

Уважаемые читатели!

Завершился очередной учебный год. Позади экзамены для выпускников, впереди – для абитуриентов. Надеемся, наши материалы одним помогут в самостоятельной профессиональной деятельности, а другим дадут более широкое представление о выбранной ими специальности.

Итак, в этом номере, как всегда, представлены и результаты научно-практических исследований, и материалы, посвященные образованию в высших учебных учреждениях стоматологического профиля. Полагаю, нашим читателям будут интересны статьи, посвященные оценке психоэмоционального статуса пациентов, страдающих психическими заболеваниями; применению ортопедических конструкций из полевошпатной керамики, полученных методом фрезерования; оказанию стоматологической помощи лицам, страдающим галитозом на фоне Болезни Крона; эпителиоме Малерба; мониторингу качества усвоения студентами учебного материала по стоматологическим дисциплинам и др.

С тех пор, как мы с вами встречались в последний раз, в стоматологической отрасли произошло немало важных событий. В Москве состоялись симпозиум «Эндодонтия XXI века», День открытых дверей по специальности «Стоматология», IV Международный эндодонтический конгресс. В Первом МГМУ им. И.М. Сеченова в рамках V Общероссийской конференции с международным участием «Медицинское образование-2014» проведен круглый стол «Обеспечение практической подготовки по специальности «Стоматология».

В каждом коллективе есть люди, роль которых трудно переоценить даже спустя годы. Таким значимым для МГМСУ человеком был и остается профессор В.Н. Копейкин. В этом номере мы вновь возвращаемся к этой легендарной личности – большому ученому, интересному человеку, талантливому педагогу.

Несмотря на то что майские праздники остались позади, не могу не поздравить ветеранов Великой Отечественной войны со славным Днем Победы. В честь них и в память о погибших в нашем университете были организованы торжественные мероприятия, в том числе праздничный концерт с участием студентов, творческих коллективов МГМСУ и профессиональных артистов. По окончании программы прошел митинг, завершившийся возложением цветов к памятнику воинам-медикам.

Приятного и полезного вам чтения, а выпускникам и абитуриентам – удачи!

С уважением
шеф-редактор журнала
«Cathedra – Кафедра.
Стоматологическое образование»,
заслуженный врач РФ,
профессор А.В Митронин



Выходит с февраля 2002 г.

ОСНОВАТЕЛЬ ЖУРНАЛА

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

УЧРЕДИТЕЛИ

МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Директор Овсепян А.П.

ШЕФ-РЕДАКТОР

Митронин Александр Валентинович, профессор, д. м. н.,
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 «Cathedra – Кафедра. Стоматологическое образование» 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 «Триада ЛТД»; тираж 2500 экз.

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

100 ЛИЦ

04 ВНЕ ВРЕМЕНИ

Игорь Лебеденко, Константин Борисенко

06 НОВИНКИ СТОМАТОЛОГИИ

ВЗГЛЯД НА РЫНОК

08 АДГЕЗИВНЫЕ СИСТЕМЫ: СТАБИЛИЗАЦИЯ ГИБРИДНОГО СЛОЯ

Дмитрий Николаев, Дарья Данилова Дмитрий Николаев, Дарья Данилова

14 ПРЕПАРИРОВАНИЕ С УСТУПОМ СПЕЦИАЛЬНЫМИ БОРАМИ NTI – EASY CHAMFER

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

17 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Татьяна Ширяк, Ринат Салеев, Дина Мустаева

20 ОЦЕНКА НЕОБХОДИМОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, СТРАДАЮЩИМ ГАЛИТОЗОМ НА ФОНЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

Мадина Мамаева, Наталия Андропова, Александр Митронин

НАУЧНЫЙ ОБЗОР

25 АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ

Елена Володина, Анастасия Бурда, Марина Герасимова

ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

28 СИНЕРГИТЕЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОСКОПА, УЛЬТРАЗВУКА И МАТЕРИАЛА МТА В МИКРОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Леонардо А.П. Перейра

32 ДИАГНОСТИКА СКРЫТЫХ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ

Дмитрий Николаев

37 КОМПЬЮТЕРНЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ – ЭФФЕКТИВНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Игорь Лебеденко, Михаил Деев, Рузанна Назарян, Марина Ретинская, Денис Тагильцев

40 CERES: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ

Игорь Лебеденко, Марина Ретинская, Наталия Вураки

42 КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ИЗ ПОЛЕВОШПАТНОЙ КЕРАМИКИ, ПОЛУЧЕННЫХ МЕТОДОМ ФРЕЗЕРОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ CAD/CAM-СИСТЕМЫ ORTİK DENT

Зоя Разумная

46 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОДХОДОВ К ВЫБОРУ ТЕХНОЛОГИЙ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РАЗРУШЕННЫХ ЗУБОВ

Павел Зотов

48 ОБУЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ИНФОРМАЦИИ О ЛЕКАРСТВАХ КАК ЗАДАЧА ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ

Оксана Гацура, Сергей Гацура

50 ЭПИТЕЛИОМА МАЛЕРБА – СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Людмила Лукиных, Наталья Тиунова

EX CATHEDRA

53 МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МНЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ОБ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМАХ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Екатерина Балуева, Наталья Захарова, Дмитрий Трунин

56 ОЦЕНКА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ТЕРАПИИ

Екатерина Миц-Давыденко, Александр Митронин, Олег Айзберг

ВЫСШАЯ ШКОЛА

60 НЕОБХОДИМОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ ОЦЕНИВАНИЯ ДОСТИЖЕНИЙ ИНТЕРНОВ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Алиса Соловьева, Олеся Селина

64 ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ

Виталий Румянцев, Вероника Жигулина

67 ВХОД РАЗРЕШЕН!

Александр Митронин

МИР СТОМАТОЛОГИИ

68 СТОИТ ТОЛЬКО ЗАХОТЕТЬ!

Александр Митронин

70 ЭНДОДОНТИЯ БЕЗ ГРАНИЦ

Александр Митронин, Наталья Шеина, Иван Вьючков

73 ВЗГЛЯД В «ЗАВТРА»

Александр Митронин

74 БУДЕМ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАТЬСЯ!

Александр Митронин, Анастасия Бурда, Людмила Вдовина

ПСИХОЛОГИЯ

75 ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Владимир Мохов, Виктория Матвеева

Люксатор®

- Эргономичный дизайн
- Эффективность
- Атравматичность



Лоток для 1 инструмента

Защищает люксаторы при мойке, стерилизации и хранении.
для 1 люксатора.

Идеален для хранения люксатора.
Продлевает срок службы люксатора – защищает от механических повреждений при мойке. Безопасная и гигиеничная упаковка.



Лоток на 6 инструментов

Автоклавируемый контейнер-органайзер для 6 люксаторов.

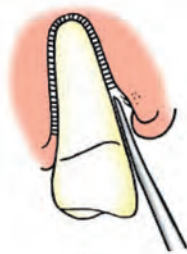
Кассета с замками фиксирует инструменты при переноске.
Продлевает срок службы люксаторов – защищает от механических повреждений при мойке. Безопасная и гигиеничная упаковка.



Люксатор® для корней



Эргономичная ручка.



Сдавливаем альвеолярную кость.



... и разрезаем периодонтальную связку



Освобождаем зуб из лунки.
Минимальное повреждение тканей.

Изготовлено в Швеции

Закрытое Акционерное Общество «СС Вайт»

Телефоны: (495) 730-51-23, 952-57-04, 952-01-47, 952-15-84. Факс: (495) 952-04-80

E-mail: info@sswhite.ru; www.sswhite.ru; www.crosstex.ru

Вне времени

Профессор **И.Ю. Лебеденко**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой

Ассистент **К.А. Борисенко**, кандидат медицинских наук

Кафедра комплексного зубопротезирования МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Out of time

Professor **Igor Lebedenko**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department

Assistant **Konstantin Borisenko**, Candidate of Medical Sciences

Department of Complex Dental Prosthetics MSUMD named after A.I. Evdokimov



Бывают люди, о которых невозможно говорить в прошедшем времени. Заведующий кафедрой госпитальной ортопедической стоматологии (ныне комплексного зубопротезирования) МГМСУ, член-корреспондент РАМН, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор **Вадим Николаевич Копейкин – один из них. Он и сегодня рядом с теми, кто работал с этим замечательным ученым, учился у великого педагога, лечился у гениального врача, любил, уважал, ценил прекрасного человека. Он жив, пока жива наша память о нем. В марте 2014 г. стоматологическая общественность отметила 85-летие профессора.**

Вадим Николаевич родился в Москве 17 марта 1929 г. Будущее не пугало его. В отличие от многих своих сверстников, он всегда знал, кем хочет стать. Как и отец, стоматологом. В 1951 г. после окончания Московского стоматологического института подающего большие надежды молодого врача направили в клиническую ординатуру на кафедру ортопедической стоматологии, которую в те годы возглавлял профессор В.Ю. Курляндский. На протяжении многих лет Вадим Николаевич работал в команде единомышленников с такими корифеями стоматологии, как Б.Р. Вайнштейн, Л.Е. Шаргородский, З.Ф. Лебеденко, З.П. Липсман, Я.Б. Ковалева и другие.

Врач от бога

Он был прекрасным врачом, как говорят, от бога. Среди пациентов всегда педантичного и ответственного как

в технической, так и во врачебной работе В.Н. Копейкина было много знаменитостей: актеры Михаил Ульянов, Аркадий Райкин, поэт Андрей Вознесенский, композитор Микаэл Таривердиев, политики и общественные деятели...

Сумев разглядеть в новом ассистенте кафедры способного, пытливого, целеустремленного и необыкновенно трудолюбивого специалиста, профессор В.Ю. Курляндский предложил Вадиму Николаевичу тему диссертации: «Клинико-экспериментальное изучение пластмассы «Карбодент» для зубных протезов». Результатом работы стало открытие рецептуры новой пластмассы на основе полиэфирных смол – поликарбоната. Одновременно талантливый молодой ученый разработал технологию изготовления протезов из термопластических масс и сконструировал аппарат для изготовления протезов методом литья под давлением.

В 1963 г. Вадим Николаевич успешно защитил кандидатскую диссертацию и продолжил работу в институте. В 1967-м его избрали проректором ММСИ по научной работе. А еще через год был открыт первый в стране факультет специализации и усовершенствования врачей-стоматологов, деканом которого назначили В.Н. Копейкина. Ежегодно на факультете повышали квалификацию от 700 до 1000 специалистов. По настоянию декана в институтском общежитии выделили места для иногородних врачей – Вадим Николаевич всю свою жизнь проявлял искреннюю заботу о людях.

Факультет понемногу расширялся, и В.Н. Копейкин еще долгое время опекал свое детище. Кроме того, при его непосредственном участии в 1970–80 гг. факультеты усовершенствования были открыты в ряде медицинских институтов страны.

Учитель, воспитай ученика

В 1974 г. Вадим Николаевич оставил должность декана и начал работу над докторской диссертацией, посвященной обоснованию ортопедических методов лечения больных пародонтозом, которую блестяще защитил в 1980 г. После ухода из жизни профессора В.Ю. Курляндского в 1977 г. именно его любимый ученик возглавил кафедру госпитальной ортопедической стоматологии, которой и руководил до конца своих дней. В том же году Вадима Николаевича избрали на пост главного стоматолога МЗ РСФСР, и на этой должности он прослужил вплоть до 1995 г.

В 1981 г. В.Н. Копейкину было присвоено звание профессора, а в 1990-м он был назначен руководителем РосНУПО «Стоматология».

Научная работа занимала много времени, но Вадим Николаевич никогда не забывал о преподавательской деятельности. Он прекрасно понимал, что качественная стоматологическая помощь невозможна без высококвалифицированных кадров. Вместе с ведущими стоматологами России В.Н.Копейкин большое внимание уделял разработке единых учебных планов и программ для стоматологических факультетов медицинских институтов. За большой вклад в совершенствование лечебно-диагностической помощи населению и подготовку специалистов профессору присвоили почетное звание «Заслуженный врач РСФСР», а в 1991 г. по инициативе ректората ММСИ за заслуги в развитии медицинской науки В.Н. Копейкин был удостоен звания «Заслуженный деятель науки Российской Федерации» и избран членом-корреспондентом РАМН.

Для внедрения новых методов диагностики и лечения стоматологических заболеваний Вадим Николаевич совместно с немецкими учеными создал учебный центр «Ивостом», в котором обучались врачи-стоматологи и

зубные техники. Основной задачей центра было освоение и распространение в России передовых зарубежных зуботехнических технологий. Центр, оснащенный новейшим оборудованием и материалами, стал авангардом современной стоматологии.

Профессор В.Н. Копейкин не раз представлял российскую науку за рубежом, выступая с докладами. Он был пропагандистом отечественных достижений в стоматологии.

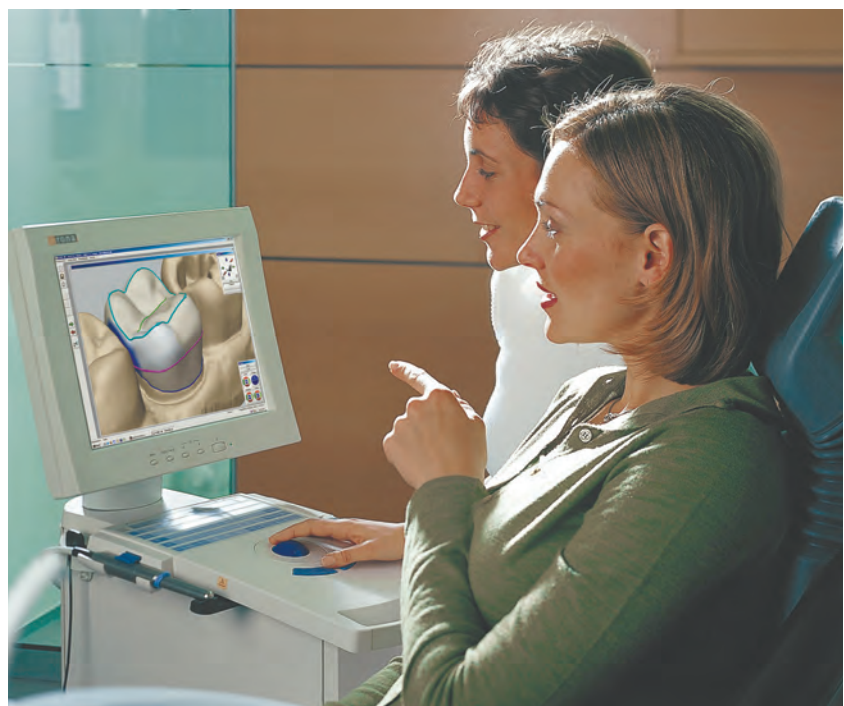
Вадим Николаевич воспитал немало способных учеников – своих последователей. Профессор – автор 196 научных работ, в том числе двух монографий, учебников для стоматологических вузов и медицинских училищ. Под его руководством защищены пять докторских и 28 кандидатских диссертаций.

По инициативе руководства МГМСУ в память о профессоре Вадиме Николаевиче Копейкине учреждены именные стипендии, на здании Стоматологического комплекса установлена мемориальная доска. В этом году в Махачкале пройдут третьи «Копейкинские чтения», посвященные актуальным вопросам ортопедической стоматологии.

Память о профессоре В.Н. Копейкине – талантливом ученом и благородном человеке – всегда будет жить в сердцах его учеников, сотрудников кафедры, коллег и благодарных пациентов.

Координаты для связи с авторами:

+7 (495) 611-20-61, kafedra.gos@mail.ru – кафедра комплексного зубопротезирования МГМСУ;
lebedenko@mail.ru – Лебедеко Игорь Юльевич



Eye Volution – универсальный светодиодный полимеризационный аппарат



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



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



Материалы для технологии CAD/CAM



Контрастный спрей аэрозоль BlueSpray

Идеальный инструмент для оптического сканирования (интраорально или на модели).

D-5135 BlueSpray
Аэрозоль 50 мл



Контрастный спрей аэрозоль BlueSpray plus

Контрастный спрей, созданный по новейшей формуле, для оптического сканирования (интраорально или на модели).

D-5136 BlueSpray plus
Аэрозоль 50 мл с двумя аппликационными насадками



GumQuick® scan

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

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

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

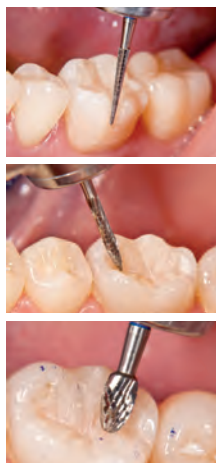
Сканируемый материал для регистрации прикуса на основе А-силиконов, обладающий высокой окончательной твердостью.

Клинически доказано преимущество применения материалов с технологией CAD/CAM, оптимальным выравниванием по технологии Cerec AC и Bluescan.

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



Одношаговые боры-финиры



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

Аксиальные маркеры глубины для виниров Caldwell



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

www.nti.de



Революция в обработке телескопов TelePlus – экономия 30% времени



- всего два инструмента;
- фрезеровка на максимальных оборотах;
- идеальная полировка поверхности;
- фрезеровка под углом 0 и 2°;
- повышенная износостойкость и долгий срок службы инструментов.



Самоклеющиеся шлифовальные полоски для цилиндра

Подробности на сайте bory.ru и по телефону: +7 (800) 333-05-61



Одноразовые маски FOGFREE не запотевающие



- трехслойные, бумажные, прямоугольные, на мягких резинках;
- идеальны для стоматологов, которые пользуются оптикой;
- в упаковке 40 шт.

Адгезивные системы: стабилизация гибридного слоя



Ассистент
Д.А. Николаев



Клинический ординатор
Д.А. Данилова

Кафедра терапевтической стоматологии СГМА (Смоленск) Минздрава РФ

Резюме. Об успехе реставрации зубов современными композитными материалами можно судить, в том числе, по наличию или отсутствию послеоперационной чувствительности. Основная причина ее возникновения – образование дефектов гибридного слоя, появление которых, в свою очередь, зачастую связано с нарушением правил адгезивной подготовки полости. Однако есть еще одна, менее известная российским стоматологам проблема, которая также может привести к послеоперационной чувствительности, – прорыв гибридного слоя дентинной жидкостью. Результаты данного исследования говорят о том, что текучий материал для объемного пломбирования SDR™ (Dentsply) обладает высокой степенью самоадаптации к поверхности, имеет гомогенную структуру и, соответственно, может эффективно противостоять этому.

Ключевые слова: послеоперационная чувствительность; дентинная жидкость; адгезив; фотополимеризация; объемное пломбирование.

