

Победа

над болью

MILESTONE
SCIENTIFIC



CompuDent STA™ Single Tooth
S Y S T E M Anesthesia



Продукция сертифицирована
Регистрационное удостоверение:
ФСЗ 2009/05509

Реклама

№ 46, 2013

КАФЕДРА Cathedra

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ



CATHEDRA-MAG.RU

CATHEDRA-MAG.RU

CATHEDRA-MAG.RU

МГМСУ

BJM LAB



- Высокая рентгеноконтрастность
- Прекрасные смачиваемость и текучесть
- Не токсичен
- Превосходные запечатывающие свойства длительного действия
- Низкая усадка
- Антибактериальная технология
- Объемная стабильность после полимеризации
- Умеренная эластичность после окончательной полимеризации материала, предотвращает возникновение трещин
- Двойной смешительный шприц – экономит время и гарантирует оптимальную консистенцию смеси

BJM Root Canal Sealer..

Эндоканальный композитный силер

Полный
каталог



Каталог для
iPad



Эксклюзивный дистрибьютор в России: WWW.MEDENTA.RU

MORITA

Tri Auto mini

ЭНДОДОНТИЧЕСКИЙ НАКОНЕЧНИК



Root ZX mini

апекслокатор

Уважаемые читатели!

Заканчивается 2013 год – год 130-летия профессора А.И. Евдокимова, чье имя носит наш университет. Поэтому в этом номере рубрика «100 лиц» посвящена Александру Ивановичу.

С огромным удовольствием со страниц журнала мы поздравим наших коллег, которым указами Президента России присвоены почетные звания «Заслуженный врач РФ» и «Заслуженный работник высшей школы РФ».

Расскажем мы и о мероприятиях, организованных для новых членов дружной студенческой семьи МГМСУ – первокурсников. В этом году им было уделено особое внимание: посвящение в студенты, День знаний, День стоматологии, лекция ректора университета «Введение в специальность».

В журнале освещены также основные события мира стоматологии: конгресс, организованный к 60-летию стоматологического факультета Иерусалимского университета Хадасса, XIII симпозиум «Актуальные вопросы эстетической стоматологии», посвященный памяти профессора Ю.М. Максимовского, российско-европейский конгресс по детской стоматологии. МГМСУ принимал у себя и международный профилактический проект SMILE Европейской ассоциации студентов-стоматологов (EDSA) и компании Procter & Gamble.

Постоянными стали проводимые нашим университетом совместные рабочие встречи с профессорско-преподавательским составом других вузов – совещания деканов и заседания рабочих групп профильной комиссии по округам, посвященные новому стандарту высшего профессионального образования. В октябре заседания прошли в Краснодаре, в ноябре – в Воронеже, в феврале будущего года деканов примет Москва, в мае – Самара.

На страницах этого номера вы, как всегда, найдете немало материалов, касающихся современных технологий оказания стоматологической помощи, научные статьи, советы и рекомендации профессионалов по самым разным областям стоматологической науки.

Надеюсь, чтение не только принесет вам пользу, но и доставит удовольствие. А мы по-прежнему ждем от вас интересных публикаций. Страницы журнала Cathedra всегда открыты как для светил науки, так и для начинающих исследователей.

От души поздравляю вас с Новым годом и Рождеством!

Мира, благополучия и тепла вашим семьям!

С уважением

профессор А.В. Митронин,
шеф-редактор журнала Cathedra,
заслуженный врач РФ



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., заслуженный врач РФ

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)

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

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

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

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

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

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Георг Майер (Georg Meyer), профессор (Германия)

Франк 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) 799-29-20; +7 (495) 739-74-46

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

РАЗМЕЩЕНИЕ СТАТЕЙ

Митронин Александр Валентинович, шеф-редактор

Тел./факс: +7 (495) 650-25-68; mitroninav@list.ru

РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ, ПОДПИСКА И РАСПРОСТРАНЕНИЕ

Тел.: +7 (495) 799-29-20; +7 (495) 739-74-46;

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 «Типография Мосполиграф»; тираж 2500 экз.

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

С НОВЫМ ГОДОМ!

04 МЕДИЦИНСКИЙ ГОРОСКОП-2014

100 ЛИЦ

06 ТАКИМ ОН БЫЛ (к 130-летию со дня рождения основоположника стоматологии А.И. Евдокимова)

Константин Пашков

10 НОВИНКИ СТОМАТОЛОГИИ

ВЗГЛЯД НА РЫНОК

14 NTI – НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИНСТРУМЕНТОВ

18 ВОССТАНОВЛЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАТЕРИАЛОВ И СИСТЕМ PALODENT PLUS, SDR, CERAM-X ОТ КОМПАНИИ DENTSPLY

Дмитрий Копылов

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

24 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СИСТЕМНОГО ДИСБАЛАНСА КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АТРОФИЕЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА (ЧАСТИ) ЧЕЛЮСТЕЙ НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Марина Козлова, Анастасия Белякова, Лариса Козлова

30 ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА ЭТАПАХ ПЛАНИРОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Сергей Сохов, Ольга Ушакова

36 ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА НА ОСНОВАНИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СКРИНИНГОВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

Юлия Смирнова

40 ВЛИЯНИЕ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА НА БИОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ

Ирина Иконникова, Анна Пашковская, Наталья Белозерова, Татьяна Фокина, Валентина Логинова, Ольга Титова

НАУЧНЫЙ ОБЗОР

44 ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Мария Пименова

EX CATHEDRA

47 ЗДОРОВЫЕ УЛЫБКИ СЕГОДНЯ – УВЕРЕННЫЕ ЛЮДИ ЗАВТРА

Людмила Тупикова, Михаил Трифонов

50 УЛЫБКА ВСЕМ К ЛИЦУ!

Александр Митронин

ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

52 ЦЕМЕНТИРОВАНИЕ СТЕКЛОВОЛОКОННЫХ ШТИФТОВ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ КУЛЬТЫ ЗУБА С ПОМОЩЬЮ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Монике ди Алмейда Солон-ди-Мелло, Элизабет Пейшото Нунеш, Густаво Оливейра душ Сантош, Рафаэль Визейра Монте Альто

56 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВИНИРНОЙ КОНСТРУКЦИИ ШИНЫ ДЛЯ ЗУБОВ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ НА МОДЕЛЯХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ОСТЕОПАТИЯМИ

Павел Леоненко, Николай Кришук

60 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВРАЧАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Залина Ревазова, Владимир Вагнер

64 ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННОГО ПЕРИОДА К ПОЛНЫМ СЪЕМНЫМ ПЛАСТИНОЧНЫМ ПРОТЕЗАМ ПРИ РАЗЛИЧНОМ СОСТОЯНИИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

Людмила Миронова, Алексей Логинов

МИР СТОМАТОЛОГИИ

66 С ЗАБОТОЙ О ДЕТСТВЕ

Лариса Кисельникова, Людмила Дроботько

68 МЕЖДУ ПРОШЛЫМ И БУДУЩИМ

Александр Митронин

70 НА ЮБИЛЕЕ ДРУЗЕЙ

Александр Митронин, Соломон Рабинович

ВЫСШАЯ ШКОЛА

72 МАРАФОН ДЛЯ «НОВОБРАНЦЕВ»

Александр Митронин

75 ДЕНЬ ЗНАНИЙ В ГОД УЧИТЕЛЯ

Александр Митронин

ПСИХОЛОГИЯ

76 РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ПОДРОСТКОВОГО КУРЕНИЯ

Елена Орестова, Александра Волчкова



ПОЗДРАВЛЯЕМ!

УКАЗАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГРУППЕ ПРОФЕССОРОВ МГМСУ ИМ. А.И. ЕВДОКИМОВА
ПРИСВОЕНЫ ПОЧЕТНЫЕ ЗВАНИЯ

ЗВАНИЯ «ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» УДОСТОЕНЫ:

- **ГРИГОРЬЕВ ЮРИЙ ГЕННАДЬЕВИЧ**,
ПРОФЕССОР КАФЕДРЫ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛО-
ГИИ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

- **ЛУЦЕВИЧ ОЛЕГ ЭММАНУИЛОВИЧ**,
ПРОФЕССОР, ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ ФАКУЛЬ-
ТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ № 1 ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

- **МАЛЫЙ АЛЕКСАНДР ЮРЬЕВИЧ**,
ПРОФЕССОР, ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ ПРОТЕ-
ЗИРОВАНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ СТОМАТОЛОГИЧЕ-
СКОГО ФАКУЛЬТЕТА

- **МКРТУМЯН АШОТ МУСАЕЛОВИЧ**,
ПРОФЕССОР, ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ ЭНДО-
КРИНОЛОГИИ И ДИАБЕТОЛОГИИ ЛЕЧЕБНОГО
ФАКУЛЬТЕТА

- **МИТРОНИН АЛЕКСАНДР ВАЛЕНТИНОВИЧ**,
ДЕКАН СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА,
ПРОФЕССОР, ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ КАРИЕ-
СОЛОГИИ И ЭНДОДОНТИИ

- **МИШИН ВЛАДИМИР ЮРЬЕВИЧ**,
ПРОФЕССОР, ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ ФТИЗИО-
ПУЛЬМОНОЛОГИИ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

ЗВАНИЯ «ЗАСЛУЖЕННЫЙ РАБОТНИК ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» УДОСТОЕНА

- **РЫЖКИНА ЗОЯ АЛЕКСАНДРОВНА**,
ПРОФЕССОР КАФЕДРЫ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА И
ОСНОВ ТЕРМИНОЛОГИИ

КОПИИ УКАЗОВ ПРЕЗИДЕНТА РФ,
УДОСТОВЕРЕНИЯ И ПАМЯТНЫЕ ЗНАКИ
ЛАУРЕАТАМ ВРУЧИЛ РЕКТОР МГМСУ,
ПРОФЕССОР О.О. ЯНУШЕВИЧ
НА ЗАСЕДАНИИ УЧЕНОГО СОВЕТА УНИВЕРСИТЕТА.
ПОЗДРАВЛЯЕМ КОЛЛЕГ!

С Новым Гороскоп здоровья на 2014-й год

ОВНЫ должны равномерно распределить нагрузки, как физические, так и эмоциональные, по всем месяцам года, иначе их настигнет депрессия, выход из которой может потребовать вмешательства специалистов. Возможными методами расслабления для Овнов станут занятия йогой или посещение бани с лучшими друзьями. При возникновении легких недугов Овнам рекомендуется прибегать к средствам народной медицины.

Отличное расположение духа **ТЕЛЬЦОВ** и полная занятость не оставляют им времени на тяжелые думы, сомнения и самокопание. Однако некоторая легкомысленность в отношении здоровья может привести их на больничную койку, поэтому желательно исполнять предписания врача, а не заниматься самолечением.

БЛИЗНЕЦАМ в наступившем году обязательно нужно пересмотреть образ жизни – настала пора перемен. Если раньше вы халатно относились к своему здоровью, то в год Лошади стоит заняться им всерьез. Чтобы избежать многих простудных заболеваний, отпускное время лучше провести в горах – Близнецам в этом году необходим целебный воздух.

РАКИ могут похвастаться своим самочувствием в новом году. Их будут беспокоить лишь приступы внезапной бессонницы, которые отлично лечатся прогулками на свежем воздухе и активным образом жизни. Если же у Раков были запланированы какие-либо операции, предпочтительнее сделать их в первой четверти года.

Для **ЛЬВОВ** год Лошади обещает быть особенно напряженным, и, как следствие, их ожидает целый букет заболеваний. Если представители этого знака не сумеют найти методы расслабления, пострадают не только их нервы, но и сердечно-сосудистая система.

ДЕВАМ год Лошади подарит большой энергетический потенциал, но, чтобы попусту не растратить его, нужно всячески подкреплять организм. Потребуется обязательное соблюдение режима дня, здоровое питание, общее укрепление иммунитета. Звезды советуют Девам быть осторожными на воде и исключить передвижение водным транспортом.



годом!

Сумасшедший темп, заданный годом Лошади представителей многих знаков Зодиака заставит сойти с дистанции и заняться и собственным здоровьем.

В 2014 г. многим представителям знака **ВЕСЫ** придется принимать активные меры по восстановлению здоровья. Год Лошади заставит их сесть на диету, прибегнуть к рецептам народной медицины. Большинству людей этого знака просто необходим здоровый рацион и занятия спортом. Звезды предупреждают о возможности повышенной травматичности в июле и октябре.

СКОРПИОНАМ в наступившем году грозят проблемы с пищеварением и сезонные заболевания. А ослабленный иммунитет осложнит избавление от этих недугов. Зато Скорпионы всерьез займутся санацией полости рта. Все процедуры связанные с лечением и протезированием зубов пройдут благополучно.

СТРЕЛЬЦАМ в год Лошади беспокоиться о здоровье ни к чему – им будет дарована невероятная энергия, которая просто не позволит отсиживаться на больничных. Повышенная активность у большинства Стрельцов будет связана с трудовой деятельностью, поэтому главное для этого знака не забывать об отдыхе.

Первая половина года окажется благоприятной для **КОЗЕРОГОВ**, запланировавших на 2014 г. хирургические операции. В общем, гороскоп здоровья для Козерогов вполне благоприятный, однако не следует переутомляться – организуйте себе отдых у моря или в лесном санатории.

ВОДОЛЕИ в 2014 г. отличаются особой жизнерадостностью и оптимизмом. А если случатся незначительные ухудшения здоровья, то им легко удастся преодолеть недуги. Год Лошади – лучшее время для Водолеев, решивших бросить курить.

РЫБАМ может показаться, что лучше заниматься самолечением, чем идти к докторам. Ни в коем случае! Хотя предстоящий год рисует Рыбам радужные перспективы в плане здоровья, но любое обострение стоит все же обсудить со специалистом.



Таким он был (к 130-летию со дня рождения основоположника стоматологии А.И. Евдокимова)

Профессор **Константин Пашков**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой
Кафедра истории медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

**So he was (the 130th anniversary of the birth of the founder
of dentistry A.I. Evdokimov)**

Professor **Konstantin Pashkov**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department
Department of the History of Medicine MSUMD named after A.I. Evdokimov

Решение о присвоении имени **Александра Ивановича Евдокимова** Московскому государственному медико-стоматологическому университету в апреле 2012 г., инициатором которого выступил ректор вуза, главный стоматолог Минздрава России, профессор О.О. Янушевич, было воспринято с почетом и некоторым удивлением. Для университета, где имя Александра Ивановича у всех на устах – это вполне очевидный шаг, и как мы раньше об этом не подумали?



Добрый, с большим сердцем, внимательный и требовательный, несмотря на все регалии и прижизненное признание, – таким сегодня его вспоминают ученики. Может быть, именно эти качества русского характера да еще невероятная любовь к труду и позволили одному из самых ярких выпускников Воронежского университета стать основоположником специальности, которая фактически сформировалась в его талантливых руках.

Истоки

В метриках значится, что Саша Евдокимов родился 26 ноября (8 декабря по новому стилю) 1883 г. в семье крестьянина села Новая Слободка Курской губернии. В возрасте 15 лет с отличием окончил Щигровское городское уездное училище (в те времена общеобразовательные учреждения Российской империи) и поступил в только что открывшуюся в Курске земскую фельдшерскую школу.

В 1902 г. успешно сдал выпускные экзамены и получил назначение на должность фельдшера медицинского участка в селе Щтевец Щигровского уезда Курской губернии. Дел в земской больнице было немало: ночные дежурства, прием амбулаторных пациентов, работа в

аптеке, выезды к тяжелым больным на дом, экспедиции в места эпидемий брюшного тифа, оспы, скарлатины, дифтерии и др. Трудился юный фельдшер с душой, работать ему было интересно. Он даже заслужил благодарность от земства.

В 1909 г. Александр Евдокимов поступил в Московскую зубо врачебную школу доктора Вильга. Собственно, это и стало поворотным моментом в судьбе будущего член-корреспондента АМН СССР. О его редком даре оратора и педагога ученики и сподвижники узнают чуть позже. Но уже тогда преподаватели оценили недюжинные способности студента, и после блестящего окончания школы предложили ему остаться: с 1913 по 1918 гг. он проработал в ней ассистентом. Одновременно Александр Иванович трудился зубным врачом в челюстном госпитале. В 1913 г. он написал «Краткие основы диагностики и терапии зубов» для нового медицинского справочника. Это была его первая научная публикация. В следующем году А.И. Евдокимов поступил на высшие медицинские курсы в Юрьеве. Впоследствии они были переведены в Воронежский университет, который Александр Иванович с отличием окончил в 1919 г. Еще будучи студентом, он организовал детскую зубо врачебную амбулаторию и посвятил ей немало времени.

Директор

В 1920 г. А.И. Евдокимова призвали в ряды Красной Армии, где он прошел путь от старшего полкового врача до помощника дивизионного врача. Служил старшим врачом полка под Перекопом, бригадным врачом на Польском фронте, помощником начальника санитарной части в 25-й Чапаевской дивизии.

После демобилизации Александр Иванович работал ординатором кафедры одонтологии медицинского факультета II Московского университета, а в 1922 г. его назначили ассистентом кафедры одонтологии Государственного института зубо врачевания. Возглавлявшему тогда ГИЗ М.Б. Янковскому удалось собрать вокруг себя плеяду талантливейших ученых: Я.С. Утштейн, М.С. Немецов, М.О. Коварский, Н.М. Вильник. Однако жизнь Михаила Болеславовича вскоре оборвалась, и он так и не успел реализовать все задуманное. В январе 1923 г. А.И. Евдокимов стал исполняющим обязанности директора института, а 8 июня его утвердили в этой должности. В статье, посвященной пятилетию института, основоположник советского зубо врачевания П.Г. Дауге писал: «С 1923 г. начинается новая полоса в жизни ГИЗ, когда в качестве директора был приглашен доктор А.И. Евдокимов. Его организаторский талант, умение привлекать и сплачивать около себя ценных сотрудников, воодушевлять их на творческую работу способствовали расцвету учреждения».

В тот период зубо врачевание и одонтология получили бурное развитие. В 1923 г. А.И. Евдокимов выступил на I Всероссийском одонтологическом съезде с докладом «О хирургическом вмешательстве при островоспалительных процессах челюстей». В 1925-м в журнале «Одонтология и стоматология» он опубликовал статью «Классификация заболеваний пульпы и корневой оболочки с новыми взглядами на воспаление». Широко известны также работы Александра Ивановича о воспалительных процессах челюстей, лица и шеи.

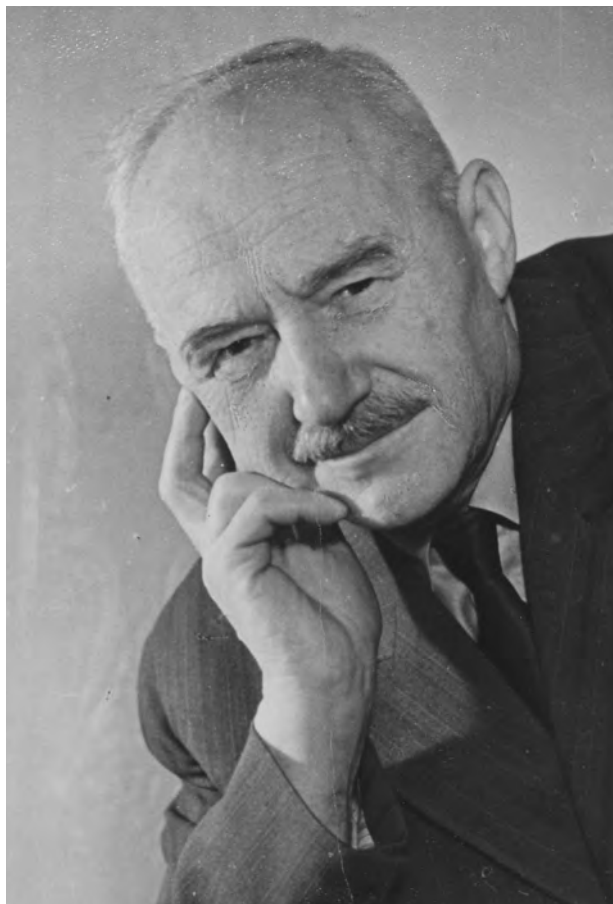
В 1927 г. ГИЗ переименовали в Государственный институт стоматологии и одонтологии. 9 июня 1927 г. народный комиссар здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко направил в адрес ГИСО письмо № 13121/006, в котором говорилось: «Ввиду необходимости введения специальных теоретического и практического курсов по стоматологии на курсах по усовершенствованию врачей и зубных врачей при ГИСО, предлагается создать в институте кафедру стоматологии». Заведование кафедрой возложили на плечи директора института А.И. Евдокимова, присвоив ему звание профессора.

Рождение стоматологии

Александр Иванович был одним из инициаторов и организаторов высшего стоматологического образования, принимал активное участие в создании стоматологических институтов и кафедр в медицинских вузах. В 1930–1932 гг. он возглавлял кафедру стоматологии в Центральном институте усовершенствования врачей в Москве, в 1933–1934 гг. создал и возглавил кафедру стоматологии в Воронежском медицинском институте, в 1934–1938 гг. заведовал созданной им кафедрой стоматологии во II Московском медицинском институте.

В 1930 г. вышла монография А.И. Евдокимова и Н.М. Мелик-Пашаева «Топографическая анатомия полости рта с кратким обзором пограничных областей», положившая начало клинко-анатомическому направлению в изучении гнойных воспалений челюстно-лицевой области. Эта монография дала толчок к проведению в последующие годы большой научно-исследовательской работы по данной проблеме. В частности, были опубликованы материалы о патогенезе, дифференциальной диагностике и терапии одонтогенных остеомиелитов и периоститов челюстей. Анализ новых клинко-анатомических материалов позволил профессору А.И. Евдокимову создать классификацию флегмон и абсцессов челюстно-лицевой области.

Совместно с Г.А. Васильевым Александр Иванович предложил разделять острые одонтогенные воспалительные процессы на периодонтит, периостит челюсти, остеомиелит челюсти и воспалительные процессы в околочелюстных тканях. Классификация основана на



характерных данных патологоанатомической картины и клинической симптоматики этих заболеваний.

Согласно приказу Наркомздрава от 9 июня 1935 г. № 486 «О мероприятиях по подготовке к открытию стоматологических институтов» на базе ГНИИСО был организован Московский стоматологический институт, ставший и учебной, и научно-исследовательской базой. С 1937 г. основная деятельность А.И. Евдокимова сосредоточилась в МСИ, где он создал кафедры терапевтической и хирургической стоматологии.

26 января 1938 г. профессора утвердили в должности заведующего кафедрой хирургической стоматологии института, которой он руководил в течение следующих 25 лет. С 1940 по 1942 гг. Александр Иванович был также заместителем директора МСИ по научно-учебной работе.

2 апреля 1941 г. на Ученом совете II ММИ А.И. Евдокимов защитил докторскую диссертацию «Клиника и патогенез пародонтоза». В поиске путей решения этой проблемы имя Александра Ивановича занимает особое место. Еще в 1928 г. он выступил на III Всесоюзном одонтологическом съезде с докладом «Альвеолярная пиорея и обуславливающие ее факторы», в котором изложил собственный взгляд на одно из самых распространенных заболеваний пародонта – пародонтоз. «Альвеолярную пиорею следует рассматривать не

только как болезнь, но и как серьезный патогмоничный признак, свидетельствующий о бывших или настоящих пертурбациях в организме». На основании собственных наработок и исследований своих учеников профессор А.И. Евдокимов сформулировал сосудистую теорию этиологии и патогенеза пародонтоза. В этом ему помогали П.Ф. Беликов, О.Г. Кюзель, В.Ф. Гроссе, Е.М. Приказчикова, Б.И. Мигунов и др. В соответствии с теорией А.И. Евдокимова изменения сосудов при пародонтозе аналогичны таковым при атеросклерозе. Некоторые стороны патогенеза пародонтоза впоследствии были дополнены и уточнены многочисленными учениками профессора. Как и в комплексе лечения атеросклероза, в профилактике пародонтоза большое значение имеет диспансеризация населения. Эта важная проблема, поставленная профессором, впоследствии нашла решение в работах многих ученых. Александр Иванович широко привлекал к исследованиям специалистов самого разного профиля (физиологов, биохимиков, микробиологов, патологоанатомов, гистологов, гигиенистов и др.), обеспечивая тем самым комплексное решение вопросов. К пародонтозу он возвращался не раз. Так в 1977 г. А.И. Евдокимов и Т.В. Никитина поставили под сомнение сложившееся представление о пародонтозе как о неизлечимой патологии. Они считали, что при определении понятия излечиваемости следует исходить из оценки стадии патологического процесса и его возможных исходов, принятых в общей медицине. Исследователи считали необходимым комплексное лечение пародонтоза и проведение на любой стадии стимуляции реактивности организма с использованием средств неспецифической терапии (биостимуляторы, белковые анаболизаторы, микробные полисахариды, аутогемотерапия) и специфической (анаболические стероиды, остеогенная цитотоксическая сыворотка, тирокальцитонин). Особое место они отводили тирокальцитонину, оказывающему противовоспалительное и противоотечное действие, что в сочетании со способностью тормозить резорбцию ткани позволяет добиваться оптимального эффекта при лечении пародонтоза. Для восстановления функциональной активности соединительно-тканевых компонентов пародонта ученые рекомендовали использовать ферменты, мукополисахариды (гепарин), биологически активные вещества (фтор, кальций, ферроцирон), а также антиатеросклеротические препараты (атероид, препараты йода, метионин, липокаин и др.) в сочетании с рациональным питанием (растительная диета, фрукты, овощи, творог, сыр, ограничение белковой пищи). А.И. Евдокимов и другие отечественные ученые (Н.М. Линденбаум, И.О. Новик и др.) значительно раньше, чем зарубежные авторы описали механизмы развития воспалительно-дистрофического процесса в пародонте зубов.

На войне как на войне

В сентябре 1941 г. все эвакуогоспитали тыловых районов страны были переданы в ведение Наркомздрава СССР и ВЦСПС. Для руководства ими создали управления эвакуогоспиталей, возглавляемые опытными специалистами. Профессора А.И. Евдокимова назначили консультантом Главного управления эвакуогоспиталей. Благодаря продуманной и четко организованной сети специализированных лечебных учреждений в действующей армии и тылу в строй вернулось 85,1% раненных в челюстно-лицевую область. В этом немалая заслуга А.И. Евдокимова: во время войны в руководимом им институте был создан госпиталь для челюстно-лицевых раненных.

В 1942 г. МСИ был временно реорганизован в стоматологический факультет Московского медицинского института. Деканом факультета стал профессор А.И. Евдокимов. В июне 1943 г. вышел приказ, в котором предлагалось с 1 октября возобновить работу МСИ и провести прием на I курс 150 студентов. Временно исполняющим обязанности директора вуза назначили Александра Ивановича Евдокимова. А 14 февраля 1944 г. доктор медицинских наук, профессор А.И. Евдокимов был утвержден в этой должности и занимал ее до 30 декабря 1950 г.

Дело всей жизни

По инициативе Александра Ивановича в 1950-е годы срок обучения в институтах увеличили до 5 лет, была также расширена программа изучения биологических и медицинских дисциплин. В связи с этим вузы стали называться медицинскими стоматологическими.

А.И. Евдокимов неоднократно отмечал, что одонтогенные воспалительные процессы челюстно-лицевой области в детском возрасте по клиническому течению отличаются от таковых у взрослых и имеют ряд особенностей. Именно профессор стал инициатором создания кафедр стоматологии детского возраста на стоматологических факультетах медицинских институтов страны.

На IV съезде стоматологов в 1962 г. А.И. Евдокимов предложил проводить плановую стоматологическую диспансеризацию различных возрастных и профессиональных групп населения. «В настоящее время, когда стоматология оформилась в самостоятельную клиническую дисциплину, включающую в себя не только амбулаторную, но и разностороннюю стационарную специализированную помощь, представляется необходимым перейти к новому этапу диспансерных задач в стоматологии, которые объединили бы мероприятия по оздоровлению всех органов и тканей полости рта, челюстно-лицевой и шейной областей и стали бы в уровень с современным советским методом диспансеризации как системы, направленной на предупреждение заболеваний, активное их выявление и лечение».

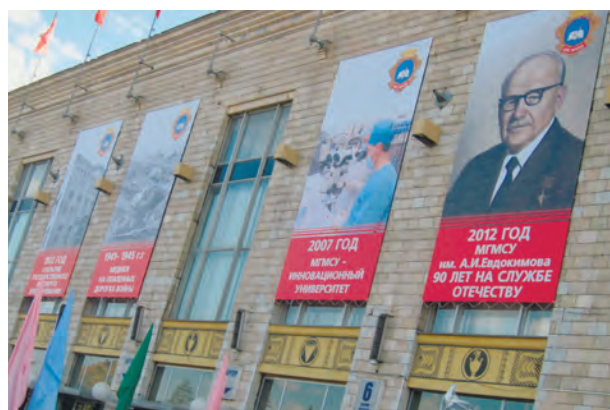
Александр Иванович Евдокимов был одним из инициаторов создания в 1962 г. Центрального научно-исследовательского института стоматологии (ЦНИИС). Руководил ЦНИИС профессор А.И. Рыбаков, а профессор А.И. Евдокимов с 1963 по 1968 гг. занимал должность заместителя директора по научной работе. Как рассказала профессор Т.С. Робустова, в ходе подготовки очередного собрания АМН СССР встал вопрос о том, кто будет баллотироваться в академики по стоматологии. Вначале предложение получил Александр Иванович, однако отказался в пользу своего ученика. Так первым академиком стоматологии стал А.И. Рыбаков. В этом и был весь Евдокимов...

Александр Иванович – Герой Социалистического Труда (1963 г.), кавалер четырех орденов Ленина, ордена Октябрьской Революции, заслуженный деятель науки РСФСР (1953 г.), автор более 150 работ, в том числе нескольких учебников и монографий. Под его руководством защищено 15 докторских и 55 кандидатских диссертаций. Он был почетным председателем Всесоюзного, Всероссийского, Украинского и Московского обществ стоматологов, почетным членом общества стоматологов Болгарии, более 20 лет работал редактором журнала «Стоматология». В современной стоматологической науке практически не существует разделов, которых бы не касался в своих работах профессор.

Сегодня в МГМСУ, носящий имя А.И. Евдокимова приходят со своей болью люди со всей страны и из-за рубежа. Каждый день в этих стенах спасают жизни, исцеляют и творят во имя будущих поколений. Университет достойно несет славу своего основателя. Сильные научные школы, блестящие ученые и врачи, талантливые выпускники... И все эти успехи во многом связаны с именем Александра Ивановича. Застывший в бронзе, он смотрит на нас своими добрыми глазами и благословляет на беззаветное служение делу, которому посвятил всю жизнь.

Координаты для связи с автором:

historymed@mail.ru; +7 (499) 978-94-11 – кафедра истории медицины МГМСУ





ЗНАК ОДОБРЕНИЯ СтАР

В рамках реализации программ и задач Стоматологической ассоциации России создан **отдел стоматологической индустрии СтАР**, в котором проводится экспертная оценка медицинских изделий, лекарственных препаратов, средств гигиены рта, технологий и методов, применяемых в стоматологии.

