 23-32-89, 23-46-32 (факс)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ивашов А.С., Зайцев Д.В. Изучение механических свойств Filtek Ultimate при изгибе в зависимости от температуры полимеризации. – Совр. проблемы науки и образования, 2012, № 6, с. 28–31.
2. Макеева И.М., Воронкова В.В., Кузин А.В. Оптимизация методов лечения дефектов твердых тканей зуба в придесневой области. – Стоматология, 2011, № 5, с. 54–59.

Расписание на послезавтра

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

Резюме. Круглый стол, состоявшийся в рамках всероссийской конференции с международным участием «Медицинское образование-2013», был посвящен актуальным вопросам высшего профессионального образования по специальности «Стоматология».

Ключевые слова: круглый стол; логистика обучения; непрерывное медицинское образование.

Schedule for after tomorrow

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

Summary. Roundtable, held in the framework of the all-Russian conference with international participation Medical Education-2013, was devoted to topical issues of higher education on a specialty Dentistry.

Keywords: roundtable; logistics training; continuing medical education.

На базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в рамках IV Общероссийской конференции с международным участием «Медицинское образование-2013» был организован круглый стол «Формирование модульных программ стоматологических дисциплин в соответствии с ФГОС», посвященный актуальным вопросам высшего профессионального образования по специальности «Стоматология». Доклад по основной теме зачитал ректор МГМСУ, профессор О.О. Янушевич. На встрече также выступили председатель Учебно-методической комиссии по стоматологическим дисциплинам УМО, заведующая кафедрой профилактики стоматологических заболеваний МГМСУ профессор Э.М. Кузьмина («Формирование модульной программы по профилактике и коммунальной стоматологии в рамках дисциплины «Стоматология»); заведующая кафедрой хирургической стоматологии Первого МГМУ, профессор кафедры госпитальной хирургической стоматологии и ЧЛХ МГМСУ С.В. Тарасенко («Компетентностный подход к составлению модульной программы по хирургической стоматологии»); декан стоматологического факультета МГМСУ, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО, профессор А.В. Митронин («Итоговая государственная аттестация выпускников по специальности «Стоматология». Особенности проведения – опыт МГМСУ»); директор Института стоматологии последипломного образования СамГМУ, профессор Д.А. Трунин («Интеграция ФГОС в мультиплатформную систему подготовки специалистов-стоматологов») и декан стоматологического факультета ТГМА, заведующий кафедрой пародонтологии, профессор В.А. Румянцев («Необходимость совершенствования образовательных технологий с переходом на ФГОС»).

На пленарном заседании форума «Медицинское образование-2013» присутствовала министр здравоохранения РФ, член-корреспондент РАМН, профессор В.И. Скворцова. В частности она сказала: «Одна из важнейших задач сегодня – повышение квалификации медицинских работников. Для этого в рамках ФГОС третьего поколения нужно пересмотреть логику обучения. За последние полгода была проделана огромная работа, и медицинские вузы внесли в учебные планы изменения по формированию новой системы преподавания биомедицинских дисциплин. Стандарты нового поколения требуют также с особой серьезностью относиться к отработке практических навыков. Совместно с медицинским педагогическим сообществом мы активно внедряем программу непрерывного медицинского образования. При Минздраве создан межведомственный координационный совет, куда вошли ведущие педагоги. Возглавили совет заместитель министра И.Н. Каграманян и руководитель Национальной медицинской палаты Л.М. Рошаль. Надеюсь, в ближайшее время будут разработаны дистанционные образовательные программы для основных медицинских профилей, набор тестов, балльная система оценки навыков».



Особенности детско-родительских отношений в семьях детей дошкольного возраста, больных бронхиальной астмой

Преподаватель **Марина Дюргерова**

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

Студентка V курса **Маргарита Калинова**

Факультет клинической психологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. В статье приводятся данные исследования детско-родительских отношений в семьях с детьми дошкольного возраста, больными бронхиальной астмой. Описаны особенности стиля воспитания матерей и восприятия самими детьми отношений с матерью. Исследованы уровни тревожности матерей и детей, а также типы привязанности, характерные для данной группы.