Adhesive systems: stabilization of the hybrid layer

Assistant **Dmitry Nikolaev**

Clinical intern **Darya Danilova**

Department of Therapeutic Stomatology Smolensk State Medical Academy

Summary. The success of restorations with modern composite materials can be judged, including the presence or absence of post-operative sensitivity. The main reason for its occurrence – the formation of defects of the hybrid layer, the appearance of which, in turn, is often related to a violation of the adhesive cavity preparation. But there is another, less well-known russian dental problem that can also lead to post-operative sensitivity – a breakthrough hybrid layer of dentin fluid. The results of this study suggest that the flowable bulk material filling SDR™ (Dentsply) has a high degree of self-adapting to the surface has a homogeneous structure and, accordingly, can effectively counteract this.

Keywords: postoperative sensitivity; dentinal fluid; adhesive; photopolymerization; volumetric filling.

Успех реставрации зубов современными композитными материалами зависит от ряда факторов и может оцениваться по самым разным критериям. Один из таких критериев, на который обращают внимание не только стоматологи, но и пациенты, – наличие или отсутствие послеоперационной чувствительности. Основная причина ее возникновения – образование дефектов гибридного слоя, появление которых, в свою очередь, зачастую связано с нарушением правил адгезивной подготовки полости. Несоблюдение времени протравливания твердых тканей зуба, пересушивание дентина, работа во влажных условиях при плохой изоляции рабочего поля, микроподтекания, недостаточное высушивание адгезивной системы перед ее фотополимеризацией –

наиболее распространенные ошибки при адгезивной подготовке полости [2, 6, 12].

Однако есть еще одна, менее известная российским стоматологам проблема, которая также может привести к послеоперационной чувствительности, – прорыв гибридного слоя дентинной жидкостью.

Дентинная жидкость находится в дентинных каналах под повышенным давлением (от 25 до 30 мм рт. ст.). Обнажение канальцев приводит к толчкообразному перемещению жидкости, травме одонтобластов и, согласно гидродинамической теории дентинной чувствительности, провоцирует болевой приступ. Чаще данной проблемы касаются при обсуждении гиперестезии. Но после адгезивной подготовки полости зуб находится в схожей ситуации: дентинная жидкость продолжает цир-

кулировать под повышенным давлением, а дентинные канальцы закрыты тонкой, очень податливой пленкой гибридного слоя, средняя толщина которого всего 5 мкм (для сравнения диаметр эритроцита – 7 мкм). Это приводит к тому, что дентинная жидкость сразу же после фотополимеризации гибридного слоя начинает деформировать его, а затем и вовсе прорывает, выходя на поверхность. Причем это явление характерно как для адгезивных систем, требующих выполнения техники тотального протравливания, так и для самопротравливающих [3, 7, 11].

Когда стало известно об этом негативном явлении, нередко провоцирующем послеоперационную чувствительность, в поисках способа стабилизации гибридного слоя производители добавили в адгезивные системы наполнители, призванные сделать гибридный слой более жестким, способным сопротивляться давлению дентинной жидкости. Но создание наполненных адгезивных систем не решило проблему выхода дентинной жидкости на поверхность гибридного слоя [3, 13]. Дело в том, что практически в любом современном адгезиве присутствуют гидрофильные компоненты, обеспечивающие его проникновение в дентин. Наиболее распространенные среди них – НЕМА (2-гидроксиэтил метакрилат) и 4-МЕТА (ангидрид 4-метакрилоксиэтил тримеллитовой кислоты) [9]. Дентинная жидкость может двигаться по ним, не прорывая, а пропитывая гибридный слой. Явление проникновения дентинной жидкости через гибридный слой без его деформации и прорыва получило название «водное дерево» (рис. 1). Время его формирования варьируется для различных адгезивов, но не превышает 2 мин. Из-за гидрофобных свойств ни один композитный материал не в состоянии образовать химическую связь с гибридным слоем через вышедшую дентинную жидкость [8]. Следовательно, формирование «водного дерева» – еще одна причина послеоперационной чувствительности.

Единственный достоверно эффективный способ профилактики роста «водного дерева» – незамедлительное перекрытие дентинной части гибридного слоя

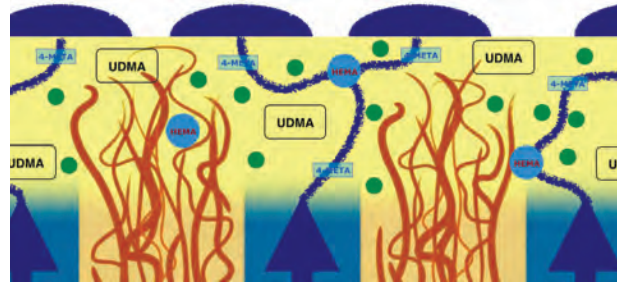


Рис. 1 Схема образования «водного дерева»: дентинная жидкость пропитывает гибридный слой через гидрофильные молекулы и выходит на его поверхность.

после фотополимеризации, до того, как дентинная жидкость пропитает его гидрофобным композитом. Иными словами, действия стоматолога должны обогнать выход дентинной жидкости. При полноценном и качественном перекрытии гибридного слоя гидрофобным композитом тонкая прослойка дентинной жидкости просто не сможет сформироваться.

Для достижения данной задачи стоматолог должен максимально быстро и эффективно адаптировать первую порцию композитного материала к гибриднему слою, при этом не повредив его острыми инструментами [5].

Если критически рассматривать свойства имеющихся на российском стоматологическом рынке композитов, наиболее быстрыми и удобными материалами для выполнения данной манипуляции следует считать специальные текучие композиты для объемного пломбирования (bulk-fill-композиты) [4]. Данные материалы используют в качестве базовой прокладки, которая замещает весь объем дентина [1]. После стандартной адгезивной подготовки их вносят в полость одной порцией (рис. 2, а). За счет своей консистенции и свойства самовыравнивания bulk-fill-композиты заполняют ее, не требуя дополнительной адаптации и распределения с помощью инструментов (рис. 2, б). Полимеризуют их одним слоем толщиной до 4 мм. Возможность внесения



Рис. 2 Схема применения материалов для объемного пломбирования: **а)** вид зубов после адгезивной подготовки; **б)** весь объем дентина восстановлен текучим композитом для объемного пломбирования (SDR™, Dentsply); **в)** анатомическая форма восстановлена универсальным композитом Ceram-X mono (Dentsply)



Рис. 3 Текущие композиты для объемного пломбирования: серые компьютеры – SDR™ (Dentsply), оранжевые – Filtek Bulk Fill (3M ESPE)

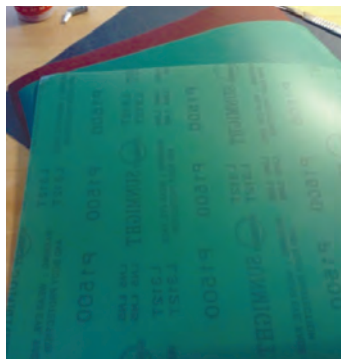


Рис. 4 Листы шлифовальной бумаги, выбранные в качестве базовой поверхности

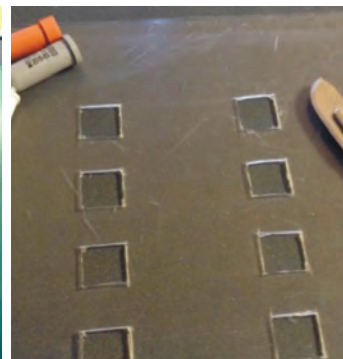


Рис. 5 Подготовленная виниловая пластина с прорезанными окнами

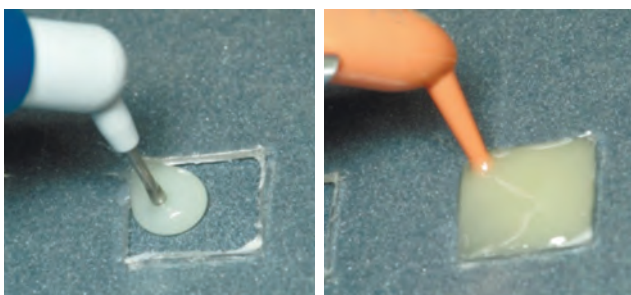


Рис. 6 Внесение материалов в окна виниловой пластины, плотно прижатой к листу шлифовальной бумаги

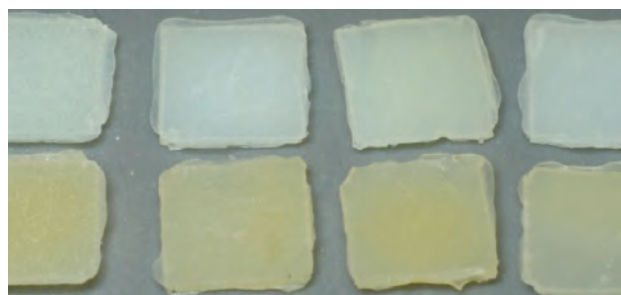


Рис. 7 Примеры изготовленных образцов композита

материала большой порцией реализуется особой химической формулой композита, изменяющей кинетику реакции полимеризации и снижающей полимеризационный стресс. Сверху такой материал должен быть перекрыт универсальным композитом (рис. 2, в).

Рост «водного дерева», а значит, и возникновение послеоперационной чувствительности напрямую зависят от качества адаптации композитного материала ко дну и стенкам полости. Многие стоматологи высказывают сомнения по поводу качества самоадаптации столь объемных порций композитного материала без дополнительного распределения с помощью привычных инструментов.

Приведем результаты сравнительного лабораторного исследования качества адаптации двух присутствующих на российском рынке материалов для объемного пломбирования – SDR™ (Dentsply) и Filtek Bulk Fill (3M ESPE, рис. 3).

Для проведения опыта в качестве базовой поверхности со сложным рельефом выбрали шлифовальную бумагу различной зернистости (рис. 4). Ее шероховатость оценили с помощью профилометра (20 измерений в разных точках). В виниловых пластинах толщиной 2 мм были вырезаны окна 10х10 мм, которые послужили формочками для создания образцов композита (рис. 5).

В ходе эксперимента шлифовальную бумагу накрывали подготовленными виниловыми пластинами

и заполняли окна одной порцией материала, который дополнительно не распределяли внутри инструментами (рис. 6, а, б). Материалу давали 10 с на адаптацию ко «дну полости» – шлифовальной бумаге, после чего проводили фотополимеризацию в течение времени, рекомендованного производителем. Далее композит извлекали из пластины и с помощью профилометра оценивали шероховатость поверхности полученного образца (20 измерений). Всего было оценено качество адаптации текучих композитов для объемного пломбирования к шлифовальной бумаге четырех степеней зернистости (рис. 7). Для каждой изготовили по 10 образцов из обоих материалов (таблица, рис. 8).

Минимальная разница в шероховатости поверхности шлифовальной бумаги и образца композита свидетельствует об идеальной адаптации материала. Любое отступление как в меньшую, так и в большую сторону указывает на неполноценную и недостаточную адаптацию материала.

Экспериментально было выявлено, что текучие материалы для объемного пломбирования отлично адаптируются к самым сложным поверхностям. Однако качество адаптации материала SDR™ превзошло данную характеристику Filtek Bulk-Fill. Кроме того, в процессе оценки полученных образцов внутри композитной массы Filtek Bulk-Fill обнаружены множественные поры (рис. 9, а, б) [10].

Передовые технологии

Уникальные возможности

SDR[®]

Smart Dentin Replacement

- Более 18 миллионов реставраций по всему миру
- Усадочный стресс на 60% ниже чем у стандартных композитов
- Уникальное свойство самовыравнивания в полости
- 3 года клинического успеха



К лучшей стоматологии

DENTSPLY

Dentsply Russia Limited | Москва, 129090 | Проспект мира, дом 6
Тел: +7 (495) 988 28 08 | Факс: + 7 (495) 988 28 09 | www.dentsplycys.com

Результаты профилометрии

Серия образца, цвет бумаги	Шероховатость, μm		
	Базовая поверхность	Образцы из композитного материала SDR™ (Dentsply)	Образцы из композитного материала Filtek Bulk Fill (3M ESPE)
1 – серая	9,5±0,9	8,2±1,1	8,6±0,4
2 – бордовая	8,0±0,6	7,8±0,4	6,7±1,2
3 – темно-зеленая	3,5±0,3	3,1±0,3	2,2±0,7
4 – светло-зеленая	1,2±0,1	1,2±0,3	0,7±0,2

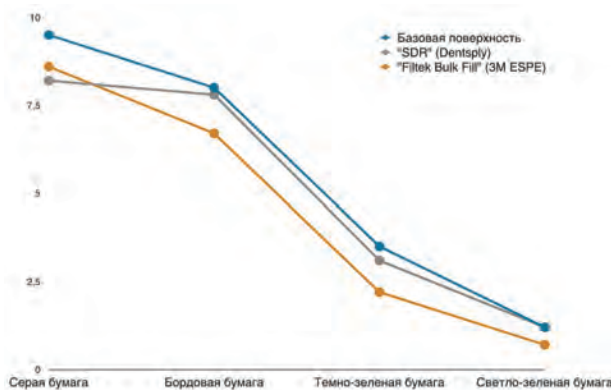


Рис. 8 Графическое изображение полученных результатов профилометрии

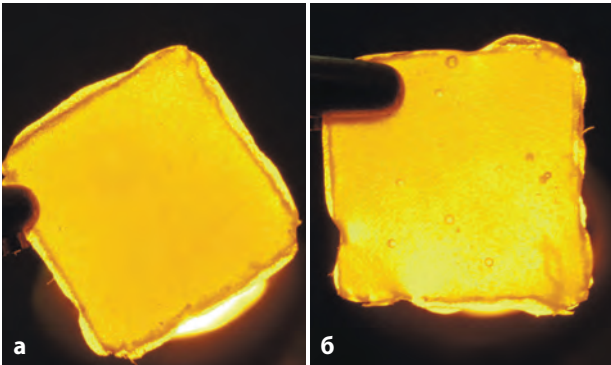


Рис. 9. Оценка гомогенности образца композита методом трансллюминации: а) SDR™ имеет однородную гомогенную структуру; б) в образце из материала Filtek Bulk-Fill обнаружены многочисленные воздушные пузыри (поры)

Полученные результаты говорят о том, что текущий материал для объемного пломбирования SDR™ (Dentsply) обладает высокой степенью самоадаптации к поверхности, имеет гомогенную структуру и, соответственно, может эффективно противостоять росту «водного дерева». Стоит рекомендовать покрывать данным материалом всю дентинную часть гибридного слоя непосредственно после полимеризации адгезивной системы.

Координаты для связи с авторами:
+7 (4812) 55-07-01, 55-23-16, 55-32-03 – кафедра терапевтической стоматологии СГМА

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Левкин А.В., Гринин В.М. Оценка качества пломбирования зубов современными композитными материалами в условиях долгосрочного наблюдения. – Dental Forum, 2013, № 4, с. 10–12.
2. Николаев А.И. Системный подход к диагностике и комплексному лечению кариозных и пришеечных некариозных поражений твердых тканей зубов (клинико-лабораторное исследование). – Автореф. докт. дисс., Смоленск, 2012, СГМА, 193 с.
3. Николаев Д.А. Адгезивные системы: что необходимо знать практикующему стоматологу? – Dental Magazine, 2014, № 3 (123), с. 88–91.
4. Furness A., Tadros, S.W., Loony F.A. et al. Effect of bulk/incremental fill on internal gap formation of bulk-fill composites. – J. Dent., 2014, v. 42, is. 4, p. 439–449.
5. Larson T.D. The top ten list of things we don't do anymore/the best of now. Part one. – Northwest Dent., 2013, v. 92, is. 3, p. 14–18.
6. Manhart J., Trumm C. Microleakage of XP Bond in Class II Cavities after Artificial Aging. – J. Adhes. Dent., 2007, v. 9, is. 2, p. 261–264.
7. Ozer F., Blatz M.B., Self-etch and etch-and-rinse adhesive systems in clinical dentistry. – Compend. Contin. Educ. Dent., 2013, v. 34, № 1, p. 12–20.
8. Powers J.M., Wataha J.C. Dental materials: properties and manipulation. – NY: Mosby, 2012, 248 p.
9. Shinoda Y., Nakajama M., Hosaki K. et al. Effect of smear layer characteristics on dentin bonding durability of HEMA-free and HEMA-containing one-step self-etch adhesives. – Dent. Mater. J., 2011, v. 30, is. 4, p. 500–510.
10. Tay F., Lin C., Chersoni S. et al. Osmotic blistering in enamel bonded with one-step self-etch adhesives. – J. Dent. Res., 2004, v. 83, is. 4, p. 290–295.
11. Tay F., Pashley D., Garcia-Godoy F. et al. Single-step, self-etch adhesives behave as permeable membranes after polymerization. Part II. Silver tracer penetration evidence. – Am. Dent. J., 2004, v. 17, is. 5, p. 315–322.
12. Tay F., Pashley D., Suh B. et al. Water treeing in simplified dentin adhesives – déjà vu? – Oper. Dent., 2005, v. 30, is. 5, p. 561–579.
13. Van Meerbee, B., De Munk J., Yoshida Y. Adhesion to Enamel and Dentin: Current Status and Future Challenges. – Oper. Dentistry, 2003, v. 28, is. 3, p. 215–235.

36-й Московский
международный
стоматологический
форум и выставка



Дентал Экспо

29 сентября - 2 октября 2014

Москва, Крокус Экспо
павильон 2, залы 5, 7, 8
Проезд: м. "Мякинино"



www.dental-expo.com



18+

На правах рекламы

S.T.I.dent - спонсор выставки,
эксклюзивно представляет

Septanest®

Устроитель:

DENTALEXPO®

Генеральные информационные партнеры



Препарирование с уступом специальными борами NTI – Easy Chamfer

Резюме. Огромное преимущество инструмента Easy Chamfer проявляется во время препарирования глубокого уступа. Шаг за шагом вершина рабочей части бора создает глубокий уступ без нежелательной бороздки. Таким образом можно достичь различной глубины препарирования, не меняя инструмента. Боры Easy Chamfer предлагаются в цилиндрической конической формах. Коническая версия имеет наклон 6°, что облегчает и улучшает качество интраорального сканирования. Easy Chamfer – инструмент, экономящий время и деньги, а также улучшающий эффективность стоматологической практики. Врач имеет возможность работать быстро, точно и безопасно.

Ключевые слова: препарирование; культя; уступ; коронка; рабочая часть; бор.