«Знак одобрения СтАР» – добровольное соглашение производителей и профессионального сообщества о поддержке и признании внутреннего знака качества продукции в интересах конечного потребителя. Он означает, что продукция рекомендована профессиональным стоматологическим сообществом к широкому применению в деятельности врачей-стоматологов, лечебных и профилактических учреждений в сфере стоматологии.

Отдел стоматологической индустрии координирует следующие направления деятельности:

- ▲ Консолидация действий в формировании и реализации стратегических программ развития стоматологической индустрии. Вовлечение в единое информационное поле по вопросам, касающимся развития предпринимательства в стоматологической сфере и взаимодействия с иностранными и российскими производителями.
- ▲ Разработка и совершенствование критериев и методов экспертной оценки продукции стоматологического назначения в интересах конечного потребителя.
- ▲ Проведение экспертной оценки медицинских изделий, лекарственных препаратов, средств гигиены рта, технологий и методов, применяемых в стоматологии.
- ▲ Формирование благоприятной конкурентной среды для развития предпринимательской деятельности в стоматологической индустрии путем обеспечения равного доступа к различным ресурсам поставщиков, включенных в реестр СтАР «Добросовестный поставщик в стоматологии» и имеющих «Знак одобрения СтАР».

www.e-stomatology.ru

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.

Впервые удобный интернет-магазин вращающихся инструментов **BORY.RU**

Более 4000 высококачественных боров, полиров, фрез
и дисков от немецкого производителя Frank Dental

Возможность создания персонального каталога избранных боров

Фото	Артикул	Зернистость	Цена	RotaCard™	В корзину	Удалить
	D.368.010.F.FG		85 P		Добавить в избранное	X
	P.COMNA5F.RA		134 P		В корзину	X
	D.801.009.FG		79 P		В корзину	X
	C.1S.018.RA		145 P		В корзину	X
	C.FDGW2.012.FG		179 P		- 25 +	X

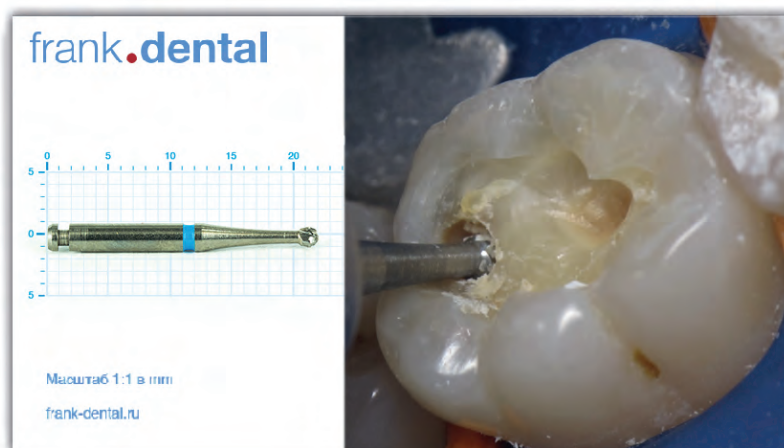
Выбор боров по:

- области применения;
- зернистости;
- хвостовику;
- материалу изготовления



www.bory.ru

Фотография боров на миллиметровой линейке
и описание области применения



тел.8 (800) 333-05-61

Новые технологии в стоматологии

Antex Москва



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



Поскольку рукоятка носителя также является гуттаперчей, но в иной фазе, **Gutta Core®** в отличие от obturаторов 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-obтурации. 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.

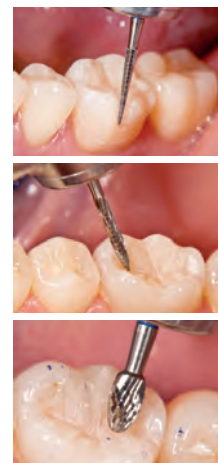


Алмазные инструменты Z-Cut



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

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.

Окклюзионный бор



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

NTI – новые технологии инструментов

Резюме. Чем больше список работ, выполняемых зуботехнической лабораторией, тем разнообразнее должен быть набор режущих, шлифовальных и полировальных инструментов. Компания NTI специализируется на производстве высокотехнологичного вращающегося инструмента – от отрезных дисков до полировочных кругов. Любая зуботехническая лаборатория или техник могут скомплектовать профессиональный набор или наборы инструментов NTI для выполнения работ различных видов.

Ключевые слова: зуботехническая лаборатория; вращающийся инструмент; обработка; металл; керамика; режущая поверхность; насечка; абразивность.

NTI – new technology instruments

Summary. The larger the list of works performed by the dental laboratory to be more varied set of cutting, grinding and polishing tools. NTI specializes in producing high-tech rotating instruments – from cutting discs before polishing laps. Any dental laboratory or technician can complete professional set or sets of tools for performing NTI works of various kinds.

Keywords: dental laboratory; rotary tool; processing; metal, ceramics, cutting surface; notching; abrasive.

Все зуботехнические лаборатории используют в своей практике вращающиеся, режущие, шлифовальные и полировальные инструменты. Причем материал, из которого изготавливается конструкция и ее форма, требует определенного набора этих инструментов. К примеру, при обработке деталей из титана не рекомендуется применять шлифовальные инструменты на керамической или металлической связке, потому что в этом случае происходит загрязнение поверхности как обрабатываемой детали, так и абразивной части инструмента, причем в большей степени. При обработке алмазным шлифовальным инструментом из-за локального перегрева могут произойти структурные изменения поверхности детали. В той или иной степени это касается обработки дентальных сплавов, керамики, циркона и т.д. В отдельном ряду стоят инструменты для фрезерного оборудования, акриловых и эластичных полимеров. Соответственно, чем больше список работ, выполняемых зуботехнической лабораторией, тем разнообразнее должен быть набор вращающихся инструментов. В настоящее время немало компаний занимаются их изготовлением. Однако хотелось бы вкратце представить продукцию немецкой фирмы NTI-Kahla.

Аббревиатура NTI означает «Новые технологии инструментов». Компания, основанная в 1996 г., специализируется на производстве высокотехнологичного вращающегося инструмента. NTI производит и сепарационные, и отрезные диски на основе синтетической смолы, а также армированные стекловолокном. Высокопрочные и стабильные армированные диски могут применяться при обработке всех сплавов. Они достаточно гибкие с отличной режущей способностью. Толщина от 0,2 до 1,1 мм.

Твердосплавные фрезы используются для обработки любых конструкционных материалов, применяемых в зуботехнических лабораториях. NTI предлагает 18 типов

режущей поверхности (насечек) рабочей части инструмента (рис. 1). Так, одних только фрез с крестообразной стандартной насечкой 53 вида – разных габаритных размеров и форм рабочей части. Это позволяет производить предварительную обработку конструкции любой конфигурации из дентальных сплавов. При завершении обработки фрезой с крестообразной мелкой насечкой с учетом достаточно жесткого снятия стружки получается гладкая поверхность. Рабочая часть 31 вида позволяет произвести изолированную обработку любой детали конструкции. Инструментом с крестообразной особо мелкой насечкой можно обрабатывать не только сплавы, но и керамику. Лезвия специальной геометрии не создают ударного воздействия на обрабатываемую поверхность, а диаметр от 0,8 мм позволяет выполнять любую филигранную работу. Спиралевидная мелкая насечка способствует хорошему отводу стружки, предотвращая появление наростов на обрабатываемой поверхности. Идеально подходит для обработки титана.

Для более агрессивной обработки предназначены фрезы со специальной режущей поверхностью: разнонаправленные зубья и малое число режущих крошек облегчают процесс резания. При финишной обработке металлического каркаса для последующего нанесения керамической массы предназначена фреза с призмобразной алмазной насечкой. Она создает шероховатую поверхность с микроретенциями.

Отдельно стоит отметить фрезы со сверхтвердым поверхностным слоем Millenium Cutter. Более длительная термическая обработка инструмента обеспечивает повышенную твердость верхнего слоя. Глубина укрепления таких фрез 90 мкм, твердость 3600 HV, что продлевает срок использования инструмента в 3–4 раза. На фрезы самых ходовых форм и размеров наносят специальное покрытие, и, по мнению зубных техников, они становятся



Алмазные инструменты Z-Cut



- ☐ Для эффективной обработки абатментов из оксида циркония
- ☐ Максимально возможная шлифовальная способность
- ☐ Предотвращает образование трещин и откалывание кристаллов
- ☐ Специальная конструкция для максимального срока службы



Рис. 1 Фреза NE с поперечной дополнительной насечкой



Рис. 2 Обработка циркониевой керамики спеченным алмазом ALLCeramic SuperMax



Рис. 3 Обработка циркониевой керамики диском PrimeCut SL

практически не изнашиваемыми. Благодаря пониженному уровню вибрации работать с такими фрезами комфортно.

Для фрезерных работ выпускается также инструмент с алмазным покрытием – от 0 до 2°, с абразивностью пяти размеров. Выбор как дисков, так и фасонных головок с напыленным или спеченным алмазом огромен. Известно, чем крупнее зерно, тем грубее получается обрабатываемая поверхность металлической конструкции, поэтому требуется дополнительная обработка более мелким абразивом. Чем мельче зерно, тем быстрее забивается, следовательно, спеченный алмаз нуждается в регулярной чистке. NTI предлагает правильный камень для спеченных алмазов, который чистит и активирует рабочую поверхность, восстанавливая абразивную способность.

Следует выделить спеченный алмаз на органической связке SuperMax и спеченный алмаз на керамической связке ALLCeramic SuperMax. SuperMax – универсальный инструмент, которым можно обрабатывать любые сплавы, в том числе титан. Органическая связка поглощает тепло, поверхность не перегревается, но тем не менее работать нужно без нажима. Экстремально длительный срок службы не требует зачистки правильным камнем. ALLCeramic SuperMax – инструмент повышенной прочности, разработанный специально для керамики (рис. 2). Им можно обрабатывать виниры, циркон, поверхность при этом остается химически чистой. В зависимости от зернистости инструмент шлифует керамику мягко или достаточно жестко. Не требует зачистки правильным камнем, работать им очень комфортно.

Для предварительной обработки акриловых и эластичных полимеров предлагается шлифовальный инструмент Rubinit Trimmer. Покрытие фасонных головок из рубиновой насыпки со стандартной (средней) абразивностью на металлической связке. NTI выпускает инструменты для полирования всех дентальных сплавов, в том числе титана, композитов и керамики. Cera Glaze – полиры на новой полимерной основе с насыпкой из природного алмаза. Три формы и три степени абразивности позволяют быстро и эффективно отполировать до зеркального блеска любую керамику, включая оксид-циркониевую.

Из последних новинок NTI – фрезы для обработки сплавов неблагородных металлов с новой отрицательной геометрией лезвий. Фреза разработана для создания особо гладких поверхностей при достаточно агрессивном снятии стружки.

Фольга с односторонним алмазным покрытием для удаления нежелательных контактов между зубами у протезов, мостов и коронок экономит рабочее время, так как маркировка и удаление контактов происходит одновременно. Легкий процесс, аналогичный работе с алмазными односторонними штрипсами, также выпускаемыми NTI. Штрипсы помогают создавать межзубные контакты апроксимальных сторон коронок.

PrimeCut SL – диск с многослойным алмазным покрытием, боковые поверхности которого покрыты напыленным алмазным абразивом, что позволяет работать по металлу и керамике, в том числе с цирконом (рис. 3). Супертонкий и очень чистый диск с упрочненной основой для сепарации и контурирования за счет своей гибкости позволяет обработать любую керамическую поверхность.

Для техников, занимающихся изготовлением телескопических коронок, может быть интересен KR-столик, предназначенный для более точной обработки и полировки первичной коронки под углами 0, 1, 2, 4, 6°.

Зуботехническая лаборатория или техник могут комплектовать профессиональный набор для выполнения различных работ – от предварительной обработки дентальных сплавов и пластмасс до полирования изделий из оксид-циркониевой керамики или керамики на основе дисиликата лития (LS2).

Обширный ассортимент вращающегося инструмента позволяет сделать заказ в одном месте. NTI предлагает также уже готовые наборы для обработки различных материалов, включая оксид циркона и IPHS e.max. Наборы составлены известными зарубежными специалистами. Отличный помощник в выборе инструмента – каталог продукции фирмы NTI. В нем предлагаются самые ходовые вращающиеся инструменты. Попробуйте поработать ими, и сами убедитесь в справедливости концепции фирмы NTI-Kahla: «Наше качество – ваш успех»!



Московский
Государственный
Медико-
Стоматологический
Университет

DENTALEXPO®

**10-12
ФЕВРАЛЯ
2014**



11-й Всероссийский стоматологический форум

ДЕНТАЛ-РЕВЮ

ОБРАЗОВАНИЕ, НАУКА И ПРАКТИКА В СТОМАТОЛОГИИ

МОСКОВСКАЯ
ВЫСТАВКА-ЯРМАРКА

Научно-практическая
конференция
КАРИЕС ЗУБОВ
И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ
У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ.
Диагностика.
Профилактика.
Лечение.

**МОСКВА
Крокус Экспо
павильон 2
м. Мякинино**



На правах рекламы

Оргкомитет
конференции:

☎ (+7 495) 684-53-40
@ dental-revue@mail.ru
www.msmsu.ru

Оргкомитет
выставки:

☎ (+7 495) 921-40-69
@ info@dental-expo.com
www.dental-expo.com

Восстановление боковых зубов с применением материалов и систем Palodent Plus, SDR, Ceram-X от компании Dentsply



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

Стоматологическая клиника докторов Копыловых

Резюме. Нарушение герметичности реставрации, подобно разгерметизации корпуса самолета на высоте, приводит к изменению давления в дентинных канальцах, резкое перемещение жидкости в которых и провоцирует кратковременную быстропроходящую, но доставляющую немало страданий боль. Современные технологии и материалы способствуют созданию качественной, а главное предсказуемой склейки композита с дентином и эмалью зуба. Тщательное соблюдение всех этапов подготовки зуба к реставрации, препарирования, адгезивной обработки, внесения материалов и финишной обработки позволяют создавать качественные реставрации с превосходным прогнозом.

Ключевые слова: композитный материал; кариес; реставрация; разгерметизация; полирование; финишная обработка.

Restoring posterior teeth with the use of materials and systems Palodent Plus, SDR, Ceram-X from the company Dentsply

Dentist **Dmitry Kopylov**, a specialist in the field of direct and indirect restorations, chief medical officer

Dental Clinic doctors Kopylov

Summary. Leakage of restoration, like depressurization body aircraft at an altitude causes a change in pressure in the dentinal tubules, sharp movement of fluid in which provokes a transient short-term, but gives a lot of suffering pain. Modern technologies and materials contribute to the creation of quality, and most importantly predictable bonding composite to dentin and enamel of the tooth. Careful adherence to all the stages of preparation of the tooth for the restoration, preparation, adhesive processing, making and finishing materials allow you to create high-quality restoration with an excellent prognosis.

Keywords: composite material; caries; restoration; depressurization, polishing; finishing.

Композитные материалы в постоянной практике врачей-стоматологов применяются уже свыше 20 лет, история же их насчитывает более полувека. Тем не менее по-прежнему остается немало вопросов, связанных с их использованием. Наиболее часто врачи сталкиваются с появлением послеоперационной чувствительности при жевании или действии температурных раздражителей, возникновением так называемой белой линии, прокрашиванием краев реставрации, появлением трещин вокруг и/или внутри реставрации, а также развитием кариозного процесса вокруг и/или под реставрацией. Основная причина подобных явлений – нарушение не только краевого, но и полного прилегания реставрации, что, подобно разгерметизации корпуса самолета на высоте, приводит к изменению давления в дентинных канальцах, резкое перемещение жидкости

в которых и провоцирует кратковременную быстропроходящую, но доставляющую немало страданий боль.

Порой мне приходится слышать: «Доктор, я всего месяц назад была у стоматолога. Почему вы рекомендуете поменять несколько пломб?». Обычно я отвечаю: «Действительно, при классическом подходе ваши реставрации не требуют замены, потому что кариеса под ними нет. Мои сомнения в их долговечности связаны с отклейкой реставрации, характерный признак которой – прокрашивание краев, вызванное попаданием пигмента в щель, образовавшуюся между пломбой (вкладкой, коронкой и т.д.) и зубом. В результате возможно развитие кариозного процесса, появление трещины, перелом зуба, выпадение реставрации, а также их сочетание. Но вполне возможно, осложнения не разовьются. Однако я люблю прогнозировать результат, не дожидаясь развития патологических процессов».

Демонстрация фотографий подобных реставраций позволяет в полной мере донести мысль до пациента и убеждает его в необходимости лечения.

Современные технологии и материалы способствуют созданию качественной, а главное предсказуемой склейки композита с дентином и эмалью зуба. Однако в реальных условиях соблюсти все нюансы кислотного кондиционирования, промывания, высушивания и адгезивной обработки кариозной полости крайне затруднительно. Адгезивы, содержащие третичный бутанол, промоутеры адгезии, НЕМА, позволяют исключить человеческий фактор и создают качественный гибридный слой, упрощая практику стоматолога. С появлением материала **SDR** объемное заполнение полостей решило две проблемы:

1) исключило появление влаги на поверхности обработанного адгезивом дентина, блокировав ее гидрофобным барьером;

2) позволило восстанавливать дентинный объем одной порцией: это снизило вероятность некачественной склейки и появления пузырей между слоями композита, что нередко происходит при традиционном послойном внесении плотного композита, а также уменьшило внутреннее напряжения реставрации.

Чем опасно внутреннее напряжение? Во время усадки композита расстояние между молекулами мономера уменьшается, образуется полимер. Материал сжимается, в системе возникает напряжение. Если при этом реставрация была приклеена к тонкой стенке зуба (менее 1,5 мм), то последняя лопнет. Если врач плохо внес адгезив, реставрация оторвется в этой области. На границе с адгезивом может произойти отрыв композита, если он не был надлежащим образом клеен, и/или не была блокирована влага гидрофобным слоем текучего композита. Помимо того, если композит недостаточно полимеризован, при жевательной нагрузке материал реставрации лопнет.

При толщине стенки зуба менее 1,5 мм целесообразно провести ее перекрытие. Это требуется не всегда, потому что современные композиты создают хорошее соединение с тканями зуба. При использовании хэндиблатеров и оксида алюминия 50 мк прочность соединения также возрастает. При принятии решения о перекрытии стенки нужно уделять внимание ее высоте и конфигурации.

Для получения качественного адгезивного соединения можно использовать самопротравливающийся адгезив **Xeno V+** или самопраймирующий адгезив **XP Bond**. Для качественной склейки композита и зуба, а также выстраивания объема дентина применяют инновационный текучий композит **SDR**.

Для создания прочной реставрации используют плотный нанокерамический материал **Ceram-X**. Его структура препятствует появлению и распространению трещи-

ны в реставрации, что делает материал незаменимым при реставрации зубов, испытывающих выраженные окклюзионные нагрузки.

Клинический случай

Рассмотрим один из случаев разгерметизации реставрации. Лечение проводили в несколько этапов. Общая продолжительность реставрации и наблюдения на момент написания статьи составила 8,5 мес.

Зубы 16, 15 пролечены 3 года назад. Дата лечения зуба 17 не установлена. Отчетливо видна разгерметизация реставраций, проявляющаяся в пигментации края и наличии трещины вестибулярной эмали в зубе 15 (**рис. 1**).

На дистальной поверхности зуба 15 в придесневой области выявлено нарушение краевого прилегания реставрации (**рис. 2**). Это означает, что в случае преобладания процессов деминерализации неминуемо произойдет развитие кариозного процесса с появлением кариозной полости. Для предотвращения подобного осложнения требуется полная замена реставрации, о чем пациентка была информирована.

Также процессы отклейки отмечены под реставрациями зубов 16 и 17. Под пломбой в зубе 17 выявлен очаг кариозного поражения. При отклейке реставрация в кариозной полости удерживается только за счет макромеханической адгезии (простое удержание стенками зуба). Отсутствие приклеивания материала к зубу вызывает эффект расклинивания, где в роли клина выступает сама пломба (**рис. 3**). При достаточной толщине стенок и прочности витального зуба осложнения в виде сколов или переломов могут не возникнуть. Подобные осложнения стоматологи регулярно наблюдают в депульпированных зубах, где реставрация выполняется на значительно большей глубине.

После препарирования зубов был наложен раббердам, предотвращающий попадание слюны, десневой



Рис. 1

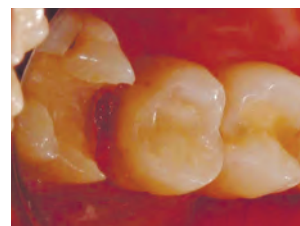


Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6



Рис. 7



Рис. 8



Рис. 9



Рис. 10

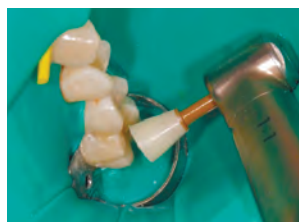


Рис. 11



Рис. 12



Рис. 13



Рис. 14

жидкости и влаги, образуемой при дыхании пациента, в реставрируемую полость. Его использование позволяет значительно повысить качество и улучшить прогноз проводимого лечения (рис. 4).

С помощью специального пинцета последовательно были внесены матрица и клин (рис. 5–7). В них имеются отверстия, в которые вводится выступ на позолоченной рабочей части пинцета. Такой принцип дверной щеколды позволяет надежно удерживать матрицу или клин, что крайне важно при их введении/извлечении. Традиционные пинцеты и зажимы не всегда удобны в использовании, так как ненадежно фиксируют инструменты

и могут соскакивать. Толщина матрицы всего 30 мк, что в значительной степени экономит драгоценное пространство при создании качественного контактного пункта. Матрицы и клинья одноразовые и не поддаются стерилизации. В системе **Palodent Plus**, как это ни странно, клинья почти не выполняют функцию расклинивания зубов. Они прижимают матрицу к зубу, не давая ей смещаться. Расклинивающую роль в данной системе берет на себя жесткое титановое кольцо (см. рис. 5).

Клин имеет лепестковую структуру. Его продолговатые лепестки, расположенные под углом, при введении проходят над десневым сосочком, не травмируя его (см. рис. 7).

Для неподвижной фиксации краев матрицы и расклинивания зубов накладывают жесткое титановое кольцо. Кольцо **Palodent® Plus** изготовлено из никель-титанового сплава. Оно оказывает соответствующее усилие, что приводит к сепарации зубов. Рабочей гладилкой контактная поверхность матрицы моделируется – матрица как бы притирается к соседнему зубу, что улучшает ее прилегание. После извлечения кольцо принимает свою первоначальную форму, зубы также возвращаются в прежнее положение. Контактный пункт при этом становится еще более плотным. Таким образом, система **Palodent® Plus** обеспечивает плотный контактный пункт, качественное краевое прилегание реставрации, уменьшает нависание краев и сокращает время финишной обработки. Данную систему легко позиционировать и извлекать.

Адгезивную обработку полости проводят с применением однокомпонентного самопротравливающегося адгезива **Xeno V+**, предназначенного для адгезии полимерных, светоотверждаемых реставрационных материалов к дентину и эмали. Важно убедиться, что вы внесли его в достаточном количестве. При среднем размере полости и среднем размере аппликатора требуется две капли. Адгезив имеет желтоватый оттенок, поэтому хорошо различим при внесении и адаптации в обрабатываемой полости.

Большое значение имеет качественная полимеризация адгезива. Для стоматолога прочность полученного гибридного слоя значит то же, что для строителя прочность фундамента строящегося дома.

Жидкий материал **SDR** вносят одной порцией, начиная с самой глубокой части реставрируемой полости с постепенным выводением материала наружу (рис. 8). Такая техника минимизирует риск образования пузырей в толще реставрации. Материал вносят до эмалево-дентинной границы с перекрытием всей площади дентина. Объем заполнения полости оставляют на усмотрение врача. При заполнении всего объема дентина жидким материалом **SDR** последующее вос-

становление эмаливого слоя проводят традиционным плотным композитом.

Эмаль выстроена плотным композитным материалом **Ceram-X mono** оттенка M5 (рис. 9). Одним оттенком также можно восстанавливать зуб, если отсутствуют и эмаль, и дентин, так как материал имеет средние значения прозрачности и цвета. Оттенок M5 соответствует оттенку A3 шкалы Vita. В данном случае дентинный объем выстроен материалом **SDR**, эмалевый слой – **Ceram-X mono**. Цвет материала можно подобрать, используя собственную расцветку **Ceram-X**, образцы в котором изготовлены из самого материала. Это светоотверждаемый, рентгено-контрастный материал для реставрации передних и боковых зубов. Материал доступен как в карпульной, так и в шприцевой версии.

Специально разработанный пинцет позволяет легко извлечь клин и матрицу (рис. 10).

Предварительную шлифовку реставраций проводят абразивными пластиковыми дисками и чашками **Enhance** (рис. 11). Система для полировки и финишной обработки **Enhance® Composite Finishing & Polishing System** создана для проведения финишной обработки композитных материалов, используемых в зубах фронтальной и жевательной групп, а также для применения в любых других случаях, требующих финишной обработки.

Полировка выполнена резинками **PoGo™**. Это одноразовые инструменты из полимеризованной уретандиметакрилатной смолы, импрегнированной алмазной крошкой, зафиксированные на держателе, использующиеся для конечного полирования реставраций, изготовленных из любых композитных материалов.

Внешний вид реставраций сразу после лечения (рис. 12) и через 8 мес (рис. 13).

Спустя 8 мес проведена замена пломбы и лечение кариеса в зубе 15.

В процессе снятия реставрации хорошо видно отсутствие склейки материала и зуба (рис. 14). В результате разгерметизации и распространения бактерий под реставрацией развилось кариозное поражение (рис. 15). Для диагностики подобных состояний в практике активно используется диагностический прибор **Microlux AdDent** (США). При просвечивании зуба выявляют кариозные поражения, трещины и другие дефекты (рис. 16).

Размягченный инфицированный дентин иссечен (рис. 17). Для препарирования использовали алмазные боры, ультразвуковую насадку. Для сглаживания краев реставрации применяли шлифовальные пластиковые диски и абразивную резинку **Enhance**. Пигментированный плотный неинфицированный дентин не иссекали. Для его маскировки в дальнейшем был использован композит.



Рис. 15

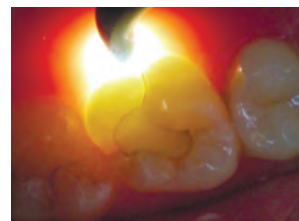


Рис. 16

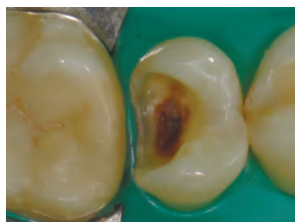


Рис. 17



Рис. 18



Рис. 19



Рис. 20



Рис. 21



Рис. 22



Рис. 23



Рис. 24

После препарирования кариозной полости наложили раббердам для изоляции рабочего поля от попадания слюны, десневой жидкости и влаги, образуемой при дыхании пациента. Обратите внимание на прекрасную интеграцию реставрации в зубе 16: видно идеальное краевое прилегание, отсутствуют признаки нарушения краевой целостности (рис. 18). Реставрация и зуб оптически монолитны на поверхности и в глубине. С учетом давности проведенной реставрации это позволяет сделать хороший прогноз проведенного лечения.

Контактный пункт, как и в случае реставрации зуба 16 восстанавливали с использованием матричной системы

Palodent® Plus (рис. 19). При внесении плотного композита без кольца возможно выдавливание излишков материала за пределы полости, что в дальнейшем приведет к необходимости их удаления и значительно увеличит время финишной обработки реставрации.

Адгезивная обработка, как и в случае с зубами 16 и 17, проведена с применением самопротравливающегося адгезива **Xeno V+**. Его вносят в достаточном количестве легкими втирающими движениями и распределяют в полости. Излишки удаляют. Затем полимеризованный адгезив перекрывают материалом **SDR** (рис. 20, 21). В связи с тем, что дно кариозной полости интенсивно пигментировано, было принято решение провести его маскировку. Ее осуществляли в два этапа. Сначала дно непосредственно в проекции пигментированного участка закрыли материалом **Ceram-X duo**, оттенок DB (Dentin Bleached – дентин отбеленный, рис. 22).

Дистальная стенка реставрации восстановлена оттенком М3 материала **Ceram-X mono** (рис. 23).



Рис. 25

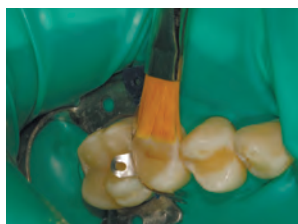


Рис. 26

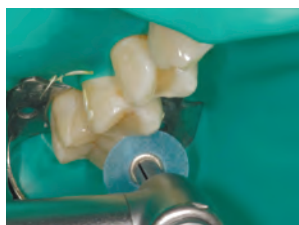


Рис. 27



Рис. 28



Рис. 29



Рис. 30



Рис. 31



Рис. 32

Обратите внимание, что для ориентира перфорированный элемент (язычок) опускают на краевой валик соседнего зуба. Это позволит выстроить дистальную стенку на требуемой высоте. В дальнейшем фиссуры будут моделироваться исходя из высоты полученного краевого валика. Если высота валика окажется выше, значит, фиссура также будет заложена выше, что при окклюзионной адаптации приведет к неминуемому сошлифовыванию краевого валика и уменьшению высоты фиссуры. Это, в свою очередь, потребует перемоделировки фиссур всей реставрации.

Отбеленный дентин перекрыт оттенком D3 материала **Ceram-X duo** (рис. 24).

Эмалевый слой плотного материала **Ceram-X mono** оттенка М3 позволяет заполнить большой объем полости, так как имеет средние значения прозрачности и цветопередачи (рис. 25). Оттенок М3 соответствует оттенку А2–А2,5 шкалы Vita.

Кисть (рис. 26) применяют для мягкой адаптации материала и тщательного проклеивания краев реставрации.

Финишная обработка краев реставрации, снятие излишков адгезива, предварительная коррекция анатомии зуба проведены с применением алмазных боров и шлифовальных дисков (рис. 27). В различной последовательности для шлифовки и предварительной полировки использовали резинки **Enhance** (рис. 29) и **PoGo** (рис. 28), описанные выше.

Окончательная полировка выполнена с помощью полировочных резинок **Enhance** и полировочной пасты **PrismaGloss Extra Fine** (рис. 30). Полировочная паста **Prisma® Gloss™** разработана для конечного полирования композитных реставраций и виниров. **Prisma® Gloss™** и **Prisma® Gloss™ Extrafine** (со сверхмелким размером частиц) представляют собой однокомпонентные полировочные пасты, распределяемые в воде. Они обеспечивают реставрациям, изготовленным из композитов для зубов фронтальной и жевательной групп, превосходные гладкость и блеск поверхности.

Внешний вид реставраций в полости рта после лечения (рис. 31, 32).