Ключевые слова: бронхиальная астма; детско-родительские отношения; стиль воспитания; уровень тревожности; типология привязанности.

Specific of parent-child relationships in families of pre-school children with bronchial asthma

Teacher **Marina Dyurgerova**

Department General Psychology MSUMD named after A.I. Evdokimov

Graduate **Margarita Kalinova**

Faculty of Clinical Psychology MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. The article presents research data of parent-child relationships in families with pre-school children with bronchial asthma. The specific of parenting styles of mothers and children themselves, the perception of the relationship with the mother. Examined anxiety of mothers and children, as well as the types of attachment that are typical of this group.

Keywords: bronchial asthma; parent-child relationships; parenting style; anxiety; types of attachment.

Рост числа психосоматических заболеваний среди детей и подростков – актуальная проблема во всем мире. Одно из наиболее часто встречающихся заболеваний, относящихся к психосоматическим, – бронхиальная астма. По данным официальной статистики, в России общее число детей и подростков с астмой составляет свыше 350 тыс. и продолжает увеличиваться с каждым годом. В 2011 г. на совещании ООН по неинфекционным заболеваниям (Noncommunicable Diseases – NCDs) большое внимание было уделено влиянию астмы и других неинфекционных заболеваний на глобальное здоровье, социальное благополучие и экономическое развитие. Несмотря на то что в последние годы появляется все больше исследований, посвященных бронхиальной астме, механизм ее возникновения до конца не выявлен. Доказано: в развитии заболевания велика роль биологических факторов, в том числе наследственности, но также известно, что для реализации такой «генетической программы» необходимо определенное сочетание факторов окружающей среды [6], в том числе таких, как:

- неблагоприятные семейные отношения;
- наличие в семье различных родительских стратегий воспитания;
- отсутствие должного внимания за поведением ребенка;
- слишком опекающее поведение родителей с отсутствием четких и понятных правил поведения;
- нарушение личностных границ членов семьи.

Одним словом, воспитание ребенка в дисфункциональной семье увеличивает риск возникновения определенных психологических проблем и в своем крайнем варианте может привести к заболеванию [2, 5]. Влияние психологических факторов распространяется не только на патогенез заболевания, но и на его течение и лечение. Все это естественным образом изменяет социальную ситуацию развития ребенка, образ его жизни, самосознание, может формировать определенные компенсаторные и патологические личностные образований, усугубляющие течение болезни. Получается замкнутый круг.

Созданию неблагоприятного климата в семье способствуют личностные качества родителей, а индивидуально-психологические характеристики матери определяют особенности воспитания ребенка и влияют на развитие его личности [4].

При всем разнообразии психологических факторов, хотелось бы уделить внимание особенностям детско-родительских отношений в семье, эмоциональному отношению к ребенку и способу взаимодействия с ним, находящему выражение в стиле семейного воспитания.

Понятие «детско-родительские отношения» – многомерное образование, имеющее определенную структуру, складывающуюся из когнитивной, эмоциональной и поведенческой составляющих. Когнитивный компонент содержит представления о различных способах, формах, целях и главных направлениях взаимодействия с ребенком. Поведенческая составляющая представляет формы и способы поддержания контакта с ребенком, контроля над ним, определения дистанции в общении. Эмоциональная часть включает оценки и суждения о типах родительского отношения, а также доминирующий эмоциональный фон, сопровождающий это отношение [3].

Цель исследования

Анализ особенностей детско-родительских отношений в семьях с детьми, больными бронхиальной астмой.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 28 детей (15 девочек и 13 мальчиков) 5–6,5 лет, больных бронхиальной астмой (код МКБ-10: J45), а также их матери. Дети находились на плановом стационарном лечении в отделении аллергологии НИИ питания РАМН и на амбулаторном лечении в отделении аллергологии ДГКБ им. Н.Ф. Филатова. Группу сравнения составили 28 детей (15 девочек и 13 мальчиков) того же возраста, посещающих ДОО № 926 и ГОУ «Детский сад» № 2277, и их матери.