Dissection with ledge special burs NTI – Easy Chamfer

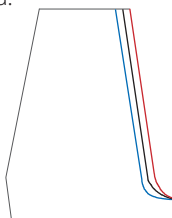
Summary. The huge advantage of Easy Chamfer tool occurs during the preparation of deep ledge. Step by step, the working part of the vertex creates a deep shoulder grooves without junk. Thus, one can achieve varying depth preparation, without changing the tool. Easy Chamfer drills are available in cylindrical conical forms. Conical version has a slope 6°, which facilitates and improves the quality intraoral scan. Easy Chamfer – tool, saving time and money, as well as improving the efficiency of dental practices. The doctor is able to work quickly, accurately and safely.

Keywords: preparation; stump; ledge; crown; working part; burr.

Различают два варианта классического препарирования под коронки: создание культи с закругленным уступом под металлокерамические конструкции и с плечевым уступом под цельнокерамические коронки. Однако все чаще для цельнокерамических коронок используют препарирование, являющееся усредненным вариантом между двумя названными. Такой уступ, назовем его глубоким, в отличие от пологого классического (рис. 1), препарируют глубже, но при этом он не имеет классической геометрии плеча.

Рис. 1

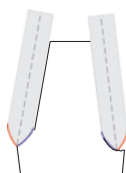
Различные формы культи: пологий уступ (красный), глубокий (черный) и плечо (синий)



Геометрия культи и размеры коронки зависят от материала коронки и, если необходимо, от требований интраорального сканера. Обычно для металлокерамических коронок используют алмазные боры формы «торпедо» (закругленный уступ), для препарирования под цельнокерамические – формы «цилиндр» (с плечевым уступом). Рабочую часть этих инструментов можно разделить на позитивную (режущую) и негативную (пассивную). Сделаем это на примере бора «торпедо» (рис. 2).

Рис. 2

Части инструмента «торпедо»: позитивная (синяя) и негативная (красная)



Позитивная часть участвует в препарировании уступа (для плечевого уступа используют «цилиндр»). При достижении во время препарирования центральной оси инструмента, негативная часть неизбежно тоже начинает препарировать. Например, у инструмента NTI формы «торпедо» этот эффект появляется после углубления на 0,6 мм.

Для предотвращения работы негативной частью врач должен препарировать лишь на глубину до центральной оси инструмента. При обычном субгингивальном препарировании на дистальных поверхностях моляров невозможен точный визуальный контроль, поэтому нередко происходит сошлифовывание дентина негативной частью инструмента, образуется нежелательная бороздка. В этом случае врачу необходимо держать инструмент на одинаковой высоте по отношению к границе препарирования (рис. 3, 4).

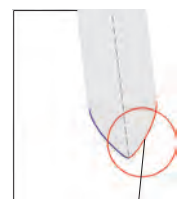
Рис. 3

Рабочую часть с негативной частью держат на одинаковой высоте



Рис. 4

Рабочая часть с негативной частью погружается в уступ





Easy Chamfer

Точное и быстрое препарирование плечевого уступа
быстро • просто • идеально



- Уверенное препарирование культи под коронку даже при ограниченном визуальном обзоре
- Благодаря гиду - легкий контроль заданной глубины препарирования
- Экономия времени до 30%
- Торпеда цилиндрической и конической формы
- Коническая торпеда с углом в 6° для идеальной работы со сканерами CAD/CAM



В результате может получиться неровное плечо (рис. 5) или даже бороздка (рис. 6).

Рис. 5
Неровное плечо



Рис. 6
Бороздка



В обоих случаях необходимо сгладить поверхность уступа, используя торцевой инструмент, такой как NTI 839 или 840 (рис. 7). Этот способ нельзя назвать точным и быстрым. Процедура достаточно трудоемкая и дорогая, но главное, зачастую неточная.

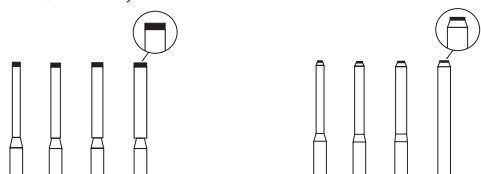


Рис. 7 Торцевые инструменты NTI 839 или 840

Для препарирования классического плечевого уступа лучше использовать конические (форма 998) и цилиндрические боры (форма 999), инструменты с безопасным концом (рис. 8).

Рис. 8
Инструмент с гидом



Направляющий гладкий конец, двигаясь по десневой бороздке, обеспечивает точный тактильный контроль движений инструмента даже при высокой скорости бора. С инструментами конической формы возможная глубина препарирования составляет 0,4; 0,6; 0,7 и 0,8 мм. Инструмент цилиндрической формы может препарировать на глубину 0,8 мм. NTI имеет полный ассортимент боров Easy Chamfer для препарирования как глубоких, так и пологих уступов (рис. 9).



Рис. 9 Цилиндрическая версия NTI Easy Chamfer

На вершине рабочей части инструмента Easy Chamfer – безопасный конец без алмазного покрытия (рис. 10), что предотвращает работу негативной части бора и блокирует его проникновение за границу препарирования.

Рис. 10
Безопасный конец на вершине рабочей части



Врач может выбирать глубину препарирования самостоятельно в зависимости от ситуации. При использовании только боковой рабочей части возможно даже обычное препарирование (рис. 11, 12).

Рис. 11
Easy Chamfer без негативной части



Рис. 12
Препарирование с Easy Chamfer



Рабочую часть используют частично (рис. 13, а) или полностью (рис. 13, б) вплоть до безопасного конца для создания пологого и глубокого уступа. В момент, когда безопасный конец соприкасается с границей препарирования, бор прекращает препарирование зуба в вертикальном и горизонтальном направлениях.

а) рабочая часть использована частично;



б) полностью



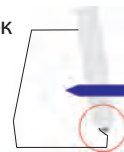
Рис. 13 Препарирование пологого уступа с Easy Chamfer

Огромное преимущество инструмента Easy Chamfer проявляется во время препарирования глубокого уступа. Чтобы продолжить шлифование вглубь, необходимо двигать бором вверх и вниз (рис. 14).

а) вверх



б) вбок



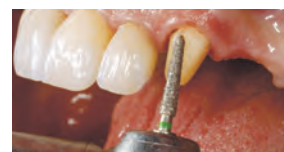
в) вниз



Рис. 14 Движения с Easy Chamfer

Шаг за шагом вершина рабочей части бора создает глубокий уступ без нежелательной бороздки. Таким образом можно достичь различной глубины препарирования, не меняя инструмента (рис. 15).

Рис. 15
Препарирование культи с Easy Chamfer



Боры Easy Chamfer предлагаются в цилиндрической (878SE, 879SE) и конической (878KSE, 879KSE) формах. Коническая версия имеет наклон 6°, что облегчает и улучшает качество интраорального сканирования. Easy Chamfer – инструмент, экономящий время и деньги, а также улучшающий эффективность стоматологической практики.

Координаты для связи: nti@nti.de – NTI Kahla GmbH

Эффективность обезболивания пульпита временных моляров верхней челюсти

Т.Ю. Ширяк, кандидат медицинских наук, докторант кафедры ортопедической стоматологии, ассистент кафедры стоматологии детского возраста КГМУ (Казань)

Профессор **Р.А. Салеев**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета

Кафедра ортопедической стоматологии КГМУ (Казань) Минздрава РФ

Ординатор **Д.М. Мустаева**

Кафедра стоматологии детского возраста КГМУ (Казань) Минздрава РФ

Резюме. Считается, что особенности строения костной ткани у детей способствуют более легкой диффузии анестетика. В связи с этим детям при лечении и удалении зубов на верхней челюсти рекомендуется обойтись без небного введения препарата, тем более что небная инъекция – одна из самых болезненных. Изучена эффективность инфильтрационной анестезии на верхней челюсти при лечении 172 временных зубов с диагнозом K04.05, («Пульпит вне обострения», МКБ 10). В 97,68% случаев анестезия оказалась успешной. При этом необходимость в дополнительной небной и/или внутрипульпарной анестезии составила 23,84%. Существенное влияние на эффективность анестезии оказывал психоэмоциональный фактор. Так, детям с низким уровнем тревоги и страха дополнительная анестезия потребовалась лишь в 6,84% случаев, а малышам, находящимся в состоянии психоэмоционального стресса, в 41,82%.

Ключевые слова: инфильтрационная анестезия; пульпит; временные зубы; верхняя челюсть; дети.

Effectiveness of anesthesia of pulpitis temporary molars of the upper jaw

Tatyana Shiryak, Candidate of Medical Sciences, Doctoral candidate of Department of Prosthetic Dentistry, Assistant of Department of Pediatric Dentistry of Kazan State Medical University

Professor **Rinat Saleev**, Doctor of Medical Sciences, Dean of the Faculty of Dentistry

Department of Prosthetic Dentistry Kazan State Medical University

Resident **Dina Mustaeva**

Department of Pediatric Dentistry Kazan State Medical University

Summary. It is believed that the structural features of bone tissue in children contribute to a better diffusion of the anesthetic. In connection with these children in the treatment of primary teeth on the upper jaw is recommended to do without palatal injection, especially as palatal injections are considered one of the most painful. Studied the effectiveness of infiltration anesthesia in the maxilla in the treatment of 172 temporary teeth diagnosed with pulpitis. Anesthesia was successful in 97,68%. When the need for additional palatal and/or anesthesia intrapulpal amounted 23,84%. Fear and anxiety in the dentist's chair has a significant impact on the effectiveness of anesthesia. Infants with low alarm need to supplement anesthesia awarded 6,84% in children are in the high level of anxiety in 41,82% of the cases.

Keywords: infiltration anesthesia; pulpitis; temporary teeth; maxilla; children.

Дети, испытывавшие боль и страх в кресле стоматолога, зачастую сохраняют негативное отношение к стоматологии и в зрелом возрасте. Самый эффективный способ уменьшить боль во время стоматологических процедур – обезболивание. Погрешности в технике выполнения анестезии, вариативность расположения ветвей тройничного нерва, воспалительный процесс в пульпе, а также страх и тревога через изменение нейрогуморальной регуляции могут оказывать влияние на эффективность местной анестезии [3]. Особую актуальность приобретает обезболивание при лечении пульпита. Воспалительный процесс и высвобождающиеся при этом медиаторы воспаления (простагландины,

интерлейкины), нейропептиды (субстанция Б, брадикинин) способствуют первичной гипералгезии нервных волокон, повышая их возбудимость и проводимость [2].

В настоящее время одни из самых востребованных анестетиков – препараты на основе артикаина. Применение артикаина для детей любого, в том числе раннего, возраста показало, что он наиболее безопасен и эффективен для любых клинических процедур [8, 11, 12].

При изучении эффективности и безопасности современных местных анестетиков большинство фармакологических исследований проходит с участием взрослых. Да и в детской стоматологии чаще оценивают эффективность обезболивания постоянных зубов, нежели временных.

Е.В. Вассманова с соавт. при выполнении различных процедур – от лечения кариеса до цистомии – во временных и постоянных зубах 76 детей в возрасте 4–15 лет использовала артикаиновые анестетики. Отрицательный эффект отмечен лишь в 2,6% случаев [1]. Исследования М. Ashkenazi с соавт. показали в среднем 86%-ную эффективность компьютеризированной анестезии на верхней челюсти (с щечной и небной сторон) у 178 детей 2–14 лет при обезболивании 207 зубов: во время лечения кариеса временных зубов – в 91% случаев, при пульпотомии – в 79%, при удалении зубов – в 74% [7]. Не выявлено существенных различий между инфильтрационной и интралигаментарной анестезией в зависимости от возраста, пола или зуба (первый либо второй верхнечелюстной временный моляр). При этом авторы отмечают меньшую болевую реакцию компьютерной анестезии как с небной, так и с щечной стороны [7]. J.L. Sixou с соавт. при изучении применения компьютеризированной артикаиновой анестезии с помощью системы Quick Sleeper 2 в 140 временных зубах отметили ее эффективность при эндодонтическом вмешательстве в 96,6% случаев, при реставрации – в 100%, при экстракции зуба – в 88%. Не выявлено разницы в зависимости от возраста, не отмечено ни одного случая укусов слизистой оболочки или постинъекционных болей [9]. С.В. Чуйкин с соавт. при обезболивании 52 временных и 15 постоянных зубов с диагнозом «Пульпит» отметили неэффективность анестезии только в 2,9% случаев [6].

Считается, что особенности строения костной ткани у детей (пористость, меньшая минерализация) способствуют более легкой диффузии анестетика. В связи с этим детям при лечении и удалении зубов на верхней челюсти использование анестетиков артикаинового ряда позволяет в ряде случаев обойтись без небного введения препарата [5]. Подробных работ об эффективности инъекционного местного обезболивания современными анестетиками при заболеваниях пульпы во временных зубах и необходимости повторных инъекций в литературе совсем немного. Это и определило актуальность исследования.

Цель исследования

Изучить эффективность основной вестибулярной инъекции и необходимость дополнительной анестезии артикаиновыми анестетиками при лечении пульпитов временных моляров верхней челюсти.

Материалы и методы

В исследовании участвовало 138 детей в возрасте от 2 до 9 лет, у которых по поводу пульпита (K04.05, «Пульпит вне обострения», МКБ 10) на верхней челюсти было вылечено 172 временных зуба.

Исследование начинали с клинических методов: осмотр, сбор анамнеза, в том числе аллергологического, из-

мерение артериального давления (по методу Короткова) и частоты сердечных сокращений.

Психоземotionalное состояние оценивали по шкале Зидра в баллах:

- 0 – позитивное поведение;
- 1 – слабый страх;
- 2 – умеренный страх;
- 3 – сильный страх;
- 4 – очень сильный страх.

При этом совершенно неконтактных детей исключали.

Обезболивание проводили с помощью 4%-ных артикаиновых анестетиков: «Ультракаин Д-С» 1:200000 в 115 зубов и «Ультракаин Д-С форте» 1:100000 в 57 зубах.

Через 3–5 мин анализировали эффективность анестезии по субъективной оценке болевой чувствительности методом зондирования по трехбалльной шкале:

- 0 – безболезненное вмешательство;
- 1 – незначительная болезненность, позволяющая закончить процедуру;
- 2 – болезненность, требующая дополнительной анестезии.

Оценка боли может вызывать у врача определенные трудности, так как она субъективна, отличается у разных детей, и на нее могут оказывать влияние психологические факторы. Поэтому для большей объективности боль оценивали, во-первых, по очевидной разнице в поведенческой реакции на зондирование здоровых тканей и обнаженной пульпы во вскрытой точке, во-вторых, опираясь на жалобы ребенка.

Анестетик вводили с помощью карпульного шприца, тонких коротких игл, инсулинового шприца.

При проведении инфильтрационной анестезии с вестибулярной стороны верхней челюсти оценивали анатомо-физиологические особенности строения челюстно-лицевой области у детей. После аппликационного обезболивания вводили анестетик в переходную складку в объеме 0,1–0,2 мл. Через 1 мин – в подслизистую, в область проекции корней временных зубов (0,3–0,5 мл). Такая трехэтапная анестезия позволяла провести обезболивание максимально безболезненно. При неэффективности обезболивания анестетик добавляли с вестибулярной стороны. Если и этого было недостаточно, прибегали к дополнительной небной и/или внутрипульпарной анестезии.

Во избежание негативной реакции шприц всегда находился вне поля зрения ребенка, не произносились слова «укол», «шприц» и т.п. При проведении анестезии ребенок запрокидывает голову назад и не видит шприца, но даже несмотря на это врач сопровождал процедуру обезболивания, например, такой фразой: «Сейчас в рот залетит комарик, и если будет немного неприятно, ты чуть-чуть потерпи». Родитель или медсестра в этот

момент всегда находились рядом, чтобы предотвратить ненужные движения ребенка.

В качестве дополнительной оценивали инфильтрационную анестезию с небной стороны или/и внутрипульпарную.

Результаты и их обсуждение

Чаще всего на верхней челюсти пульпит встречается в первых молярах. Было вылечено 123 первых моляра и 49 вторых. Клиническая эффективность основной инфильтрационной анестезии с вестибулярной стороны составила в целом 76,16% (131 зуб). В остальных 23,84% (41 зуб) случаях приходилось прибегать к дополнительной анестезии – небной и/или внутрипульпарной.

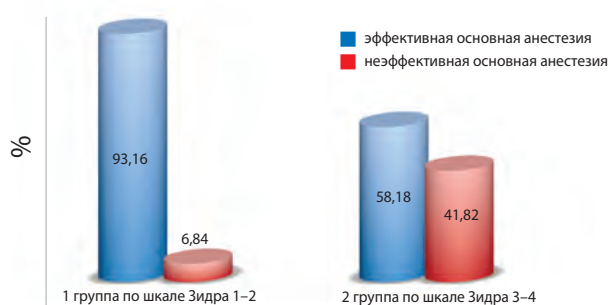
В первых молярах дополнительная инъекция потребовалась в 25 зубах ($20,33 \pm 3,63\%$, $p < 0,001$), во вторых – в 16 ($32,66 \pm 6,69\%$, $p < 0,001$).

Совсем неэффективной дополнительная анестезия оказалась у 2 детей в 4 зубах (2,32%) – 2 первых моляра и 2 вторых. В этих случаях пришлось оставлять девитализирующее средство.

Еще одной задачей была оценка роли психоэмоционального фактора, способного повлиять на необходимость дополнительной инъекции. Для этого детей разделили на две группы. В первую вошли 92 ребенка, у которых было вылечено 117 зубов. Их эмоциональное состояние оценивали по шкале Зидра от 0 до 2 баллов. Вторую группу составили 46 детей с 55 вылеченными зубами. Их эмоциональный статус анализировали по шкале Зидра от 3 до 4 баллов (рисунок).

Дети из первой группы, поведение которых определяли как спокойное либо умеренно тревожное, легко шли на контакт, выполняли все требования врача. В этой группе дополнительная анестезия понадобилась лишь для 8 зубов ($6,84 \pm 2,33\%$, $p < 0,001$).

Маленькие пациенты из второй группы очень боялись стоматологических вмешательств, испытывали сильный и очень сильный страх, отказывались от лечения, их пришлось долго уговаривать и настраивать. В данной группе



Эффективность основной инфильтрационной анестезии во временных молярах на верхней челюсти в зависимости от психоэмоционального статуса детей, %

дополнительная инъекция потребовалась для 23 зубов ($41,82 \pm 6,65\%$, $p < 0,001$). И только после нее зондирование пульпы стало безболезненным.