Зубы 16, 17 лечены 8 мес назад, но качество проведенного ранее лечения не выдает их «возраста». Тщательное соблюдение всех этапов подготовки зуба к реставрации, препарирования, адгезивной обработки, внесения материалов и финишной обработки позволяют создавать качественные реставрации с превосходным прогнозом.

Координаты для связи с автором:

+7 (495) 637-55-11; +7 (495) 637-55-77 (факс);
kopylov@doctor.com – Копылов Дмитрий Юрьевич

Эталон реставраций класса II



Реклама

Palodent[®]Plus⁺⁺
Sectional Matrix System

SDR[®]
Smart Dentin Replacement

К лучшей стоматологии

DENTSPLY

Прогнозирование системного дисбаланса костного ремоделирования у пациентов с атрофией альвеолярного отростка (части) челюстей на этапе планирования дентальной имплантации

Профессор **Марина Козлова**, доктор медицинских наук

Клинический ординатор **Анастасия Беякова**

Кафедра факультетской хирургической стоматологии и имплантологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Аспирант **Лариса Козлова**

Кафедра факультетской ортопедической стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. Нарушение механизмов ремоделирования костной ткани лежит в основе патогенеза метаболических остеопатий. У мужчин чаще отмечают вторичный остеопороз, развивающийся на фоне гипогонадизма. В статье представлены современные подходы к выявлению дисбаланса системного костного ремоделирования у пациентов с частичным или полным отсутствием зубов с андрогендефицитом с помощью теста микрокристаллизации ротовой жидкости. Доказана эффективность метода микрокристаллизации слюны для прогнозирования наличия остеопенического синдрома. Показана необходимость комплексного обследования пациентов совместно с врачом-эндокринологом для выявления причины, диагностики и коррекции остеопенического синдрома.

Ключевые слова: костное ремоделирование; андрогендефицит; остеопенический синдром; микрокристаллизация слюны; денситометрия.

Forecasting system imbalance of bone remodeling in patients with atrophy of the alveolar bone of the jaw during the planning phase of dental implantation

Professor **Marina Kozlova**, Doctor of Medical Sciences

Clinical Intern **Anastasia Belyakova**

Department of Faculty Dental Surgery and Implantology MSUMD named after A.I. Evdokimov

Graduate Student **Larisa Kozlova**

Department of Prosthetic Dentistry Faculty MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. Violation of the mechanisms of bone remodeling is the basis of metabolic osteopathy. Men most often occurs secondary osteoporosis against the background of hypogonadism. The article presents modern approaches to identifying the imbalance of the system bone remodeling in the patients with partial or full adentia with androgen deficiency by the test of micro crystallization of saliva. Proven efficiency test micro crystallization of saliva to predict the development of osteoporosis. It necessary complex examination together with the doctor endocrinologist with the aim of identifying the causes, diagnosis and correction of the osteopenic syndrome.

Keywords: bone remodeling; androgen deficiency; osteopenic syndrome; saliva crystals; DEXA.

С каждым годом увеличивается количество пациентов с частичным или полным отсутствием зубов, нуждающихся в дентальной имплантации. По данным ряда авторов, атрофия альвеолярного отростка (части) челюстей является противопоказанием к восстановлению зубных рядов с опорой на имплантаты, а также к протезированию съемными конструкциями [7, 16, 17]. Процент осложнений после реконструктивных

остеопластических операций, направленных на увеличение объема костной ткани, составляет от 6 до 23% [2].

Костная ткань – это активная динамическая система, в которой в течение жизни человека происходят взаимосвязанные процессы резорбции и костеобразования, составляющие цикл костного ремоделирования. Нарушение механизмов ремоделирования лежит в основе патогенеза метаболических остеопатий. У мужчин чаще

встречается вторичный остеопороз, развивающийся на фоне гипогонадизма [5, 15]. Андрогены играют важную роль в костном обмене, непосредственно влияя на костеобразование, а также повышая синтез ИФР I и увеличивая количество рецепторов к ИФР II на остеогенных клетках [4, 12].

Дефицит андрогенов трудно диагностировать клинически и лабораторно, так как отсутствует четкая симптоматика недостаточности тестостерона, нередко отмечают ложные результаты гормональных тестов. Однако наличие остеопенического синдрома свидетельствует о данной патологии [13]. Пациентам с атрофией альвеолярного отростка (части) челюстей, нуждающимся в дентальной имплантации, на этапе планирования оперативного вмешательства для активизации репаративных процессов важна диагностика системного дисбаланса костного ремоделирования с последующей фармакоррекцией.

Функциональная морфология биологических жидкостей человека, основанная на использовании кристаллографического исследования, – перспективный метод диагностики [1, 3, 6, 9]. Тест микрокристаллизации ротовой жидкости базируется на способности различных биосубстратов к кристаллообразованию [14]. Данный метод неинвазивный, легко воспроизводимый, доступный, не требующий значительных материальных затрат.

В специальной литературе отсутствуют сообщения о возможности выявления системного дисбаланса

костного ремоделирования с помощью микрокристаллизации ротовой жидкости.

Цель исследования

Определение эффективности теста микрокристаллизации слюны при дисбалансе процессов костного ремоделирования.

Материалы и методы

На обследовании находились 39 мужчин в возрасте 45–55 лет с частичным и полным отсутствием зубов и атрофией альвеолярного отростка (части) челюстей. У всех выявлены факторы, свидетельствующие о наличии андрогендефицита: курение более 1,5 пачек сигарет в день, в анамнезе перенесенный эпидемический паротит, гипертоническая болезнь, а при внешнем осмотре отмечено висцеральное ожирение по абдоминальному типу с объемом талии >102 см, индексом массы тела (ИМТ) >30.

Критерием исключения были пациенты с различными эндокринопатиями, патологией желудочно-кишечного тракта, почек, с заболеваниями, приводящими к развитию вторичного остеопороза.

Степень атрофии альвеолярного отростка (части) челюстей по ширине и высоте определяли по данным ортопантомографии и компьютерной томографии, а также с помощью изготовленных диагностических моделей.

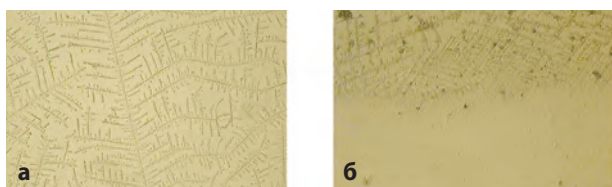
Андрогенный статус оценивали методом твердофазного хемилюминесцентного иммуноанализа (автоанализатор Immulite) по содержанию в крови утром натощак общего тестостерона.

Для диагностики остеопенического синдрома изучали минеральную плотность костной (МПКТ) ткани с помощью двухэнергетической рентгенологической абсорбциометрии (DEXA) на денситометре Discovery W (Hologic) в области поясничного отдела позвоночника на уровне L₁ – L₄ и шейки бедра. Денситограммы оценивали по Z-критерию в единицах SD.

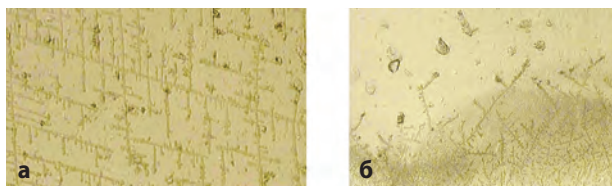
Смешанную слюну пациенты собирали в стерильную пробирку, предварительно прополоскав рот дистиллированной водой. После этого пипеткой ротовую жидкость в виде трех капель наносили на чашку Петри («Медполимер», d = 60 мм). Препараты высушивали при комнатной температуре, затем исследовали в цифровом микроскопе при увеличении x10, x80.

Выделили микрокристаллизацию слюны трех типов

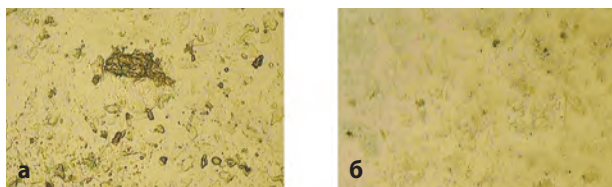
I тип: в центре капли кристаллографическая картина характеризовалась четким рисунком крупных, удлиненных, взаимосвязанных между собой кристаллопризматических структур древовидной или папоротникообразной формы. По периферии расположено небольшое количество органического вещества (**рисунок**).



I тип



II тип



III тип

Микрокристаллизации слюны:

а) центр капли, ув. x10;

б) периферическая (переходная) зона, ув. x10

II тип : в центре капли визуализировались не взаимосвязанные между собой кристаллопризматические структуры древовидной или папоротникообразной формы, по периферии – большое количество фрагментов свободно лежащих кристаллов различной формы (**см. рис.**).

III тип: по всей площади капли в большом количестве просматривались единичные мелкие кристаллы неправильной формы без четкой ориентации или отмечалось их полное отсутствие (**см. рис.**).

Количественный показатель микрокристаллизации ротовой жидкости рассчитывали по методике И.О. Походенько-Чудаковой, Ю.М. Казаковой, Н.Д. Походенько [10, 11]. Каплю слюны делили на 4 квадранта, в каждом определяли тип микрокристаллизации (**I, II, III**) и вычисляли результат по формуле:

$$M = \frac{1 N_I + 2 N_{II} + 3 N_{III}}{N_I + N_{II} + N_{III}},$$

где **M** – показатель микрокристаллизации ротовой жидкости, **N_I** – число квадрантов с **I** типом микрокристаллизации; **N_{II}** – со **II** типом; **N_{III}** – с **III**; 1, 2, 3 – весовые коэффициенты, соответствующие **I, II, III** типам микрокристаллизации.

Полученные данные подвергали статистической обработке в Microsoft Excel 2010 с расчетом критерия достоверности Стьюдента.

Пациентов с атрофией альвеолярного отростка (части) челюстей в области отсутствующих зубов (**n=39**) в зависимости от состояния системного дисбаланса процессов костного ремоделирования разделили на группы: **I** – 19 мужчин в возрасте 45–55 лет с остеопенией, **II** – 20 человек того же возраста с остеопорозом, контрольная – 10 практически здоровых мужчин 18–24 лет.

Результаты и их обсуждение

В контрольной группе при оценке стоматологического статуса атрофии костной ткани в области отсутствующих зубов не отмечено. Концентрация общего тестостерона составила $12,0 \pm 0,4$ нмоль/л, что соответствовало норме. При денситометрическом исследовании показатели МПКТ в поясничном отделе были в пределах нормы **Z total** – $-0,1 \text{ SD} \pm 0,3 \text{ SD}$, в области шейки бедра – $-0,9 \text{ SD} \pm 0,4 \text{ SD}$.

При изучении капли слюны в квадрантах в 98% случаев наблюдали **I тип** микрокристаллизации слюны, в 2% – **II тип**. Показатель микрокристаллизации ротовой жидкости составил $1,1 \pm 0,2$.

У пациентов группы I в области отсутствующих зубов диагностировали атрофию альвеолярного отростка (части) челюстей по ширине. Концентрация общего тестостерона была в 1,5 раза ниже контрольных значений – $8,3 \pm 0,6$ нмоль/л ($p < 0,001$). При денситометрическом исследовании МПК составляла 85% от

возрастной нормы, наиболее выраженные изменения отмечены в люмбальном отделе позвоночника **Z total** – $1,4 \text{ SD} \pm 0,3 \text{ SD}$, что соответствует остеопении, в области шейки бедра показатели были в пределах нормальных значений – $-0,8 \text{ SD} \pm 0,5 \text{ SD}$.

В исследуемой капле ротовой жидкости в квадрантах у 60% пациентов зафиксирован **I тип** микрокристаллизации слюны, в 40% случаев – **II тип**. Показатель микрокристаллизации ротовой жидкости составил $1,4 \pm 0,2$.

У мужчин II группы в области отсутствующих зубов наблюдали атрофию костной ткани по ширине и высоте. Концентрация общего тестостерона составила $7,2 \pm 0,4$ нмоль/л, что ниже контрольных значений почти в 2 раза ($p < 0,001$). По результатам денситометрии МПКТ составляла 70% от пиковой костной массы, в поясничном отделе **Z total** критерий был равен $-2,9 \text{ SD} \pm 0,3 \text{ SD}$, что соответствовало остеопорозу, в области шейки бедра – $1,5 \text{ SD} \pm 0,3 \text{ SD}$ (характерно для остеопении).

У 70% пациентов на кристаллограммах прослеживался **II тип** микрокристаллизации слюны, у 30% – **III тип**. Показатель микрокристаллизации ротовой жидкости составил $2,3 \pm 0,3$, что в 2 раза превышало значения контрольной группы ($p < 0,01$).

Таким образом, тест микрокристаллизации слюны может быть использован для прогнозирования наличия остеопенического синдрома.

Выводы

1. У мужчин 45–55 лет совокупность признаков – атрофия альвеолярного отростка (части) челюстей в области отсутствующих зубов, висцеральное ожирение по абдоминальному типу с объемом талии >102 см, ИМТ > 30 , курение более 1,5 пачек сигарет в день, в анамнезе перенесенный эпидемический паротит, гипертоническая болезнь – факторы риска развития вторичного гипогонадизма.

2. Атрофия альвеолярного отростка (части) челюстей в области отсутствующих зубов у пациентов с признаками вторичного гипогонадизма можно считать предиктором наличия остеопенического синдрома (osteopenia, osteoporosis).

3. Микрокристаллизация слюны – неинвазивный, легко воспроизводимый тест выявления системного дисбаланса костного ремоделирования.

4. Пациентам с нарушением микрокристаллизации слюны необходимо комплексное обследование совместно с врачом-эндокринологом для выявления причины, диагностики и коррекции остеопенического синдрома.

Координаты для связи с авторами:

+7 (903) 570-86-86; b.stom@mail.ru – Козлова Марина Владленовна

Список литературы находится в редакции.

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

Отечественный анестетик

Брилокаин®

Преимущества:



Быстрое и
продолжительное
действие



Максимальная
эффективность



Отличная
переносимость



Минимальная
токсичность

Артикаин с адреналином
1:100000
теперь доступно
1:200000

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

№ 1 для местной анестезии

адреналинфорте



ФЕРИН

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

Повышение безопасности дентальной имплантации на этапах планирования и лечения

Профессор **Сергей Сохов**, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ

Аспирант **Ольга Ушакова**

Кафедра обезболивания в стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. Применение местной инфильтрационной, проводниковой и внутрикостной анестезии при проведении дентальной имплантации имеет ряд особенностей. Были изучены эффективность обезболивания, его глубина и продолжительность, латентный период, количество местноанестезирующего раствора и вазоконстриктора, показатели центральной гемодинамики, артериального давления, частоты сердечных сокращений при проведении обезболивания каждого вида. Для повышения эффективности, качества и безопасности внутрикостного обезболивания при дентальной имплантации разработана компьютерная программа «Имплавенция», которая анализирует клинико-физиологические данные пациента, помогает спланировать стоматологическое лечение, выбрать местноанестезирующий препарат и способ его введения.

Ключевые слова: дентальная имплантация; внутрикостная анестезия; планирование стоматологического лечения; компьютерная программа; количество анестетика; повышение эффективности, качества и безопасности внутрикостного обезболивания.

Interaction of periodontal tissues' chronic diseases and cardiovascular pathology

Professor **Sergey Sokhov**, Doctor of Medical Sciences, Honored Doctor of the Russian Federation

Postgraduate **Olga Ushakova**

Department of Anesthesia in Dentistry MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. Application of local infiltration, conductor and intraosseous anesthesia during dental implantation has a row of features. We have studied the efficiency of anaesthetizing, its depth and duration, latent period, amount of local anesthetic solution and vasoconstrictor, parameters of central hemodynamic, arterial pressure, frequency of heart-throbs during every type of anaesthetizing. To increase efficiency, quality and safety of the intraosseous anaesthetizing during dental implantation we have developed a computer program called Implavencia, which analyses clinical and physiological data of the patient, helps plan the dental treatment, choose the local anesthetic solution and the method of its injection.

Keywords: dental implantation; intraosseous anesthesia; planning of dental treatment; computer program; amount of anesthetic; increase of efficiency, quality and safety of the intraosseous anesthesia.

Дентальная имплантация неразрывно связана с болезненностью и травматичностью вследствие операционного вмешательства. Хирургическая операция невозможна без качественного, безопасного и надежного обезболивания. В дооперационном периоде на этапе комплексного обследования необходимо выбрать местноанестезирующий раствор и методику обезболивания с учетом данных анамнеза пациента, сопутствующих патологий, наличия у него аллергических реакций [2, 5, 9].

Инфильтрационная и проводниковая анестезии, применяемые при имплантологическом лечении, не всегда приводят к ожидаемому обезболивающему результату и имеют ряд недостатков [1, 6]. По данным некоторых исследований, применение однократной инъекции при диффузионной анестезии бывает неэффективно, коли-

чество вводимого местноанестезирующего раствора значительное, область обезболивания распространяется за пределы вмешательства, послеоперационный период часто отмечен возникновением парестезий [4, 7].

Уже несколько лет для внутрикостных инъекций российские стоматологи применяют компьютерный инъектор Quick Sleeper. Этот аппарат предназначен для выполнения анестезии любых видов – инфильтрационной, проводниковой, внутрисвязочной, интрасептальной.

Внутрикостное обезболивание при помощи Quick Sleeper предполагает использование стандартных карпул анестетика и специальных игл с ассиметричной заточкой. Циклично вращаясь, игла перфорирует кортикальную пластинку кости, что позволяет создавать локальное депо местноанестезирующего раствора в губчатом веществе кости в максимальной близости от корней зубов и

нервных волокон. Необходимое количество вводимого анестетика при внутрикостном обезболивании менее 1 мм [10].

В научной литературе нет данных о применении внутрикостной анестезии в дентальной имплантологии. Таким образом, применение компьютерного инъектора Quick Sleeper для выполнения внутрикостной транскортикальной анестезии при дентальной имплантации актуально и требует изучения.

Цель исследования

Повышение эффективности, качества и безопасности внутрикостного обезбоживания при проведении дентальной имплантации.

Материалы и методы

На клинко-физиологическом обследовании и лечении находились 143 пациента в возрасте от 23 до 56 лет. Из них 79 женщин и 64 мужчины. Диагноз «Частичное отсутствие зубов» был поставлен 28 пациентам с дефектами на верхней челюсти, 36 – на нижней челюсти, 79 – на верхней и нижней. Рекомендовано лечение: дентальная имплантация для замещения дефектов отсутствующих зубов. Все обследуемые имели различную степень атрофии костной ткани альвеолярных гребней в области отсутствующих зубов. По локализации дефекты были одиночные включенные, концевые односторонние и концевые двусторонние, т.е. относились к 1, 2, 3, 4 классам по классификации Кеннеди.

Данные клинко-физиологического обследования пациентов регистрировали в амбулаторной карте стоматологического больного, а затем вносили в компьютерную программу «Имплавенция» (патент № 2008615574 от 21.11.2008 г.), которая позволяет систематизировать и анализировать собранную информацию на этапе комплексного обследования, вести дневник приема, хранить данные рентгенологических и других методов исследования, составлять план стоматологического лечения, создавать трехмерную модель зубочелюстной системы пациента до и после лечения, давать рекомендации по локализации устанавливаемого имплантата и его параметрам (рис. 1).

Из методов лучевой диагностики пациентам назначали ортопантомографию на аппарате Sirona XG 3 DS для изучения состояния зубочелюстной системы и составления плана санации полости рта. Для определения средней плотности костной ткани, ее объема, выявления сопутствующей патологии, детального планирования имплантации применяли компьютерную томографию: мультиспиральную (МСКТ) на аппарате Philips Mx 40000 Dual и конусно-лучевую (КЛКТ) на аппарат i-CAT [2, 8]. Плотность костной ткани определяли по шкале Хаунс-

филда (HU). Полученные данные о денситометрии регистрировали в программе «Имплавенция». В соответствии с классификацией С.Е. Misch (1993) костную ткань делили на три класса в зависимости от плотности (рис. 2).

Всем 143 пациентам проведено имплантологическое лечение с применением одного или двух имплантатов. В зависимости от методики обезбоживания обследуемых поделили на три группы. В первой группе (n=28) выполнено инфильтрационное обезбоживание на верхней челюсти, во второй (n=36) – проводниковое обезбожи-

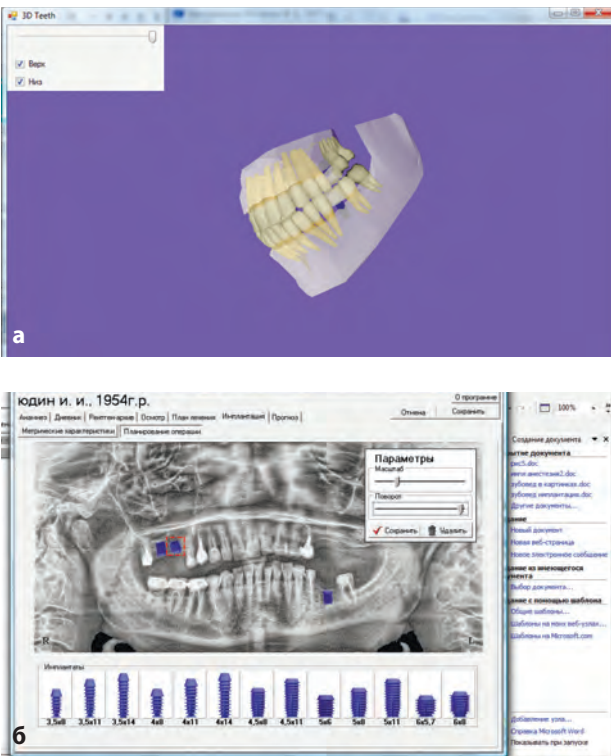


Рис. 1 Планирование дентальной имплантации при помощи программы «Имплавенция»: а) создание трехмерной модели зубочелюстной системы пациента; б) определение параметров устанавливаемого имплантата

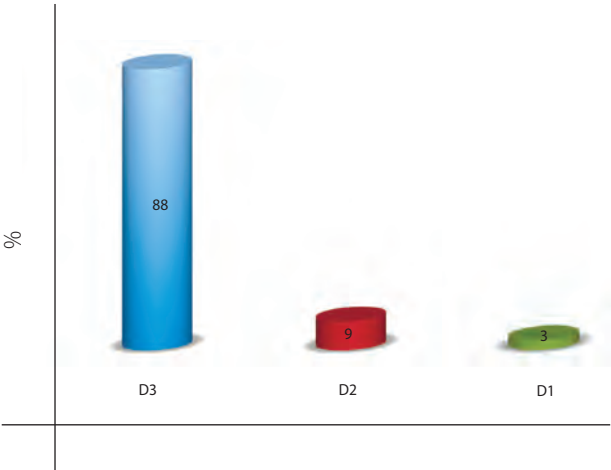


Рис. 2 Типы костной ткани пациентов в соответствии с классификацией С.Е. Misch, %

вание на нижней челюсти, в третьей (n=79) – проведена внутрикостная транскортикальная анестезия.

Обезболивание выполняли при помощи инъектора Quick Sleeper с использованием стандартных карпул артикаинсодержащего анестетика ультракаин Д-С (содержание вазоконстриктора адреналина 1:200000). Проводниковое обезболивание осуществляли по методике П.М. Егорова (1985), инфильтрационное проводили в области переходной складки. Перед внутрикостной анестезией обезболивали слизистую в месте предполагаемой инъекции, затем перфорировали кортикальную пластинку кости и вводили анестетик в губчатое вещество с помощью специальной иглы Transcort-S с ассиметричной заточкой. Для безопасности внутрикостных инъекций, выполняемых с вращением иглы, применяли специальную защиту для губ и губной ретрактор.

В послеоперационном периоде при возникновении боли в интактных зубах, смежных с областью хирургического вмешательства, при помощи Quick Sleeper пациентам проводили внутрикостную транскортикальную блокаду с введением 0,4–0,6 мл ультракаина Д-С форте (содержание вазоконстриктора адреналина 1:100000).

Глубину и продолжительность анестезии оценивали при помощи электроодонтотестера ОСП 1.1 МОДИС: определяли электровозбудимость пульпы интактных зубов, смежных с областью инъекции. Измерения проводили в микроамперах (мкА) до введения местноанестезирующего раствора и после инъекции спустя 0,5; 1; 2; 5; 10 и 30 мин. Регистрируемая прибором сила тока после инъекции, превышающая значение до инъекции, свидетельствовала о времени наступления анестезии и ее глубине.

О клинической эффективности анестезии каждого вида (инфильтрационной, проводниковой и внутрикостной) судили по четырехбалльной шкале клинической эффективности инъекционного обезболивания С.Т. Сохова (1997) до и после введения анестетика. Шкала позволяет оценить интенсивность болевых ощущений пациента от 1 балла, когда боль отсутствует, до 4, когда она значительная и требуется дополнительное обезболивание.

Контролировали показатели центральной гемодинамики, артериальное давление кистевым автоматическим тонометром Omron R1, частоту сердечных сокращений (ЧСС) при помощи электронного пульсового оксиметра «Армед». Измерения выполняли до инъекции, а также спустя 0,5; 1; 2; 5; 10 и 30 мин после введения анестетика.

Согласно составленному плану лечения и срокам остеоинтеграции имплантатов после хирургического этапа дентальной имплантации 7 пациентов направили на ортопедическое лечение. Для повышения его безопасности, качества и эстетики была разработана полезная



Рис. 3 Зубочелюстной протез с опорой на имплантат в полости рта пациента

модель «Зубочелюстной протез с опорой на имплантат» (патент № 124140 от 20.01.2013, **рис. 3**).

Применение данного протеза показано при ортопедическом лечении на имплантатах, установленных в эстетически значимых зонах в случаях снижения межальвеолярной высоты, значительной атрофии костной ткани альвеолярного гребня в области имплантата, невозможности восполнения утраченного объема кости костнопластическими операциями, при отсутствии успеха лечения после контурной пластики вестибулярной поверхности маргинальной десны [3]. Пришеечная часть зубочелюстного протеза имитирует десну, замещая утраченный объем кости. Цвет и размер искусственной коронки соответствуют цвету и размеру естественных зубов пациента.

Результаты и их обсуждение

При изучении результатов МСКТ и КЛКТ выявлена средняя плотность костной ткани – от 438 до 573 НУ. В соответствии с классификацией С.Е. Misch тип костной ткани у большинства обследованных (88%) можно отнести к III классу (D3, **см. рис. 2**).

Пациентам всех трех групп проводили обезболивание артикаинсодержащим препаратом ультракаин Д-С с содержанием вазоконстриктора адреналина 1:200000. При инфильтрационном и проводниковом обезболивании вводили 1,7 мл анестетика, при внутрикостном транскортикальном – 0,4–0,6 мл.

Установлена средняя продолжительность анестезии в каждой группе в зависимости от вида обезболивания. Для инфильтрационного она составила 56,3 мин, для проводникового по Егорову – 69,9 мин, для внутрикостного транскортикального – 36,4 мин (**табл. 1**).

Таким образом, для достижения эффективного внутрикостного обезболивания достаточно введения 0,4–0,6 мл анестетика, что на 1,1–1,3 мл меньше, чем при проводниковом и инфильтрационном.

Таблица 1 Продолжительность обезболивания в зависимости от вида анестезии

Вид анестезии	Группа					
	I		II		III	
	Анестезия					
	инфильтрационная (n=28)		проводниковая (n=36)		внутрикостная транскортикальная (n=79)	
Продолжительность анестезии, мин	Средняя – 56,3	n	Средняя – 69,9	n	Средняя – 36,4	n
≥60	66	11	78	31	–	–
60–50	59	13	58	3	–	–
50–40	44	4	49	2	42	22
≤40	–	–	–	–	34	57

Установлено среднее время наступления анестезии каждого вида. При проведении инфильтрационного и проводникового обезболивания к оперативному вмешательству можно приступить спустя 2–3 и 4–6 мин соответственно. После внутрикостного транскортикального обезболивания – через 30–60 с после инъекции. Следовательно, наименьший латентный период отмечен при внутрикостном транскортикальном обезболивании.

Оценка эффективности анестезии в процессе операции показала: после инфильтрационного обезболивания болезненность в 3 балла была отмечена в 7% случаев, после проводниковой анестезии болезненные ощущения в 3–4 балла зафиксированы в 11% случаев.

После внутрикостной транскортикальной анестезии оперативное вмешательство прошло безболезненно у 69 пациентов. Неприятные ощущения в 2 балла отметили 11 человек. Болезненность в 3 балла наблюдали у 72,2% пациентов спустя 25–30 мин после введения местноанестезирующего раствора и у 27,8% через 35–40 мин (табл. 2).

В случаях недостаточно эффективного инфильтрационного или проводникового обезболивания дополнительно вводили 1 мл ультракаина Д-С и 0,3–0,4 мл этого же анестетика при неэффективном внутрикостном обезболивании. Таким образом продлевали внутрикостную анестезию на 15–20 мин, что позволяло завершить

оперативное вмешательство безболезненно. В результате исследования показателей артериального давления до введения анестетика среднее значение для систолического давления составляло 118,1±6,2 мм рт. ст., для диастолического – 74,3±5,9 мм рт. ст. Средний показатель частоты сердечных сокращений у пациентов до введения анестетика равнялся 77,8±6,4 уд./мин. Спустя 0,5; 1; 2; 5; 10 и 30 мин после инъекции у пациентов всех трех групп не было зафиксировано существенных отличий от исходных значений. Иными словами, показатели АД и ЧСС у всех пациентов в процессе оперативного вмешательства оставались в пределах нормы.

В послеоперационном периоде на второй-третий день после операции 23 пациента обратились с жалобами на ноющую боль в интактных зубах, граничащих с областью вмешательства. Для снятия боли им провели блокады в области беспокоящего зуба при помощи компьютерного инъектора Quick Sleeper. На следующий день боль в беспокоящих зубах исчезла (рис. 4).

В ходе операции и в послеоперационном периоде осложнений, связанных с применением аппаратного способа обезболивания автоматизированным инъектором Quick Sleeper не наблюдали. У всех пациентов достигнут эффект обезболивания. Во всех случаях хирургическое лечение выполнено безболезненно.

Таблица 2 Клиническая эффективность обезболивания по шкале С.Т. Сохова

Баллы	Группа		
	I	II	III
	Анестезия		
	инфильтрационная, n	проводниковая, n	внутрикостная транскортикальная, n
1 – полностью безболезненно	19	24	69
2 – не больно, но неприятно	7	8	11
3 – незначительная болезненность	2	2	72,2% спустя 29±7 мин после инъекции; 27,8% спустя 38±6 мин после инъекции
4 – выраженная болезненность	–	2	–



Рис. 4 Купирование болевых ощущений в интактных зубах, смежных с областью вмешательства: проведение блокады на 2–3 сут после операции

Пациентам были даны рекомендации и назначена противовоспалительная и антимикробная терапия. Раз в полгода осуществляли клинический осмотр, рентгенологическое обследование, профессиональную гигиену.