Гипотезой исследования стало предположение о наличии специфических психологических особенностей в системе детско-родительских отношений, связанных с заболеванием ребенка. Вероятно, они будут наблюдаться в:

- стиле воспитания;
- восприятии детьми семейной ситуации в целом и детско-родительских отношений в частности;
- распределении типов привязанности;
- особенностях выражения эмоциональных отношений в семьях детей, больных бронхиальной астмой.

Для диагностики особенностей стилей семейного воспитания, реализуемых матерями, применена методика «Анализ семейного воспитания (АСВ)» Э.Г. Эйдемиллера для родителей детей в возрасте 3–10 лет [5]. Для оценки уровня тревожности матерей – «Шкала тревожности»

Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина. Для оценки уровня тревожности детей проведен «Тест тревожности» (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен) в адаптации В.М. Астапова.

Также использованы следующие проективные рисуночные методики:

- для диагностики эмоционального отношения матери к ребенку – «Я и ребенок в виде цветов» Е.Е. Моховой и В.А. Мохова;
- для анализа типа привязанности ребенка к матери – «Мать и дитя» в адаптации М.Л. Мельниковой;
- для анализа восприятия ребенком особенностей семейных отношений – «Семья животных», являющаяся вариантом методики «Рисунок семьи» А.Д. Венгера.

Результаты и их обсуждение

В результате исследования гипотеза подтвердилась, а именно, были выявлены некоторые особенности в характере взаимодействия между больным бронхиальной астмой ребенком дошкольного возраста и его матерью.

Основной стиль воспитания в таких семьях – потворствующая гиперпротекция. Ребенку уделяют максимум времени и сил, выполняют любые его капризы, удовлетворяют все потребности. Основные характеристики воспитания данного стиля – снижение санкций, недостаточность требований-запретов и требований-обязанностей. Ребенок полностью лишен ответственности за собственные поступки и волен поступать, как ему вздумается. Причина такого отношения к детям – фобия утраты ребенка, что вполне объяснимо. Дети, в свою очередь, воспринимают подобный стиль воспитания как должное, и если происходят малейшие изменения в степени удовлетворения их потребностей или увеличение предъявляемых к ним требований-запретов, они стремятся отгородиться и дистанцироваться от матери.

Совершенно ожидаемым стал и высокий уровень личностной тревожности матерей больных детей. С увеличением тревожности возрастают все составляющие дисгармоничного стиля воспитания. Уровень тревожности ребенка, больного бронхиальной астмой, также характеризуется высокими показателями. Было выявлено, что с возрастанием тревожности матери повышается общий уровень тревожности ребенка, в том числе в случаях, моделирующих отношения «ребенок – взрослый». В ситуациях, связанных с повседневной деятельностью, тревожность ребенка снижается. Можно предположить, что с возрастанием тревожности матери характер заботы о своем малыше изменяется, внешние проявления опеки становятся многообразнее, и мать берет под свою ответственность все большее количество «технических» моментов жизни ребенка. Маме намного проще выполнить самой то, что малыш может и должен делать самостоятельно, нежели терпеть его капризы, медлительность или отказ от выпол-

нения своих обязанностей. Ребенок же рад повышенной заботе и возможности не выполнять самостоятельно столь ненавистные повседневные обязанности. Это приводит к снижению тревожности ребенка в ситуациях, относящихся к повседневной деятельности. Следовательно, можно сделать вывод, что высокий уровень тревожности ребенка, больного бронхиальной астмой, в значительной степени обусловлен восприятием ситуаций, тем или иным образом связанных с общением со взрослым, в частности с матерью, и служит неким индикатором дезадаптации.

Что ребенок чувствует, находясь в такой ситуации? Результаты проективных методик показали: большинство детей ощущает свою близость к матери, и при этом отсутствие идентификации с ней. В рисунках отмечается искажение реального состава семьи, четкое соблюдение иерархии, бедность эмоционального фона. Большое количество дополнительных деталей, изображаемых детьми на рисунках, может свидетельствовать о недостатке эмоциональных контактов внутри семьи и бессознательной попытке компенсировать эту ситуацию.