При основном виде обезболивания с вестибулярной стороны верхней челюсти анестетик вводили в объеме 0,4–1,6 мл на 1 зуб (в среднем 0,81 мл). В случае дополнительной палатинальной и/или внутрипульпарной инъекции количество анестетика соответственно возрастало – от 1,2 до 2,8 мл (в среднем 1,37 мл). На дополнительную внутрипульпарную анестезию и особенно инфильтрационную с небной стороны, несмотря на предварительное аппликационное обезболивание, все дети реагировали негативно, что неудивительно, так как обезболивание этих видов считается самым болезненным [4, 10]. Осложнение в виде кратковременной ишемии мягких тканей щеки наблюдали лишь в одном случае.

Таким образом, инъекционное обезболивание позволяет провести лечение временных зубов более качественно и безболезненно, сокращая количество посещений и негативные эмоции. Но если инъекция с вестибулярной стороны, как правило, не вызывает у ребенка боль, то внутрипульпарная и небная анестезия из-за высокой болезненности могут вызвать слезы, негативную реакцию и отказ от лечения. Поэтому лишь при неэффективности инфильтрационной анестезии с вестибулярной стороны нужно использовать дополнительную анестезию с небной стороны или внутрипульпарную. Особое внимание в оценке эффективности обезболивания требуется детям, находящимся в состоянии эмоционального стресса.

Выводы

1. Эффективность инфильтрационной анестезии на верхней челюсти при лечении пульпитов временных зубов оказалась достаточно высокой – 97,68%.
2. Необходимость в дополнительной небной и/или внутрипульпарной анестезии составила 23,84%.
3. Психоэмоциональный фактор оказывает существенное влияние на эффективность анестезии. Детям с низким уровнем тревоги и страха дополнительная анестезия понадобилась в 6,84% случаев, пациентам, находящимся в состоянии психоэмоционального стресса, – в 41,82%.
4. Достоверно чаще дополнительная анестезия требовалась во вторых молярах ($32,66 \pm 6,69\%$), чем в первых ($20,33 \pm 3,63\%$).

Координаты для связи с авторами:

+7 (843) 237-93-04, +7 (904) 660-95-24, tanya_shiryak@mail.ru – Ширяк Татьяна Юрьевна; **+7 (843) 236-04-41, +7 (987) 297-88-54, rin-gul@mail.ru** – Салеев Ринат Ахмедуллович

Список литературы находится в редакции.

Оценка необходимости оказания стоматологической помощи лицам, страдающим галитозом на фоне болезни Крона

Аспирант **М.И. Мамаева**

Аспирант **Н.А. Андропова**

Профессор **А.В. Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета МГМСУ, заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ

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

Резюме. Запах изо рта – распространенная проблема, часто становящаяся поводом для общественной изоляции, препятствием в построении карьеры, семьи и в социальной адаптации. Болезнь Крона нередко сопровождается специфическими и неспецифическими стоматологическими проявлениями, включая галитоз. В данной статье на основании обзора отечественной и зарубежной литературы отмечены особенности ведения пациентов, страдающих болезнью Крона.

Ключевые слова: болезнь Крона; галитоз; стоматологическая помощь; профилактика.

Assess the need for dental care for persons suffering from halitosis against Crohn's disease

Graduate student **Madina Mamaeva**

Graduate student **Natalia Andronova**

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

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

Summary. Halitosis is a common problem and is often the cause for social isolation as an obstacle to building a career, family and social adaptation. Crohn's disease is often accompanied by specific and non-specific dental manifestations, including halitosis. This article includes a review of domestic and foreign literature. The features of the management of patients suffering from Crohn's disease.

Keywords: Crohn's disease, halitosis, dental care, prophylaxis.



Еще в древние времена для избавления от неприятного запаха изо рта люди начали использовать различные средства растительного происхождения. В Бразилии жевали корицу, в странах Дальнего Востока – смолу мастикового дерева, в Италии – петрушку, в Таиланде – плоды гуавы и семена аниса, в Ираке – гвоздику. Позднее, когда ученые установили, что некоторые растения содержат антибактериальные вещества, эти данные стали использовать при изготовлении многих средств гигиены полости рта. Авиценна в трактате «Канон врачебной науки» писал, что источник зловонного запаха изо рта – «загнивание десен и языка», и предложил использовать скребки из арака и масличного дерева для очистки языка. Современные исследования подтвердили догадку Парацельса, который предположил, что в дурном запахе повинна сера [8].

Несмотря на высокую значимость и общественное внимание к проблеме галитоза, уровень знаний в этой области недостаточен не только среди пациентов, но и среди стоматологов, так как научная база для эффективной профилактики, диагностики и лечения галитоза только создается [19]. Согласно данным С. Фаррел, за помощью к стоматологу обращается лишь 1 из 10 взрослых пациентов, страдающих неприятным запахом изо рта [7].

Галитоз не только актуальная научная, но и социальная проблема. Неприятный запах изо рта наносит психологический дискомфорт, мешает нормальным взаимоотношениям в обществе и успешной карьере, что нередко приводит к депрессии среди людей, страдающих от этой проблемы [7].

Воспалительные заболевания кишечника, в частности болезнь Крона, зачастую сопровождаются специфическими и неспецифическими стоматологическими проявлениями, включая галитоз [12, 13]. Согласно проведенным исследованиям болезнь Крона характеризуется генерализованным воспалительным процессом в желудочно-кишечном тракте с признаками иммунного воспаления в полости рта. В этой связи поражение слизистой оболочки рта можно рассматривать как отдельную фенотипическую характеристику локализации болезни Крона [2].

Болезнь Крона: стоматологические проявления

Болезнь Крона (БК), или гранулематозный энтерит, регионарный энтерит, трансмуральный илеит, терминальный илеит – хроническое неспецифическое гранулематозное воспаление желудочно-кишечного тракта, которое может поражать все его отделы, начиная от полости рта и заканчивая прямой кишкой, с преимущественным поражением (50% случаев) терминального отрезка подвздошной кишки и илеоколитом [18]. Характеризуется трансмуральным воспалением, лимфаденитом, образованием язв и рубцов стенки кишки. Вместе с имеющим много общих патофизиологических и эпидемиологических характеристик язвенным колитом образует группу воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) [1].

Воспалительные заболевания пищеварительного тракта достаточно часто сопровождаются поражением зубочелюстной системы [4]. Одно из первых описаний поражения полости рта при БК появилось в 1969 г., и с тех пор нередко встречается в литературе. В крупных сериях наблюдений частота оральных проявлений БК варьировалась от 0,5 до 20%. Столь широкий разброс, вероятно, связан с различиями в критериях отбора [7, 8]. Среди больных детского возраста зарегистрирована значительно более высокая распространенность поражения органов полости рта при БК: 48–80% [5, 6]. Поражения полости рта могут совпадать, предшествовать или следо-

вать за кишечной манифестацией БК. Примерно в 1/3 случаев они появляются раньше (иногда лет на 10) кишечных симптомов [8]. По некоторым данным, стоматологические проявления БК при поражении толстого кишечника встречаются чаще, чем при поражении тонкой кишки [5]. Поражения органов полости рта более распространены у мужчин [2, 4], а также достоверно коррелируют с другими внекишечными проявлениями БК [16].

Поражения слизистой оболочки рта (СОР) могут быть как специфическими для БК, макроскопически сходными с кишечными поражениями, видимыми при эндоскопии, так и неспецифическими, включая афтозные язвы.

В исследовании некоторых авторов у 79 пациентов с БК было выявлено 228 поражений мягких тканей полости рта, самые частые из которых отеки (27% пациентов), язвы (25%) и полипозная папулезная гиперплазия СОР (20%). Затронуты, главным образом, были губы (диффузный отек и индукции – 25%), десны (18%), преддверие рта (линейные гиперпластические складки – 14%), слизистая оболочка полости рта (11%). Это свидетельствует о том, что неспецифические поражения встречаются чаще и более заметны, нежели специфические проявления БК [15].

Неспецифические стоматологические симптомы БК часто могут быть связаны с дефицитом питания либо побочными реакциями на лекарственную терапию [1, 5]. Глоссит связывают с дефицитом железа, фолиевой кислоты или витамина B_{12} в результате кишечной мальабсорбции [19]. Гиперплазия десен, как известно, побочный эффект циклоспорина [1, 2], а темный язык и металлический привкус во рту часто встречаются у пациентов, получающих метронидазол [9].

Гистологическое исследование пораженных тканей демонстрирует скопления лимфоцитов, гиперплазию лимфоидных фолликулов, отек собственной пластины слизистой оболочки и подслизистой [3]. Верхний эпителиальный слой может быть нормальным, гиперплазированным или изъязвленным [3]. Неказеозные гранулемы, содержащие эпителиоидные и гигантские клетки, встречаются в 10–77% биопсий СОР [3]. Отличительная черта гранулем СОР при БК – аккумуляция Th1 CD4+ лимфоцитов [9]. Часто гранулемы расположены глубоко в подслизистом слое и могут быть пропущены при поверхностной биопсии [17]. Порой они сопровождаются гранулематозным лимфангиитом и выраженным фиброзом [20].

Во многих работах указывается на повышенную распространенность кариеса у пациентов с БК по сравнению со здоровыми людьми того же пола и возраста [10]. Особенно часто кариес встречается у пациентов с резекцией тонкого кишечника, что может быть связано с мальабсорбцией. По данным Г.Н. Мдинарадзе, больные неспецифическим язвенным колитом и БК имели 100%-ную распространенность кариеса зубов при среднем значении индекса КПУ

в возрастной группе 35–44 лет, а именно $19,21 \pm 0,7$ балла, что выше среднестатистического значения на 46% [5]. В слюне пациентов с БК обнаружено повышенное количество мутантных стрептококков и лактобактерий, создающих кариесогенную среду в полости рта [14].

Частота гингивитов и пародонтитов при БК также повышена, при этом тяжесть этих заболеваний может быть одинаковой для пациентов с активной формой БК и находящихся в ремиссии [3]. В исследовании Г.Н. Мдинарадзе воспалительные заболевания пародонта наблюдали у всех пациентов с БК, причем преобладал пародонтит средней и среднетяжелой формой. У 53,9% больных пародонтитом глубина пародонтальных карманов превышала 6 мм.

Согласно данным Е.А. Муляр, у пациентов длительно получавших глюкокортикоиды при терапии БК, страдающих хроническим пародонтитом легкой и средней степени тяжести, с помощью рентгенологического исследования выявили резорбцию костной ткани до $1/3$ – $1/2$ длины корня, явления остеопороза, повышенную прозрачность костной ткани, трабекулярный рисунок, а также усиление крупнопетлистости пораженных участков без резких границ и с плавным переходом в нормальную костную ткань [6].

У пациентов с БК описана нормальная секреция слюнных желез в покое и после стимуляции [3]. Буферные свойства, концентрация белка и амилазы в стимулированной цельной слюне у больных с БК не отличались от таковых у здоровых людей. В нестимулированной слюне не обнаружено различий в концентрациях пероксидазы, тиоцианата, лактоферрина и лизоцима [10], однако наблюдали повышенную концентрацию IgA по сравнению со здоровыми людьми, а также большее число IgA-синтезирующих плазматических клеток.

У пациентов с активным БК распространенность грибов в слюне оказалась выше, чем у пациентов, находящихся в ремиссии, у некоторых был диагностирован кандидоз. Это может быть связано с иммуносупрессивной терапией, бактериостатическим эффектом сульфамидных препаратов или нарушением функции нейтрофилов [11].

Ввиду повышенного риска кариозных и пародонтологических поражений у пациентов с БК специалисты подчеркивают важность активной расширенной стоматологической диспансеризации этих больных, необходимость учета иммунологических изменений, нарушения гемостаза и обмена веществ при планировании стоматологического лечения, а также тесного взаимодействия с гастроэнтерологами [5].

Поскольку эффективная терапия галитоза в первую очередь предусматривает выяснение и устранение основной причины запаха изо рта, решение этой проблемы невозможно без тщательного исследования взаимосвязи с основным заболеванием. Таким образом, актуаль-

ность темы исследования обусловлена необходимостью дальнейшего изучения проблемы взаимосвязи галитоза с системными заболеваниями для совершенствования методов диагностики и лечения данной патологии.

Координаты для связи с авторами:

+7 (499) 972-47-23 – кафедра кариесологии и эндодонтии МГМСУ, **mitroninav@list.ru** – Митронин Александр Валентинович

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. – М.: Миклош, 2008, 400 с.
2. Кветной И.М., Робакидзе Н.С., Косточек И.Н. с соавт. Морфологические и иммуногистохимические характеристики слизистой оболочки полости рта у больных с воспалительными заболеваниями кишечника. – Клинич. медицина, 2009, № 11. с. 49–51.
3. Логинов А.С., Парфенов А.И. Болезни кишечника. – М.: Медицина, 2000, с. 351–363.
4. Максимовский Ю.М. Современные представления об этиопатогенезе и внекишечных клинических проявлениях неспецифического язвенного колита и болезни Крона. – Dental Forum, 2007, № 1, с. 17–24.
5. Мдинарадзе Г.Н. Оказание стоматологической помощи пациентам с неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона. – Автореф. канд. дисс., М., 2006, МГМСУ, 103 с.
6. Муляр Е.А. Стоматологическая ортопедическая реабилитация больных с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника. – Автореф. канд. дисс., М., 2005, МГМСУ, 139 с.
7. Фаррел С. Клиническая оценка галитоза. //Тез. XII Всеросс. науч.-практич. конф. «Стоматология XXI века». – М.: КрасГМУ, 2004, с. 62–64.
8. Янушевич О.О., Митронин А.В., Дмитриева Н.Г. Галитоз. //Уч. пособ. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007, 34 с.
9. Freysdottir J., Zhang S., Tilakaratne W. et al. Oral biopsies from patients with orofacial granulomatosis with histology resembling Crohn's disease have a prominent Th1 environment. – Inflamm. Bowel. Dis., 2007, v. 13, № 4, p. 439–445.
10. Green J., Richardson C., Rhodes J. Nicotine and ulcerative colitis. – Inflamm. Bowel. Dis., 2001, v. 2, № 3, p. 73–77.
11. Heuschen U.A., Hinz U., Allemeyer E.H. et al. Backwash ileitis is strongly associated with colorectal carcinoma in ulcerative colitis. – Gastr. Terol., 2001, v. 120, p. 841–847.
12. Kinberg S., Stein M., Zion N. et al. The gastrointestinal aspects of halitosis. – Can. J. Gastroenterol., 2010, v. 24, p. 552–556.
13. Neville D.W., Damm D.D. Color atlas of clinical and oral pathology. – NY: BC Decker, 2002, 425 p.
14. Ogura Y., Bonen D.K., Inohara N. A frameshift mutation in NOD2 associated with susceptibility to Crohn's disease. – Nature, 2001, v. 401, p. 603–606.
15. Rutgeerts P. A critical assessment of new therapies in inflammatory bowel diseases. – J. Gastroenterol. Hepatol., 2002, v. 17 (suppl. S), p. 177.
16. Schreiber S., Campieri M., Colombel J.F. et al. Use of antitumor necrosis factor agents in inflammatory bowel diseases. European guidelines for 2001–2003. – Int. J. Colorect. Dis., 2001, v. 16, № 1, p. 1–11.
17. Steinhart H. Maintenance Therapy in Crohn's disease. – Scand. J. Gastroenterol., 2000, v. 14 (suppl. C), p. 23.
18. Targan S.R. Biology of inflammation in Crohn's disease: mechanism of action of anti-TNF-therapy. – Scand. J. Gastroenterol., 2000, v. 14 (suppl. Q), p. 13.
19. Yaegaki K., Brunette D.M., Tangerman A. et al. Standardization of clinical protocols in oral malodor research. – J. Breath. Res., 2012, v. 6, № 1, p. 17–101.
20. Zbar A.P., Ben-Horin S., Beer-Gabel M. et al. Oral Crohn's disease: Is it a separable disease from orofacial granulomatosis? – J. Crohn's Colitis, 2012, v. 6, p. 135–142.

HIGH Q BOND SE™

Самопротравливающий, самоадгезивный композитный цемент двойного отверждения



Реклама

- Надежная долговременная фиксация
- Простота в использовании
- Прекрасная краевая герметизация
- Рентгеноконтрастен



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

BJM LAB



CE
0473



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

CEM-IMPLANT™

THE DENTAL
ADVISOR
++++ ½

Композитный цемент для фиксации ортопедических конструкций на имплантатах



Реклама

- Надежная долговременная фиксация
- Отличная краевая герметизация
- Безопасное удаление реставрации
- Простота использования



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

BJM LAB



CE
0473



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

Антибактериальные аспекты эндодонтического лечения зубов

Доцент **Е.В. Володина**, кандидат медицинских наук

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

Доцент **А.Г. Бурда**, кандидат медицинских наук

Кафедра стоматологии СамМИ «Реавиз», «Дорожная стоматологическая поликлиника ОАО РЖД» (Самара)

Врач-стоматолог **М.М. Герасимова**, кандидат медицинских наук

Стоматологическая клиника «Медиус-С»

Резюме. Эндодонтическое лечение зубов всегда было предметом активных исследований и научных споров. Апикальный периодонтит – воспалительное заболевание микробного происхождения. Эндодонтическая инфекция развивается вследствие некроза пульпы. В статье рассмотрены история препаратов для временного пломбирования корневых каналов на основе гидроксида кальция, их воздействие на эндодонтическую инфекцию, этапы применения при эндодонтическом лечении.

Ключевые слова: эндодонтическое лечение зубов; эндодонтическая инфекция; гидроксид кальция; временное пломбирование.

Antibacterial aspects of endodontic treatment of teeth

Associate professor **Elena Volodina**, Candidate of Medical Sciences

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

Associate professor **Anastasia Burda**, Candidate of Medical Sciences

Department of Dentistry of Samara Medical Institute Reaviz, Road Stomatologic Polyclinic of Russian Railways company (Samara)

Dentist **Marina Gerasimova**, Candidate of Medical Sciences

Dental clinic Medius-S

Summary. Endodontic treatment of teeth has always been a subject of active research and broad scientific debate. Apical periodontitis is an inflammatory disease of microbial origin. Endodontic infection develops as a result of pulp necrosis. The article examines the history of the use of drugs for temporary root canal calcium hydroxide, their impact on endodontic infection stages of application in endodontic treatment.

Keywords: endodontic dentistry; endodontic infection; calcium hydroxide; temporary filling.

Эндодонтическое лечение зубов всегда было предметом активных исследований и научных споров. В особенности интересны такие темы, как отсроченное пломбирование корневых каналов и использование временных повязок.