Выводы

Таким образом, сравнительный анализ безопасности, клинической эффективности и качества проводникового, инфильтрационного и внутрикостного способов обезболивания при проведении хирургического этапа дентальной имплантации выявил:

- 1) клиническая эффективность внутрикостной анестезии при проведении дентальной имплантации составляет 97,2%, что позволяет осуществлять безболезненное оперативное вмешательство;
- 2) внутрикостное обезболивание при проведении дентальной имплантации эффективно при минимальном количестве анестетика (0,4–0,6 мл);
- 3) безопасность внутрикостного обезболивания осуществляется посредством малых доз вводимого анестетика и характеризуется отсутствием парестезий мягких тканей;

4) время наступления анестезии при внутрикостном обезболивании составляет 30–60 с, что позволяет приступить к оперативному вмешательству незамедлительно;

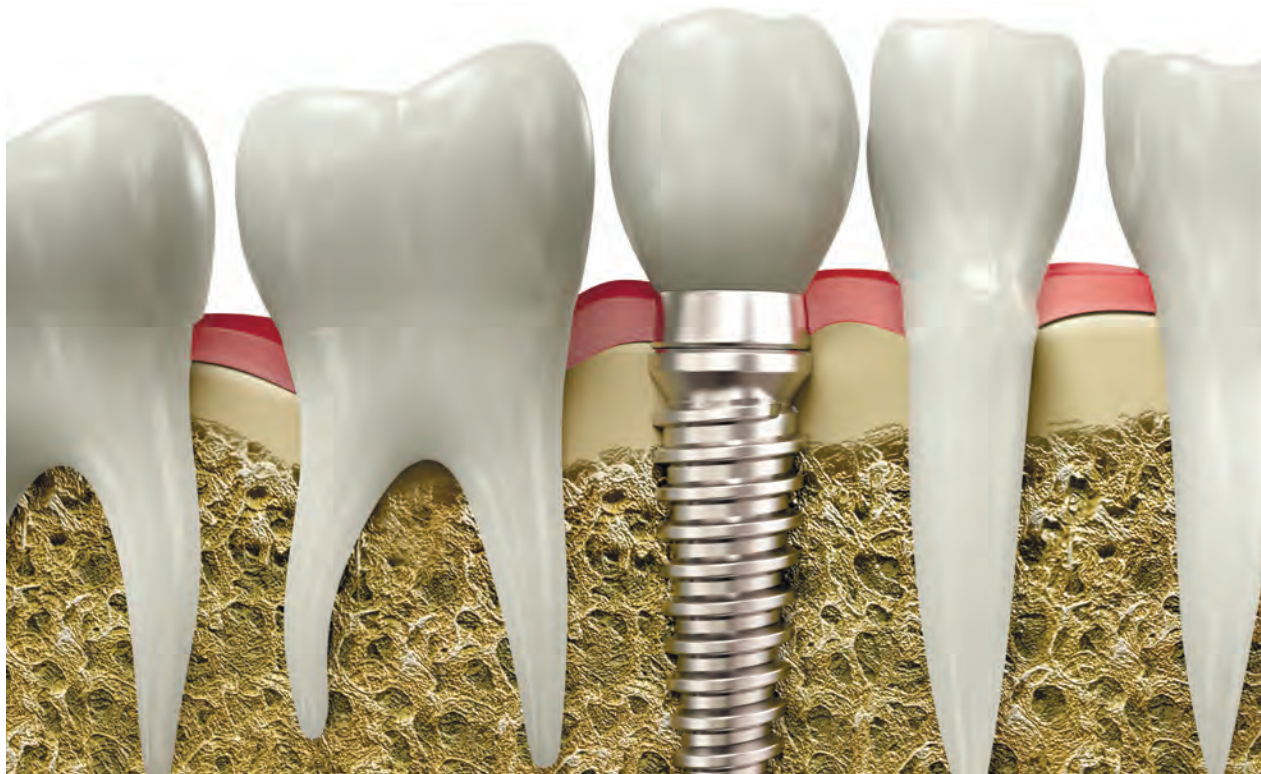
5) применение компьютерной программы «Импланвенция» дает возможность в дооперационном периоде осуществлять анализ клинико-физиологических данных пациентов, планировать безопасное стоматологическое лечение, выбирать местноанестезирующий препарат и способ его введения.

Координаты для связи с авторами:

+7 (495) 611-12-23 – кафедра обезболивания в стоматологии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузин А.В., Дадыкин С.С. Внутрикостная анестезия ретромолярной области нижней челюсти. – Cathedra, 2013, № 43, с. 22–25.
2. Кулаков А.А., Архипов А.В. Особенности дентальной имплантации при низкой плотности кости. – Стоматология, 2012, № 5, с. 31–33.
3. Никольский В.Ю. Восстановление костной ткани в эстетически значимых зонах при применении метода дентальной имплантации. – Стоматология, 2012, № 2, с. 37–40.
4. Петрикас А.Ж. Сосудистые детальные анестезии и их механизм. – Стоматология, 2010, № 1, с. 66–70.
5. Робустова Т.Г. Имплантация зубов. – М.: Медицина, 2003, с. 557–560.
6. Сохов С.Т. Сравнительная характеристика проводникового и внутрикостного обезболивания (клинико-рентгенологическое обследование). – Стоматология для всех, 2011, № 2, с. 48–52.
7. Стягайло С.В. Особенности инъекционного местного обезболивания современными анестетиками при лечении пульпита. – Автореф. канд. дисс., СПб, 2008, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 18 с. Ушаков А.И. Планирование дентальной имплантации при дефиците костной ткани и профилактика операционных рисков. Часть 1. Лучевая диагностика. – Стоматология, 2012, № 1, с. 48–53.
8. Цимбалистов А.В., Робакидзе Н.С., Трифонов Б.В. Лечебно-диагностические мероприятия при планировании ортопедического лечения. – СПб: Человек, 2011, с. 5.
9. Collier T. L'anesthésie transcorticale, technique de première intention. – Inf. Dentaire, 2006, № 4, p. 125–128.



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

AnteX
medical technologies

— эксклюзивный дистрибьютор в России

Тел. **8-800-333-05-61**

www.frank-dental.ru



Изучение распространенности предраковых заболеваний слизистой оболочки рта на основании использования скрининговых методов диагностики

Юлия Смирнова

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

Резюме. В статье представлены результаты изучения распространенности предраковых заболеваний слизистой оболочки рта (СОР) с помощью скрининговых методов диагностики. Была выявлена довольно высокая распространенность предраковых заболеваний СОР у жителей Москвы, среди которых доминирует эрозивно-язвенная форма плоского лишая. Данная тенденция увеличивается с возрастом. Для диагностики рекомендуется начинать обследование с визуальных методов.

Ключевые слова: предраковые заболевания слизистой оболочки рта; скрининговые методы диагностики; визуальные методы.

The study of the prevalence of precancerous lesions of the mucous membranes of the mouth based on the use of screening methods for diagnosis

Julia Smirnova

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

Summary. The results of the study of the prevalence of precancerous lesions of the oral mucosa by means of screening diagnostics. Identified the relatively high prevalence of precancerous lesions GRA to residents of Moscow, dominated by erosive and ulcerative form of lichen planus. The prevalence of precancerous disease increases with age. For the diagnosis is recommended to start with a visual inspection of diagnostic methods.

Keywords: premalignant diseases of oral cavity mucous membrane; screening methods of diagnostics; visual methods.



В настоящее время одним из актуальных вопросов стоматологии остается диагностика предраковых заболеваний слизистой оболочки рта (СОР), что в первую очередь, обусловлено их высокой распространенностью – 12,5% от всех заболеваний СОР [2, 5, 12]. Проблема усугубляется тем, что, по данным ОНЦ РАМН, в 70% случаев опухоли СОР и губы, несмотря на доступность визуального обследования, диагностируют лишь на III–IV клинических стадиях заболевания [6]. Столь высокий процент выявления запущенных форм поражений можно объяснить не только поздней обращаемостью больных в лечебные учреждения, но и недостаточностью онкологической настороженности у многих врачей, а также отсутствием дополнительных средств диагностики.

Между тем, поздняя диагностика онкологических заболеваний СОР, как правило, предполагает лечение в виде обширных оперативных вмешательств, результаты которых остаются неудовлетворительными – заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований СОР характеризуются устойчивой тенденцией к росту [3, 4]. Поэтому особую актуальность приобретает активное выявление предраковых заболеваний СОР на ранних стадиях с использованием скрининговых методов диагностики [13]. Это позволяет не только избежать необходимости применения инвазивных методов исследования, уменьшить риск развития рака, но также снизить смертность от сквамозно-клеточных карцином [10].

В настоящее время для выявления и диагностики предраковых заболеваний СОР применяют ряд методов, среди которых простая и расширенная стоматоскопия, цитологический метод, аутофлуоресцентная эмиссионная спектроскопия, определение онкомаркеров в слюне, биопсия, а также современные методы визуализации (например, с помощью аппарата VELscope). В последние годы все больший интерес как исследователей, так и клиницистов, привлекает онкоскрининговая система ViziLite. Ее использование основано на регистрации различий в свечении нормальных и атипичных клеток на поверхности СОР [8, 9, 11].

Цель исследования

Изучение распространенности предраковых заболеваний СОР с помощью скрининговых методов диагностики.

Материалы и методы

В исследовании, проводившемся с сентября 2010 г. по июнь 2012 г., приняли участие 1146 пациентов – 558 мужчин (48,7%) и 588 женщин (51,3%), обратившихся в Центр стоматологии и ЧЛХ МГМСУ. Возраст пациентов колебался от 40 до 60 лет и составлял в среднем $52,7 \pm 3,9$ года. Каждому больному провели комплексное обследование, включавшее выявление жалоб, факторов риска, пальпацию

регионарных лимфатических узлов, тщательный осмотр и пальцевое исследование СОР и языка. У пациентов с подозрением на предраковое или злокачественное поражение СОР диагноз верифицировали с помощью следующих методов скрининговой диагностики: расширенная стоматоскопия с использованием системы Ora test, система «Визилайт Плюс», лазер-индуцированный аутофлуоресцентный метод, цитологический метод, биопсия.

Результаты и их обсуждение

Предраковые заболевания СОР были диагностированы у 170 человек (14,8% от общего числа обследованных). В 11 случаях определили рак СОР, что составило 0,96% от числа всех обратившихся и 6,5% – от количества пациентов с первично диагностированным предраком. При изучении анамнеза этих больных выявили: 70% (119 человек) курят, 35,9% (61) регулярно употребляют спиртные напитки. У 25,9% (44) лиц отмечены обе вредные привычки. Между тем, именно эти факторы играют первостепенную роль в развитии предопухолевых процессов – они ответственны за возникновение 80% случаев рака СОР, а при их синергетическом эффекте риск возрастает в 100 раз [7]. Кроме того, у 37 человек (21,6%) наблюдали хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, у 107 (62,7%) – хроническую механическую травму СОР зубными протезами, острыми краями зуба и т.д., у 3 (15,7%) – наличие вредных привычек (удерживание во рту карандаша, ручки, гвоздей и пр.). Все это – факторы риска развития предраковых заболеваний СОР, поэтому их выявление в анамнезе должно настораживать практикующих врачей [1].

При клиническом обследовании пациенты предъявляли жалобы на болезненность при приеме пищи, сухость, стянутость, жжение в полости рта, чувство неловкости при разговоре и жевании. Большинство же не предъявляло никаких жалоб (рис. 1). При осмотре СОР и языка изменения цвета (очаги серовато-белого или молочного цвета), нарушение целостности, наличие бляшек и т.д. отмечены у 88,5% (150) пациентов. Что касается частоты выявления отдельных форм поражений СОР, то доминирующее положение занимала эрозивно-язвенная форма



Рис. 1 Структура жалоб пациентов с поражением СОР, %

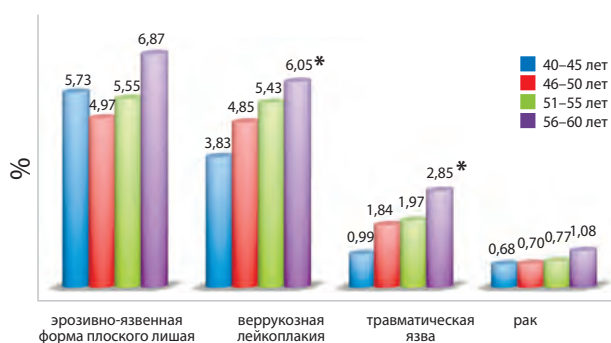


Рис. 2 Частота выявления некоторых предраковых заболеваний COP, %

плоского лишая. Эта патология была диагностирована у 75 человек, что составило 6,6% от числа всех обратившихся пациентов и 44,1% – от количества лиц с диагностированным предраком. Следующей по частоте была веррукозная лейкоплакия – 66 пациента (5,8 и 39,4% соответственно). Травматическая язва COP выявлена у 29 пациентов (2,5 и 17,0% соответственно, **рис. 2**).

При сравнительном анализе частоты отдельных заболеваний COP в зависимости от пола было обнаружено, что плоский лишай достоверно чаще встречался у женщин (68% против 32% у мужчин). Зафиксировано и статистически достоверное возрастание частоты заболевания COP с увеличением возраста пациентов. Так, в группе пациентов 40–45 лет частота выявления рака COP составила всего $0,68 \pm 0,08\%$, а среди лиц 56–60 лет эта цифра достигла $1,08 \pm 0,09\%$ ($p < 0,05$). Отмечено также превалирование частоты травматической язвы COP и веррукозной лейкоплакии в старшей возрастной группе (56–60 лет) по сравнению с пациентами 40–45 лет, однако в отношении эрозивно-язвенной формы плоского лишая значимые различия отсутствовали (**рис. 3**).

Следует отметить, что процент заболеваемости раком и веррукозной лейкоплакией был выше среди курящих пациентов во всех возрастных группах. Так, в возрасте 45–50 лет у $4,09 \pm 0,72\%$ курящих наблюдали лейкоплакию, а среди некурящих эта патология была зарегистрирована лишь в $2,11 \pm 0,54\%$ случаев ($p < 0,05$).



Прим.: *статистически достоверные различия с группой пациентов в возрасте 40–45 лет ($p < 0,05$).

Рис. 3 Сравнительный анализ частоты выявления отдельных заболеваний COP в разных возрастных группах, %

Вывод

Таким образом, с помощью ряда скрининговых методов диагностики выявлена довольно высокая распространенность предраковых заболеваний COP у жителей Москвы, среди которых доминирует эрозивно-язвенная форма плоского лишая. При этом обращает на себя внимание, что жалобы на болезненность предъявляли лишь 5,7% пациентов. Распространенность предраковых заболеваний, а также рака COP увеличивается с возрастом. Курение и алкоголь – значимые факторы риска развития предраковых заболеваний во всех возрастных группах.

Следует подчеркнуть, что полученные данные не носят окончательного характера. Напротив, они свидетельствуют о необходимости более серьезного изучения данной проблемы, а также широкого внедрения в практику новых современных скрининговых методов диагностики предраковых и злокачественных заболеваний COP.

Координаты для связи с автором:

GTSPG@mail.ru; +7 (495) 611-08-51 – кафедра гериатрической стоматологии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Борисенко Л.Г. Особенности в распространенности болезней слизистой оболочки рта среди населения старших возрастных групп. – Офиц. сайт БГМУ <http://www.bsnu.by>
- Вагнер В.Д., Ивасенко П.И., Демин И.Д. Амбулаторно-поликлиническая онкостоматология. – М.: Медкнига, 2002, 123 с.
- Воробьев Ю.И., Гарбузов М.И. Рак языка и слизистой дна полости рта. – Стоматология для всех, 2000, № 1, с. 37–39.
- Давыдов А.Б., Богатов В.В., Румянцев А.И. Социально-организационные проблемы и пути оптимизации диагностики карцином слизистой оболочки ротовой полости. – Стоматология для всех, 2004, № 2, с. 26.
- Долгопятова Е.В. Предраковые заболевания красной каймы губ – клинические и оптические диагностические критерии. – Автореф. канд. дисс., Ростов-на-Дону, 2004, РостГМУ, 23 с.
- Сдвижков А.М., Кожанов Л.Г., Пачес А.И. с соавт. Некоторые вопросы организации диагностики и лечения рака слизистой оболочки рта в городе Москве. – Сибир. онкологич. журн., 2010, № 3 (39), с. 81.
- Солнышкина А.Ф. Морфология предраковых поражений слизистой оболочки полости рта в Тверской области. – Автореф. канд. дисс., СПб, 2010, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 21 с.
- Epstein J.B., Gorsky M., Lonky S. et al. The efficacy of oral lumenoscopy (ViziLite) in visualizing oral mucosal lesions. – Spec. Care Dentist., 2006, v. 26 (4), p. 171–174.
- Epstein J.B., Silverman S.Jr., Epstein J.D. et al. Analysis of oral lesion biopsies identified and evaluated by visual examination, chemiluminescence and toluidine blue/ – Oral Oncol., 2008, v. 44 (6), p. 615.
- Ensley J.F., Gutkind J.S., Jacobs J.R. et al. Head and neck cancer: emerging perspectives. – NY: Academic Press, 2003, 321 p.
- Kerr A.R., Sirois D.A., Epstein J.B. Clinical evaluation of chemiluminescent lighting: an adjunct for oral mucosal examinations. – J. Clin. Dent., 2006, v. 17 (3), p. 59–63.
- Scully C. Update on oral lichen planus: etiopathogenesis and management. – Crit. Rev. Oral Biol. Med., 1998, v. 9, p. 86–122.
- Shingaki S., Takada M., Sasai K. et al. Impact of lymph node metastasis on the pattern of failure and survival in oral carcinomas. – Am. J. Surg., 2003, v. 185, p. 278–284.

BJM LAB



Современные материалы для фиксации ортодонтических конструкций

Реклама

Полный
каталог



Каталог для
iPad



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

Эксклюзивный дистрибьютор в России: WWW.MEDENTA.RU

Влияние антигомтоксического препарата на биохимические и иммунологические показатели ротовой жидкости при лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени

Доцент **Ирина Иконникова**, кандидат медицинских наук

Ассистент **Анна Пашковская**, кандидат медицинских наук

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

Ассистент **Наталья Белозерова**, кандидат медицинских наук

Ассистент **Татьяна Фокина**, кандидат медицинских наук

Ассистент **Валентина Логинова**, кандидат медицинских наук

Кафедра кариесологии и эндодонтии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Ассистент **Ольга Титова**, кандидат медицинских наук

Кафедра травматологии ЧЛО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. Проблема поиска адекватных лекарственных препаратов для лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта остается актуальной. В комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени для нормализации аминокислотного обмена, метаболических процессов в костной ткани и стимуляции факторов местной защиты полости рта рекомендуется использовать антигомтоксический препарат в различных лекарственных формах. Для контроля над эффективностью лечения необходимо проведение дополнительных методов исследования: определение активности ферментов (ЩФ, АСТ, АЛТ), общего белка и концентрации иммуноглобулинов (sIgA, IgA и IgG) в ротовой жидкости.

Ключевые слова: пародонтит; антигомтоксический препарат; активность ферментов, концентрация иммуноглобулинов.

The influence of antihomotoxic medication on biochemical and immunological parameters of oral fluid in the treatment of generalized moderate chronic periodontitis

Associate professor Irina Ikonnikova, Candidate of Medical Sciences

Assistant Anna Pashkovskaya, Candidate of Medical Sciences

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

Assistant Natalia Belozerova, Candidate of Medical Sciences

Assistant Tatyana Fokina, Candidate of Medical Sciences

Assistant Valentina Loginova, Candidate of Medical Sciences

Department of Cariologi and Endodontics MSUMD named after A.I. Evdokimov

Assistant Olga Titova, Candidate of Medical Sciences

Department of Traumatology of the Maxillofacial Area MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. The problem of finding adequate medications for the treatment of inflammatory diseases of the periodontal tissues remains relevant. In complex treatment of generalized moderate chronic periodontitis to normalize the amino acid metabolism, metabolic processes in bone tissue, and stimulation of local protective factors of the oral cavity it is recommended to use antihomotoxic medication in various dosage forms. For monitoring the efficiency of the treatment of generalized moderate chronic periodontitis it is recommended to employ additional research methods: determination of the activity of enzymes (ALP, AST, ALT), total protein, and concentration of immunoglobulins (sIgA, IgA and IgG) in oral fluid.

Keywords: periodontitis; antihomotoxic medication; enzyme activity; concentration of immunoglobulins.

По данным экспертов ВОЗ, воспалительные заболевания составляют более 90% патологий пародонта [9]. Это ведет к появлению в полости рта очагов хронической инфекции, утрате зубов, снижению реактивности и другим нарушениям в организме.

Ведущую роль в развитии воспалительных заболеваний пародонта играет микробная флора зубных отложений, содержащее пародонтальных карманов, в особенности штаммы пародонтопатогенных анаэробных микроорганизмов, что подтверждено многочисленными исследованиями [5, 10, 11].

Разнообразие микрофлоры полости рта требует применения для лечения гингивита и пародонтита противовоспалительных, антимикробных средств широкого спектра действия, а также антибиотиков, что ведет к дисбактериозу, аллергиям и другим заболеваниям [8].

Поиск более эффективных и безопасных лекарственных препаратов для лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта, методов контроля над состоянием иммунитета полости рта остается актуальным.

Антигомотоксическая терапия рассматривается как связующее звено между аллопатической терапией и гомеопатией и в сегодня включается в лечение различных заболеваний [1, 2]. Антигомотоксические препараты воздействуют на разные звенья патогенеза воспалительного процесса, стимулируют регенерацию челюстно-лицевой области, способствуют активации защитных сил организма [2–4, 6, 8, 9].

Механизм действия таких препаратов связан со способностью запускать каскад вспомогательных иммунологических реакций за счет активации клон Th3-лимфоцитов, восстановления соотношения про- и противовоспалительных цитокинов в очаге воспаления, а также уменьшать классические признаки воспаления: отек, боль, покраснение, нарушение функций. Кроме того, происходит высвобождение кислородных радикалов, активация нейтрофильных гранулоцитов. Благодаря активации фибробластов повышаются регенераторные способности тканей [7].

Сведения об эффективности антигомотоксических препаратов в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта единичны. Данные о том, как изменяется состав ротовой жидкости, активность ферментов и концентрация иммуноглобулинов в слюне после хирургического лечения хронического пародонтита с применением гомеопатических препаратов отсутствуют.

Цель исследования

Дать оценку терапевтической эффективности использования антигомотоксического препарата в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени (ХГПсс).

Материалы и методы

В исследовании участвовали 78 пациентов от 30 до 65 лет: 15 человек (7 мужчин и 8 женщин) с клинически здоровым состоянием пародонта и 63 (28 мужчин и 35 женщин) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени. Пациентов разделили на 4 группы в зависимости от проводимых лечебных мероприятий.

В группу I (сравнения) вошли 23 человека (12 женщин и 11 мужчин), средний возраст – $52 \pm 1,8$ года. Во время комплексного лечения этим пациентам антигомотоксический препарат не назначали.

Группу II составил 21 пациент (12 женщин и 9 мужчин), средний возраст – $49,7 \pm 2,2$ года. После проведения лоскутной операции им вводили 2,2 мл антигомотоксического препарата по переходной складке в области операционного поля по типу инфильтрационной анестезии. Через 7 дней инъекцию повторяли в том же объеме.

К группе III отнесли 19 пациентов (11 женщин и 8 мужчин), средний возраст – $49,7 \pm 2,6$ года. Им после лоскутной операции вводили 2,2 мл антигомотоксического препарата по переходной складке в области операционного поля по типу инфильтрационной анестезии, а также в течение 14 дней назначали по 1 таблетке антигомотоксического препарата 3 раза в день до полного рассасывания.

В группу IV (контрольную) вошли 15 человек (8 женщин и 7 мужчин), средний возраст – $34 \pm 1,2$ года, не имевших патологии пародонта.

Всех пациентов обследовали с помощью основных (клинических) и дополнительных (параклинических) методов. Для объективной оценки состояния пародонта использовали индексы гигиены Грина–Вермильона (1964) и API (Lange, 1977). Состояние пародонта оценивали с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса РМА (1948, в модификации С. Parma, 1960); индекса кровоточивости десневой борозды SBI модифицированного (H.P. Muhlemann, 1971); пародонтального индекса (PI), предложенного A. Russel (1956).

С помощью дополнительных лабораторных методов определяли биохимические и иммунологические показатели ротовой жидкости пациентов с ХГПсс. Среди биохимических методов использовали: унифицированный динитрофенилгидразиновый метод Райтмана–Френкеля для определения аспаратаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы, унифицированный метод определения щелочной фосфатазы по гидролизу р-нитрофенолфосфата, унифицированный метод определения общего белка по биуретовой реакции.

Содержание IgA, IgA, IgG в ротовой жидкости определяли методом простой радиальной иммунодиффузии по Манчини. Всем пациентам провели профессиональное удаление зубных отложений, полирование поверхности зубов и реминерализующую терапию. После

этого обучили методам гигиены полости рта. Контроль гигиены выполняли до закрепления оптимального уровня (по данным индексной оценки). Предоперационная подготовка больных пародонтитом включала лечение зубов по поводу кариеса и замену некачественных пломб; восстановление нарушенных контактных пунктов между зубами; пломбирование клиновидных дефектов и эрозии эмали; эндодонтическое лечение по показаниям. Также проводили избирательное пришлифовывание зубов. При необходимости удаления изготавливали временные протезы. Хирургическое лечение начинали, когда уровень индивидуальной гигиены полости рта соответствовал высшему критерию (по данным индексной оценки). Всем пациентам с ХГПсс провели лоскутную операцию.

Результаты и их обсуждение

Данные лабораторных исследований пациентов контрольной группы говорят об отсутствии признаков хронического воспаления в организме и соответствуют хорошему местному иммунитету полости рта. АЛТ = $6,71 \pm 0,42$ МЕ/л, АСТ = $18,38 \pm 0,25$ МЕ/л, ЩФ = $16,47 \pm 0,15$ МЕ/мл, ОБ = $1,96 \pm 0,20$ г/л, sIgA = $0,297 \pm 0,006$ г/л, IgA = $0,087 \pm 0,005$ г/л, IgG = $0,035 \pm 0,003$ г/л. Результаты рентгенологической картины, клинических и лабораторных методов исследования в контрольной группе свидетельствуют об отсутствии воспалительных изменений в пародонте.

Наличие хронического воспаления в организме у пациентов группы I до лечения подтверждено значениями активности АЛТ, АСТ, ЩФ и ОБ – $13,98 \pm 0,32$ МЕ/л, $29,85 \pm 0,36$ МЕ/л, $24,54 \pm 0,42$ МЕ/мл и $5,50 \pm 0,11$ г/л соответственно.

В группе II наличие хронического воспаления до лечения доказывают значения тех же показателей: АЛТ = $11,68 \pm 0,55$ МЕ/л, АСТ = $26,83 \pm 0,45$ МЕ/л, ЩФ = $26,18 \pm 0,15$ МЕ/л, ОБ = $5,24 \pm 0,15$ г/л.

Обследование пациентов группы III до лечения показало наличие воспаления в тканях пародонта и нарушение метаболических процессов в костной ткани: активность АЛТ составила $13,24 \pm 0,61$ МЕ/л, АСТ – $27,29 \pm 1,01$ МЕ/л, ЩФ – $25,50 \pm 0,24$ МЕ/мл, ОБ – $4,79 \pm 0,12$ г/л.

Анализ концентрации иммуноглобулинов в ротовой жидкости у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом до лечения показал существенные изменения в системе местного иммунитета полости рта: достоверное снижение в ротовой жидкости концентрации IgG и повышение sIgA и IgA.

После лечения при клиническом обследовании у пациентов ХГПсс в трех исследуемых группах состояние тканей пародонта оценили как здоровое. При лабораторных исследованиях отмечена динамика изменений биохимических и иммунологических показателей.

Снижение активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы и об-

щего белка в ротовой жидкости до значений нормы подтвердило противовоспалительный эффект комплексного лечения ХГПсс с применением антигомотоксического препарата. При его введении в инъекционной и таблетированной форме эффект был более выраженным.

Достоверное повышение концентрации IgG, снижение sIgA и IgA в ротовой жидкости после лечения свидетельствует об иммуностимулирующем действии антигомотоксического препарата, которое более выражено при сочетанном использовании таблетированной и инъекционной форм.

Вывод

В комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени с целью нормализации аминокислотного обмена, метаболических процессов в костной ткани и стимуляции факторов местной защиты полости рта рекомендуется использовать антигомотоксический препарат в различной лекарственной форме.

Координаты для связи с авторами:

GTSPG@mail.ru; +7 (495) 611-08-51 – кафедра гериатрической стоматологии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровская И.Ю. Клинико-лабораторное обоснование использования гомеопатических препаратов в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с отягощенным аллергологическим статусом. – Автореф. канд. дисс., М., 2005, ЦНИИС, 123 с.
2. Безруков С.Г., Салиева З.С. Опыт применения препарата «Траумель С» в комплексном лечении больных с флегмонами и абсцессами тканей в челюстно-лицевой области. – Биологич. стоматология, 1999, № 2, с. 20–22.
3. Варфоломеева И.А. Применение препарата «Траумель С» (мазь) для лечения воспалительных процессов в челюстно-лицевой области. – Биологич. медицина, 1999, № 1, с. 40–41.
4. Веригин Г.И. Применение комплексного антигомотоксического препарата «Траумель С» в стоматологии. – Биологич. медицина, 1998, № 2, с. 35–36.
5. Григорьян А.С. Болезни пародонта. – М.: МИА, 2004, 320 с.
6. Грудянов А.И., Безрукова И.В., Серебрякова Л.Е. с соавт. Изучение местного иммуностимулирующего эффекта применения различных лекарственных форм гомеопатического препарата «Траумель С» при лечении воспалительных заболеваниях пародонта. – Стоматология, 2006, № 2, с. 29–30.
7. ЗАО «Арнебия»: монография на препарат «Траумель С». – М.: Арнебия, 2011, 51 с.
8. Зорян Е.В., Зорян А.В. Гомеопатический метод лечения и возможность его использования в стоматологич. практике. – Клинич. стоматология, 2002, № 3, с. 48–52.
9. Крихели Н.И., Николаева И.Н., Янушевич О.О. Применение гомеопатических препаратов в комплексном лечении воспалительных заболеваниях пародонта. – Стоматология для всех, 2008, № 3, с. 34–36.
10. Трезубов В.Н., Афиногенов Г.Е., Доморад А.А. с соавт. Результаты сравнительного исследования микрофлоры содержимого зубодесневой бороздки в области интактных зубов у практически здоровых пациентов и больных, инфицированных вирусным гепатитом. – Пародонтология, 2003, № 3, с. 32–35.
11. Scharf Z., Goultschin J., Dean D.D. et al. Mechanisms of alveolar bone destruction in periodontitis. – J. Periodontol., 2000, 1997, v. 4, p. 58–72.

Новейшая звуковая зубная щетка Philips



Реклама

Sonicare DiamondClean – передовые технологии чистки зубов для превосходных¹ результатов

Помогите пациентам оценить достоинства технологии Sonicare после первой же чистки!