Одно из наиболее важных составляющих эмоционального компонента детско-родительских отношений – наличие привязанности определенного типа. Привязанность – эмоциональные отношения между ребенком и близким взрослым, которые выражаются в любви и доверии, а также в специфической реакции на разлуку с объектом привязанности. Формирование привязанности – необходимая фаза нормального развития ребенка, которая считается завершенной уже к 8 месяцам, а дальше можно лишь диагностировать привязанность того или иного типа. Выделяют привязанность четырех типов: надежная, избегающая, тревожно-амбивалентная и дезорганизованная.

Надежная привязанность – наиболее благоприятный вариант развития. Дети с привязанностью данного типа открыты новому опыту, демонстрируют активное исследовательское поведение, без страха изучают окружающий мир. Они могут испытывать и выражать любые эмоции, искать варианты их проявления, получать ответы на любые вопросы. В их семьях существуют разумные ограничения, ясные и четкие правила поведения. У ребенка с самого раннего возраста формируется представление о том, что такое хорошо и что такое плохо, и это дает ему возможность ориентироваться в окружающей действительности, сохраняя некую постоянную опору.

При избегающей привязанности ребенок не умеет строить доверительных отношений со взрослыми и сверстниками, он замкнут и угрюм. Такая привязанность формируется у детей, чьи матери ограничивают исследовательскую активность своих чад, нечувствительны к их потребностям и эмоциональным состояниям.

Тревожно-амбивалентная привязанность характерна для детей, чьи родители вели себя непоследова-

тельно: то бурно проявляли свою любовь, то срывали на ребенке раздражение и злость без видимых причин. Такие дети, с одной стороны, постоянно ищут родительского внимания, а с другой – пытаются избежать контакта и отталкивают родителей от себя.

Дезорганизованную привязанность наблюдают у детей, подвергавшихся систематическому жестокому отношению и насилию. Они научились выживать, получая силой все то, что им нужно. Такие дети имеют слабое представление о любви и привязанности, поэтому им невероятно сложно устанавливать здоровые близкие отношения.

В начале исследования было высказано предположение, что в группе детей, больных бронхиальной астмой, будет доминировать привязанность какого-либо одного типа. Однако в этой группе диагностировали надежную, амбивалентную и избегающую привязанности. В группе детей без патологии – надежную и избегающую.

Выводы

Знания об особенностях детско-родительских отношений в семьях детей, больных бронхиальной астмой, необходимы для проведения успешной коррекционной работы и психологического консультирования этих семей. Опираясь на результаты исследования, можно определить мишени для психокоррекционной работы.

Потворствующая гиперпротекция со стороны матери не является однозначно патологизирующим типом воспитания [1]. Наличие тяжелого заболевания ставит родителей в определенные условия и требует повышенного контроля над состоянием здоровья детей. Такой контроль необходим ребенку, но вместе с тем он вступает в противоречие с потребностью малыша быть самостоятельным. Необходимо найти такие формы взаимодействия, которые соответствовали бы возрасту ребенка, не лишали его самостоятельности и при этом способствовали бы развитию самоконтроля. Повышенная забота и уход за ребенком, продиктованные реалиями болезни, не могут заменить эмоциональный контакт, недостаток которого ощущают дети, больные бронхиальной астмой. Практическая задача психологической помощи будет заключаться в формировании правильной структуры отношений между матерью и ребенком. Для лучшей адаптации матери к болезни ребенка, а ребенка – к особенностям родительского отношения в семье, представляется возможным выделить следующие мишени психокоррекционной работы: высокая тревожность ребенка, матери и ее чрезмерная гиперопека.

Координаты для связи с авторами:

or9700@gmail.com ; +7 (495) 671-74-62 – кафедра общей психологии МГМСУ

Список литературы находится в редакции.

ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ CATHEDRA:

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

ПРАВИЛА ПУБЛИКАЦИИ НАУЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ЖУРНАЛЕ CATHEDRA

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

Чтобы работа была принята к публикации, необходимо

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

Требования к статьям

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

Требования к иллюстрациям

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

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

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