Известно, что микроорганизмы вызывают развитие осложнений кариеса в системе корневых каналов. Апикальный периодонтит, по существу, воспалительное заболевание микробного происхождения, вызванное, прежде всего, инфекцией системы корневого канала. Хотя периапикальные поражения могут быть спровоцированы химическими и физическими факторами, многочисленные научные данные показывают, что основную роль в развитии различных форм апикального периодонтита играют микробы [1, 4, 6, 8, 18]. Эндодонтическая инфекция развивается в результате некроза пульпы или



депульпирования зуба либо в корневых каналах при серьезных общесоматических патологиях, нарушениях иммунитета [3, 10, 11].

В ассоциации эндодонтических инфекций были обнаружены грибы, а недавно также археи и вирусы, однако бактерии – первичные микроорганизмы из всех вовлеченных в патогенез верхушечного периодонтита. В эндодонтической микрофлоре различных типов найдено 460 видов бактерий, принадлежащих к 100 родам [19]. На поздних стадиях эндодонтического инфекционного процесса, бактериальные организации, напоминающие биопленки, могут наблюдаться в пристеночной части корневого канала. Биопленка – конгломерат микроорганизмов, связанный с какой-либо поверхностью и погруженный в выделяемое ими межклеточное вещество (матрикс). Образование биопленки – один из ключевых способов защиты бактерий, которые в составе такой структуры обретают повышенную сопротивляемость действию иммунных факторов и медикаментов [2, 5, 7, 17]. Бактерии общаются, сотрудничают, меняют поведение в зависимости от изменений их общей среды. Взаимодействия между различными видами или даже штаммами одного и того же вида могут модулировать инфекционный процесс. Некоторые бактерии координируют поведение через специальные сигнальные молекулы [5].

Один из наиболее распространенных препаратов для временного пломбирования корневых каналов – гидроксид кальция, входящий в основу многих паст. Впервые это вещество было упомянуто в 1838 г. Юлиусом Нигреном, но стало более известным в 1930-м благодаря доктору Хорману (Германия). Он применял для лечения пульпы препарат Calcuyl, в состав которого входили гидроксид кальция и раствор Рингера. Это был новый шаг в стоматологии, ведь в то время традиционно использовали метод девитальной экстирпации пульпы, тогда как лечение гидроксидом кальция имело цель ее сохранения. С тех пор гидроксид кальция стал предметом множества клинических и экспериментальных исследований. Действие препарата связано с образованием гидроксильных ионов, являющихся высокоактивными свободными радикалами [1]. Механизм действия на бактериальные клетки заключается в разрушении плазматической мембраны клетки, молекулы ДНК, денатурации белков. Согласно результатам различных клинических исследований полноценная дезинфекция корневых каналов достигается при наложении внутриканальной повязки с гидроксидом кальция на неделю [9, 12, 15]. Препарат не только вызывает гибель бактерий, но и эффективно гидролизует липидную составляющую бактериальных липосахаридов, вызывая их инактивацию. Это полезный эффект, так как мембраны стенок по-

гибших бактерий способствуют инфицированию канала. Гидроксид кальция не только уничтожает бактерии, но и уменьшает воздействие липосахаридов стенок бактериальных клеток.

Однако при повторном эндодонтическом лечении гидроокись кальция не уничтожает полностью устойчивые бактерии (*Enterococcus faecalis*), размножающиеся даже при наличии препарата. Бактерия показывает высокую резистентность благодаря своему буферному эффекту и образованию биопленки. Известно, что внутри корневого канала уровень pH гидроокиси кальция не может превышать 10,3, а этого недостаточно для полного уничтожения таких микроорганизмов [16]. *Enterococcus faecalis* имеет ген, участвующий в ускоренном делении клеток. В эксперименте отмечали увеличение количества микроорганизмов в 37 раз после 5 дней инкубации при pH=10 и t=37 °C [13]. Основное значение имеет качественная механическая и медикаментозная обработка канала с применением гипохлорита натрия, удаление всех штаммов при первом посещении и профилактика инфицирования канала зуба надежной герметизацией коронки [1].

Гидроксид кальция целесообразно применять в качестве временного материала, но для этого необходимо удалить смазанный слой перед его использованием с помощью препаратов на основе EDTA [2, 13–15]. Даже если после эндодонтического лечения инфекция уничтожена не полностью, большая часть бактерий устраняется, среда обитания микроорганизмов заметно нарушается [5]. Чтобы выжить, бактериям нужно сопротивляться, избегать процедур дезинфекции внутри канала и быстро приспосабливаться к резко измененной окружающей среде, вызванной лечебными мероприятиями.

Спорным остается вопрос о проведении эндодонтического лечения в одно или несколько посещений. Многие современные исследования направлены на изучение послеоперационной боли, связанной с каждым приемом, и возможного прогноза лечения [3, 6]. Значительная часть авторов свидетельствует, что послеоперационная боль меньше при лечении в одно посещение, чем при многократном приеме. В одном из исследований изучались жалобы 250 пациентов, леченных в одно посещение, и 109 лиц, посещавших врача несколько раз. Все пациенты предъявляли жалобы на припухлость и боль, но выявлена вдвое большая частота послеоперационной боли при лечении зубов в несколько приемов – как с витальной, так и с некротизированной пульпой [6, 17]. В другом исследовании рассмотрены случаи обострений периапикальной патологии среди пациентов, получивших эндодонтическое лечение [17]. Выявлено 1,58% обострений из 1012

пролеченных зубов. Статистический анализ показал, что чаще случаи острой боли наблюдали при лечении в несколько посещений [7].

Витальный зуб, как правило, можно лечить в одно посещение. Нужно учесть сложность строения корневых каналов зуба, мануальные навыки врача, запас времени. На тактику лечения влияет также присутствие пародонтальных факторов, усложняющих процесс [6]. Кроме того, в одно посещение обычно лечат зубы, которые не могут быть герметично изолированы, например зуб фронтальной группы с переломом на уровне десневого края. Если наблюдаются клинические симптомы или зуб имеет сложное строение корневых каналов, лечение проводят в два посещения или более. В первое выполняют механическую обработку корневых каналов, удаляют смазанный слой с помощью препаратов на основе EDTA. В качестве медикаментозной обработки применяют подогретый раствор гипохлорита натрия с использованием ультразвука. После этого временно пломбируют канал гидроксилом кальция [1].

Большинство авторов указывают, что стойкий инфекционный процесс, вызванный бактериями, расположенными в дентинных канальцах, может быть ответственен за рецидив верхушечного периодонтита [8, 20]. Это подчеркивает важность достижения надлежащей дезинфекции системы корневых каналов для предсказуемого долгосрочного исхода лечения.

Наиболее сомнительный прогноз имеют зубы с симптомами хронического периодонтита при проведенном ранее успешном эндодонтическом лечении. В этом случае возможно наличие высокорезистентной вторичной инфекции, причем преобладающий микроорганизм – *Enterococcus faecalis* [15]. Эта бактерия способна существовать даже в высокощелочной среде благодаря протонному насосу, поддерживающему клеточную плазму в кислом диапазоне [2]. Оптимальный бактерицидный эффект в отношении *Enterococcus faecalis* достигается обильной ирригацией подогретым 3%-ным гипохлоритом натрия с применением ультразвука.

Таким образом, независимо от того, были ли бактерии полностью устранены после инструментальной и медикаментозной обработки за одно или несколько посещений, в целом успех эндодонтического лечения зависит от эффективности процедуры [14]

Координаты для связи с авторами:

+7 (499) 972-47-23, mitroninav@list.ru – кафедра кариесологии и эндодонтии МГМСУ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антанян А.А. Гидроокись кальция в эндодонтии: обратная сторона монеты. Критический обзор литературы. – www.dental-revue.ru, 2013.

2. Вахромеева Е.Н., Митронин А.В., Бурда А.Г. с соавт. Эндодонтическое лечение хронического апикального периодонтита у пациентов старших возрастных групп.//Сб. науч. тез. межвуз. науч.-практич. конф. «Приклад. методы диагностики и компл. лечение в стоматологии». – Казань: Отечество, 2014, с.13–15.
3. Галанова Т.А., Щербакова Т.Е. Отдаленные результаты лечения хронического апикального периодонтита. – *Эндодонтия today*, 2011, № 2, с. 73–78.
4. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия. – М.: STBOOK, 2007, 979 с.
5. Максимовская Л.Н., Юдин В. Оценка эффективности антисептического препарата пролонгированного действия «Апексдент» при эндодонтическом лечении зубов с деструктивными формами хронического периодонтита у лиц с отягощенным анамнезом. – «Cathedra – Кафедра. Стоматологическое образование», 2003, т. 5, № 4, с. 96.
6. Маланин И.В. Лечение в одно или два посещения? – www.stomport.ru, 2011.
7. Митронин А.В., Бурда А.Г., Ясникова Е.Я. с соавт. Особенности эндодонтического лечения острого апикального периодонтита.// Сб. науч. тез. межвуз. науч.-практич. конф. «Приклад. методы диагностики и компл. лечение в стоматологии». – Казань: Отечество, 2014, с. 44–46.
8. Митронин А.В., Герасимова М.М. Эндодонтическое лечение болезней пульпы и периодонта: применение гидроксида кальция в эндодонтии. – *Эндодонтия today*, 2012, № 4, с. 3–7.
9. Митронин А.В., Русанов Ф.С., Герасимова М.М. Сравнительная оценка адгезии корневых силеров к поверхности дентина корневых каналов после временного пломбирования препаратами гидроксида кальция. – *Эндодонтия today*, 2012, № 3, с. 49–51.
10. Митронин А.В., Царев В.Н., Ясникова Е.Я. с соавт. Особенности контаминации экосистемы корневых каналов на этапах эндодонтического лечения острого периодонтита. – *Эндодонтия today*, 2008, № 1, с. 26–32.
11. Царев В.Н., Митронин А.В., Николаева Е.Н. Трансканальное использование антибиотиков нового поколения в лечении хронического периодонтита и оценка их эффективности с применением генодиагностики. – *Cathedra – Кафедра. Стоматологическое образование*, 2004, № 9, с. 34.
12. Царев В.Н., Митронин А.В., Черджиева Д.А. Определение изменения видового состава вирулентной микрофлоры при язвенном пульпите на этапах эндодонтического лечения. – *Эндодонтия today*, 2011, № 3, с. 5–10.
13. Appelbe O.K., Sedgley C.M. Effects of prolonged exposure to alkaline pH on *Enterococcus faecalis* survival and specific gene transcripts. – *Oral Microb. Imm.*, 2007, v. 22, № 3, p. 166–174.
14. Baumgartner J.C., Siqueira J.F., Sedgley C.M. et al. Microbiology of Endodontic Disease. – *Ingle's Endod.*, 2008, v. 2, p. 221–224.
15. Chai W.L., Hamimah H. Susceptibility of *Enterococcus faecalis* biofilm to antibiotics and calcium hydroxide. – *J. Oral Scien.*, 2007, v. 49, № 2, p. 161–166.
16. Gomes B.P., Sato E., Ferraz C.C. et al. Evaluation of time required for recontamination of coronally sealed canals medicated with calcium hydroxide and chlorhexidine. – *Int. Endod. J.*, 2003, v. 36, № 9, p. 604–609.
17. Imura N., Zuolo M.L. Factors associated with endodontic flare-ups: a prospective study. – *Int. Endod. J.*, 1995, v. 28, p. 261–265.
18. Roane J.B., Dryden J.A., Grimes E.W. Incidence of postoperative pain after single- and multiple-visit endodontic procedures. – *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 1983, v. 55, № 1, p. 68–72.
19. Sequeira J.F. Treatment of endodontic infections. – *Quintess. Publ. Comp.*, 2010, v. 1, p. 3–5, 65–67.
20. Vieira A.R., Siqueira J.F., Ricucci D. et al. Dentinal Tubule Infection as the Cause of Recurrent Disease and Late Endodontic Treatment Failure: a Case Report. – *JOE*, 2012, v. 38, № 2, p. 251–254.

Синергитический эффект применения микроскопа, ультразвука и материала МТА в микрохирургическом лечении хронической эндодонтической инфекции

Профессор **Л.А.П. Перейра**, доктор стоматологии, магистр стоматологии, фармакологии, анестезиологии и терапии – UNICAMP, специалист в области эндодонтии и операционной микроскопии

Стоматологическая школа «Сан-Леопольдо Мандич» (Бразилия)

Резюме. Синергитический эффект операционной микрохирургии, ультразвука и материала МТА обеспечивает максимально точный и предсказуемый результат лечения. Эндодонтическая микрохирургия в соответствии с современными представлениями – метод альтернативного выбора, если целью является сохранение зуба (функционально и эстетически) с повторным или хроническим апикальным периодонтитом.

Ключевые слова: пульпа; периодонт; инфекция; ультразвуковая насадка; минерал триоксид агрегат (МТА); ретроградное пломбирование.

The solution of a persistent endodontic infection through the synergism of Operative Microscopy, Ultrasound and MTA in Apical Microsurgery

Professor **Leandro A.P. Pereira**, DDS, MSc, Master of Science Pharmacology, Anesthesiology and Therapeutics – UNICAMP, Professor of Specialization and Master in Endodontics and Operating Microscope

São Leopoldo Mandic Dental School (Brazil)

Summary. The synergism of operative microscopy, ultrasound and MTA allows an extremely precise and predictable performance during treatments. Endodontic microsurgery, when applied according to modern concepts, is a therapeutic alternative to consider if the plan is to maintain esthetics and function of teeth with secondary or persistent apical periodontitis.

Keywords: pulp; periodontium; infection; ultrasonic tips; mineral trioxide aggregate (MTA); retrograde filling.

Патология пульпы и периодонта в большинстве случаев связана с внутриканальной инфекцией. При регулярном эндодонтическом лечении без признаков апикального периодонтита успех может достигать 98%. Однако апикальный периодонтит и первичная инфекция снижают процент успешного излечения до 86. Это, вероятно, связано с бактериальной и небактериальной этиологией [14]. Обычно ошибки эндодонтического лечения ассоциируются с техническими ограничениями, неадекватным контролем роста микроорганизмов и сложной анатомией корневой системы [29].

Первичная инфекция при повторном эндодонтическом лечении влияет на успех лечения, который порой не превышает 83% [23]. В любом случае даже после повторного лечения могут иметь место ошибки. В таких клинических ситуациях апикальная микрохирургия – альтернативный метод. В настоящее время в этой области появилось несколько технологических инноваций. Известная триада – операционная микроскопия, ультразвук и материал МТА – увеличивает успех эндодонтического лечения: ес-

ли вероятность излечения в традиционной апикальной макрохирургии не превышает 60% [18, 21, 26, 28], то новая технология микрохирургии увеличивает ее до 90% и выше [5, 11, 19–21, 26], делая процедуру лечения более предсказуемой и способствуя быстрому оздоровлению тканей.

Клинический случай

Женщина, 42 г., давление крови: 115/70 мм. рт. ст., пульс: 68 уд./мин, температура тела: 36,5 °C, вес: 68 кг.

Поступила в стоматологическую клинику с жалобой на спонтанную боль в области зуба 36, леченного 19 мес назад, с предварительным диагнозом хронический апикальный периодонтит. Болезненность при пальпации и перкуссии (вертикальной, горизонтальной) не выявлена. Рентген показал адекватную реставрацию коронки, цельнолитой металлический штифт и визуально корректно запломбированные каналы (рис. 1). Однако отмечен апикальный периодонтит (рис. 2). Томография выявила деструктивное повреждение костной ткани, возможно, вследствие инфекционного поражения (рис. 3).

Поставлен диагноз «Переапикальный абсцесс» и предложен план лечения: эндодонтическая микрохирургия с ретроградным пломбированием каналов. Необходимость удаления коронки и штифта не выявлена.

За час до хирургического вмешательства пациентка приняла 4 г дексаметазона [1]. Предварительная седация проведена закисью азота с кислородом в пропорции 35:65 (6,5 л/мин), позже выполнена местная анестезия 2%-ным лидокаином 1:100000 эpineфрина (1,8 мл мандибулярная и 1,8 мл инфильтрационная в переходную складку).

После разреза и сепарирования слизисто-надкостничного лоскута (рис. 4), кость перфорировали хирургической ультразвуковой насадкой ST3 на полной мощности. Периапикально поврежденную костную ткань удалили (рис. 5) и очистили кюретажной ложкой (рис. 6).

Для удаления апикальных латеральных дополнительных разветвлений от магистрального канала верхушки корней отсекали перпендикулярно оси корня ультразвуковым наконечником (W7/CVDentus) на 80%-ной мощности с обильной ирригацией стерильным физиологическим раствором (рис. 7). После этого появилась возможность увидеть в апикальной области мезиощечный канал, который не был обработан и остался инфицированным (рис. 8). Также оказался необработанным во время предыдущего эндодонтического лечения исмус, соединяющий мезиощечный и мезиоязычный каналы (отображается в ретро-зеркале, рис. 9). Эти инфицированные области могли стать причиной имеющегося апикального периодонтита.

С помощью ультразвуковой насадки JetTip JT-1 (B&L Biotech) на мощности 30% с ирригацией провели ретроградное препарирование (рис. 10), очистили исмус в язычно-щечном направлении. С помощью ирригационных микронаконечников (Endo Tips 0.14 Aspirator, Angelus), осуществили орошение участков ретроградного препарирования 2%-ным хлоргексидином с последующим промыванием стерильным физиологическим раствором [6]. Перед ретроградным пломбированием те же наконечники (Endo Tips 0.14 Aspirator, Angelus) можно быстро подсоединить к аспирационной установке и использовать для высушивания корневого канала и операционного поля.

Ретроградно подготовленную систему корневых каналов запломбировали материалом МТА White canal (Angelus), который полностью вводили при помощи MAPSystem (Roydent, рис. 11). Во избежание роста соединительной ткани внутри поврежденной части костной ткани полость заполнили костным заменителем – сульфатом кальция (NewOsteo GMReis) [9, 15, 16, 27].

Послеоперационный контроль выполняли через 72 ч (рис. 12, а, б), 6 мес (рис. 13) и 1 год (рис. 14). По происшествию 12 мес рентгеновский снимок показал прогрессивное восстановление костной ткани вокруг корня.