- Новейшая электрическая звуковая щетка Philips Sonicare DiamondClean удаляет до 100% больше налета в труднодоступных для чистки местах по сравнению с мануальной зубной щеткой¹
- Эффективное и, вместе с тем, деликатное очищение способствует улучшению состояния десен уже в течение 2-х недель²
- Клинически доказано: способствует осветлению эмали зубов уже после 1 недели использования³

Вопросы о продукции Philips можно задать по телефону: +7 (495) 961 1111 и 8-800-200 0880. <http://www.philips.ru>

1. Putt M, Milleman J, DeLaurenti M, Schmitt P. Эффективность удаления зубного налета при использовании двух новых насадок Philips Sonicare DiamondClean. Ранее не публиковавшиеся данные, 2010. 2. Milleman J, Putt M, DeLaurenti M, Souza S, Jenkins W. Сравнительная оценка снижения интенсивности проявлений гингивита и удаления зубного налета при использовании Sonicare DiamondClean и мануальной зубной щетки. Ранее не публиковавшиеся данные, 2011. 3. Colgan P, DeLaurenti M, Johnson M, Jenkins W, Strate J. Оценка удаления пигментированного налета при использовании электрической звуковой щетки Philips Sonicare DiamondClean и мануальных зубных щеток. Ранее не публиковавшиеся данные, 2010.

PHILIPS
sonicare

Взаимодействие хронических заболеваний тканей пародонта и кардиоваскулярной патологии

Ассистент **Мария Пименова**

Кафедра клинической стоматологии № 3 МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. В обзоре показана актуальность изучения этиопатогенеза и взаимодействия хронических заболеваний тканей пародонта и кардиоваскулярной патологии.

Ключевые слова: хронический пародонтит; ишемическая болезнь сердца; взаимосвязь; этиопатогенез.

Interaction of periodontal tissues' chronic diseases and cardiovascular pathology

Assistant **Maria Pimenova**

Department of Clinical Dentistry № 3 MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. The article shows the urgency of studying interactions of periodontal tissues' chronic diseases and cardiovascular pathology.

Keywords: chronic periodontitis; ischemic heart trouble; interrelation; etiopathogenesis.

Согласно многочисленным исследованиям, в последние годы наметилась явная тенденция к росту числа заболеваний пародонта среди населения различных регионов нашей страны и мира в целом [1–4]. По данным ВОЗ, основанным на стоматологическом обследовании населения 53 стран, в большинстве популяций, распространенность заболеваний пародонта среди населения в возрасте 35–45 лет достигает 65–98%. А среди молодежи 15–19 лет эти болезни встречаются у 55–99%.

Если к тому же принять во внимание увеличение интенсивности поражений тканей пародонта с возрастом, можно сделать вывод, что актуальность данной проблемы не вызывает сомнений.

В развитых странах сердечно-сосудистые заболевания остаются главной причиной смертности населения: в мире ежегодно от них умирает 14 млн человек (20% всех смертей) [23].

За последние годы в области профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний достигнуты определенные успехи, например, усилено внимание к питанию, контролю массы тела, физическим упражнениям, потреблению алкоголя и табака. Был разработан широкий спектр новых лекарственных препаратов. В настоящее время повсеместно применяют схемы комбинированного лекарственного лечения. Эти достижения увеличили показатель выживаемости больных. Растет также интерес к состоянию стоматологического здоровья пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [12]. Исследование, проведенное F.M. De Stefano с соавт., показало, что риск коронарной болезни у людей с хроническим пародонтитом на 25% выше, чем у лиц с незначительными пародонтологическими заболеваниями или без таковых [9]. У мужчин моложе 50 лет пародонтит сильнее влияет на заболеваемость коронарной болезнью: относительный риск – 17,2%. Данный показатель скорректирован в соответствии с дополнительными потенциальными факторами риска – возрастом, полом, расой, образованием, материальным положением, систолическим давлением, общим уровнем холестерина, индексом массы тела, диабетом, физической активностью, потреблением алкоголя, бедностью и курением.



Многочисленные литературные данные дают основание полагать, что воспалительный процесс в пародонте может быть одной из причин развития другой, не менее распространенной патологии – атеросклероза, в том числе коронарных артерий. Некоторые исследователи приходят к выводу о патогенетической общности хронического генерализованного пародонтита и атеросклероза с поражением аорты, коронарных артерий, периферических сосудов [10]. Зарубежные авторы рассматривают хронические генерализованные воспалительные заболевания тканей пародонта как фактор риска развития ишемической болезни сердца и коронарогенной смертности [11]. Также в литературе есть данные, в которых указана взаимосвязь неблагоприятного прогноза в течении острого инфаркта миокарда при отягощении фона ишемической болезни сердца хроническим генерализованным пародонтитом [18]. Однако эта гипотеза требует уточнения, в частности, сопоставления выраженности клинических проявлений хронического пародонтита и наличия системного атеросклероза.

В настоящее время показано, что микроорганизмы – представители пародонтопатогенной микрофлоры (*Porphyromanus gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Bacteroides forsythus* и др.), хламидии (*Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*), *Helicobacter pylori*, вирусы (*Virus influenza*, *Measles virus*, *Cytomegalovirus*, *Herpesviruses*), *Bordetella pertussis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Bacillus anthracis* и пр. – могут участвовать в этиологии и патогенезе не только воспалительных заболеваний тканей пародонта, но и атеросклероза, стенокардии, инсульта и т.д. [8, 13, 17].

По мнению ряда авторов, механизм влияния воспалительных заболеваний тканей пародонта на атерогенез следующий: пародонтальные карманы, будучи резервуарами патогенных микроорганизмов, высвобождают в кровоток бактериальные компоненты (эндотоксины), которые опосредованно, с помощью провоспалительных цитокинов и других медиаторов воспаления, продуцируемых клетками-респондерами, вызывают альтерацию эндотелия сосудов, гиперлипидемию и липидную инфильтрацию сосудистой стенки, а также стимулируют и поддерживают воспалительный ответ. Таким образом, запускается и поддерживается атерогенный процесс [5].

Для проверки этой гипотезы проведен ряд экспериментальных и клинических исследований, в том числе инвазивных [25]. Однако полученные результаты во многом противоречивы и неоднозначны, что требует дальнейшего более детального изучения этой проблемы.

В зарубежной литературе обозначено несколько гипотез развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Воспалительная – вероятность развития сердечно-сосудистых и нейрососудистых заболеваний повышают

не собственно хронические инфекции, а продуцируемые при хроническом инфекционном процессе факторы воспаления: С-реактивный белок, повышенное количество лейкоцитов и уровень фибриногена в крови, фактор некроза опухолей α , провоспалительные цитокины, которые могут являться независимым фактором риска развития атеросклероза, стенокардии, а также первичного или повторного инсульта [15]. Их высвобождение при обострении инфекционного процесса вызывает каскад биохимических реакций, что и служит причиной повреждения эндотелия эндокарда и стенок сосудов [21, 22].

Метаболическая – существуют параллельные изменения некоторых биохимических параметров у пациентов с воспалительными заболеваниями тканей пародонта и сердечно-сосудистой патологией. В частности, у лиц с хроническим пародонтитом часто обнаруживают повышение уровня холестерина, что представляет собой один из наиболее характерных признаков атеросклероза [20].

Иммунологическая – существует несколько иммунологических механизмов, обеспечивающих взаимосвязь хронической персистирующей инфекции при хроническом пародонтите с сердечно-сосудистыми и нейроваскулярными заболеваниями. Так, у некоторых пациентов с хроническим пародонтитом выявляют перекрестные иммунные реакции по отношению к бактериальным антигенам, включая пародонтопатогены, и к клеткам артериальной стенки. В частности, высказывается мнение, что при наличии в крови *Porphyromanus gingivalis* и *Chlamydia pneumoniae* возможны перекрестные иммунные реакции некоторых бактериальных антигенов и белка, вызывающего боль в сердце. При оценке корреляции иммунных реакций на антигены сосудистой стенки и различные виды пародонтопатогенной микрофлоры было показано, что все исследованные образцы тканей артерий вступали в перекрестные реакции с антигенами *Porphyromanus gingivalis*. С антигенами *Fusobacterium nucleatum* перекрестные реакции наблюдали в 84% случаев, с *Tannerella forsythia* – в 48%, с *Chlamydia pneumoniae* – в 28%, с *Helicobacter pylori* – в 4%, с *Haemophilus influenzae* – также в 4% [13, 19].

Патогенетические параллели сердечно-сосудистой патологии и хронического пародонтита чаще преобладали при персистенции таких пародонтопатогенных микроорганизмов, как *Porphyromanus gingivalis*, *Fusobacterium nucleatum* и *Tannerella forsythia*. По мнению авторов, подобные перекрестные реакции, по-видимому, и являются механизмом, опосредующим взаимосвязь между пародонтальной инфекцией и развитием сердечно-сосудистой патологии, в частности атеросклероза [12]. Кроме того, воспалительный процесс при хроническом пародонтите сопровождается развитием иммунных реакций. При этом увеличивается концентрация специфических IgA-антител к пародонтопатогенным микроорганизмам, что может

повышать риск аутоиммунных реакций по отношению к эндотелию сосудов.

Существует также мнение, что возможная причина персистенции внутриклеточной и пародонтопатогенной персистирующей микрофлоры – иммунодефицит, обусловленный разными причинами [16]. В таком случае нарушение иммунных механизмов может косвенно влиять и на развитие, и на течение сердечно-сосудистой патологии [24]. Наряду с исследованиями, в которых подтверждается взаимосвязь воспалительных заболеваний пародонта и ишемической болезни сердца, атеросклероза, инсульта и прочих заболеваний сердечно-сосудистой системы, есть работы, в которых подвергается сомнению роль пародонтопатогенной микрофлоры в развитии патологии сердечно-сосудистой и нервной систем [7].

Бурные дискуссии вызвали результаты исследования A. Grau (2005), в котором автор сделал попытку подтвердить, что хронические инфекции (пародонтопатогены) повышают риск развития стенокардии, и острый инфекционный процесс может стать непосредственным пусковым механизмом приступа этого заболевания [14, 15].

Несмотря на проведенные исследования, многие авторы сомневаются в наличии взаимосвязи между сердечно-сосудистыми заболеваниями и хроническими заболеваниями тканей пародонта. M. Diomedì и соавт. указывают, что патогенетическая связь хронической инфекции с сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными заболеваниями нельзя считать полностью установленной [11]. A. Adiloglu и соавт. считают, что предпосылки для такой взаимосвязи имеются, но большинство исследований проведены на небольших группах больных (до 50 человек), а для подтверждения гипотезы необходимо обследование крупных когорт населения (более 100 человек) [6, 7].

Приведенные данные говорят об отсутствии однозначной точки зрения на вопрос об этиологии и патогенезе персистирующей, в частности пародонтопатогенной, микрофлоры в развитии сердечно-сосудистой и нейрососудистой патологий.

В то же время, формирование единого мнения необходимо с клинической точки зрения, поскольку на практике тот или иной вывод связан с решением вопроса о целесообразности специфического противомикробного лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Координаты для связи с автором:

+7 (916) 456-00-66, squirrel84@list.ru – Пименова Мария Павловна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алимский А.В., Агаджанян А.А., Куликов Р.И. Состояние стоматологического статуса у взрослого населения Северо-восточного округа Москвы. – Новое в стоматологии, 1999, № 3, с. 59–60.
2. Царев В.Н., Николаева Е.Н., Плахтий Л.А. с соавт. Применение новых молекулярно-биологических систем для диагностики и прогнозирования заболеваний пародонтита. // Пособ. для врачей. – М.: Медиа Сфера, 2005, 24 с.
3. Цепов Л.М. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний пародонта. // Справочно-методич. пособ. – Смоленск: СГМА, 1997, с. 57.
4. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. – М: МЕДпресс-информ, 2002, с. 192.
5. Шварц Я.Ш., Душкин М.И. Эндотоксинемия и атеросклероз. – Росс. кардиологич. журн., 2001, № 4 (30), с. 83–92.
6. Adiloglu A.K., Ocal A., Can R. et al. Detection of *Helicobacter pylori* and *Chlamydia pneumoniae* DNA in human coronary arteries and evaluation of the results with serologic evidence of inflammation. – Saudi. Med. J., 2005, v. 26, p. 1068–1074.
7. Al-Zahrani M.S., Kayal R.A., Bissada N.F. Periodontitis and cardiovascular disease: a review of shared risk factors and new findings supporting a causality hypothesis. – Quint. Int., 2006, v. 37, p. 11–18.
8. Andreou V., D'Addario M., Zohar R. et al. Inhibition of osteogenesis in vitro by a cigarette smoke-associated hydrocarbon combined with p. gingivalis lipopolysaccharide: reversal by resveratrol. – J. Periodontol., 2004, v. 75, p. 939–948.
9. De Stefano F.M., Anda R.F., Kahn H.S. et al. Dental disease and the risk of coronary heart disease and mortality. – BMJ, 1993, v. 306, p. 688–691.
10. De Stefano F.M., Ford E.S., Newman J. et al. Risk factors for coronary heart disease mortality among persons with diabetes. – Annals. Epidemiol., 1993, v. 3, p. 27–34.
11. Diomedì M., Leone G., Renna A. The role of chronic infection and inflammation in the pathogenesis of cardiovascular and cerebrovascular disease. – Timely. Top. Med. Cardiovasc. Dis., 2006, v. 10, p. 6.
12. Fong I.W. Emerging relations between infectious diseases and coronary artery disease and atherosclerosis. – CMAJ, 2000, v. 163, p. 49–56.
13. Ford P.J., Gemmell E., Hamlet S.M. et al. Cross-reactivity of GroEL antibodies with human heat shock protein 60 and quantification of pathogens in atherosclerosis. – Oral Microbiol. Immunol., 2005, v. 20, p. 296–302.
14. Grau A.J. Role of Anti-infective Strategies in the Prevention of Stroke. – Curr. Treat. Options. Cardiovasc. Med., 2005, v. 7, p. 187–195.
15. Hajishengallis G., Sharma A., Russell M.W. et al. Interactions of oral pathogens with toll-like receptors: possible role in atherosclerosis. – Ann. Periodontol., 2002, v. 7, p. 72–78.
16. Kolmos H.J., Gluud C.N., Loos B.G. et al. Elevation of systemic markers related to cardiovascular diseases in the peripheral blood of periodontitis patients. – J. Periodontol., 2000, v. 71, p. 1528–1534.
17. Loeshe W.J. Role of *Streptococcus mutans* in human dental decay. – Microbiol. Rev., 1986, v. 50, p. 353–380.
18. Luis-Delgado O., Echevarria-Garcia J.J., Berini-Ayres L. et al. Periodontitis as a risk factor in patients with ischemic heart disease. – Med. Oral, 2004, v. 9, p. 125–137.
19. Mantyla P., Stenman M., Paldanius M. et al. *Chlamydia pneumoniae* together with collagenase-2 (MMP-8) in periodontal lesions. – Oral Dis., 2004, v. 10, p. 32–35.
20. Meurman J.H., Sanz M., Janket S.J. Oral health, atherosclerosis, and cardiovascular disease. – Crit. Rev. Oral Biol. Med., 2004, v. 15, p. 403–413.
21. Molnar P., Erdo S.L. Vinpocetine is as potent as phenytoin to block voltage-gated Na⁺ channels in rat cortical neurons. CNS Pharmacology Laboratory, Chino Co. Ltd., Budapest, Hungary. Eur. – J. Pharmacol., 1995, v. 273, p. 303–306.
22. Sallum E.J., Nouer D.F., Klein M.I. et al. Clinical and microbiologic changes after removal of orthodontic appliances. – Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop., 2004, v. 126, № 3, p. 363–366.
23. Tunstall-Pedoe H., Kuulasmaa K., Amouyel P. et al. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. Registration procedures, event rates, and case-fatality rates in 38 populations from 21 countries in four continents. – Circulation, 1994, v. 90, p. 583–612.
24. Vitkov L., Krautgartner W.D., Hannig M. Bacterial internalization in periodontitis. – Oral Microbiol. Immunol., 2005, v. 20, p. 317–321.
25. Zhu J., Quyyumi A.A., Norman J.E. et al. The possible role of hepatitis A virus in the pathogenesis of atherosclerosis. – J. Infect. Dis., 2000, v. 182, p. 15–37.

Здоровые улыбки сегодня – уверенные люди завтра



Профессор
Людмила Тупикова,
доктор медицинских наук,
заведующая кафедрой



Клинический ординатор
Михаил Трифонов

Кафедра ортопедической стоматологии АГМУ (Барнаул) Минздрава РФ

Резюме. Сохранение здоровья молодежи – одна из важнейших задач медицины. Деформации и аномалии – патологии, способные наиболее грубо нарушить физиологические конфигурации костей челюстно-лицевой области. Эта проблема требует комплексного и поэтапного подхода, однако, по последним данным, количественные и качественные показатели распространенности аномалий и деформаций челюстно-лицевой области с каждым годом растут. Динамические наблюдения за молодежью и разъяснительная работа могут повысить мотивацию к лечению. Использование современных высокотехнологичных методов устранения зубочелюстных деформаций существенно сокращает сроки лечения и повышает его качество.

Ключевые слова: молодежь; распространенность стоматологической патологии; зубочелюстные аномалии и деформации; вертикальные деформации; 3D-моделирование.

Healthy smiles today – confident people tomorrow

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

Clinical ordinator **Mikhail Trifonov**

Department of Prosthetic Dentistry ASMU (Barnaul)

Summary. Safeguarding the health of young people – one of the major problems of medicine. Pathology that can most flagrantly violate the physiological bone configuration maxillofacial region are deformation and anomalies. This problem requires an integrated and stepwise approach, but according to the latest data, quantitative and qualitative indicators of the prevalence of abnormalities and deformities maxillofacial grow every year. Dynamic monitoring of youth and outreach can increase motivation for treatment. The use of modern high-tech methods eliminate the dentofacial deformities significantly reduces treatment time and improves its quality.

Keywords: youth; prevalence of dental pathology; dentofacial anomalies and distortions; vertical deformation; 3D-modeling.

Сохранение здоровья молодежи – одна из важнейших задач медицины. К сожалению, молодым людям свойственно легкомысленное, небрежное отношение к собственному здоровью [10]. Так, по данным опроса, проведенного в 2010 г., больше половины молодого населения вообще не считают стоматологические заболевания серьезными и требующими немедленной коррекции. Однако молодые люди отмечают, что найдут время и средства посетить стоматолога, если патология будет ухудшать эстетический вид лица [1]. Деформации и аномалии – патологии, способные наиболее грубо нарушить физиологические конфигурации костей челюстно-лицевой области. А это, в свою очередь, вызывает серьезные эстетические дефекты и приводит к тяжелым функциональным нарушениям (дисфункция

жевания, дыхания, глотания, речеобразования, развитие некариозных поражений и др.) В ряду наиболее распространенных заболеваний челюстно-лицевой области зубочелюстные деформации занимают третье место после кариеса и заболеваний пародонта. Причем отмечается взаимное влияние распространенности заболевания и тяжести его клинического течения [2].

Количественные показатели зубочелюстных аномалий и деформаций среди жителей различных регионов России колеблются от 30,9 до 76,5% [2, 4–6]. При этом тенденция к снижению патологии на сегодняшний день не прослеживается [7–9]. Более того, заболеваемость за последние пять лет увеличилась в 1,5 раза. Наблюдается прямо пропорциональная зависимость между возрастом и нуждаемостью в лечебных мероприятиях: чем



Рис. 1

старше возрастная группа, тем выше необходимость в лечении и ниже – в профилактике [3, 11].

Цель исследования

Обследование студентов, школьников и учащихся профессионально-технических училищ Барнаула и создание единого документа «Паспорт стоматологического здоровья» (рис. 1), в динамике отображающего всю информацию о состоянии полости рта обследуемого. Данные дают возможность объективно в течение нескольких лет проследивать изменения, выявлять предрасположенность к формированию деформаций зубных рядов у пациентов с частичным отсутствием зубов и дефектами твердых тканей. А также устранять деформации, восстанавливать анатомическую форму разрушенных зубов или возмещать отсутствующие зубы с помощью ортопедических конструкций.

Материалы и методы

Обследовано 717 человек: старшеклассники средних школ № 111 и 126, учащиеся ПТУ № 35, Алтайского краевого колледжа культуры, студенты Алтайского государственного медицинского университета, Алтайской государственной академии культуры и искусств. Во всех учебных заведениях количественные и качественные показатели деформаций почти всех видов росли с увеличением возраста обследованных.

Так, патологический прикус отмечен у 168 (23,4%) человек, из них 16 школьников (15,3% от общего количества школьников), 36 студентов младших курсов (17,1% от общего количества студентов младших курсов), 74 старшекурсника (26,3% от общего количества старшекурсников), 42 учащихся ПТУ (36,2% от общего количества учащихся ПТУ).

Различные виды зубочелюстных аномалий и деформаций по классификации Е.И. Гаврилова были выявлены у 398 (55,5%) обследованных, из них у 41 школьника (39,4%),

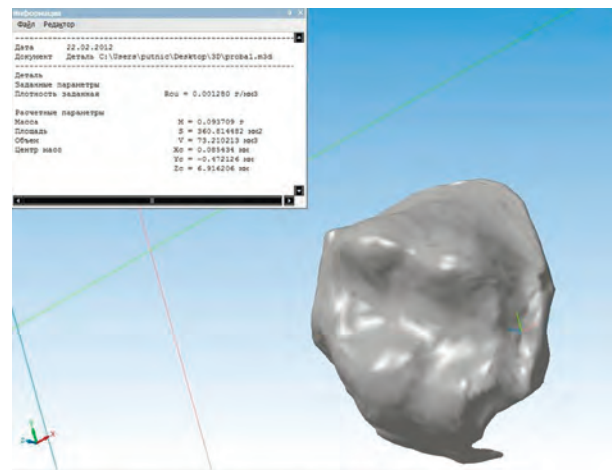


Рис. 2

105 студентов младших курсов (48,6%), 164 старшекурсников (58,5%), 88 учащихся ПТУ (75,8%). При статистическом сравнении результатов распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций, получены данные, свидетельствующие об отсутствии достоверно значимых различий проявления этого признака только при сравнении групп школьников и студентов младших курсов ($p>0,05$). Во всех остальных случаях проявления признака достоверно значимы ($p<0,05$), что говорит о взаимосвязи развития патологии и возраста.

Результаты и их обсуждение

Достоверно наибольший процент стоматологической патологии был выявлен среди учащихся средних учебных заведений, наименее критичная ситуация отмечена у школьников. Полученные данные свидетельствуют о крайне высокой распространенности стоматологической заболеваемости среди молодежи Алтайского края и требуют обязательной коррекции.

Для исправления дентоальвеолярного удлинения, возникшего в результате потери зуба-антагониста, использовали лечебную капу. На гипсовой модели челюсти область дефекта дополняли искусственным акриловыми зубами и методом термоформирования с помощью аппарата «Проформ» изготавливали капу.

Для создания повышенного давления на жевательную поверхность съемной конструкции в области смещенного зуба насаивали пластмассу холодного отверждения TempS толщиной до 0,5 мм. Через 1–2 нед насаивали еще слой – и так до тех пор, пока смещенный зуб не принимал физиологическое положение.

Для контроля степени перемещения зубов изготавливали контрольно-диагностические капы из пластин «Протемп сплент» толщиной 0,5 мм. Перемещение зубов регистрировали с помощью корригирующей массы Speedex, вносимой в ячейку капы, соответствующую перемещаемому зубу.

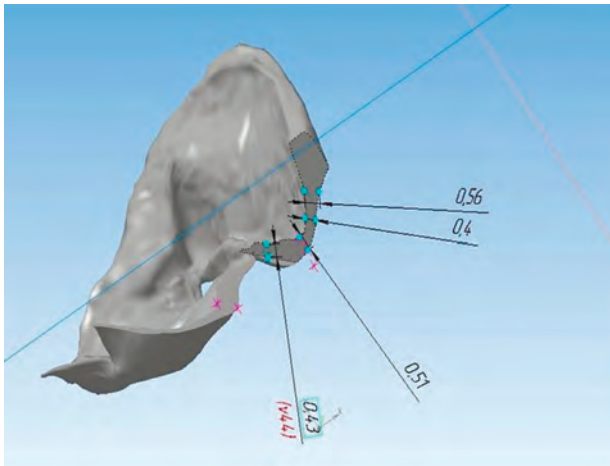


Рис. 3

Силиконовые оттиски анализировали сканером Breuckmann smartSCAN 3D. Сканирование осуществляли несколькими видеоискателями одновременно, чтобы создать 3D-модель оттиска из нескольких миллионов точек. Это позволяет оценить разницу объемов оттисков, полученных на разных этапах лечения до миллионных долей 1 мм³ (рис. 2). При необходимости методом сканирования проводят дальнейшее изучение 3D-моделей, измеряют толщину оттисков, тем самым оценивая вектор перемещения (рис. 3).

Для профилактики рецидива после нормализации положения зубов пациентам изготавливали имедиат-протезы пролонгированного действия из нового полиуретанового материала «Денталур К» (рис. 4). Выбор материала был обусловлен его свойствами: прочность, сравнимая с цельнолитыми металлическими конструкциями (модуль ударной вязкости – 50,4 КДж/м²), гидрофобность (модуль водопоглощения – 0,16%), упругость, аналогичная физиологической (модуль упругости – 2760 МПа), эстетичность материала, биоинертность и финансовая доступность.

Выводы

Таким образом, применение несъемных ортопедических конструкций из нового полиуретанового материала, обладающего физиологической упругостью, после нормализации их положения дает возможность стабилизировать зубочелюстную систему без стресса для всех ее составляющих. Данная методика предупреждает развитие осложнений и рецидивов.

Проведенные исследования указывают на высокий уровень стоматологической патологии среди молодежи, что требует оказания своевременной ортопедической помощи. Использование современных высокотехнологичных аппаратов и материалов позволяет добиться полного устранения деформаций в короткие сроки, что в дальнейшем станет залогом качественного функционирования зубочелюстной системы.



Рис. 4

Координаты для связи с авторами:

**stixi-mike@list.ru, +7 (961) 236-44-72 – Трифонов
Михаил Михайлович**

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алимova М.Я. Оптимизация методов диагностики и лечения зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций. – Автореф. докт. дисс., Воронеж, 2004, ВГМА им. Н.Н. Бурденко, 345 с.
2. Аникиенко А.А., Камышева Л.И. Сравнительная характеристика интенсивности возрастных изменений верхней и нижней челюсти при дистальной и мезиальной окклюзиях. – Новое в стоматологии, 1997, № 1 (спец. вып.), с. 12–16.
3. Анохина А.В. Эффективность диспансерного метода оказания ортодонтической помощи детям. – Казан. мед. журн., 2004, т. 85, № 3, с. 235–237.
4. Анохина А.В., Низамов И.Г., Хитров В.Ю. Распространенность и структура нарушений развития зубочелюстной системы у детей и подростков. – Казанск. мед. журн., 2003, т. 84, № 3, с. 213–215.
5. Вагнер В.Д., Чабан А.В. Осведомленность населения Дальневосточного Федерального округа о причинах возникновения зубочелюстных аномалий и их влиянии на здоровья. – Клинич. стоматология, 2010, № 3 (55), с. 56–57.
6. Вакушина Е.А. Распространенность, диагностика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций в подростковом и юношеском возрасте. – Автореф. канд. дисс., Ставрополь, 1999, СтГМА, 18 с.
7. Козлов Д.С. Изучение распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций среди детей школьного возраста. Мониторинг проведенного ортодонтического лечения и анализ его эффективности. – Автореф. канд. дисс., Воронеж, 2009, ВГМА им. Н.Н. Бурденко, 133 с.
8. Косырева Т.Ф. Планирование ортодонтической помощи и прогнозирование результатов лечения зубочелюстных аномалий у детей. – Пробл. стоматологии и нейростоматологии, 1999, № 4, с. 41–44.
9. Персин Л.С., Варвина А.А. Кариес при ортопедическом лечении зубочелюстных аномалий. – Ортодонтия, 2006, № 2, с. 29–34.
10. Тупикова Л.Н. Проблемы и возможности улучшения и сохранения стоматологического здоровья населения в условиях реформирования экономики. – Автореф. докт. дисс., СПб, 2002, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 46 с.
11. Шакирова Р.Р. Структура зубочелюстных аномалий у детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области в Удмуртской республике. – Совр. стоматология, 2003, № 1, с. 54–55.

Улыбка всем к лицу!

Профессор **Александр Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета МГМСУ, заслуженный врач РФ

Кафедра кариесологии и эндодонтии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. В сентябре в МГМСУ проходил очередной этап международного профилактического проекта EDSA и компании Procter & Gamble – SMILE. В нем участвовали сотрудники и волонтеры университета. Основные цели мероприятия – пропаганда здорового образа жизни, привлечение внимания к важности профилактических мероприятий в стоматологии, а также укрепление сотрудничества с ADEE и EDSA.

Ключевые слова: проект; профилактика; стоматология; студенты; волонтеры; сертификат.

Smile to the face to all!

Professor **Alexander Mitronin**, Doctor of Medical Sciences, Dean of the Faculty of Dentistry, Honored Doctor of the Russian Federation

Department of Endodontics and Cariology MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. In September in MSUMD passed the next stage of the international preventive project of EDSA and Procter & Gamble – SMILE. It was attended by the staff and volunteers of the university. The main purpose of the event – the promotion of healthy lifestyles, drawing attention to the importance of prevention in dentistry, as well as strengthening cooperation with ADEE and EDSA.

Keywords: project; prevention; dentistry; students; volunteers; certificate.

В сентябре в МГМСУ им. А.И. Евдокимова проходил очередной этап международного профилактического проекта Европейской ассоциации студентов-стоматологов (EDSA) и компании Procter & Gamble – SMILE. В нем участвовали сотрудники и волонтеры университета, а также руководитель комитета по профилактике EDSA Вайва Якутые. Основные цели мероприятия – пропаганда здорового образа жизни, привлечение внимания к важности профилактических мероприятий в стоматологии, укрепление сотрудничества с Европейской ассоциацией стоматологического образования (ADEE) и Европейской ассоциацией студентов-стоматологов (EDSA).

Форум проходил на трех базах МГМСУ. Здесь были организованы рабочие места, на которых студенты-волонтеры стоматологического факультета обучали 2 тыс. коллег с других факультетов (лечебного, экономического, клинической психологии, среднего профессионального образования, социальной работы) мерам профилактики стоматологических заболеваний.

Состоялась также встреча представителей EDSA (руководителя комитета В. Якутые, делегата от России в EDSA Т. Воровченко, делегата от МГМСУ в EDSA И. Вирабовой) с ректором МГМСУ, профессором О.О. Янушевичем. В рамках проекта В. Якутые познакомилась с музеем истории медицины университета.

Именные сертификаты получили наиболее активные волонтеры: интерны И. Вирабова (руководитель группы),

И. Ешков, Г. Мельяновская, Д. Саид, О. Хахалина, С. Хурцилава, студенты V курса Л. Арустамова и Ю. Сидоренкова, IV курса – Е. Кузовкова, А. Гармаев, И. Солодка, Е. Урусов, III курса – Г. Исаев, Д. Иванов, Р. Мирзоева (вечернее отделение), Е. Нестеренко, Д. Сопромадзе, II курса – М. Аккужин, М. Бабаев, Н. Ильина, Т. Федотова. На торжественном закрытии мероприятия выступила представитель спонсора проекта, компании Procter & Gamble, М. Кобахидзе, которая поблагодарила руководство МГМСУ за прекрасную организацию мероприятия.

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



ИЗМЕНИТЕ КАЧЕСТВО
ЧИСТКИ ЗУБОВ ВАШИХ
ПАЦИЕНТОВ СЕГОДНЯ...



ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ЩЕТКА ORAL-B ОБЕСПЕЧИТ
ЛУЧШЕЕ ЗДОРОВЬЕ
ПОЛОСТИ РТА
УЖЕ ЗАВТРА



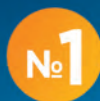
**Рекомендуйте пациентам
электрическую зубную щетку Oral-B
для превосходной и деликатной чистки.**

удаляет до 2 раз больше налета по сравнению с обычной мануальной щеткой¹
93% пациентов уменьшают чрезмерное давление на щетку во время чистки за 30 дней*²
92% пациентов значительно улучшают тщательность чистки за 30 дней*²
В среднем, пациенты до 5 раз чаще чистят зубы именно так,
как вы рекомендуете - по 2 минуты два раза в день*³



ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ЗУБНЫЕ ЩЕТКИ

Единственная рекомендация - здоровые зубы на всю жизнь.



**Oral-B – марка зубных щеток №1, рекомендуемая
большинством стоматологов мира****

*Результаты, полученные при использовании Oral-B Triumph с SmartGuide.

**По данным исследования, проведенного в 2011-2012 году агентством Attitude Measurement Corporation среди репрезентативной выборки стоматологов

Литература: 1. По исследованиям компании P&G. 2. Janusz K et al. J Contemp Dent Pract. 2008;9(7):1-8. 3. Walters PA et al. J Contemp Dent Pract. 2007;8(4):1-9.

истинная забота о пациенте
не заканчивается в кресле стоматолога



Цементирование стекловолоконных штифтов и восстановление культи зуба с помощью композитных материалов

Монике ди Алмейда Солон-ди-Мелло, магистр стоматологии UERJ

Элизабет Пейшото Нунеш, магистр стоматологии UERJ

Густаво Оливейра душ Сантош, интерн общей стоматологической практики UFF

Рафаэль Визейра Монте Альто, интерн общей стоматологической практики UFF

Резюме. Данная тема важна потому, что моделирование и цементирование стекловолоконных штифтов с помощью композитного материала – надежный альтернативный метод реставрации эндодонтически пролеченных зубов с хрупкими корнями (толщина дентина менее 1 мм), широкими или овальными корневыми каналами, сохранившейся коронковой частью менее 2 мм. При моделировании стекловолоконного штифта достигается его лучшая адаптация и ретенция. Для отображения формы корневого канала вокруг поверхности штифта наносят слой композитного материала. При такой методике стекловолоконный штифт повторяет анатомию корневого канала зуба, на который в дальнейшем будет изготовлена искусственная коронка.

Ключевые слова: стекловолоконный штифт; композитный материал; культя зуба; корневой канал; obturation.

Cementation of glass fiber posts and core build-up with composite resin

Monique de Almeida Solon-de-Mello, M.D.S. UERJ

Elizabeth Peixoto Nunes, M.D.S. UERJ

Gustavo Oliveira dos Santos, General Dental Practice Intern UFF

Raphael Vieira Monte Alto, General Dental Practice Intern UFF

Summary. Because it is a reliable alternative for the restoration of endodontically treated teeth with fragile roots (with dentin thickness of less than 1 mm), wide or ovoid canals and remaining tooth structure of less than 2 mm. A considerably better adaptation and retention of glass fiber posts can be achieved through post relining. A layer of composite resin is applied around the post surface to copy the root canal shape. In this manner, the fiber post will replicate the canal anatomy of the tooth that will further receive the prosthetic crown.

Keywords: glass fiber; composite material; stump teeth; root canal; obturation.

Данная тема важна потому, что моделирование и цементирование стекловолоконных штифтов с помощью композитного материала – надежный альтернативный метод реставрации эндодонтически пролеченных зубов с хрупкими корнями (толщина дентина менее 1 мм), широкими или овальными корневыми каналами, сохранившейся коронковой частью менее 2 мм [2, 3].

При моделировании стекловолоконного штифта достигается его лучшая адаптация и ретенция. Для отображения формы корневого канала вокруг поверхности штифта наносят слой композитного материала. При такой методике стекловолоконный штифт повторяет анатомию корневого канала зуба, на который в дальнейшем будет изготовлена искусственная коронка [2, 6, 9, 10].

Индивидуализированные, или анатомические, штифты цементируют тонким равномерным слоем композитного цемента, так как они откорректированы согласно анатомии корневых каналов. Снижение толщины цемента по-

зволяет добиться правильного распределения окклюзионной нагрузки на зуб, сократить негативные последствия полимеризационной усадки композитных материалов и, как следствие, обеспечивает наличие меньшего количества и объема пустот и пузырьков внутри застывшего композитного цемента [2, 4, 6, 9].

По сравнению с традиционными литыми металлическими штифтами индивидуализированные стекловолоконные имеют ряд преимуществ: улучшенная адаптация к внутренним стенкам корневого канала, эстетика, модуль эластичности близкий к таковому у дентина, что обеспечивает снижение риска необратимых переломов корня зуба. Кроме того, применение только консервативной обработки корня сокращает необходимость удаления здоровых тканей зуба [5, 8, 11].

Для выполнения работы понадобятся:

- стекловолоконные штифты;
- светоотверждаемый композит;

- ⊙ линейка;
- ⊙ маркер или карандаш;
- ⊙ 37%-ная ортофосфорная кислота;
- ⊙ гладилка для внесения композита;
- ⊙ слюноотсос;
- ⊙ адсорбционные бумажные штифты;
- ⊙ адгезивная бондинговая система (двойного или химического отверждения);
- ⊙ тонкие микробраши (для нанесения материала Apply Substance внутри корневого канала);
- ⊙ этиловый спирт;
- ⊙ силан;
- ⊙ композитный цемент (двойного или химического отверждения);
- ⊙ полимеризационная лампа;
- ⊙ алмазный бор;
- ⊙ турбинный и угловой наконечники.

Методика выполнения

При восстановлении эндодонтически пролеченных зубов, до начала реставрации нужно провести клинический анализ рентгенограммы для составления плана лечения.

Этап 1: выбор штифта

Нужно оценить качество эндодонтического лечения и морфологию корневого канала. При выборе штифта необходимой длины и ширины помните, что апикальная obturation составляет 3–6 мм. В идеале длина штифта должна быть в 2 раза больше длины сохраненных стенок коронковой части зуба или, по крайней мере, равна длине окончательной реставрации коронки зуба либо

соответствовать половине высоты альвеолярной кости зуба [7].

Этап 2: частичное удаление пломбировочного материала из корневого канала и примерка штифта

Гуттаперчу удаляют развертками Ларго, окончательную обработку стенок корневого канала выполняют с помощью специальных боров, изготовленных производителями под штифт определенного размера. Данные боры и развертки должны иметь резиновые маркеры или отметки ручкой (карандашом) для ограничения ранее определенной длины препарирования. Рациональное препарирование подходящими борами позволяет удалить ретенционные участки и обеспечивает четкое моделирование штифта. После извлечения гуттаперчи и подготовки стенок корневого канала выбранный штифт необходимо примерить внутри корневого канала.

Этап 3: моделирование штифта и восстановление культи зуба

1. Обработать штифт этиловым спиртом. Нанести слой силана и подождать, пока растворитель испарится. Нанести адгезивную систему (опционно).
2. Смазать корневой канал гидрорастворимым агентом.
3. Обернуть штифт тонким слоем композита светового отверждения и разместить внутри корневого канала.
4. Полимеризовать композит сквозь штифт. Удалить отформованный штифт из корневого канала и провести окончательную полимеризацию.
5. Разместить индивидуализированный штифт в корневом канале и восстановить культю зуба с помощью светоотверждаемого композита.



Рис. 1

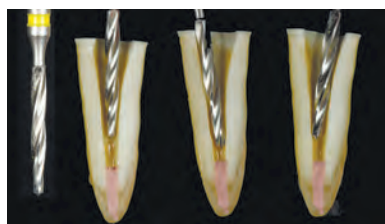


Рис. 2

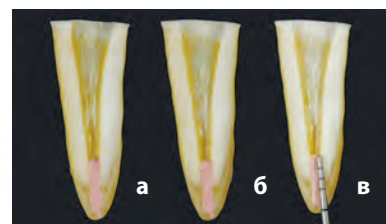


Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

После эндодонтического лечения, необходимо создать ложе под штифт с помощью пizzo-римеров (рис. 1). Для удаления ретенционных участков и создания высокой конусности (рис. 2) применяют специальную развертку (Exacto, Angelus, Brazil). Обращаем внимание на разницу между препарированием под ретенционный штифт (рис. 3, а) и под анатомический штифт, корневой канал большей конусности (рис. 3, б). Апикальная часть 5 мм, запломбирована гуттаперчей с силером (рис. 3, в). Зубы, подготовленные под анатомические штифты (рис. 4). Выбор штифта (Exacto 2, Angelus, Brazil рис. 5). Очистить поверхность штифта 37%-ной ортофосфорной кислотой, промыть, просушить (рис. 6).

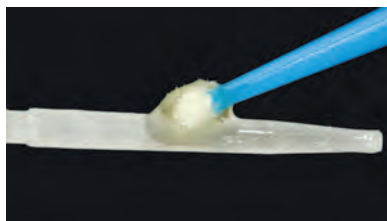


Рис. 7

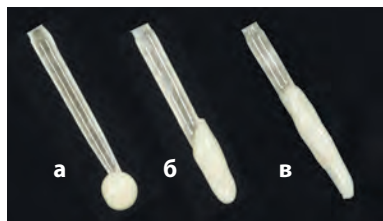


Рис. 8

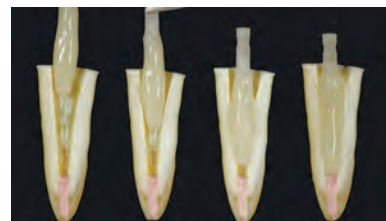


Рис. 9



Рис. 10



Рис. 11



Рис. 12



Рис. 13



Рис. 14

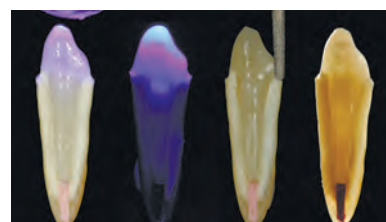


Рис. 15

Нанести силан (рис. 7). Небольшое количество композита нанести на кончик штифта (рис. 8, а) и распределить равномерно по поверхности с помощью гладилки (рис. 8, б, в). Перед размещением штифта корневого канал необходимо смазать тонким слоем водорастворимого изоляционного геля (рис. 9). После припасовки штифта произвести начальную фотополимеризацию через штифт (рис. 10). Извлечь штифт и выполнить окончательную фотополимеризацию (рис. 11). Припасовка анатомического штифта в корневом канале и моделирование культи из композитного материала (рис. 12). Перед фиксацией на полимерный цемент анатомический штифт обрабатывают 37%-ной ортофосфорной кислотой в течение 30 с (рис. 13, а), промывают и высушивают (рис. 13, б). Затем на штифт наносят адгезив (рис. 14, а), цемент тонким слоем наносят на стенки корневого канала (рис. 14, б, в). После окончательной установки штифта излишки цемента удаляют с помощью микробрашей. Обратите внимание на тонкий слой цемента (рис. 14, г). Окончательное препарирование культи под коронку (рис. 15).

6. Провести окончательное препарирование коронковой части.

Этап 4: цементирование индивидуализированного анатомического штифта

1. Обработать штифт 37%-ной ортофосфорной кислотой в течение 30 с. Смыть водой, просушить воздушной струей и нанести адгезив (не полимеризовать лампой).

2. Нанести композитный цемент вокруг штифта и установить в корневой канал. Удалить излишки цемента микробрашем и полимеризовать в течение 40 с. В случае использования самоадгезивного цемента RelyX U 200 (3M) не требуется ни протравливания, ни нанесения адгезива. Данный материал экономит время, минимизирует возникновение ошибок в процессе цементирования [1].

3. Оттиски для изготовления постоянных коронок можно снимать сразу после цементирования.

Индивидуализированные стекловолоконные штифты, наряду с множеством плюсов, полученных благодаря новым технологиям, обладают главным преимуществом литых штифтов – адаптацией. Посредством моделирования композитным материалом можно повторить анатомию корневого канала, а, следовательно, штифт лучше стабилизируется внутри, для его тщательной фиксации требуется незначительное количество цемента. Из-за схожести физических и механических свойств дентина и стекловолоконных штифтов, анатомические штифты демонстрируют более высокую прочность и сокращают вероятность необратимых переломов корня.

Координаты для связи с авторами:
+7 (499) 946-46-09; shop@medenta.ru

Список литературы находится в редакции.

ANGELUS – СТЕКЛОВОЛОКОННЫЕ ШТИФТЫ

EXACTO TRANSLUCENT

Стекловолоконные внутрикорневые прозрачные конические штифты



Реклама

ПРИМЕНЕНИЕ

- Поддержка прямых и не прямых реставраций

Размеры: 0.5, 1, 2 и 3

Высокая прозрачность и конусная форма

- Улучшенная рентгеноконтрастность - обеспечивает рентгеновскую визуализацию
- Стандартные боры с неактивным кончиком для точной калибровки каналов под соответствующие размеры штифтов
- Высокая концентрация стекловолоконных нитей - лучшие механические свойства
- Специальное стекловолокно с высокой прозрачностью
- Двойная конусность - подходит под форму каналов
- Модуль эластичности схож с дентиновым - снижен риск поломки корня
- Силиконовый стопер для идентификации размеров и удобства припасовки
- Для прямого использования - экономия времени и затрат
- Продольные нити - простота удаления
- Разнообразие размеров - подходит для любых клинических случаев



www.angelus.ind.br

Экспериментальное обоснование применения винирной конструкции шины для зубов фронтальной группы на моделях генерализованного пародонтита с метаболическими остеопатиями

Доцент **Павел Леоненко**, кандидат медицинских наук, руководитель секции дентальной имплантологии Ассоциации стоматологов-ортопедов и зубных техников Украины

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика (Киев)

Профессор **Николай Кришчук**, доктор технических наук

Киевский политехнический институт

Резюме. В статье представлены результаты экспериментального биомеханического анализа методом конечных элементов поведения биомеханических систем «зуб – периодонт – челюсть – шинирующий аппарат» для выбора оптимального варианта ортопедического лечения с помощью шинирования зубов фронтальной группы у пациентов с метаболическими остеопатиями на фоне генерализованного пародонтита.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит; метаболические остеопатии; зубные шины; имитационное моделирование биомеханических систем; биоинженерный анализ; CAD/CAE-технологии.

The experimental substantiation of application of veneer designed splint for the frontal teeth on the models of generalized periodontitis with metabolic osteopathy

Associate Professor **Pavel Leonenko**, Candidat of Medical Sciences, Head of Section of the Association of Dental Implantology Dental Orthopedic and Dental Technicians Ukraine

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupik

Professor **Nicolay Krishchuk**, Doctor of Technical Sciences

Kiev Polytechnic Institute

Summary. The paper presents the results of an experimental biomechanical finite element analysis of the behavior of biomechanical systems tooth – periodontium – jaw – splinting apparatus in order to select the optimal variant of orthopedic treatment with splinting of the frontal teeth in patients with metabolic osteopathy against generalized periodontitis.

Keywords: generalized periodontitis; metabolic osteopathy; dental splints; simulation of biomechanical systems; bioengineering analysis; CAD/CAE technology.

Основная ортопедическая методика в комплексном лечении генерализованного пародонтита (ГП) – объединение подвижных зубов в группы для улучшения репаративной регенерации тканей пародонта. Для этого существует немало шин разных конструкций, отличающихся по материалу и методике изготовления. Но большинство из них не соответствует критериям качества, предъявляемым к шинирующим аппаратам [2, 3, 7, 8].

На этапах реконструктивных мероприятий особое значение для пациентов с патологией зубочелюстного

аппарата имеет определение величины локальных напряжений и деформаций различных анатомических структур под действием жевательной нагрузки при планировании фиксации в полости рта искусственных конструкций в виде шин. Сегодня наиболее современным направлением в проведении биомеханического анализа считают исследование компьютерных трехмерных моделей человека методом конечных элементов [1, 4, 6, 7]. Данный метод позволяет с высокой точностью определить распределение напряжений, направление и величину деформаций в отдельных объемах и точках модели, запас проч-

ности и установить особенности ее разрушения под действием экстремальных нагрузок [1, 6].

Цель исследования

Определить оптимальную конструкцию шины для шинирования зубов фронтальной группы пациентов с генерализованным пародонтитом и метаболическими остеопатиями путем биомеханического анализа разных конструкций шин методом конечных элементов на экспериментальной трехмерной модели нижней челюсти человека с потерей высоты альвеолярного отростка на 1/2 длины корней фронтальных зубов, нормальными и ослабленными прочностными характеристиками костной ткани (КТ).

Материалы и методы

Были созданы шесть имитационных конечно-элементных моделей нижней челюсти биомеханической системы «зуб – периодонт – челюсть – шинирующий аппарат» (ЗПЧША) человека. В них смоделированы условия потери высоты альвеолярного отростка на 1/2 длины корней фронтальных зубов, что соответствовало генерализованному пародонтиту средней степени (ГП II ст.). На трех моделях (I А – III А) зубы под шинирующий аппарат отпрепарировали по общепринятой классической методике с язычной поверхности. Конструкционно снаружи классическая шина имела вид полосы, повторяющей контуры язычной поверхности зубов, а изнутри – выпуклые пазы в отпрепарированных углублениях с аппроксимальных поверхностей фронтальных зубов. Для модели I А шина была изготовлена из диоксида циркония, для II А – из сплава титана, для III А – из зуботехнического композита для лабораторного изготовления шинирующих аппаратов [5].

На трех моделях (I Б – III Б) ЗПЧША зубы фронтальной группы отпрепарировали с вестибулярной и аппроксимальных поверхностей с нарушением режущего края под предложенную авторскую конструкцию винирной шины. Эта конструкция была изготовлена с перекрытием режущего края и выпуклыми пазами в интерфейсе «зуб – шина» с аппроксимальных поверхностей. Для моделей I Б – III Б шины также изготавливали из диоксида циркония, сплава титана и зуботехнического композита, соответственно.

Для второго этапа исследования – имитационного моделирования генерализованного пародонтита – у пациентов с метаболическими остеопатиями во всех шести моделях величины прочностных свойств костной ткани челюстей дополнительно задавали в диапазоне, характерном для нормальных (модели I А1 и I Б1 без метаболических остеопатий) и измененных вследствие разной степени ослабления прочностных характеристик КТ (метаболические остеопатии – остеопения и остеопороз в моделях I А2, I Б2 и I А3, I Б3). Целью этого этапа иссле-

дования было изучение предельно допустимой нагрузки, которую выдержит шина у пациентов с заболеваниями пародонта на фоне метаболических остеопатий.

Для достижения целей, поставленных в численных экспериментах, применены методы механики деформируемого твердого тела с использованием инженерного анализа в форме метода конечных элементов. Все имитационные конечно-элементные модели биомеханической системы «зуб – периодонт – челюсть – шинирующий аппарат» человека создавали согласно предложенной методике [1]. При исследовании указанных биомеханических систем использовали максимально точное приближение геометрических размеров сопряженных элементов имитационных моделей к реальному биологическому объекту и технологической конструкции шинирующего аппарата. С помощью компьютерной томографии получены геометрические параметры нижней челюсти. По данным СВСТ, рентгеновской денситометрии, в программном обеспечении Mimics устанавливали рентгенологическую плотность анатомических образований, выполняли анализ структур костных тканей и определяли границы раздела между кортикальным и губчатым слоем [1]. Созданный набор полилиний экспортировали в программную среду Inventor/Catia для создания 3D-моделей биологических структур. В случае необходимости после получения объемной модели каждого структурного элемента с учетом их неоднородной структуры с помощью макроса STL Import for SolidWorks (Sycode) файл открывали в программе SolidWorks (Solid Works Cor.) для дальнейшего редактирования типов сопряжений различных контактных поверхностей. Согласно плану исследования, к созданной 3D-модели челюсти с выделенными неоднородными объемами и плоскостями ортотропии тензора механических упругих анизотропных свойств кортикальной и губчатой КТ, используя булевые операции, устанавливали твердотельные модели зубов и шинирующие аппараты двух разновидностей. Принятые в работе механические свойства биомеханической системы ЗПЧША получены из литературы, а также клинических, специальных и экспериментальных исследований [1, 4, 2, 6, 7].

Экспериментальные нагружения конечно-элементной модели (КЭМ) ЗПЧША проводили в программной среде ANSYS 12.1. Упругие свойства КТ задавали как неоднородные, анизотропные; материалов шин – упругие изотропные; периодонта – анизотропные, вязкоупругие.

Статистическую обработку полученных результатов проводили на персональном компьютере, используя программное обеспечение Microsoft Excel и Statistica.

Результаты и их обсуждение

По данным численного эксперимента, установлены максимальные нагрузки, которые способны выдержать

Таблица 1 Максимальная нагрузка, которую способны выдержать шинирующие аппараты и КТ при ее приложении к шинированным зубам КЭМ ЗПЧША

Нагрузка	Модель	Материал	Максимально допустимое усилие, Р _{max} , Н	
			Шинирующий аппарат	КТ
По центру конструкции под углом 11,5° суммарной единичной амплитуды	I А	Диоксид циркония	80,7±1,42	500,6±1,67
	II А	Сплав титана	74,1±1,53	495,5±1,25
	III А	Зуботехнический композит	72,3±2,16	480,7±1,34
	I Б	Диоксид циркония	310,1±2,30*	515,1±2,08*
	II Б	Сплав титана	300,3±1,67*	500,2±1,34*
	III Б	Зуботехнический композит	287,5±1,72*	480,2±1,45**
Под углом 11,5° в области клыка суммарной единичной амплитуды	I А	Диоксид циркония	100,2±2,01	400,7±2,03
	II А	Сплав титана	99,4±1,85	316,8±1,56
	III А	Зуботехнический композит	87,6±2,06	300,4±1,48
	I Б	Диоксид циркония	193,2±1,78*	420,2±2,03*
	II Б	Сплав титана	171,4±2,14*	324,3±1,76*
	III Б	Зуботехнический композит	141,3±1,65*	300,1±2,31**

Прим.: * различия между показателями в КЭМ I А – III А и I Б – III Б считали достоверными при $p < 0,05$; ** недостоверными при $p > 0,05$.

шинирующие аппараты из различных материалов и КТ, исходя из параметров пределов прочности материала шины и КТ в КЭМ ЗПЧША (табл. 1).

Таким образом, на первом этапе исследования установлено, что наилучшая модель шинирующего аппарата – конструкция в виде винирной шины, выполненная из диоксида циркония. Худший вариант действия сосредоточенной нагрузки – сила, приложенная под углом 11,5° в области клыка, которая приводит к сложному виду напряженно-деформированного состояния с наибольшими амплитудами напряжений и деформаций в исследованных моделях ЗПЧША. Данные результаты экспериментального исследования коррелируют с клиническими наблюдениями, при которых через 6–12 мес после фиксации шинирующих аппаратов на фронтальных зубах в области цементного соединения клыков с шиной выявляли его расслоения. Также нередко были и трещины в шинах в области соединения клыков и резцов.

На следующем этапе исследования по результатам компьютерных тестов для биомеханических систем КЭМ ЗПЧША I А и I Б в условиях действия вектора силы, приложенного под углом 11,5° в области клыка с суммарной единичной амплитудой, с нормальными (I А1 и I Б1) и ослабленными (I А2–3 и I Б2–3) биомеханическими характеристиками кортикального и губчатого слоев КТ

челюсти, установили существенную вариацию величин концентрации эквивалентных напряжений для КТ и шин с достоверным снижением верхней границы нагрузки, которую способны выдержать шинирующие аппараты и КТ (табл. 2).

По данным численных экспериментов установлено достоверное уменьшение верхней границы величин максимально допустимых усилий, которые выдержит КТ при нагрузке шинированных зубов биомеханической системы ЗПЧША в условиях ослабления ее упругих механических свойств вследствие метаболических остеопатий по сравнению с нормой (см. табл. 2). Так, при приложении нагрузки в области клыка к зубам, шинированным винирной шиной, выносливость к ней КТ достоверно уменьшилась на 28% ($p < 0,05$).

Выводы

С помощью имитационного моделирования биомеханических систем «зуб – периодонт – челюсть – шинирующий аппарат» впервые воссоздана разная степень ослабления биомеханических характеристик костной ткани у пациентов с метаболическими остеопатиями путем варьирования типов кости и их биомеханических свойств для определения последствий шинирования зубов вариантами разработанных конструкций шинирующих аппаратов.

Таблица 2 Максимальная нагрузка, которую способны выдержать шинирующие аппараты и КТ при ее приложении к шинированным зубам в КЭМ при условиях нормальной КТ и метаболических остеопатий

Тип КЭМ ЗПЧША	Максимально допустимое усилие, P_{max} , Н			
	на шинирующий аппарат		на кортикальную КТ	
	Шина из диоксида циркония с оральным расположением	Винирная шина из диоксида циркония	Шина из диоксида циркония с оральным расположением	Винирная шина из диоксида циркония
	І А	І Б	І А	І Б
І А1, І Б1	101,5±1,45	194,3±1,67*	405,1±2,13	420,2±2,78*
І А2, І Б2	96,4±1,62	191,2±1,56*	331,2±1,92	370,6±1,48*
І А3, І Б3	93,2±1,41	190,4±1,47*	243,3±1,76	301,4±2,09*

Прим.: * различия между показателями считали достоверными при $p<0,05$.

Согласно результатам исследования, наилучший конструкционный материал для изготовления шин – диоксид циркония. Наибольшее усилие (P_{max} , Н), которое может выдержать винирная шина из этого материала, при приложении нагрузки в центре конструкции под углом $11,5^\circ$ – $310,1\pm2,30$ Н (на уровне конструкции), а на уровне костной ткани этот показатель находился в пределах $515,1\pm2,08$ Н.

На этапе анализа результатов имитационного моделирования биомеханических систем «зуб – периодонт – челюсть – шинирующий аппарат» установлено: при наличии метаболических остеопатий с ослаблением биомеханических свойств костной ткани возникают биомеханические риски перегрузки зубов фронтальной группы. В условиях имитационного моделирования метаболических остеопатий костной ткани экспериментально установлено достоверное снижение ее опорно-удерживающей функции на 40% в области зубов, шинированных шиной, расположенной на язычной поверхности (І А3), и на 28% – в области винирной конструкции шины (І Б3).

Согласно экспериментальным данным конструкция винирной шины лучше компенсирует потерю опорно-удерживающей функции костной ткани (P_{max} кости – $301,4\pm2,09$ Н) при метаболических остеопатиях по сравнению с классической конструкцией шины, расположенной на язычной поверхности зубов (P_{max} кости – $243,3\pm1,76$ Н, $p<0,05$). Такая разница в 1,2 раза в верхней границе величин максимально допустимых усилий для кортикальной костной ткани с винирной конструкцией шины достигнута за счет более жесткого соединения зубов в группу и приоритетной концентрации напряжений в ее сечении с минимизацией их передачи на костную ткань.

На основе полученных экспериментальных данных, будет проведен дальнейший анализ повторно-переменных напряжений для деформаций изгиба с сжатием-рас-

тяжением поверхностей винирных шин для отбора наилучшего варианта их цементного соединения с зубами.

Координаты для связи с авторами:

+7 (38050) 740-02-91; p.leonenko@ukr.net – Леоненко Павел Викторович

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Леоненко П.В. Способ высокоточной трехмерной виртуальной имитации строения и функции зубочелюстного аппарата, ортодонтических аппаратов, ортопедических конструкций зубных протезов, шин, шин-протезов, имплантатов и их протетических элементов с целью экспериментального моделирования их функционирования – Патент 68170, № u201115613; заявл. 29.12.2011; опубл. 12.03.2012, бюлл. № 5, Украина, МПК G 01 N 3/00.
2. Леоненко П.В. Создание и анализ имитационных 3D-моделей биомеханических систем «зуб – периодонт – челюсть» с целью экспериментального изучения изменений их биомеханики у пациентов с генерализованным пародонтитом. – Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика, 2012, № 21, кн. 4, с. 40–57.
3. Леоненко П.В. Сравнительный биомеханический анализ конструкций зубных шин в экспериментальном моделировании генерализованного пародонтита. – Ліки України плюс, 2013, № 2 (15), с. 60–64.
4. Леоненко П.В., Ещенко В.А. Конечно-элементный анализ имитационной трехмерной модели биомеханической системы «костная ткань – дентальный имплантат – супраконструкция». – Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут»./Серія машинобудування, 2012, № 65, с. 105–109.
5. Леоненко П.В., Кришук М.Г., Ещенко В.А. Винирная шина-протез Леоненко П.В., Леоненко Г.П.; заявитель и патентообладатель Леоненко П.В., Леоненко Г.П. – Патент 56949, № u201014019; заявл. 24.11.2010; опубл. 25.01.2011, бюлл. № 2, Украина, МПК A 61 C 13/00.
6. Маланчук В.А., Кришук М.Г., Копчак А.В. Имитационное компьютерное моделирование в челюстно-лицевой хирургии. – К.: Асканія, 2013, 231 с.
7. Трофименко О.А. Определение напряженно-деформированного состояния тканей пародонта в зависимости от степени атрофии альвеолярного отростка. – Совр. стоматология, 2007, № 1, с. 115–118.
8. Strassler H.E., Serio C.L. Esthetic Considerations when Splinting with Fiber-Reinforced Composites. – Dent. Clin. North Am., v. 51, № 2, p. 507–524.

Использование врачами-стоматологами методов диагностики заболеваний пародонта

Доцент **Залина Ревазова**, кандидат медицинских наук

*Кафедра терапевтической стоматологии ФПО МГМСУ им А.И. Евдокимова
Минздрава РФ*

Профессор **Владимир Вагнер**, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Резюме. Проведено анкетирование врачей-стоматологов для определения объема проводимых ими диагностических мероприятий у пациентов с заболеваниями пародонта. Результаты показали, что 1/3 врачей (не пародонтологов) ограничиваются диагностикой заболеваний пародонта, используя при этом клинические и рентгенологические методы. Следует отметить, что пародонтальный зонд для измерения пародонтального кармана и пародонтограмму для регистрации показателей глубины пародонтальных карманов, а также рентгенограмму вприкус не использовал ни один стоматолог.