Обсуждение

Благодаря синергетическому эффекту совместного использования хирургической микроскопии с ультразвуковыми насадками и биологически активными ретро-



Рис. 1



Рис. 2

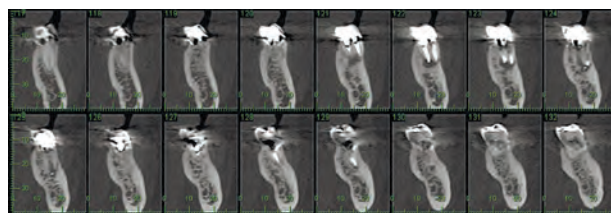


Рис. 3



Рис. 4

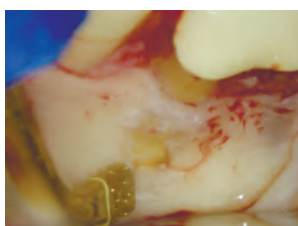


Рис. 5

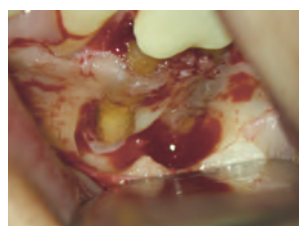


Рис. 6

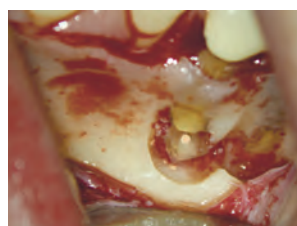


Рис. 7

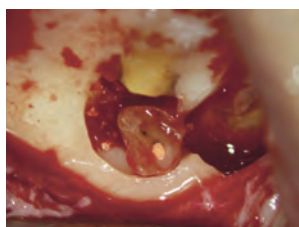


Рис. 8

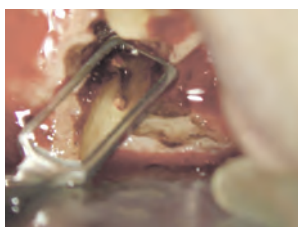


Рис. 9

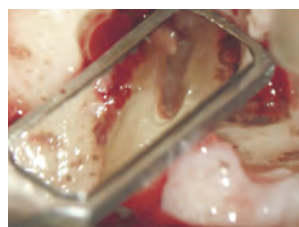


Рис. 10

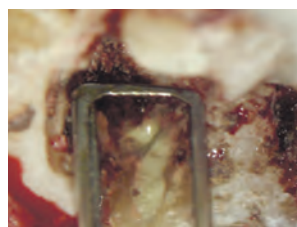


Рис. 11

градными пломбировочными материалами, такими как минерал триоксид агрегат (МТА), успех эндодонтического периапикального лечения увеличивается с 60 до 90%.

Использование хирургического микроскопа позволяет проводить малоинвазивное вмешательство, что обеспечивает быстрое заживление и лучшие эстетические результаты [4].

Пьезоэлектрическими ультразвуковыми инструментами была выполнена остеотомия для достижения апикальной трети корня [3, 12]. При данном методе лечения нет необходимости в использовании высоко- и низкочастотных вращающихся боров. Твердые ткани срезаются выборочно и более точно из-за минимального диапазона частоты ультразвуковых колебаний – от 60 до 210 мкм. Эти микроакустические колебания обеспечивают также чистое операционное поле, улучшая гемостаз [8, 12, 17, 22]. Ультразвуковая энергия стимулирует выздоровление прооперированной области на клеточном уровне, что сокращает постоперационный период восстановления костной ткани [17].

Апикэктомия необходимо выполнять на расстоянии 3 мм от конца корня. В этом случае длина корня остается адекватной, и латеральные каналы будут удалены [10]. Вибрация, исходящая от ультразвука или вращения бора во время апикэктомии, может нарушить герметизацию оставшейся в канале гуттаперчи. Вот почему корневой канал должен быть ретроградно обработан и герметично запломбирован. При ретроградном препарировании

инфицированный дентин и старую гуттаперчу удаляют, исмус очищают, корневому каналу придают удобную форму для введения нового пломбировочного материала.

Глубина ретрополости должна быть не менее 3 мм и проходить вдоль длинной оси корня [10]. Если данная величина не достигнута, очистка и дезинфекция могут быть неудачными, как и прогноз лечения.

Микрохирургическое ретроградное препарирование всегда выполняется с помощью ультразвуковых насадок. Это единственная возможность достичь внутри корневого канала глубины 3 мм и более. Наконечники различной формы с длинными шейками под различным углом обеспечивают полноценный доступ к корневому каналу.

Ультразвуковые насадки при препарировании совершают не вращающиеся движения, а линейные колебания, что обеспечивает более эффективную малоинвазивную механическую очистку некоторых плоских участков, известных как исмус. Иногда возможно овальное препарирование с более широким язычно-щечным расширением по отношению к исходной анатомии мезиального корня. Ретроградное пломбирование материалом МТА овальной полости можно увидеть на постоперационной томографии (рис. 15).

Выбор ретроградного пломбировочного материала важен для достижения успеха [10]. Идеальное пломбировочное вещество должно заполнить подготовленное пространство, защитить от хирургической травмы, быть рентгеноконтрастным, биосовместимым, непроницаемым, обладать антимикробным и костнорегенерирующим свойствами, оптимально вести себя во влажной среде. Такие продукты, как Cavit®, цинк оксид евгенол, гидроксид кальция, амальгама, гуттаперча, трикальций фосфат и гидроксиапатит, используемые для пломбирования ретроградных препарирований, не смогут восстановить исходную форму пораженных участков [2, 25].

Введение биологически активных пломбировочных материалов, таких как МТА, предшественника биокерамики, совершило прорыв в области биосовместимости и герметизирующих свойств. По сравнению с другими материалами МТА обладает лучшими характеристиками: биосовместим с окружающими тканями, стимулирует отложение цементоподобной ткани, хорошо действует во влажной среде, обеспечивает биоминерализацию и способствует превосходной герметизации [7, 13, 24]. МТА отвечает всем требованиям ретроградного пломбировочного материала и имеет научно-клиническое подтверждение эффективности и клинической безопасности.

Координаты для связи с авторами:
leandroapp@gmail.com – Леонардо А.П. Перейра

Список литературы находится в редакции.



Рис. 12, а



Рис. 12, б

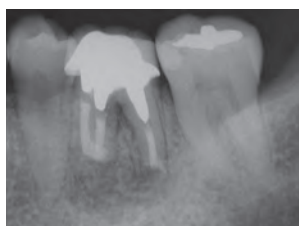


Рис. 13



Рис. 14

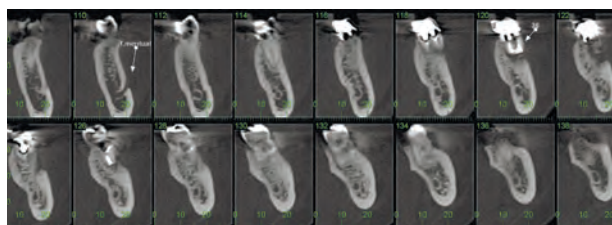


Рис. 15

MTA ANGELUS®

Реставрационный цемент для корневых каналов



Top Endodontic
Reparative Cement



Высокий класс лечения при неотложных осложнениях

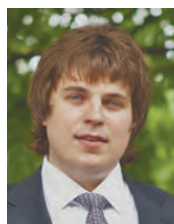
ПОКАЗАНИЯ

- Лечение корневых каналов и перфораций
- Герметизация внутренних резорбций
- Хирургическое лечение перфораций корневых каналов
- Ретроградное пломбирование в периапикальной хирургии
- Наложение на открытую пульпу
- Пульпотомия
- Апексогенезис
- Апексификация

ХАРАКТЕРИСТИКИ И ПРЕИМУЩЕСТВА

- **Выделение ионов кальция** – усиливает формирование минерализованной ткани; обеспечивает плотную герметизацию перфораций и полное восстановление поврежденной периодонтальной ткани
- **Биосовместимость** – способен стимулировать образование вторичного цемента, низкая просачиваемость
- **Гидрофильный** – может использоваться во влажной среде без потери свойств
- **Высокий уровень pH** – обеспечивает антибактериальные свойства
- **Агрегированные оксиды** – высокая прочность на сжатие
- **Рентгеноконтрастность** – превосходная рентгенографическая визуализация
- **Короткое время отверждения** – всего 15 минут

Диагностика скрытых кариозных поражений контактных поверхностей жевательных зубов



Ассистент **Д.А. Николаев**

**Кафедра терапевтической стоматологии СГМА (Смоленск)
Минздрава РФ**

Резюме. Трудности диагностики кариеса в области фиссур и контактных поверхностей жевательных зубов связаны, главным образом, с особенностями клинического течения кариозных поражений. Для них характерно преобладание скрытых, бессимптомных форм даже при достаточно большом объеме полостей. Для предупреждения подобных ситуаций и достоверной оценки состояния эмали и дентина в области контактных поверхностей моляров и премоляров при лечении кариеса жевательных поверхностей этих зубов проводят лечебно-диагностическое препарирование, являющееся важнейшим компонентом ранней активной диагностики кариеса.

Ключевые слова: кариес; фиссура; контактные поверхности; моляр; премоляр; кариозная полость; дентин.

Diagnosis of hidden caries contact surfaces of posterior teeth

Assistant **Dmitry Nikolaev**

Department of Therapeutic Stomatology Smolensk State Medical Academy

Summary. Difficulties in the diagnosis of caries in fissures and contact surfaces of posterior teeth are mainly associated with clinical features of carious lesions. They are characterized by the prevalence of latent, asymptomatic even with a sufficiently large volume of the cavities. To prevent such situations and accurate assessment of the enamel and dentin in the area of the contact surfaces of molars and premolars in the treatment of caries chewing surfaces of these teeth is performed medical diagnostic dissection is an important component of early diagnosis of active caries.

Keywords: caries; fissure; contact surfaces; molar; premolar; carious cavity; dentin.

Лечение кариеса жевательных зубов и их эстетическая реставрация светоотверждаемыми композитами – одна из наиболее распространенных манипуляций в современной терапевтической стоматологии. Для выбора оптимальной тактики проведения лечебно-профилактических мероприятий врачу необходимо адекватно оценить состояние твердых тканей зубов, выявить или исключить наличие скрытых кариозных полостей в области фиссур и контактных поверхностей, учесть риск развития рецидивного кариеса, выбрать наиболее эффективные в каждом конкретном случае методики и реставрационные материалы [1].

Диагностика скрытых кариозных поражений в области контактных поверхностей и фиссур жевательных зубов – достаточно серьезная проблема для практического врача-стоматолога [11]. По данным литературы, при рутинном визуально-тактильном обследовании зубных рядов с использованием стоматологического зонда и зеркала удается диагностировать лишь 25–40% кариозных полостей, расположенных на контактных поверхностях моляров и премоляров [7, 12]. При этом следует учитывать, что поражения данной локализации занимают

ведущее место в структуре кариеса зубов у взрослых пациентов [5].

Трудности диагностики кариеса в области фиссур и контактных поверхностей жевательных зубов связаны, главным образом, с современными особенностями клинического течения кариозных поражений. Для них характерно преобладание скрытых, бессимптомных форм даже при достаточно большом объеме полостей [11, 13]. Это явление связывают с широким местным применением высокоэффективных реминерализующих препаратов на основе активных соединений фтора, кальция и фосфора, в первую очередь, лечебно-профилактических зубных паст. Перечисленные средства предотвращают развитие кариозных поражений гладких, хорошо доступных поверхностей, но при этом не обеспечивают защиты от кариеса участков, плохо доступных при чистке зубов: глубоких закрытых фиссур и области межзубных контактов [10, 18, 21]. При этом поверхностные участки эмали, целостность которых поддерживают фториды и другие вещества, остаются, видимо, неповрежденными, маскируя кариозную полость, и минимальные внешние изменения зуба сопровождаются довольно обширными поражениями

ми лежащих глубже тканей (рис. 1) [2, 14]. Это приводит к тому, что при развитии кариеса в глубине фиссур или в области контактных пунктов поражение распространяется в основном в дентине (рис. 2) [4, 19].

Сегодня разработано немало способов диагностики скрытых кариозных поражений контактных поверхностей жевательных зубов, однако их эффективность и доступность для врачей не позволяют считать данную проблему решенной [9]. Наиболее старый способ – метод шелковой нити – не дает однозначного ответа о наличии поражения, так как флосс, с одной стороны, может разволокняться, цепляясь за твердые зубные отложения, с другой, – скользить по поверхности кариозного пятна, оставаясь неповрежденным. Более того, стоматологи достаточно часто наблюдают у молодых пациентов особую форму кариеса контактных поверхностей верхних премоляров, при которой в эмали не образуется полость (рис. 3). При подобном поражении флосс не будет разволокняться.

Метод трансиллюминации, достаточно информативный при исследовании передних зубов, малоприменим для выявления кариозных поражений контактных поверхностей жевательных зубов. Использование таких современных диагностических приборов, как Diagnodent и Diagnocam (KaVo), SoproLife (Acteon) и им подобных позволяет существенно увеличить достоверность диагностики, но все же не делает ее абсолютной [6, 8, 15, 20, 22]. Кроме того, их приобретение требует значительных финансовых затрат со стороны клиники, что ограничивает применение многих современных диагностических приборов в практической стоматологии.

Высокую степень достоверности имеет рентгенологическое исследование. В зарубежной литературе некоторые методики его проведения, например интрапроксимальные снимки (bitewing), рассматривают в качестве основного способа выявления кариозных поражений контактных поверхностей и как метод выбора при диагностике кариеса жевательных поверхностей зубов [14, 17]. Однако в ряде клинических ситуаций рентгенологическое исследование не дает полной и достоверной картины, так как небольшие кариозные поражения эмали и начальные поражения дентина чаще всего неразличимы на рентгенограмме – маскируются тенью прилежащих неповрежденных участков [23]. Поэтому врач отчетливо видит только кариозные полости значительного размера, как правило, захватывающие более 1/3 толщины дентина. Помимо этого, на рентгеновских снимках изображения зубов зачастую накладываются друг на друга, бросая тень на контактные поверхности, что значительно снижает диагностическую ценность методики (рис. 4).

Таким образом, следует констатировать, что ни один из доступных для широкого клинического использования

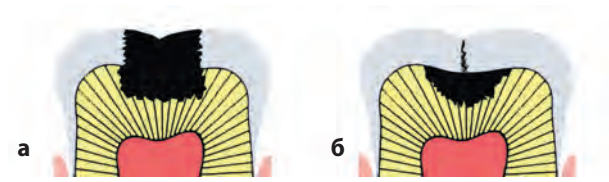


Рис. 1 Схема развития кариеса:

а) при дефиците фтора; **б)** на фоне применения фторсодержащих зубных паст

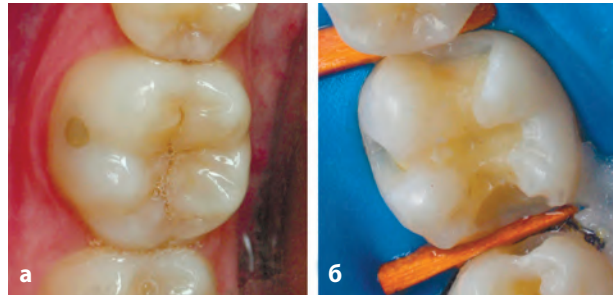


Рис. 2 Скрытые кариозные поражения в области фиссур и контактных поверхностей зуба 36: **а)** до начала лечения; **б)** после препарирования и иссечения всех пораженных тканей

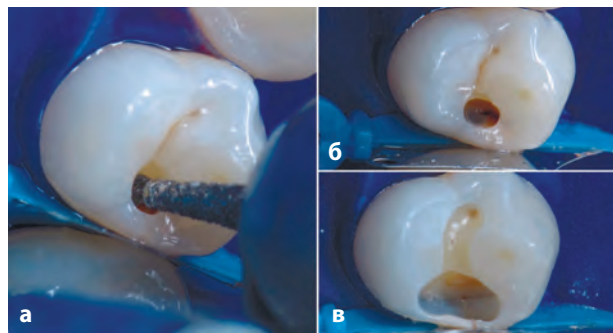


Рис. 3 Клиническое наблюдение: кариес дистальной контактной поверхности зуба 14: **а)** препарирование полости через дистальную треугольную ямку; **б)** определяется обширная кариозная полость, заполненная пигментированным размягченным дентином; **в)** зуб 14 после удаления пораженного дентина: отсутствует кариозное поражение эмали на дистальной контактной поверхности зуба, определяется дефект эмали в виде вертикальной трещины, которая образовалась ранее и не связана с препарированием, о чем достоверно свидетельствует пигментация дентина в области дна трещины на придесневой стенке полости

методов диагностики кариеса жевательных зубов не позволяет сделать однозначного заключения о наличии или отсутствии кариозного поражения в области фиссур и контактных поверхностей, а если поражение диагностировано, о его реальной глубине. Поэтому в настоящее время все большее значение приобретает подход, в соответствии с которым окончательный диагноз ставится лишь после того, как кариозная полость раскрыта, удале-

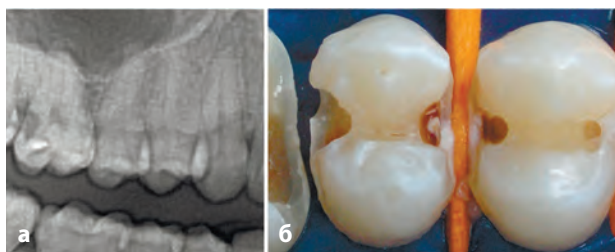


Рис. 4 Скрытые кариозные поражения в области контактных поверхностей премоляров: **а)** наложение теней зубов друг на друга затрудняет рентгенологическую диагностику кариеса (фрагмент ортопантограммы); **б)** премоляры на этапе препарирования: обширные кариозные полости, которые не видны на рентгеновском снимке

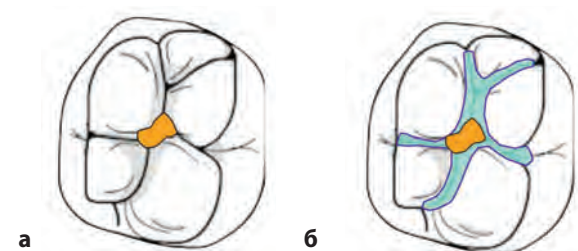


Рис. 5 Схема выполнения лечебно-профилактической фиссуротомии: **а)** контуры основной полости отмечены оранжевым цветом; **б)** все прилежащие к основной полости фиссуры должны быть отпрепарированы (обозначены контуры)

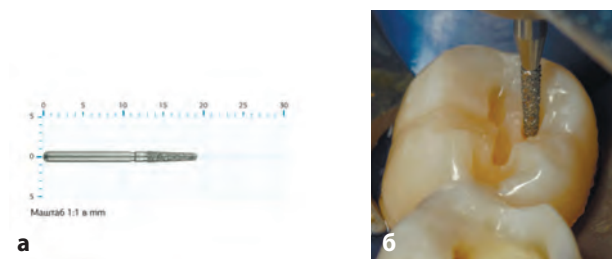


Рис. 6 Предпочтительный дизайн бора для лечебно-профилактической фиссуротомии: **а)** конусовидный алмазный бор с закругленной вершущкой рабочей части диаметром 1,2 мм (D.845.012.FG, Frank Dental); **б)** лечебно-профилактической фиссуротомия

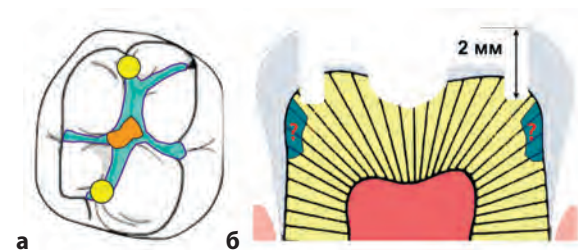


Рис. 7 Схема выполнения лечебно-диагностического препарирования: **а)** точки создания диагностических углублений обозначены желтыми кругами; **б)** достаточная для достоверной диагностики глубина препарирования составляет 2 мм от края полости

ны все патологически измененные ткани зуба, оценены распространенность и глубина кариозного поражения.