Ключевые слова: пародонтит; заболевания пародонта; диагностика заболеваний пародонта.

The use of diagnostic aids for periodontal disease in dentistry

Assistant professor **Zalina Revazova**, Candidat of Medical Sciences

*Department of Postgraduate Education Faculty of Therapy Dentistry MSUMD named after
A.I. Evdokimov*

Professor **Vladimir Vagner**, Doctor of Medical Sciences, Honored Doctor
of Russian Federation

Central Research Institute of Dental and Maxillofacial Surgery

Summary. The aim of this questionnaire survey was to determine the scope of diagnostic maneuvers used by dentists treating patients with periodontal disease. The findings showed that one third of dentists without specialization in periodontics performed the diagnostics of periodontal disease only. It should be noted that none of surveyed dentists used periodontal probes and periodontograms for pocket depth measurement or made bitewing radiographs.

Keywords: periodontitis; periodontal disease; diagnosis of periodontal disease.

Перед исследованием были поставлены задачи:

- получить профессиональную характеристику врача-стоматолога, оказывающего пародонтологическую помощь, по качественным признакам (образование, место работы, стаж, должность, вид подготовки и переподготовки);
- установить предпочтительные методы диагностики заболеваний пародонта, используемые врачами-стоматологами;
- определить наличие или отсутствие связи между качественными признаками врачей-стоматологов (образование, место работы, стаж, должность, вид подготовки и переподготовки) и качеством оказания ими пародонтологической помощи больным.

Цель исследования

Оценка подготовки и деятельности врачей-стоматологов, оказывающих стоматологическую помощь пациентам с заболеваниями пародонта.

Материалы и методы

Объектом исследования стали врачи-стоматологи, обучающиеся на курсах общего и тематического усовершенствования и профессиональной переподготовки на кафедре терапевтической стоматологии факультета последипломного образования Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова (МГМСУ). Для решения этих задач была разработана «Анкета научно-статистического иссле-

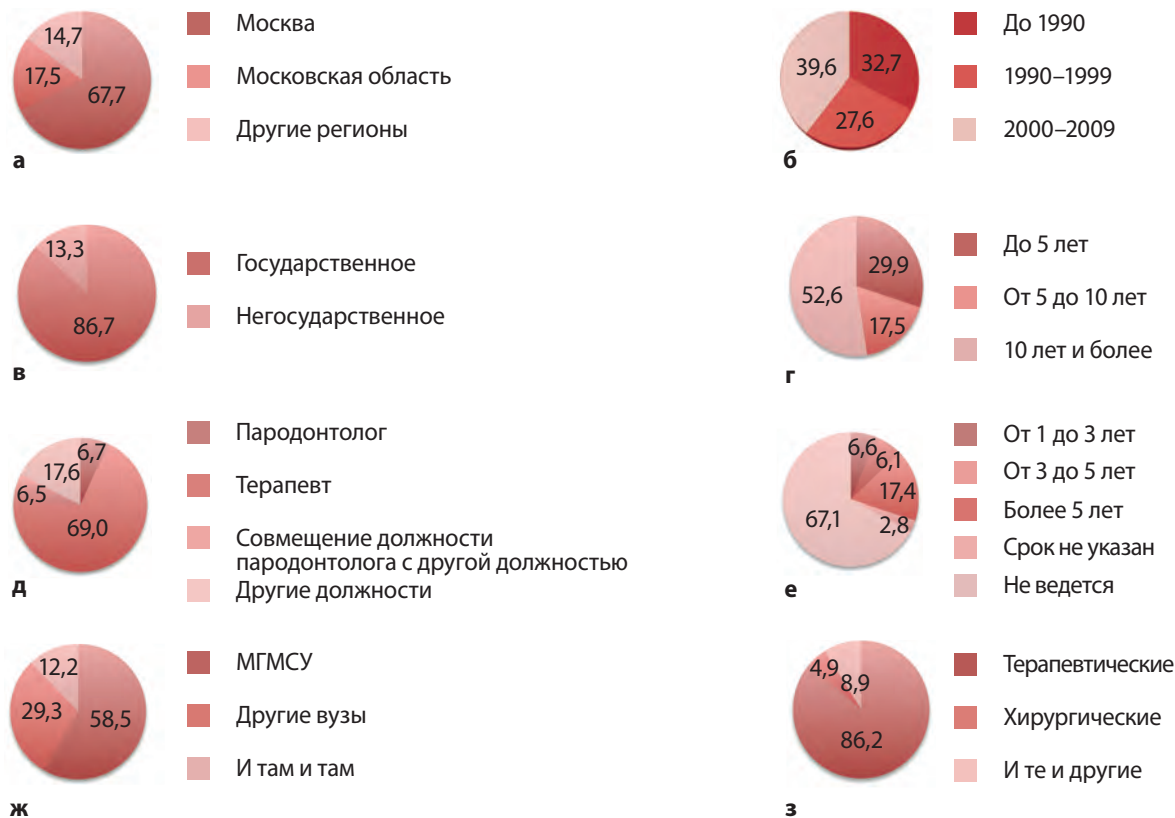


Рис. 1 Распределение врачей-стоматологов по: **а)** месту жительства; **б)** году окончания вуза; **в)** месту работы; **г)** стажу работы; **д)** должности; **е)** срокам ведения пародонтологического приема; **ж)** месту прохождения курсов повышения квалификации; **з)** прохождению краткосрочных курсов, %

дования подготовки и деятельности врача-стоматолога, оказывающего пародонтологическую помощь» [1, 2].

В анкетировании, проходившем с сентября 2008 по июнь 2011 гг., участвовали 220 врачей-стоматологов из различных по форме собственности стоматологических медицинских организаций разных регионов страны. Группу опрашиваемых формировали из желающих участвовать в исследовании и проводящих диагностику и (или) лечение заболеваний пародонта. Число ответов по отдельным вопросам оказалось меньше числа опрошенных врачей-стоматологов, так как не на все вопросы были получены ответы.

Результаты анкетирования обрабатывали с использованием программы Microsoft Excel 2010, пакетов статистических программ Statistica 10 и SPSS 19. Для обработки данные анкетирования были представлены в виде частотных таблиц сопряженности, наличие или отсутствие связи в которых определяли на основе использования критериев χ^2 и Фишера.

Результаты и их обсуждение

Среди опрошенных врачей-стоматологов 67,7% работают в Москве, 17,5% – в Московской области, на долю врачей из других регионов России приходится всего 14,7% (рис. 1, а). Многие (39,6%) окончили вузы в период с

2000 по 2009 гг., 27,6% – с 1990 по 1999 гг., около 1/3 получили высшее образование более 20 лет назад (рис. 1, б).

Врачи-стоматологи осуществляют свою деятельность преимущественно в государственных медицинских организациях (86,7%), в частных заняты всего 13,3% (рис. 1, в). Больше чем у половины врачей (52,6%) стаж работы превышает 10 лет, 1/3 работают менее 5 лет (рис. 1, г).

Свыше 2/3 респондентов – стоматологи-терапевты, всего 6,7% занимаются пародонтологией, 6,5% совмещают работу пародонтолога с другой должностью, 17,6% работают врачами-стоматологами общей практики, стоматологами-ортопедами, стоматологами-хирургами или совмещают эти должности (рис. 1, д).

Из опрошенных врачей 30,1% ведут пародонтологический прием и лишь 17,4% делают это уже более 5 лет (рис. 1, е).

Следует отметить, что пародонтологический прием ведут не только пародонтологи или врачи, совмещающие эту деятельность с другой должностью, но и 21,6% стоматологов-терапевтов, а также 23,1% стоматологов, занимающих другие должности (табл. 1).

Повышали квалификацию в МГМСУ 58,5% врачей, в других вузах – 29,3%, опыт повышения квалификации как в МГМСУ, так и в других учебных заведениях имели 12,2% (рис. 1, ж).

Таблица 1 Ведение пародонтологического приема в зависимости от занимаемой должности, абс. числа

Должность	Ведение пародонтологического приема, лет				Всего
	Не ведется	1–3	3–5	>5	
Стоматолог-терапевт	116	8	7	17	148
Пародонтолог	0	1	2	12	15
Пародонтолог + другая должность	0	2	1	4	7
Другая должность	30	3	2	4	39
Всего	146	14	12	37	209

Таблица 2 Прохождение курсов по пародонтологии врачами-стоматологами разных должностей, абс. числа

Должность	Прохождение курсов по пародонтологии		Всего
	Да	Нет	
Стоматолог-терапевт	21	127	148
Пародонтолог	9	6	15
Пародонтолог + другая должность	9	4	13
Другая должность	4	35	39
Всего	43	172	215

Таблица 3 Взаимосвязь между должностью стоматолога и объемом пародонтологической помощи, абс. числа

Должность	Диагностика и лечение	Только диагностика	Хирургическое лечение	Всего
Пародонтолог	12	0	16	28
Не пародонтолог	106	48	8	162
Всего	118	48	24	190

$\chi^2=61,76$ ($df=2$) $p=0,000$; $M-L=50,74$ ($df=2$) $p=0,000$; связь статистически значима.

Таблица 4 Взаимосвязь между должностью стоматолога и способом диагностики заболеваний пародонта, абс. числа

Должность	Способ диагностики пародонта			Всего
	Клинически	Рентгенологически	Оба способа	
Пародонтолог	12	0	16	28
Не пародонтолог	106	48	8	162
Всего	118	48	24	190

$\chi^2=3,80$ ($df=2$) $p=0,149$, $M-L=4,46$ ($df=2$) $p=0,107$, связь статистически не значима.

Таблица 5 Взаимосвязь между должностью стоматолога и рентгенологическим обследованием, абс. числа

Должность	Способ диагностики пародонта, снимки			Всего
	Прицельные	Ортопантограмма	Те и другие	
Пародонтолог	5	10	13	28
Стоматолог других специальностей	44	55	62	161
Всего	49	65	75	189

$\chi^2=1,22$ ($df=2$) $p=0,544$, $M-L=1,29$ ($df=2$) $p=0,525$, связь статистически не значима.

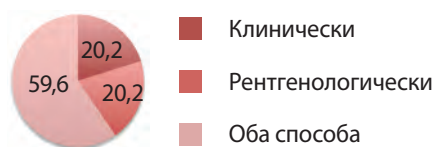


Рис. 2 Способы диагностики заболеваний пародонта, используемые врачами-стоматологами, %

На вопрос о прохождении краткосрочных курсов дали ответ 123 врача: из них 86,2% прошли терапевтические курсы, 4,9% – хирургические, 8,9% – и те и другие (рис. 1, з). Курсы по пародонтологии окончили всего 43 врача (19,5%), в том числе 21 из 148 стоматологов-терапевтов, 9 из 15 пародонтологов, 9 из 13 совмещающих должность пародонтолога с другой должностью, и 4 из 39, занимающих другие должности (табл. 2).

В ходе опроса были собраны ответы стоматологов на вопросы, касающиеся используемых ими способов и методов диагностики заболеваний пародонта. Установлено, что значимое статистическое влияние на объем диагностических мероприятий оказывает занимаемая врачом должность (табл. 3). Почти в 1/3 случаев не пародонтологи ограничиваются только диагностикой пародонтологического заболевания, в 65,4% случаях оказывают еще и лечебную помощь. При этом хирургическое вмешательство осуществляется только в 4,9% случаев. Пародонтологи или врачи, совмещающие должностные обязанности пародонтолога, оказывают пациентам хирургическую помощь в 57,1%, в остальных случаях осуществляют консервативное лечение.

Диагностику заболеваний пародонта 20,2% стоматологов проводят клинически, в том числе путем измерения пародонтальных карманов, 20,2% – рентгенологически, большинство же врачей используют оба способа диагностики (рис. 2). Следует отметить, что для измерения пародонтального кармана врачи применяли стоматологический зонд. Пародонтальный зонд и пародонтограмму для регистрации показателей глубины пародонтальных карманов не использовал ни один врач-стоматолог.

Прицельные рентгенологические снимки для диагностики заболеваний пародонта делают 26,0% врачей, ортопантограмму – 34,4%, остальные – и то и другое (рис. 3).

Статистически значимой связи между должностью врача-стоматолога и используемым способом диагностики заболеваний пародонта не выявлено (табл. 4). Врачи диагностируют заболевания пародонта и клинически, и рентгенологически.

Не выявлено также статистически значимой связи между должностью врача-стоматолога и видами используемых рентгенологических обследований (табл. 5). Большинство врачей, как пародонтологов, так и стоматологов других специальностей, используют оба вида рентгено-

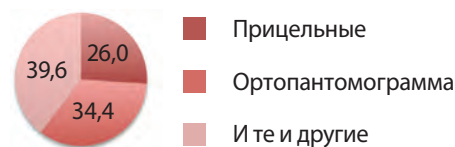


Рис. 3 Виды рентгенологических исследований, используемых врачами-стоматологами, %

логического обследования, а вот рентгенограмму вприкус не применяет никто.

Выводы

В результате исследования установлено, что значимое статистическое влияние на объем оказываемой пародонтологической помощи оказывает должность, занимаемая врачом-стоматологом. Почти в 1/3 случаев не пародонтологи ограничиваются только диагностикой пародонтологического заболевания. При этом равное количество (по 20,2%) врачей-стоматологов проводят ее либо клинически, либо рентгенологически, большинство же используют в своей практике оба способа диагностики. Следует отметить, что пародонтальный зонд для измерения пародонтального кармана и пародонтограмму для регистрации показателей глубины пародонтальных карманов не использовал ни один врач-стоматолог.

Статистически значимой связи между должностью врача-стоматолога и способом диагностики заболеваний пародонта не выявлено. Как пародонтологи, так и стоматологи других специальностей, диагностируют заболевания пародонта и клинически, и рентгенологически, используя прицельные рентгенограммы и ортопантограммы. Рентгенограмму вприкус не использовал никто.

Координаты для связи с авторами:

zalina_r@list.ru – Ревазова Залина Эльбросовна;

vagnerstar@yandex.ru – Вагнер Владимир Давыдович

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вагнер В.Д. Должностные инструкции персонала (серия «Стоматологическая поликлиника»). – М: Мед. книга, 2006, 664 с.
2. Вагнер В.Д., Кисельникова Л.П., Сахарова Э.Б. с соавт. Услуги и работа по стоматологии профилактической и их квалификации. – Институт стоматологии, 2004, № 1, с. 22–25.
3. Вольф Г.Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. Пародонтология.//Под ред. Барера Г.М. – М.: МЕДпресс-информ, 2008, 548 с.
4. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.: Мед. информ. агентство, 2009, 336 с.
5. Заболевания пародонта.//Под ред. Ореховой Л.Ю. – М.: Поли Медиа Пресс, 2004, 432 с.
6. Пародонтология: национал. руководство.//Под ред. Дмитриевой Л.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013, 712 с.
7. Терапевтическая стоматология.//Ч. 2: Болезни пародонта.//Учебник.//Под ред. Барера Г.М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008, 224 с.
8. Терапевтическая стоматология: национал. руководство.//Под ред. Дмитриевой Л.А., Максимовского Ю.М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, 912 с.
9. Янушевич О.О., Дмитриева Л.А., Ревазова З.Э. Пародонтит: XXI век. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012, 366 с.
10. Garranza F.A., Saunders C. Clinical Periodontology. – J. Periodont., 2002, № 74, p. 1033.

Особенности адаптационного периода к полным съемным пластиночным протезам при различном состоянии ротовой жидкости

Стоматолог-ортопед **Людмила Миронова**, кандидат медицинских наук

Клиника Ижевской государственной медицинской академии Минздрава РФ

Стоматолог-ортопед **Алексей Логинов**

МБУЗ «Якшур-Бодьинская ЦРБ»

Резюме. В процессе адаптации к полным съемным протезам ротовая жидкость имеет важное значение. Ее количественные и качественные характеристики влияют на эффективность протезирования. Соматические заболевания изменяют состояние ротовой жидкости и продолжительность адаптационного периода к съемным конструкциям.

Ключевые слова: адаптационный период; протезирование полными съемными пластиночными протезами; ротовая жидкость; соматические заболевания; болевой синдром.

Features an adaptation period to complete removable dentures with different lamellar state of oral fluid

Dentist-orthopedist **Ludmila Mironova**, Candidat of Medical Sciences

Clinic of Izhevsk State Medical Academy

Dentist-orthopedist **Alexey Loginov**

Central Regional Hospital of Yakshur-Bodin Education (Minsk)

Summary. In the process of adaptation to complete dentures oral fluid is important. Its quantitative and qualitative characteristics influence the effectiveness of the prosthesis. Somatic diseases alter the state of oral fluid and duration of the period of adaptation to the removable structures.

Keywords: adjustment period; full removable denture plate denture; oral fluid; somatic diseases; pain syndrome.

Съемное протезирование занимает определенное место в практике врача стоматолога-ортопеда [1, 3–5]. После этапа припасовки и наложения протезов начинается период адаптации к ним. В процессе пользования часто появляются изменения воспалительного характера [2]. Базис съемного протеза сдавливает слизистую оболочку протезного ложа по вертикали и подвергает ее трению по горизонтали. Болевой синдром – наиболее распространенная причина посещений больными врача стоматолога-ортопеда во время адаптации. Обычно для коррекции протезов пациенты обращаются несколько раз, а иногда значительно чаще.

Длительность и выраженность воспалительного процесса и болевого синдрома зависят от местного иммунитета, защитных свойств ротовой жидкости.

Пользователями съемных протезов, как правило, являются люди пожилого и старческого возраста, имеющие не одно соматическое заболевание, влияющее на состояние местного иммунитета и состояние ротовой

жидкости [6]. Поэтому адаптация пациентов к съемным пластиночным протезам, несомненно, важная проблема.

Цель исследования

Изучение состояния ротовой жидкости и слизистой оболочки протезного ложа у пациентов с полным отсутствием зубов в возрасте 60 лет и старше и определение их связи с болевым синдромом в период адаптации к полным съемным протезам.

Материалы и методы

Было обследовано 148 пациентов в возрасте 60–85 лет с полным отсутствием зубов. Первую группу составили соматически здоровые лица (40 человек). Вторую (33) – пациенты, страдающие гипертонической болезнью (ГБ), перенесшие инсульт и принимающие курсовые лекарственные препараты. В третью группу вошли лица (32) с патологией сердечно-сосудистой системы (ССС) и принимающие лекарства, в четвертую (16) – с сахарным диабетом (СД), также принимающие лекарственные

средства, в пятую (27) – с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в стадии ремиссии. У всех пациентов исследовали ротовую жидкость по следующим параметрам: скорость слюноотделения (СС), вязкость слюны (Вс), поверхностное натяжение слюны (ПНС). Состояние слизистой оболочки протезного ложа (СОПЛ) верхней челюсти оценивали по данным люминесцентной диагностики (ЛД) и степени увлажненности слизистой оболочки верхней челюсти (У) [2].

Результаты и их обсуждение

Как следует из результатов исследования, пациенты быстро адаптируются к съемным протезам, если показатели ротовой жидкости и СОПЛ находятся в пределах физиологической нормы. Эту группу составили соматически здоровые лица (таблица).

У пациентов с соматическими заболеваниями, принимающих лекарственные препараты, скорость слюноотделения существенно снижается. Особенно у лиц с заболеваниями ССС и СД – в 2,1 и 2,5 раза соответственно. При этом вязкость слюны пропорционально увеличивается. Исключение составляют пациенты второй группы. При приеме лекарственных препаратов, разжижающих кровь, слюна также становится жидкой. При снижении слюноотделения уменьшается и увлажненность СОПЛ. У пациентов с заболеваниями ССС и СД слизистая оболочка в 2 раза суше, чем у соматически здоровых людей.

Люминесцентная диагностика показывает, что степень кровенаполнения тканей протезного ложа у пациентов с соматическими заболеваниями также снижена.

Частота жалоб по поводу болевого синдрома и посещений врача-ортопеда в адаптационный период у пациентов с соматическими заболеваниями значительно увеличивается.

Таким образом, количественные и качественные показатели ротовой жидкости играют важную роль в процессе адаптации к съемным протезам. С возрастом происходит снижение секреции слюны и увеличение ее вязкости. Однако у пациентов с различными соматическими заболеваниями и принимающих лекарственные препараты, эти показатели значительно изменяются. Уменьшение количества ротовой жидкости вызывает сухость слизистой оболочки, и она становится более чувствительной к механическим, термическим и химическим раздражителям, к каковым относится базис съемного протеза.

Выводы

- ⊙ Состояние ротовой жидкости влияет на процессы адаптации к съемным протезам.
- ⊙ Соматические заболевания изменяют ротовую жидкость.
- ⊙ Уменьшение количества и увеличение вязкости ротовой жидкости приводит к изменению увлажненности СОПЛ, что способствует увеличению болевого синдрома и снижению эффективности протезирования полными съемными пластиночными протезами у лиц пожилого и старческого возраста.

Координаты для связи с авторами:

+7 (3412) 43-78-87, ort-stom@igma.udm.ru – Миронова Людмила Александровна; **+7 (34162) 4-11-15** – Логинов Алексей Валентинович

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алимский А.В., Бадмаев Б.Э. с соавт. Нерешенные проблемы геронтостоматологии. – Экономика и менеджмент в стоматологии, 2010, № 2, с. 19–21.
2. Галонский В.Г., Радкевич А.А. Реакция слизистой оболочки опорных тканей протезного ложа на воздействие съемных зубных протезов. – Сибир. мед. журн., 2009, № 2, с. 18–22.
3. Гасников В.К., Савельев В.Н. О состоянии и динамике демографической нагрузки на трудоспособное население: мифы и реальность – Труды ИГМА, 2010, т. 48, с. 39–40.
4. Рединов И.С. Подготовка тканей протезного поля при ортопедическом лечении больных с беззубой нижней челюстью при резко выраженной атрофии альвеолярной части. – Автореф. докт. дисс., Ижевск, 2000, ИГМА, 24 с.
5. Рединова Т.Л. Диагностика в терапевтической стоматологии.//Уч. пособ. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006, 138 с.
6. Рошковский Е.В. Изучение нуждемости в ортопедической стоматологической помощи лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей и особенности ее оказания в геронтологических стационарах. – Автореф. канд., дисс., М., 2008, ЦНИИС и ЧЛХ, 25 с.

Группа	Скорость слюноотделения, мл/мин	Вязкость слюны, отн. ед.	Поверхностное натяжение слюны, мН/м	Увлажненность СОПЛ, 10 ⁻³ мг	Люминесцентная диагностика, балл	Количество коррекций
1 (n=40)	0,36±0,02	1,83±0,14	42,05±1,38	82,5±4,78	2,7±0,11	1,58±0,12
2 (n=33)	0,22±0,01*	1,33±0,01*	66,24±0,87*	42,85±5,2*	3,88±0,12*	3,88±0,14*
3 (n=32))	0,17±0,02*	2,89±0,49**	32,32±4,64	41,25±13,08*	3,26±0,24**	4±0,49*
4 (n=16)	0,14±0,02*	4,72±0,33*	20,33±1,0*	42±4,28*	3,19±0,18*	2,75±0,29
5 (n=27)	0,26±0,01*	3,24±0,57*	36,77±3,96	64,16±22,95	3,16±0,1**	2,9±0,53

Прим.: * показатели имеют достоверное различие $p<0,001$; ** $p<0,05$ со значениями группы 1.

С заботой о детстве

Профессор **Лариса Кисельникова**, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой

Доцент **Людмила Дроботко**, кандидат медицинских наук

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

Резюме. В сентябре в Москве прошел III Российско-европейский конгресс по детской стоматологии – событие, которое еще несколько лет назад казалось мечтой. В работе форума приняли участие 350 специалистов. С докладами выступили лучшие врачи России, стран СНГ и Европы. В этом году в рамках конгресса прошли мастер-классы и семинары, был проведен конкурс научных работ по детской стоматологии для молодых ученых и студентов стоматологических факультетов.

Ключевые слова: конгресс; детская стоматология; доклад; конкурс; молодые ученые.

Taking care of a child

Professor **Larissa Kiselnikova**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department

Associate Professor **Lyudmila Droboŭko**, Candidat of Medical Sciences

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

Summary. In September Moscow hosted the III EU-Russia Congress of Pediatric Dentistry – an event that just a few years ago seemed like a dream. The forum was attended by 350 experts. Presentations were made by the best doctors in Russia, CIS and Europe. This year the Congress held master classes and workshops, a contest of scientific works on pediatric dentistry for young scientists and students of dental faculties.

Keywords: congress; children's dentistry; report; competition; young scientists.

В сентябре в московском выставочном комплексе «Крокус Экспо» в третий раз прошел Российско-европейский конгресс по детской стоматологии – событие, которое еще несколько лет назад казалось мечтой. Но теперь с каждым годом спектр мероприятий, проводимых в рамках конгресса, расширяется, количество участников увеличивается, что очень важно для развития современной науки и работы российской секции EAPD (Европейская академия педиатрической стоматологии).

В работе конгресса приняли участие 350 детских стоматологов со всех уголков страны: из Сыктывкара, Владивостока, Тюмени, Красноярска, Иркутска, Омска, Твери, Рязани, Ижевска и других городов России, а также гости из стран СНГ (Украины, Белоруссии, Казахстана) и европейских государств. Со словами приветствия к участникам обратилась главный детский стоматолог Минздравсоцразвития РФ Л.Н. Максимовская. На открытии форума выступила и заведующая кафедрой детской стоматологии МГМСУ, консул от России в Европейской



Еще несколько лет назад российско-европейский конгресс по детской стоматологии казался несбыточной мечтой



В Москву приехали 350 лучших детских стоматологов



В президиуме профессор Л.П. Кисельникова

ассоциации детских стоматологов, член Комитета наций Международной ассоциации детских стоматологов, профессор Л.П. Кисельникова.

Профессор Л.А. Хоменко (Украина) сообщила собравшимся о том, что в свет вышел первый международный учебник по детской терапевтической стоматологии, созданный украинскими и российскими учеными. С приветственными словами к аудитории обратились заведующие кафедрами детской стоматологии из Белоруссии – профессор Т.Н. Терехова и Казахстана – профессор Г.Т. Ермуханова.

На конгрессе выступили лучшие детские стоматологи. География докладчиков была весьма разнообразной. Равно, как и тематика их выступлений – от новых подходов в эндодонтическом лечении временных зубов (профессор Н. Крамера, Германия) до тяжелой травмы зубов у детей (профессор Д. Тумба, Великобритания), от современных методов по лечению переломов коронок зубов в постоянном прикусе (профессор Н. Лигидакис, Греция) до миофункционального лечения специально разработанными ортодонтическими аппаратами (Н. Халсинк, Нидерланды). С огромным вниманием были выслушаны и доклады наших ученых: профессоров Л.П. Кисельниковой и И.Г. Даниловой («Современные взгляды на прогнозирование и профилактику кариеса у подростков»), профессора С.Ю. Страховой и доцента Л.Н. Дроботько («Лечение воспалительных заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта»). Не меньшее впечатление на аудиторию произвел доклад о сохранении и восстановлении твердых тканей зубов у детей, представленный украинскими профессорами Л.А. Хоменко и Н.В. Биденко.

В этом году в рамках конгресса прошли мастер-классы и семинары, был проведен конкурс научных работ по детской стоматологии для молодых ученых и студентов стоматологических факультетов, организатором которого выступили СтАР (секция детской стоматологии, возглавляемая профессором В.М. Елизаровой), кафедра детской стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова и Европейская

академия детской стоматологии (президент – профессор Монти Даггл). Молодежь впервые получила возможность представить на суд международного жюри результаты своих научных исследований в виде постерных докладов. На конгрессе были заслушаны 42 доклада молодых ученых и 19 – студенческих. В результате среди ученых лучшей признана работа О.В. Дуда (НМУ, Киев), вторые места завоевали научные разработки Д.А. Васильевой, К.С. Пушкиной (МГМСУ) и Е.В. Лихорад (БГМУ, Минск), замыкают список победителей выступления В.В. Слабовского (НМУ), А.Г. Седойкина, К.И. Федотова (МГМСУ) и С.П. Борис (БГМУ).

В конкурсе студенческих работ первое место заняли Р.Ю. Карпович, Е.В. Лишик, Л.В. Козловская (БГМУ), второе – Т.В. Ермакович, М.М. Сазонова (БГМУ), третье поделили Р.Б. Нурлы (КазНМУ, Алматы) и Е.Е. Жукова, Ж.Э. Ожгихина (УГМА, Екатеринбург).

Всем докладчикам были вручены дипломы участника конкурса, а победителям еще и ценные подарки от компании Colgate.

Завершилось мероприятие автобусной прогулкой по Москве, организованной для гостей столицы.

Координаты для связи с авторами:

+7 (495) 611-00-31; факс: +7 (495) 611-50-44; KDTS@mail.ru – кафедра детской стоматологии МГМСУ



Здоровые дети – счастливые дети!

Между прошлым и будущим

Профессор **Александр Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета, заслуженный врач РФ

Кафедра кариесологии и эндодонтии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. XIII симпозиум «Актуальные вопросы эстетической стоматологии» был посвящен памяти профессора Ю.М. Максимовского. На форуме заслушали и обсудили доклады профессоров МГМСУ, других вузов России, а также иностранных специалистов. В рамках мероприятия состоялось заседание Совета секции «Эстетическая стоматология» СтАР, на котором были подведены итоги проделанной за год работы.

Ключевые слова: симпозиум; эстетическая стоматология; доклад; чемпионат.

Between Past and Future

Professor **Alexander Mitronin**, Doctor of Medical Sciences, Dean of the Faculty of Dentistry, Honored Doctor of the Russian Federation

Department of Endodontics and Cariology MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. XIII symposium Actual issues of aesthetic dentistry was dedicated to the memory of professor J.M. Maximovsky. The forum heard and discussed the report professors of MSUMD and other university Russian and foreign specialists. During the event, a meeting of the council of the section Cosmetic Dentistry Russian Dental Association, which summed up the work done during the year.

Keywords: symposium; cosmetic dentistry; report; championship.

Тринадцатый симпозиум «Актуальные вопросы эстетической стоматологии», проходивший в рамках XXX Всероссийской научно-практической конференции «Стоматология XXI века», был посвящен памяти заслуженного деятеля науки, заслуженного врача РФ, кавалера ордена «За заслуги перед стоматологией» I степени, знака «Отличник здравоохранения», медали ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, доктора медицинских наук, профессора Ю.М. Максимовского. Последние 30 лет жизнь МГМСУ была неразрывно связана с его именем. Исследователь, изобретатель, ученый, Юрий Михайлович был лидером и вдохновителем

не только своей кафедры факультетской терапевтической стоматологии, но и всего университета. По учебникам профессора будет учиться еще не одно поколение российских студентов-стоматологов. Декан стоматологического факультета МГМСУ, профессор А.В. Митронин представил гостям и участникам видеопрезентацию, посвященную деятельности Ю.М. Максимовского.