Препарируя полость 1 класса по Блеку и проводя лечебно-профилактическую фиссуротомию, врач-стоматолог может достаточно легко визуальнo и тактильнo оценить состояние дентина этой области [12, 16]. Диагностика кариеса контактных поверхностей по-прежнему остается проблематичной. Это связано с тем, что поражения жевательной и контактных поверхностей зуба возникают и протекают изолированно, на относительно большом расстоянии друг от друга, сообщение между ними появляется только при значительных размерах кариозных полостей. В результате в процессе стандартного формирования полости на жевательной поверхности зуба не всегда удастся выявить даже обширные дефекты в области контактных поверхностей. Зачастую это приводит к необходимости повторного лечения зуба и замены наложенной пломбы через достаточно короткий промежуток времени [1].

Для предупреждения подобных ситуаций и достоверной оценки состояния эмали и дентина в области контактных поверхностей моляров и премоляров при лечении кариеса жевательных поверхностей этих зубов проводят лечебно-диагностическое препарирование, являющееся важнейшим компонентом ранней диагностики кариеса.

Данный подход заключается в том, что после того, как отпрепарирована полость на жевательной поверхности, в соответствии с методом профилактического пломбирования композитами проводят лечебно-профилактическую фиссуротомию (рис. 5). Данную манипуляцию выполняют конусовидным алмазным бором малого диаметра с закругленной вершиной рабочей части [3] (рис. 6).

Если после препарирования жевательной поверхности полости на контактных поверхностях визуальнo не выявляются, необходимо создать диагностическое углубление. Для этого, отступив от вершины маргинального гребня примерно на 1 мм, углубляются в дентин примерно на 2 мм (рис. 7) с помощью небольшого твердосплавного шаровидного бора с активной вершущкой (рис. 8). Благодаря этому, не выходя за пределы полости 1 класса, врач получает прямой доступ и хороший обзор дентина в месте наиболее вероятного расположения кариозного поражения. Затем проводят визуальнo-инструментальную оценку состояния дентина в области проекции десневого полюса контактного пункта (рис. 9). При лечении пациентов в возрасте 25–50 лет кариозные полости, которые не были диагностированы ранее, обнаруживаются в 72,3% наблюдений. Данный показатель может значительно колебаться в зависимости от особенностей распространенности и интенсивности кариеса в различных регионах.

В случаях, когда при лечебно-диагностическом препарировании поражение контактных поверхностей зуба

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.



Реклама

Antex
new dental technologies

— эксклюзивный дистрибьютор в России

Тел. **8-800-333-05-61**

www.frank-dental.ru



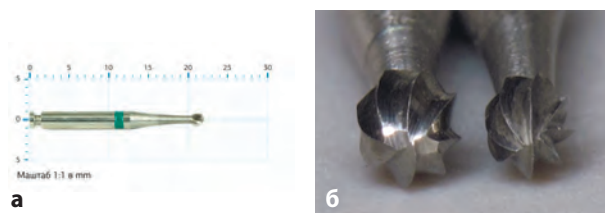


Рис. 8 Предпочтительный дизайн бора для выполнения лечебно-диагностического препарирования: **а)** твердосплавный шаровидный бор с активной вершущей (C.15.012.RA, Frank Dental); **б)** слева – обычный шаровидный бор, справа – бор с активной вершущей, в котором одна из граней длиннее остальных, что позволяет препарировать при перпендикулярном касании дентина, а также создавать диагностические углубления

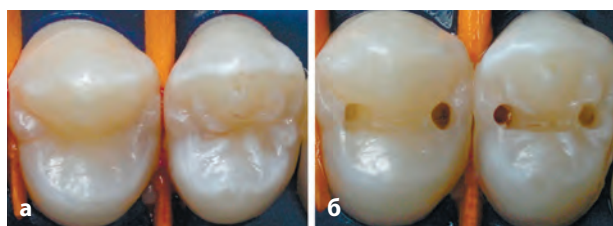


Рис. 9 Пример выполнения лечебно-диагностического препарирования: **а)** до препарирования; **б)** создание диагностических углублений позволяет достоверно судить о поражении контактных поверхностей

Рис. 10 Универсальный набор боров для эстетической реставрации зубов по Д.А. Николаеву (Frank Dental) включает боры D.845.012.FG и C.15.012.RA



не выявлено, проводят пломбирование полости в соответствии с принципами техники слоеной реставрации [1]. Диагностическое углубление пломбируют текучим композитом или композитом для объемного пломбирования.

Лечебно-диагностическое препарирование – важнейшее условие эффективности лечения кариеса жевательных зубов. Данный метод позволяет выявить не диагностированные традиционными методами кариозные поражения фиссур и контактных поверхностей, повышая срок службы композитных реставраций и избавляя врача от необходимости перелечивания недавно запломбированных зубов из-за прогрессирования кариозных поражений, не выявленных при первичном лечении.

Потребность стоматолога в инструментах для проведения данной процедуры учитывалась при создании универсального набора боров для эстетической реставрации зубов (рис. 10).

Координаты для связи с автором:

+7 (4812) 55-07-01, 55-23-16, 55-32-03 – кафедра терапевтической стоматологии СГМА

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Николаев А.И. Системный подход к диагностике и комплексному лечению кариозных и пришеечных некариозных поражений твердых тканей зубов (клинико-лабораторное исследование). – Автореф. докт. дисс., Смоленск, 2012, СГМА, 193 с.
2. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. // Уч. пособ. – М.: МЕДпресс-информ, 2010, 928 с.
3. Николаев Д.А., Радюгина И.А. Выбор инструментов для препарирования фиссур зубов при инвазивной герметизации. – Dental Magazine, 2013, № 11 (119), с. 106–107.
4. Робертсон Т.М., Хейманн Г.О., Свифт Э.Д. Оперативная техника в терапевтической стоматологии по Стюрдеванту. // Под ред. Боровского Е.В. – М.: Мед. информ. агентство, 2006, 504 с.
5. Салова А.В. Восстановление контактных областей зубов с помощью матричных систем. – М.: МЕДпресс-информ, 2008, 160 с.
6. Achilleos E.E., Rahiotis C., Kakaboura A. et al. Evaluation of a new fluorescence-based device in the detection of incipient occlusal caries lesions. – Lasers Med. Sci., 2013, v. 28, is. 1, № 7, p. 193–201.
7. Al-Sehaibany F., White G., Raney J.K. The use of Caries Detector Dye in Diagnosis of Occlusal Carious lesions. – J. Clinical. Pediatric. Dentistry, 1996, v. 20, is. 4, p. 293–298.
8. Bader J.D., Shugars D.A. A systematic review of the performance of a laser fluorescence device for detecting caries. – J. Am. Dent. Assoc., 2004, v. 135, p. 1413–1426.
9. Braga M.M., Mendes F.M., Ekstrand K.R. Detection activity assessment and diagnosis of dental caries lesions. – Dent. Clin. North Am., 2010, v. 54, p. 479–493.
10. Burrow M.F., Burrow J.F., Makinson O.F. Pits and fissures: etch resistance in prismless enamel walls. – Aust. Dent. J., 2001, v. 46, is. 4, p. 258–262.
11. Fejerskov O., Kidd E. Dental Caries: the disease and its clinical management. – NY: Blackwell Munksgaard, 2008, 642 p.
12. Freedman G., Goldstep F., Seif T. Ultraconservative resin restorations. Watch and wait is not acceptable treatment. – Dent. Today, 2000, v. 19, is. 1, p. 66–73.
13. Frencken J.E., Peters M.C., Manton D.J. et al. Minimal intervention dentistry for managing dental caries – a review: report of a FDI task group. – Int. Dent. J., 2012, v. 62, is. 5, p. 223–243.
14. Kidd E. Essentials of Dental Caries. – Oxford: Oxford University Press, 2005, 190 p.
15. Kuhnisch J., Zeihe A., Brandstadt A. et al. An in vitro study of the reliability of DIAGNOdent measurements. – J. Oral. Rehabil., 2004, v. 31, p. 895–899.
16. Lowe R.A. Fissurotomy and flowable composite resin: a new standard for the restoration of pit and fissure decay. – Dent. Today, 2001, v. 20, is. 4, p. 66–71.
17. Pasler F.A., Hassell T. Color Atlas of Dental Medicine. – London: Thieme Med. Pub., 1998, 276 p.
18. Patcas R., Schmidlin P.R., Zimmermann R. et al. Die zahnärztliche Betreuung von Schwangeren: Zehn Fragen und Antworten. – Schw. Monats. Zahnmed., 2012, v. 122, is. 9, p. 729–739.
19. Pearce E., Larsen M., Coote G. Fluoride in enamel lining pits and fissures of the occlusal groove-fossa system in human molar teeth. – Caries Res., 1999, v. 33, p. 196–205.
20. Rando-Meirelles M.P., De Sousa Mda L. Using laser fluorescence (DIAGNOdent) in surveys for the detection of noncavitated occlusal dentine caries. – Comm. Dent. Health., 2011, v. 28, is. 1, № 8, p. 17–21.
21. Rohr M., Makinson O.F., Burrow M.F. Pits and fissures: morphology. – J. Dent. Child., 1991, v. 58, p. 97–103.
22. Terrer E., Koubi S., Dionne A. et al. A new concept in restorative dentistry: light-induced fluorescence evaluator for diagnosis and treatment. Part 1: diagnosis and treatment of initial occlusal caries. – J. Contemp. Dent. Pract., 2009, v. 1–10, is. 6, p. 86–94.
23. Xavier C.R., Araujo-Pires A.C., Poleti M.L. Evaluation of proximal caries in images resulting from different modes of radiographic digitalization. – Dentomaxil. Radiol., 2011, v. 40, is. 6, p. 338–343.

Компьютерный контроль качества препарирования зубов – эффективное диагностическое пособие

Профессор **И.Ю. Лебеденко**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой

Доцент **М.С. Деев**, кандидат медицинских наук

Аспирант **Р.Г. Назарян**

Доцент **М.В. Ретинская**, кандидат медицинских наук

Доцент **Д.И. Тагильцев**, кандидат медицинских наук

Кафедра комплексного зубопротезирования МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. Постоянно обновляющееся и совершенствующее программное обеспечение CAD/CAM-систем позволяет эффективнее анализировать и обрабатывать полученные данные, моделировать необходимые реставрации. Один из ключевых этапов протезирования в ортопедической стоматологии – препарирование зубов под конструкции различных видов. Качество препарирования обуславливает прогноз всей будущей реставрации. Но в полости рта зачастую отсутствуют условия, позволяющие тщательно оценить это качество даже с использованием оптических приборов. Появление в новом программном обеспечении CEREC 4.2 приложения prepCheck 1.0 (Sirona Dental) позволяет решить данную проблему.

Ключевые слова: цифровые технологии; CAD/CAM-системы; препарирование; коронка; приложение; программа.

Computer control method of teeth preparation – effective diagnostic assistance

Professor **Igor Lebedenko**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department

Associate professor **Michael Deev**, Candidate of Medical Sciences

Graduate student **Rusanna Nazaryan**

Associate professor **Marina Retinskaya**, Candidate of Medical Sciences

Associate professor **Denis Tagiltsev**, Candidate of Medical Sciences

Department of Complex Dental Prosthetics MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. Continually updated and improved software CAD/CAM-systems can effectively analyze and process the data, to simulate the necessary restoration. One of the key stages in orthopedic prosthetic dentistry – teeth preparation for the construction of various kinds. Quality preparation causes the entire forecast future restoration. But in the mouth are often absent, opportunities to carefully assess the quality of the preparation, even with optical instruments. The emergence of the new CEREC 4.2 software application prepCheck 1.0 (Sirona Dental) allows us to solve this problem.

Keywords: digital technologies; CAD/CAM-systems; preparation; crown; application; program.

Активное внедрение цифровых технологий в стоматологическую практику существенно упрощает ряд трудоемких манипуляций. Например, с появлением и совершенствованием внутриротовых сканеров у стоматологов-ортопедов появилась возможность получать точные и быстрые оптические оттиски, избегая при этом не всегда комфортного для пациента процесса получения традиционных слепков. А постоянно обновляющееся и совершенствующее программное обеспечение CAD/CAM-систем позволяет эффективнее анализировать и обрабатывать полученные

данные, моделировать необходимые реставрации. Один из ключевых этапов протезирования в ортопедической стоматологии – препарирование зубов под конструкции различных видов. Качество препарирования обуславливает прогноз всей будущей реставрации. Именно поэтому стоматологи-ортопеды уделяют пристальное внимание данному этапу. Но в полости рта зачастую отсутствуют условия, позволяющие тщательно оценить это качество даже с использованием оптических приборов. Особенно актуальна данная проблема для начинающих стоматологов-ортопедов: за неимением опыта



Рис. 1 Запуск программы prepCheck 1.0

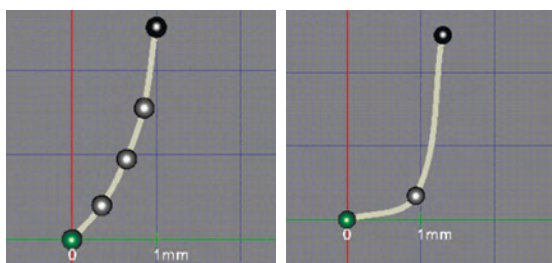


Рис. 2 Виды уступов: величину и форму эталона можно корректировать

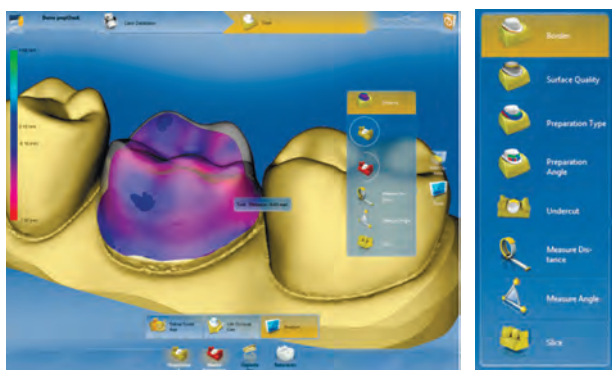


Рис. 3 Сравнение с эталонным препарированием

Рис. 4 Меню критериев анализа качества препарирования зуба

процесс препарирования занимает у них достаточно длительное время, а постоянные попытки неэффективного самоконтроля приводят в итоге к большим энергетическим, временным и эмоциональным потерям со стороны как врача, так и пациента.

Учитывая важность препарирования зубов, организаторы студенческого олимпийского движения в МГМСУ им. А.И. Евдокимова традиционно включают данный этап в конкурсную программу. Так, одним из финальных заданий для участников Универсиады врачей стоматологов-интернов-2014 стало препарирование зуба 36 под цельнокерамическую коронку. Однако оценить качество препарирования не так-то просто: контроль и объективная оценка – один из сложнейших этапов для экспертов и членов жюри, поэтому их мнения порой не совпадают.

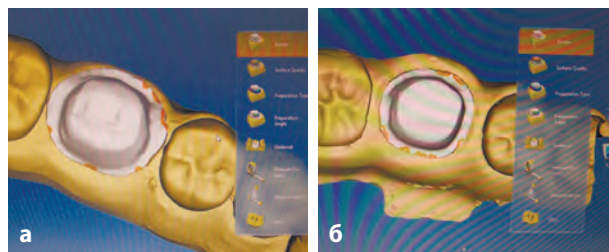


Рис. 5 Анализ качества границ препарирования (участки, маркированные желтым цветом, соответствуют неровностям и острым краям): а) участник № 3; б) участник № 6

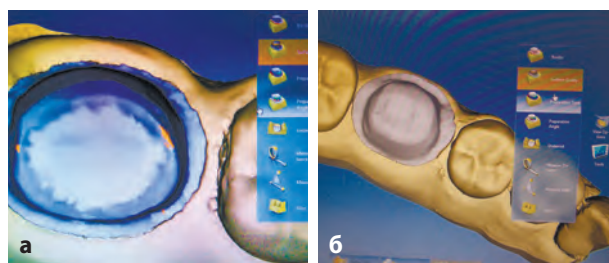


Рис. 6 Анализ качества поверхности культи (участки, маркированные оранжевым цветом, соответствуют острым краям, темно-серым – шероховатостям, светло-серым – гладкой, хорошо обработанной поверхности): а) участник № 6; б) участник № 1

Появление в новом программном обеспечении CEREC 4.2 приложения prepCheck 1.0 (Sirona Dental) позволяет решить данную проблему. Теперь, получив оптический оттиск препарированного зуба (будь то зуб пациента или фантомная модель) при помощи камер Bluescam или Omnicam, одним нажатием кнопки можно запустить приложение, которое помогает объективно оценить качество препарирования (рис. 1).

Приложение предусматривает набор критериев для сравнительной оценки параметров препарированного зуба с заданными программой или скорректированными самостоятельно значениями. Например, можно задать величину и форму уступа (рис. 2), расстояние от препарированного зуба до зубов-антагонистов, конусность препарированной культи, число критериев оценки для каждого анализируемого зуба и другие параметры, относительно которых программа будет производить сравнение и выдавать результат в наглядном цветовом формате.

В программе есть и возможность сравнения препарированного зуба с эталонным посредством наложения 3D-изображений. Соответствие их друг другу отображается в цветовой кодировке (рис. 3).