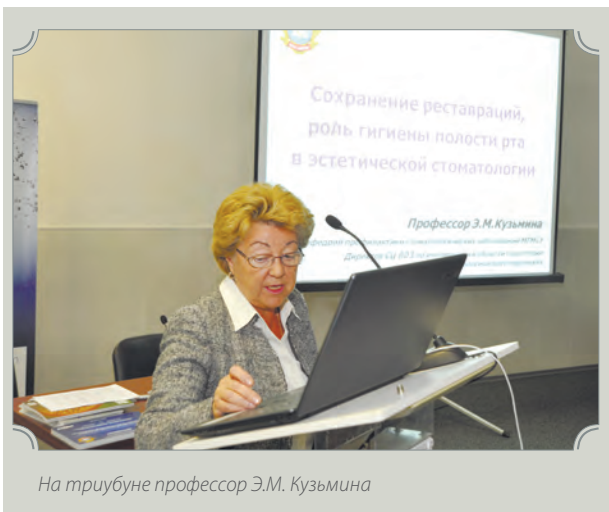
Затем были заслушаны и обсуждены доклады профессоров МГМСУ, других вузов России, а также иностранных специалистов, в частности А.И. Постолаки (Молдова) и почетного гостя симпозиума, ассоциированного профессора, генерального секретаря Греческой академии



Слово А.И. Постолаки



Выступает профессор С.А. Рабиновича



На трибуне профессор Э.М. Кузьмина



Фото на добрую память

эстетической стоматологии Космаса Толидиса (Салоники). В качестве еще одного почетного гостя на форуме присутствовала руководитель комитета профилактики Европейской стоматологической студенческой ассоциации (EDSA) Вайва Якутыте.

В рамках мероприятия состоялось заседание Совета секции «Эстетическая стоматология» СТАР, на котором были подведены итоги проделанной за год работы. Секция оказывала активное содействие профессиональной, общественной и научной деятельности специалистов в области эстетической стоматологии, помогала внедрению реставрационных технологий, способствовала развитию медицинской науки и практики.

Новым председателем секции был единогласно избран заведующий кафедрой терапевтической стоматологии СамГМУ (Самара), профессор Эдуард Максимович Гильмияров. Его заместителем стал заведующий кафедрой терапевтической стоматологии СГМА (Смоленск), профессор Александр Иванович Николаев.

Все участники симпозиума получили сертификаты СТАР и МГМСУ, а также сувениры от генерального партнера – компании Colgate.

Следующий симпозиум – конференция и чемпионат стоматологического мастерства «Лучшая работа в эстетической стоматологии» – пройдет в следующем году в Самаре, по традиции в День России 12 июня.

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



Памятные призы и сертификат вручаются Н.Н. Власовой



Вручение сертификата и подарков профессору В.Н. Чиликину



Сертификат и подарки получает почетный гость симпозиума Космас Толидис

На юбилее друзей

Профессор **Александр Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета, заслуженный врач РФ

Кафедра кариесологии и эндодонтии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Профессор **Соломон Рабинович**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой

Кафедра стоматологии общей практики и анестезиологии ФПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. Делегация МГМСУ в составе декана стоматологического факультета, профессора А.В. Митронина и руководителя Международного комитета университета, профессора С.А. Рабиновича приняла участие в работе конгресса, посвященного 60-летию стоматологического факультета Иерусалимского университета. На юбилейный форум в Израиль съехались 48 деканов, заведующих кафедрами и профессоров из ведущих университетов США, Канады, Франции, Польши и других стран. Столько же участников представляли израильские вузы. С основными докладами по наиболее актуальным вопросам современной стоматологии выступили признанные авторитеты мировой науки. После визита в Иерусалим в МГМСУ пришли письма от израильских профессоров с предложениями о сотрудничестве.

Ключевые слова: конгресс; юбилей; доклад; соглашение; сотрудничество.

On the anniversary of friends

Professor **Alexander Mitronin**, Doctor of Medical Sciences, Dean of the Faculty of Dentistry, Honored Doctor of the Russian Federation

Department of Endodontics and Cariology MSUMD named after A.I. Evdokimov

Professor **Solomon Rabinovich**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department

Department of General Practice of Dentistry and Anesthesiology of Faculty of Postgraduate Education MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. Delegation of MSUMD comprising Dean Faculty of Dentistry, professor A.V. Mitronin and Head of the International Committee of the University, professor S.A. Rabinovich attended the Congress on the 60th anniversary of the Faculty of Dentistry University of Jerusalem. On the anniversary forum in Israel gathered 48 deans, department chairs and professors from leading universities in the USA, Canada, France, Poland and other countries. The same number of the participants were Israeli universities. Keynote presentations on topical issues of modern dentistry were recognized authorities worldwide science. After a visit to Jerusalem in MSUMD came letters from Israeli professors for the cooperation.

Keywords: congress; anniversary; report; agreement; cooperation.

В июле 2013 г. делегация МГМСУ в составе декана стоматологического факультета, профессора А.В. Митронина и руководителя Международного комитета университета, заведующего кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии ФПО, профессора С.А. Рабиновича приняла участие в работе

конгресса, посвященного 60-летию стоматологического факультета Иерусалимского университета Хадасса (Израиль). Приглашение было получено от декана, профессора Адама Штабхольца и V Ближневосточного симпозиума. Напомним, что в 2009 г. профессор А. Штабхольц по приглашению ректора МГМСУ, профессора О.О. Янушевича побывал в российском университете, познакомился с образовательным процессом, посетил стоматологические клиники вуза. Результатом визита стало подписание соглашения о сотрудничестве. Затем в 2012 г. состоялись деловые встречи профессорско-преподавательского состава стоматологических факультетов Иерусалимского университета Хадасса и МГМСУ. В том же году профессор А. Штабхольц принял участие в съезде стоматологов России, научно-практических симпозиумах и торжествах, посвященных 90-летию российского вуза.

На юбилейный конгресс в Израиль съехались 48 деканов, заведующих кафедрами и профессоров из ведущих



А.В. Митронин, Аарон Палмон, Муса Бажали, С.А. Рабинович



Профессора А.В. Митронин и С.А. Рабинович на совещании Международного консультативного комитета Ближнего Востока Центра стоматологического образования



Поздравления декану А. Штабхольцу от МГМСУ на конференции Alpha Omega

университетов США, Канады, Франции, Польши и других стран. Столько же участников представляли израильские вузы. В первый день конгресса хозяева и гости посетили стоматологический факультет арабского университета Аль-Куд (Восточный Иерусалим), осмотрели клиники. Здесь был открыт монумент «Мост мира», символизирующий сотрудничество стоматологов вне зависимости от их национальности, вероисповедания, страны проживания. То, что не могут пока политики, под силу врачам. Члены российской делегации передали декану факультета, профессору Мусе Бажали приветствие ректората МГМСУ, подарили выпел и книгу, выпущенную к юбилею московского университета.

Работа V Ближневосточного симпозиума продолжилась на стоматологическом факультете (Школа дентальной медицины) Хиброу университета Хадасса. С основными докладами по наиболее актуальным вопросам современной стоматологии выступили иностранные лекторы, признанные авторитеты мировой науки.

Особенно запомнился доклад декана стоматологического факультета Гарвардского университета, профессора Брюса Донофа о современных методах диагностики и лечения невропатии нижнеальвеолярного и язычного нервов. Созвучные проблемы поднял декан стоматологического факультета Миннесотского университета, профессор Леон Ассаэль. Он рассказал о травматических невропатиях, способах их лечения, а также о методах борьбы с невропатической болью. Современные подходы к лечению детей в университетских клиниках Вашингтона продемонстрировал декан столичного факультета, профессор Джоэль Берг. Руководитель эндодонтических программ университета Торонто, профессор Шимон Фридман проанализировал современные методы повторного эндодонтического лечения в эру имплантации. Современный междисциплинарный подход к диагностике и лечению пациентов на стоматологическом приеме осветил в своем докладе декан стоматологического факультета университета Буффало Михаэль Глик.

На специальной площадке были представлены постерные доклады студентов и аспирантов Иерусалимского университета.

В соответствии с соглашением о сотрудничестве в области стоматологии профессора МГМСУ провели деловые встречи с израильскими коллегами – заведующими кафедрами детской и ортопедической стоматологии, ортодонтии, оральной медицины, челюстно-лицевого протезирования, а также кафедрой научных исследований в области стоматологии, куда входят отделение биоврачевания и научные лаборатории. Профессор С.А. Рабинович рассказал израильским врачам о мероприятиях, проводимых в рамках программы Европейской ассоциации по обезболиванию в стоматологии, президентом которой он является. Профессор А.В. Митронин сделал обзор работы деканов стоматологических факультетов в соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации стоматологического образования и требованиями нового ФГОС.

Участники и гости альянса «За здоровье полости рта без границ», в который входят 29 ведущих университетов мира, в том числе МГМСУ, провели заседание на конференции Alpha Omega.

Члены делегации России поздравили профессора А. Штабхольца с юбилеем возглавляемого им факультета и преподнесли альбом его любимого русского художника И. Шишкина, изданный на двух языках.

В заключительный день форума состоялся праздничный вечер в Binyanei Nauma – самом большом концертном зале Иерусалима, на котором выступили как профессиональные артисты (в том числе российские), так и студенческие коллективы. В финале концерта приглашенные посмотрели фильм о декане Адаме Штабхольце.

Сразу после визита в Иерусалим в МГМСУ пришли письма от израильских профессоров с предложениями о сотрудничестве. И оно будет продолжено!

Координаты для связи с авторами:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович

Марафон для «новобранцев»

Профессор **Александр Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета, заслуженный врач РФ

Кафедра кариесологии и эндодонтии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. В начале нынешнего учебного года первокурсникам МГМСУ было уделено особое внимание: праздник посвящения в студенты, День знаний, День стоматологии. Заметным событием марафона для «новобранцев» стала традиционная актовая лекция ректора МГМСУ, профессора О.О. Янушевича «Стоматология. Введение в специальность». В своем выступлении ректор рассказал о концепции обучения в вузе по третьему стандарту подготовки специалистов, уделил внимание современным технологиям в науке и образовании.

Ключевые слова: первокурсники; конференция; лекция; введение в специальность.

Marathon for recruits

Professor **Alexander Mitronin**, Doctor of Medical Sciences, Dean of the Faculty of Dentistry, Honored Doctor of the Russian Federation

Department of Endodontics and Cariology MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. At the beginning of the current academic year freshmen MSMSU were highlighted: holiday dedication to students, Knowledge Day, Day of dentistry. A notable event marathon for recruits was the traditional acts MSUMD lecture of professor O.O. Yanushevich Dentistry. Introduction to the profession. In his speech, rector spoke about the concept of learning in high school on the third standard of training, paid attention to the modern technologies in science and education.

Keywords: freshmen; conference; lecture; introduction to the specialty.

В начале нынешнего учебного года первокурсникам МГМСУ было уделено особое внимание: праздник посвящения в студенты, День знаний, День стоматологии, организованный в рамках 33-го Московского международного стоматологического форума. Программа Дня стоматологии включала посещение ежегодной выставки «Дентал-Экспо», участие в 30-й Всероссийской научно-практической конференции «Стоматология XXI века» и профильных симпозиумах, на которых выступали, в том числе, профессора университета, а также ставшая традиционной актовая лекция ректора МГМСУ, профессора О.О. Янушевича «Стоматология. Введение в специальность». Красный зал выставочного центра «Крокус Экспо» на 500 мест был полон до отказа. Кроме студентов I курса очной и очно-заочной форм обучения стоматологического факультета на встрече с ректором присутствовали проректор по лечебной работе, про-

фессор Н.Н. Мальгинов, декан стоматологического факультета, профессор А.В. Митронин, председатель комитета по международным связям МГМСУ С.А. Рабинович, заведующие кафедрами университета, профессора Л.Н. Максимовская, Э.М. Кузьмина, Э.А. Базилян, президент СтАР В.В. Садовский, деканы и преподаватели стоматологических факультетов медицинских вузов страны.

В своем выступлении ректор сделал акцент на профильные направления стоматологии, ортодонтии, ЧЛХ и детской стоматологии, рассказал о концепции обучения в вузе по третьему стандарту подготовки специалистов. Особое внимание Олег Олегович уделил современным технологиям в науке и образовании: робототехнике, симуляторам, оптике в стоматологии, выращиванию зубов и пр.

Перед лекцией профессор О.О. Янушевич провел переговоры с руководителем комитета профилактики Европейской стоматологической студенческой ассоциации (EDSA) Вайвой Якутите. Ведь EDSA выбрала именно МГМСУ для проведения международного профилактического проекта SMILE. Вайва Якутите поблагодарила руководство университета за согласие принять проект в России и вручила благодарственные сертификаты ректору и декану стоматологического факультета. Олег Олегович в ответ подарил гостю книгу об МГМСУ.

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ

КЛИНИЧЕСКИЙ

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР



ПРИГЛАШАЕМ ВАС В ИСКУССТВО ЭНДОДОНТИИ



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



ОБРАЗОВАНИЕ • ИННОВАЦИИ • МАСТЕРСТВО

□ ОБЩАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЙ:

1 день – 8 часов, 2 дня – 14 часов

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

□ ЭНДОДОНТИЯ. Семинар № 1. 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.

День знаний в год Учителя

Профессор **Александр Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета, заслуженный врач РФ

Кафедра кариесологии и эндодонтии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. В этом году День знаний прошел на всех курсах стоматологического факультета МГМСУ. Но для первокурсников была подготовлена особая программа – посвящение в профессию. Будущие врачи познакомились с историей кафедр, достижениями их коллективов, судьбами руководителей, а также с традициями университета.

Ключевые слова: День знаний; первокурсники; презентация; открытый урок; отличник.

On the banks of the great Volga

Professor **Alexander Mitronin**, Doctor of Medical Sciences, Dean of the Faculty of Dentistry, Honored Doctor of the Russian Federation

Department of Endodontics and Cariology MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. This year, the Day of Knowledge, was in all the courses of dental faculty MSUMD. But for first-year students have been prepared a special program – the dedication to the profession. Future doctors learn about the history of chairs, the achievements of their teams, the fate of the leaders, as well as the traditions of the university.

Keywords: Day of knowledge; freshman; presentation; public lesson; excellent pupil.



В год, когда стоматологи России отмечают 130-летие со дня рождения Героя Социалистического Труда, член-корреспондента АМН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР, доктора медицинских наук, профессора А.И. Евдокимова, чье имя носит МГМСУ, День знаний прошел на всех курсах стоматологического факультета. Но для первокурсников была подготовлена особая программа – посвящение в профессию. Для них организовали открытые уроки и экскурсии в музей истории медицины, библиотеки, лаборатории вуза. Будущие врачи познакомились с работой кафедр, достижениями их коллективов, судьбами руководителей, а также с традициями университета.

Поздравление от ректората МГМСУ новичкам передал проректор по учебной работе, профессор С.Т. Сохов. Затем декан, профессор А.В. Митронин выступил с презентацией «Стоматологический факультет-2013. Перегрузка – соответствие ФГОС», рассказал о студенческой жизни, олимпиадах, именных стипендиях, международном сотрудничестве. В рамках презентации студентам

показали фильм о профессоре А.И. Евдокимове. О клинической работе и особенностях учебного процесса первокурсники узнали от заведующего кафедрой ортодонтии и детского протезирования, член-корреспондента РАМН, профессора Л.С. Персина и заведующего кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии, профессора В.Н. Царева. Заместитель декана, доцент С.Н. Куденцова познакомила вчерашних абитуриентов с работой деканата, правами и обязанностями студентов. От имени учащихся обо всех сторонах жизни вуза рассказал председатель студенческого профкома Д. Линник.

Старшекурсникам вручили сертификаты на именные стипендии и благодарственные письма за отличную учебу, общественную работу, развитие науки. Вот имена лучших: Филипп Соколов, Фарида Сафиуллина, Анастасия Лазарева, Илья Константинов, Елена Жигалкина, Кристина Даварашвили, Маргарита Дорохова, Вероника Есаян, Александра Коган, Илья Купырев, Екатерина Мясникова, Николай Сиянский, Александр Федоскин. Отдельную благодарность за милосердие от ректора университета и родителей ребенка получила студентка IV курса Мария Малахова, оказавшая первую помощь малышу, пострадавшему в ДТП. Отличники вместе с заведующим кафедрой челюстно-лицевой хирургии, профессором А.Ю. Дробышевым возложили цветы к памятнику Учителя – А.И. Евдокимова.

Первокурсникам выдали зачетные книжки и академические календари. Добро пожаловать в семью МГМСУ!

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович

Роль семьи в формировании подросткового курения

Профессор **Елена Орестова**, кандидат психологических наук, заведующая кафедрой

Аспирант **Александра Волчкова**

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

Резюме. В статье анализируются результаты исследования курящих и некурящих подростков. Выделены основные факторы, способствующие развитию подросткового курения. Рассмотрены особенности отношений обследованных подростков с родителями. Составлены обобщенные психологические портреты групп курящих и некурящих мальчиков и девочек.

Ключевые слова: курение; подростки; родители; эмоциональная близость; сверхтребовательность; гендерные различия; паттерны поведения.

The Family's role in the formation of youth smoking

Professor **Elena Orestova**, Candidate of Psychology Sciences, Head of Department

Graduate student **Alexandra Volchkova**

Department of General Psychology MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. The article considers the results of the study of adolescent smokers and non-smokers, it identifies the main factors contributing to the development of adolescent smoking. It discusses the characteristics of relationships of examined teenagers with their parents. It presents a compilation of generalized psychological portraits of groups of smoking and non-smoking boys and girls.

Keywords: smoking, teenagers; parents; emotional intimacy; over exactingness; gender differences; patterns of behavior.

В качестве наиболее действенных факторов, влияющих на подростковое курение – одну из самых серьезных и распространенных проблем XXI века, – традиционно указывают семью и круг общения [1–3]. В данной работе исследуются особенности взаимодействия подростка с семьей [5]. Можно предположить, что существует связь между взаимоотношениями ребенка с родителями и подростковым курением.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 60 человек, которых разделили на две группы: девочки (13 курящих, 17 некурящих) и мальчики (14 курящих и 16 некурящих). При работе были использованы следующие методы.

Специально разработанная анкета. В нее включили вопросы, касающиеся диагностики отношения представителей данной выборки к курению, прояснения обстоятельств курения и выявления курящих и некурящих членов семьи.

Опросник АДОР, разработанный Л.И. Вассерманом, И.А. Горьковой, Е.Е. Ромицыной и являющийся модифицированной и адаптированной версией опросника CRPBI (Child's Report on Parental Behavior Inventory, E.S. Schaefer) [2]. Данная методика направлена на изучение установок, поведения родителей и их методов воспитания такими, как их видят дети в подростковом и юношеском возрасте. Отношения к детям отца и матери оценивают отдельно.

Проективная методика «Рисунок человека».

Цель использования методики в работе – исследование эмоциональной сферы, а также сфер общения и социальных отношений [4].

Выборку исследования разделили на две большие группы: курящие и некурящие подростки, каждая из которых состояла из подгрупп: курящие мальчики и курящие девочки, некурящие мальчики и некурящие девочки. На основании полученных результатов выделили основные факторы, способствующие подростковому курению, проанализировали особенности взаимодействия подростка с родителями и составили обобщенный психологический портрет разных групп.

Результаты и их обсуждение

Фактор курения родителей

В группе курящих подростков намного чаще встречается хотя бы один курящий родитель. При этом обнаружена тенденция к курению родителя того же пола, что и подросток: у мальчиков статистически значимо чаще курит отец, у девочек – мать. В группе некурящих подростков курение родителей встречается значительно реже. Тенденция к курению родителя одного пола с ребенком сохранилась в группе некурящих девочек: чаще курит мать, реже – отец. В группе некурящих мальчиков оба родителя чаще являются некурящими. Можно предположить, что родитель одного с ребенком пола является эталоном поведенческих паттернов.

Фактор взаимоотношений с родителями

Курящие подростки отмечают напряженные взаимоотношения с родителем одного пола, который статистически значимо чаще является курящим, и более теплые отношения с родителем противоположного пола, который, как правило, не курит. В группе некурящих девочек обнаружилась обратная тенденция. Они отмечают напряженные отношения с обычно некурящим отцом и гармоничные с матерью, которая статистически значимо чаще является курящей. В восприятии некурящих мальчиков взаимоотношения с родителями наиболее сбалансированные. При этом оба родителя чаще некурящие.

Таким образом, существуют гендерные различия в восприятии курящими и некурящими подростками взаимоотношений с родителями. Эти данные ставят вопрос о дальнейшем исследовании роли отца и матери в жизни подростка и об их влиянии на формирование различных поведенческих паттернов.

Фактор влияния группы сверстников

Почти половина курящих подростков отмечает, что начали курить под влиянием компании и друзей. Однако впоследствии они стали использовать сигарету как средство релаксации, способ борьбы со стрессом. В отличие от курящих подростков некурящие чаще всего отмечают, что курение – часть имиджа и в гораздо меньшей степени рассматривают его в качестве способа релаксации.

На основании полученных данных был составлен психологический портрет каждой из выделенных групп.

Курящие подростки. Начало табакокурения среди курящих подростков обусловлено как влиянием группы сверстников, так и наличием хотя бы одного курящего родителя. Курение, возникшее как подражание родителям и под влиянием референтной группы сверстников, закрепилось в качестве способа релаксации и снятия напряжения. В связи с этим, можно предположить, что курение наряду с употреблением алкогольных напитков, у курящих подростков порой становится приоритетным средством борьбы с жизненными трудностями. Подростки еще не умеют справляться со стрессом «правильными методами» и зачастую используют для этого сигареты.

Взаимоотношения в семьях курящих подростков, по их мнению, строятся на основе дистанцированности и дефиците родительской эмпатии. Подростки отмечают враждебность отца, которая выражается в сверхтребовательности и скептическом отношении к достижениям ребенка. Для матери характерно проявление непоследовательности, выражающейся в несовместимости и часто взаимоисключаемости воспитательных стратегий. Это ведет к формированию у подростков повышенной личностной тревожности и низкого уровня самопринятия.

Для курящей группы характерны демонстративная и экзальтированная акцентуация, что выражается в широком

диапазоне эмоциональных состояний, склонности легко приходить в восторг от одних событий и в полное отчаяние от других. Демонстративность находит свое отражение в постоянной жажде внимания к самому себе, эгоцентризме. Можно предположить, что курение среди подростков данной группы несет в себе элемент демонстрации, направленной на желание произвести впечатление.

Некурящие подростки. Некурящие подростки воспринимают сигарету как часть имиджа, способ показать себя, заявить о себе. По сравнению с курящими сверстниками сигарета намного реже рассматривается ими в качестве способа снятия напряжения.

В восприятии некурящего подростка взаимоотношения в семье основываются наприятии и доброжелательности. Так, матери чаще проявляют к подростку позитивный интерес, который выражается в теплом отношении и четком осознании границ того, что можно и чего нельзя. Отец, по сравнению с отцом курящих подростков, менее враждебен, относится к ребенку доброжелательнее. Такое отношение позволяет лучше контролировать как самого подростка, так и круг его знакомств, эффективнее передавать установки, связанные с безопасным поведением.

Наиболее характерные типы акцентуаций для некурящих подростков – гипертимный, циклотимный и экзальтированный. Следовательно, для таких подростков характерен широкий диапазон эмоциональных состояний, склонность легко приходить в восторг от одних событий и в полное отчаяние от других, а также частые смены настроения, зависящие от внешних событий.

Курящие мальчики. По мнению курящих мальчиков, среди основных факторов, побуждающих их к курению, – интерес, влияние компании друзей, конфликты с близкими людьми. Сигарета для них еще и способ снять напряжение.

Важный фактор подросткового курения среди курящих подростков – курение родителей. При этом отношение отца, по мнению подростка, характеризуется враждебностью и непоследовательностью. Непоследовательность воспринимается мальчиками как непредсказуемость и невозможность предвидеть реакцию родителя на ту или иную ситуацию. В сочетании с враждебностью, выражающейся в скептическом отношении к достижениям подростка и сверхтребовательности, подобный стиль воспитания способствует развитию тревожности, неуверенности, импульсивности. Непредсказуемость отцовской реакции лишает ребенка ощущения стабильности. В противоположность отцу мать, по мнению курящего мальчика, проявляет к нему позитивный интерес, выражающийся во внимании и эмоциональномприятии. На основании того, как курящий мальчик воспринимает взаимоотношения с родителями, можно сделать вывод, что в семье существует вероятность возникновения конфликтов и напряжений в виде разобщенности действий родителей.

Для курящих мальчиков характерны циклотимный и эмотивный типы акцентуации. По сравнению с другими группами, у них более выражен тревожный тип. Для мальчиков данной группы в наибольшей степени характерна чувствительность, впечатлительность, глубина переживаний и тревожность. Все перечисленные качества сочетаются с периодическими сменами настроения и его зависимостью от внешних событий. Эмоциональная сфера курящих мальчиков характеризуется высоким уровнем тревожности и лабильности. В сфере социальных отношений отмечается недостаточная продуктивность в контактах, а также склонность ухода от проблем, связанных с конфликтами в межличностных отношениях.

Курящие девочки. Основными факторами, побуждающими девочек к курению, по их собственному мнению, являются влияние компании, конфликты с близкими людьми, желание снять напряжение либо просто сделать назло. Некоторым сигарета помогает перенести стресс, занять свободное время, а для иных служит способом похудения.

В семье курящих девочек мать, как правило, тоже курит. В восприятии девочки взаимоотношения с ней характеризуются дефицитом родительской эмпатии, дистанцированностью и враждебностью. Отец, по мнению курящих девочек, проявляет к ним позитивный интерес, принятие и дружеское отношение. Следовательно, семейная атмосфера курящей девочки также может служить источником противоречий и конфликтов.

Наиболее выраженные типы акцентуации курящих девочек – демонстративный и экзальтированный, т.е. главной чертой является бурная реакция на происходящее. Они легко приходят в восторг от радостных событий и впадают в отчаяние от печальных. Их отличает крайняя впечатлительность по поводу любого события или факта. При этом внутренняя склонность к переживанию находит в их поведении яркое внешнее выражение. Данное обстоятельство сочетается с семейной атмосферой курящей девочки, где преобладает дефицит родительской эмпатии, враждебность матери и позитивный интерес отца.

Некурящие мальчики. Некурящие мальчики среди основных факторов курения выделяли желание познать новое и влияние компании друзей. В качестве преимуществ курения они отмечали облегчение общения и реже, по сравнению с курящими мальчиками, релаксацию. У некурящих мальчиков статистически значимо чаще не курит ни один из родителей. Для семьи таких подростков относительно остальных групп характерны наиболее сбалансированные взаимоотношения в семье. Так, по мнению некурящего мальчика, отношение матери и отца отличаются принятием и вовлеченностью в жизнь подростка, последовательностью в воспитании принципов.

Наиболее выраженные типы у некурящих мальчиков – гипертимный и экзальтированный, для которых характер-

но повышенное настроение, склонность к ярким переживаниям, впечатлительность. Эмоциональная сфера характеризуется лабильностью и тревожностью. В сфере социальных контактов на первый план выступают ярко выраженная экстравертность, общительность, склонность к широким контактам.

Некурящие девочки. Большинство некурящих девочек отмечают, что заставить их курить может только интерес, желание узнать новое. Для них сигарета чаще всего способ создания имиджа и лишь иногда позволяет снять напряжение, в то время как курящие девочки видят в курении метод релаксации и средство борьбы со стрессом.

У некурящих девочек наиболее выражены циклотимная и гипертимная акцентуации. То есть наряду с периодической сменой настроения для них характерно частое пребывание в приподнятом настроении даже при отсутствии каких-либо внешних причин для этого. Такое настроение сочетается с высокой активностью и жадной деятельностью. Для некурящих девочек характерны общительность, повышенная словоохотливость, оптимизм.

Выводы

Результаты исследования свидетельствуют, что уровень подросткового курения связан с характером взаимоотношений подростка с родителями. Неэффективные стили воспитания, недостаток коммуникации и курение родителей – важные факторы возникновения и поддержания табакокурения подростка. Положительные и доверительные взаимоотношения являются защитными видами родительского поведения. Для некурящего подростка семья – источник эмоциональной близости, позитивного интереса и принятия со стороны родителей. Такая вовлеченность в жизнь ребенка позволяет лучше контролировать как самого подростка, так и круг его знакомств, более эффективно передавать установки, связанные с безопасным поведением. Курящий подросток воспринимает отношения в семье как напряженные: преобладают дефицит родительской эмпатии, дистанцированность и враждебность.

Таким образом, семейная обстановка, взаимоотношения родителей и подростков связаны как с рискованным поведением, так и с вовлечением подростков в нежелательную активность. Более глубокие, тесные и доверительные отношения в семье, построенные на уважении прав и свобод каждого из ее членов, служат положительным фактором воздействия на подростка.

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:

- оплатите квитанцию на почте, или со своего личного счета, любым банковским переводом или на сайте www.cathedra-mag.ru
- копии оплаченной квитанции и заполненного купона пришлите в редакцию по адресам:
podpiska.cathedra@gmail.com и **reklama.cathedra@gmail.com** или по почте;
- бесплатная доставка российским подписчикам простой почтовой бандеролью,
доставка для подписчиков из ближнего зарубежья - наложенным платежом.

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

ПРИБОРИТЬ 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: годовая _____ 1200 руб.

КУПОН на подписку

Прошу оформить подписку на журнал CATHEDRA			
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	Форма № ПД-4	
	Наименование получателя платежа: АНО «Редакция журнала «Кафедра. Стоматологическое образование»	
	ИНН получателя платежа: 7713572780 КПП 771301001	
	Номер счета получателя платежа: 40703810700350000194	
	Наименование банка: АКБ «Банк Москвы» (ОАО) г. Москва	
	БИК: 044525219 КОРСЧЕТ: 30101810500000000219	
	Наименование платежа: За подписку на журнал «Cathedra. Стоматологическое образование» 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	Форма № ПД-4	
	Наименование получателя платежа: АНО «Редакция журнала «Кафедра. Стоматологическое образование»	
	ИНН получателя платежа: 7713572780 КПП 771301001	
	Номер счета получателя платежа: 40703810700350000194	
	Наименование банка: АКБ «Банк Москвы» (ОАО) г. Москва	
	БИК: 044525219 КОРСЧЕТ: 30101810500000000219	
	Наименование платежа: За подписку на журнал «Cathedra. Стоматологическое образование» годовая на 20__г. ☐	
	Платательщик (Ф.И.О.):	
	Адрес платателя:	
	Сумма платежа _____ руб. _____ коп. Дата: «_____» _____ 20__г	
Кассир	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен. Подпись платателя _____	

ПРАВИЛА ПУБЛИКАЦИИ НАУЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ЖУРНАЛЕ CATHEDRA

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

Чтобы работа была принята к публикации, необходимо

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

Требования к статьям

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

Требования к иллюстрациям

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

По вопросам размещения статей обращаться к шеф-редактору журнала
Александру Валентиновичу МИТРОНИНУ.

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

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