Качество препарирования члены жюри анализировали по следующим основным критериям (рис. 4):

♦ граница препарирования (визуализация неровностей и острых краев, рис. 5);

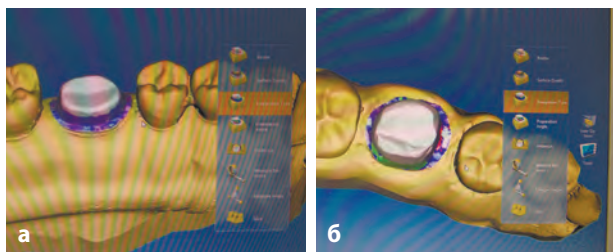


Рис. 7 Анализ качества препарирования зоны уступа (участки синего цвета – оптимальное препарирование, зеленого – недостаточное, красного – чрезмерное): **а)** участник № 6; **б)** участник № 10; **в)** участник № 12

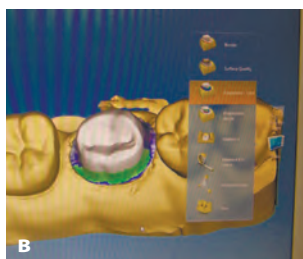


Рис. 8 Анализ общей конусности культи (участки синего цвета – оптимальное препарирование, зеленого – недостаточное, красного – чрезмерное): **а)** участник № 6; **б)** участник № 9; **в)** участник № 11

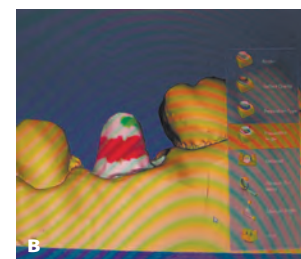


Рис. 9 Контроль наличия поднутрений относительно заданной оси (участки оранжевого цвета соответствуют зонам поднутрений), участник № 9: **а)** вестибулярная поверхность; **б)** язычная



Рис. 10 Контроль соразмерности культи и реставрации (реставрация визуализируется в полупрозрачном виде, позволяя оценить соотношение «культа – коронка»)

- ◆ поверхность (наличие шероховатостей и острых краев, **рис. 6**);
- ◆ препарирование зоны уступа (цветовая кодировка: синий – оптимально, зеленый – недостаточно, красный – чрезмерно, **рис. 7**);
- ◆ конусность (**рис. 8**);
- ◆ поднутрения (относительно заданной оси, **рис. 9**);
- ◆ соразмерность культи и реставрации (**рис. 10**).

Также в программе имеются инструменты для измерения расстояния между двумя точками, углов, образованных любыми тремя точками, и возможность рассмотреть и проанализировать препарированный зуб в сечениях разного уровня.

Приложение обладает интуитивно понятным интерфейсом, что делает работу с ним быстрой и эффективной. Не вызывает сомнений тот факт, что данная программа полезна практикующим врачам. Но особенно актуальна она в обучающем процессе. Во-первых, с ее помощью можно добиться объективного контроля препарирования, а не привычного «на глазок». Именно это преимущество использовали члены жюри Универсиады стоматологов-интернов для оценки качества препарирования зуба под цельнокерамическую коронку на

финальном этапе состязания. Во-вторых, результаты показательны и наглядны. Это, в свою очередь, освобождает дополнительное время на занятии, которое ранее эксперт тратил для того, чтобы нарисовать каждому обучающемуся зоны чрезмерного или недостаточного препарирования. В-третьих, четкая структуризация критериев изначально приучает обращать внимание на каждый элемент, составляющий общий успех качественного препарирования, а не увлекаться, к примеру, только тщательной обработкой зоны уступа в ущерб конусности зуба, как это часто бывает у начинающих стоматологов-ортопедов.

Все перечисленные возможности программы позволяют быстро совершенствовать практические навыки, что в сочетании с хорошими теоретическими знаниями приводит к прогнозируемым успешным результатам.

Координаты для связи с авторами:

+7 (495) 611-20-61, kafedra.gos@mail.ru – кафедра комплексного зубопротезирования МГМСУ;
lebedenkoi@mail.ru – Лебеденко Игорь Юльевич;
mvretinskaya@mail.ru – Ретинская Марина Владимировна

CEREC: новые горизонты

Профессор **И.Ю. Лебеде**нко, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой

Доцент **М.В. Ретинская**, кандидат медицинских наук

Доцент **Н.К. Вураки**, кандидат медицинских наук

Кафедра комплексного зубопротезирования МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. В 1996 г. на кафедре госпитальной ортопедической стоматологии, возглавляемой профессором В.Н. Копейкиным, появился первый в России аппарат CEREC1. Это было началом нового направления в системе преподавания, лечения и научных разработок в области CAD/CAM-технологий – компьютерного изготовления керамических реставраций у кресла пациента. Сегодня компьютерные технологии стали неотъемлемой частью ортопедической стоматологии. МГМСУ – лидер в преподавании методики CEREC в стоматологическом образовании.

Ключевые слова: аппарат CEREC; CAD/CAM-технологии; учебный процесс; мастер-класс; семинар.

CEREC: new horizons

Professor **Igor Lebedenko**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department

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

Associate professor **Marina Retinskaya**, Candidate of Medical Sciences

Department of Complex Dental Prosthetics MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. In 1996, at the Department of Prosthetic Dentistry Hospital, led by Professor V.N. Kopeykin, appeared first in the Soviet apparatus CEREC1. This was the beginning of a new direction in the teaching, treatment and scientific developments in the field of CAD/CAM-technology – the computer manufacturing ceramic restorations chairside. Today, computer technology has become an integral part of prosthetic dentistry. MSUMD – the leader in teaching methods CEREC dental education.

Keywords: CEREC; CAD/CAM-technology; learning process; master class; workshop.

Новатору в стоматологическом образовании, профессору Вадиму Николаевичу Копейкину посвящается.

Сегодня компьютерные технологии стали неотъемлемой частью ортопедической стоматологии. А ведь в 80-е годы прошлого столетия они казались нереальной мечтой, которой, быть может, не суждено было бы сбыться либо на ее воплощение понадобилось бы гораздо больше времени, если бы не удивительный человек, педагог и ученый, профессор Вадим Николаевич Копейкин.

Первые разработки керамических реставраций в пределах одного зуба у кресла пациента, минуя лабораторный этап, появились во Франции и Германии. Создание серийного аппарата CEREC1, авторами которого считаются немецкий врач из стоматологического университета Цюриха Вернер Х. Мерманн и физик Марко Брандестини, принадлежало компании Siemens. Профессор В.Н. Копейкин в те годы тесно сотрудничал с этой компанией, и в 1996 г. на возглавляемой им кафедре госпитальной ортопедической стоматологии появился первый в России аппарат CEREC1. Это стало началом

нового направления в системе преподавания, лечения и научных разработок в области CAD/CAM-технологий – компьютерного изготовления керамических реставраций у кресла пациента.

С развитием системы CEREC на кафедре появились более совершенные аппараты следующих поколений – CEREC2 и CEREC3. Изображение из двухплоскостного стало трехмерным (3D). Но это был далеко не конец истории, ведь система постоянно и стремительно совершенствовалась, и значит, требовались новые знания, материалы, пособия, а главное – специалисты.

На кафедре комплексного зубопротезирования (ранее ГОС) были защищены кандидатские и докторская диссертации, проведены научные исследования блоков из стоматологических ситаллов, разработанных сотрудниками кафедры специально для аппаратов CEREC, составлены методические рекомендации по организации занятий. Благодаря сотрудничеству университета с фирмами Sirona, Vita и Ivoclar Vivadent стало возможным

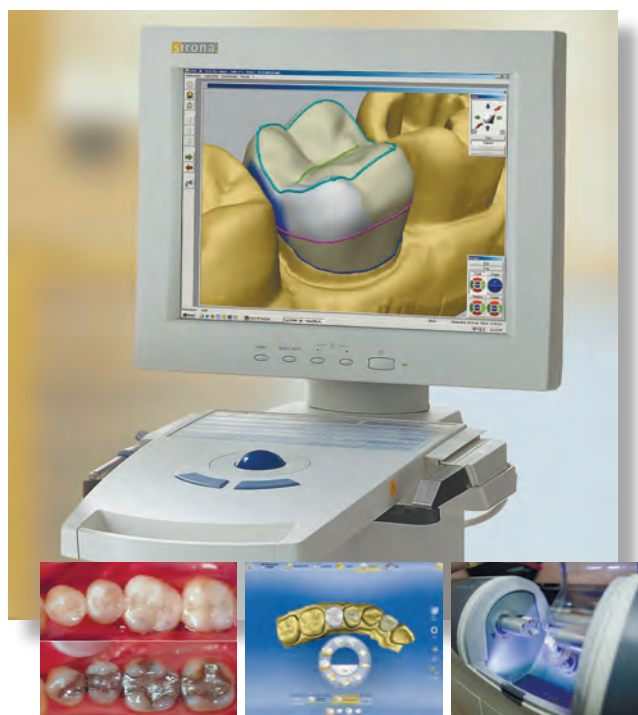
включить систему CEREC в учебную программу кафедры в максимально широком объеме. Было сформировано три уровня подготовки: студенты, клинические ординаторы и преподаватели стоматологических кафедр.

С 1999 г. система – неотъемлемая часть студенческих олимпиад всех уровней – внутри- и межвузовских, общероссийских, международных. Именно на олимпиадах представители медицинских академий Санкт-Петербурга и Твери, стоматологических факультетов Владикавказа и Иркутска смогли познакомиться с аппаратом CEREC1. Кстати, победители олимпийского марафона получили его в подарок. Ведь ни для кого не секрет: тот, хоть раз соприкоснувшись с CEREC, навсегда становится поклонником этой точной и изящной технологии. Чтобы повысить интерес студентов к аппарату, научные сотрудники и преподаватели МГМСУ проводят также интернет-олимпиады по компьютерным технологиям в стоматологии.

В 2002 г. преподавание CEREC-технологии включили в программу «Образовательного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности 040401.04 клинической ординатуры: «Стоматология ортопедическая». С 2007-го выпускники факультета среднего профессионального образования МГМСУ проходят специальный курс по сканированию и компьютерному моделированию зубных коронок и мостовидных зубных протезов в программе CEREC-3D. Накопленный за последние годы опыт позволил создать интенсивный курс обучения ординаторов, по окончании которого, слушатели настолько овладевают теоретическими знаниями, что могут применять их на клиническом приеме.

В 2008 г. под руководством нынешнего заведующего кафедрой, ученика Вадима Николаевича, профессора Игоря Юльевича Лебеденко началась реализация инновационной образовательной программы «Компьютерное моделирование лечебных технологий в стоматологии», поддержанной правительством Российской Федерации. В 2011 г. издано учебно-методическое пособие для студентов «Компьютерная технология изготовления зубных протезов CEREC в Московском государственном медико-стоматологическом университете», а в 2012-м – монография «CEREC-технология реставрации зубов».

Уже шесть лет на кафедре ГОС МГМСУ существует зуботехническая лаборатория удаленного доступа, идея создания которой на базе учебно-научного центра «Ивостом» принадлежала Вадиму Николаевичу Копейкину. В настоящее время лаборатория – база для проведения цикла для ординаторов по CAD/CAM-технологиям. Большое внимание уделяется использованию CEREC-системы при изготовлении безметалловых мостовидных протезов. В обучающем процессе участвуют не только современные аппараты CEREC, но и персональные компьютеры:



ординаторы изучают интерфейс программы, работая в DEMO-версиях.

Ныне МГМСУ – лидер в преподавании методики CEREC в стоматологическом образовании. Однако преподаватели и врачи не останавливаются на достигнутом: продолжая традиции по внедрению инновационных технологий, заложенные профессором В.Н. Копейкиным, они в тесном сотрудничестве с зарубежными коллегами постоянно совершенствуют свои профессиональные навыки. В год 85-летия со дня рождения Вадима Николаевича сотрудники кафедры приняли участие в международном конгрессе, проходившем в университете Пловдива (Болгария). Во время форума доценты кафедры комплексного зубопротезирования М.С. Деев и Н.К. Вураки прочитали лекции по CAD/CAM-технологиям и провели мастер-класс для студентов и ассистентов вуза по моделированию в системе CEREC.

На кафедре дважды в год (с такой периодичностью на выставке в Кельне компания SIRONA представляет свои новые разработки) проводятся мастер-классы и семинары с преподавателями вузов, имеющих аппараты CEREC. Такие семинары позволяют педагогам овладеть необходимыми навыками и получить новую информацию о развитии технологии.

Дело профессора В.Н. Копейкина продолжают его последователи и ученики – горизонты CEREC-технологии бескрайны.

Координаты для связи с авторами:

lebedenkoi@mail.ru – Лебеденко Игорь Юльевич;
mvretinskaya@mail.ru – Ретинская Марина Владимировна

Клинические результаты применения ортопедических конструкций из полевошпатной керамики, полученных методом фрезерования с помощью CAD/CAM-системы Optik Dent

Ассистент **З.В. Разумная**, кандидат медицинских наук

Кафедра комплексного зубопротезирования МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. В современной стоматологической помощи населению все более широко используют конструкции, изготовленные с помощью фрезерования. В данной статье представлены результаты клинического исследования ортопедических конструкций, изготовленных с помощью первой отечественной CAD/CAM-системы Optik Dent.

Ключевые слова: технология CAD/CAM; виниры; цельнокерамические коронки; фрезерование; оценка качества; конструкция.

Clinical results of application of orthopedic constructions from ceramics design and manufacturing by using CAD/CAM system Optik Dent

Assistant **Zoya Razumnaya**, Candidate of Medical Sciences

Department of Complex Dental Prosthetics MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. In modern dental care to the population, increasingly widely used design made by milling. This article offered to your attention the results of clinical research orthopedic constructions made by the first national CAD/CAM system Optik Dent.

Keywords: technology CAD/CAM; veneers; all-ceramic crowns; milling; quality evaluation; construction.



Изготовление реставраций методом CAD/CAM-технологий приобретает все большую актуальность в современной стоматологии. Данная тенденция обусловлена многими факторами, среди которых несовершенство традиционных методов изготовления протезов, наглядность для пациентов, возможность стандартизации конструкционных материалов и т.д. Но все это, как правило, относится к CAD/CAM-комплексам иностранного производства. В связи с этим представляется актуальной демонстрация результатов клинического применения реставраций, изготовленных с помощью первой отечественной CAD/CAM-системы Optik Dent.

В стоматологической клинике ФПДО МГМСУ с помощью фрезерного станка CAD/CAM-системы Optik Dent было изготовлено 195 ортопедических конструкций для 80 пациентов (рис. 1).

Сразу после фрезерования реставрации оценивали визуально: качество фрезерования было признано высоким, все изготовленные работы – качественными. После фиксации реставраций еще раз проводили осмотр и оценку по клиническим критериям USPHS.

Критерии системы USPHS (модификация Ryge)

Категория Alfa – хорошо, не нуждается в какой-либо коррекции.

Категория Bravo – приемлемо, можно исправить недостатки без замены клинической реставрации. Используют для обозначения клинически удовлетворительных стоматологических ортопедических реставраций.

Категория Charlie – неприемлемо. Применяют для обозначения клинически неудовлетворительных и неприемлемых реставраций, которые нуждаются в замене, так как не могут нормально функционировать.

В критерии прямой оценки были включены целостность реставрации, краевое прилегание, аппроксимальные и окклюзионные контакты, состояние маргинальной десны, вторичный кариес, цветовое соответствие, форма. По совокупности всех исследуемых клинических параметров делали вывод о качестве изготовленных реставраций и их выживаемости. Все реставрации соответствовали оценке Alfa и, как показали клинические наблюдения, через 12 мес более 97% реставраций имели оценку «хорошо», т.е. не требовали коррекции.



Рис. 1 Реставрации после фиксации в полости рта: а) вкладка; б) винир; в) коронка



Рис. 2 Исходная клиническая ситуация зуб 44: а) вид снаружи; б) вид изнутри

Рис. 3 Отпрепарированный зуб 44



Рис. 4 Культя зуба 44 с нанесенным матирующим слоем

Рис. 5 Готовая реставрация на зуб 44: а) вид изнутри; б) вид снаружи



Рис. 6 Коронка, зафиксированная на зуб 44



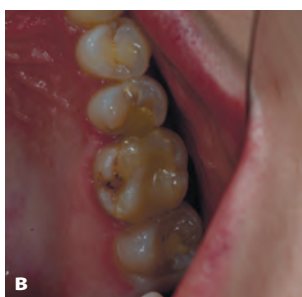
Рис. 7 Проверка окклюзионных контактов



а



б



в



г

Рис. 8 Зубы, отпрепарированные под цельнокерамические вкладки: **а)** 16; **б)** 15; **в)** 25; **г)** 26



Рис. 9 Зафиксированные цельнокерамические вкладки на зубы 16, 15, 25, 26

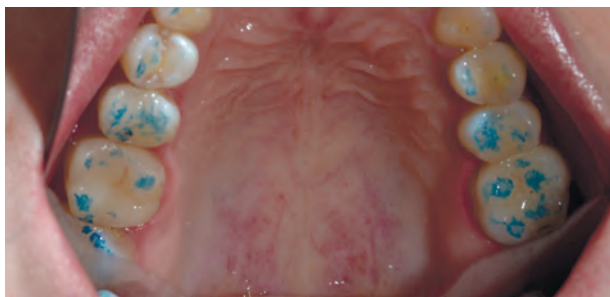


Рис. 10 Проверка окклюзионных контактов с помощью артикуляционной бумаги Bauch

Клинический случай

Пациентка С., 1980 г.р., обратилась на кафедру в сентябре 2011 г. с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект, попадание пищи в межзубные промежутки.

Диагноз: «Частичный дефект коронковой части зубов 16, 15, 25, 26, 44. Тортоаномальное положение, изменение цвета зуба 44. Кариес дентина зубов 12, 11, 21, 22 (рис. 2).

Для восстановления зуба 44, его отпрепарировали под цельнометаллическую коронку (рис. 3).

Затем на культю зуба спреем Cerec Optispray нанесли матирующий слой, чтобы с помощью внутриротовой 3D-камеры системы Optik Dent получить оптический слепок (рис. 4).

После виртуального проектирования реставрации зуба 44 коронку отфрезеровали из стандартного керамического блока Mark II Vita (Германия) и провели индивидуализацию реставрации методом окрашивания и глазурирования (рис. 5).

Цельнокерамическую коронку зафиксировали на композитный цемент Variolink (Ivoclar, Германия, рис. 6).

Окклюзионные контакты оценивали с помощью артикуляционной бумаги (Bauch, Германия, рис. 7).

После этого выполнили реставрацию зубов 16, 15, 25, 26 с помощью фрезерованных цельнокерамических вкладок (рис. 8).

На культю зубов 16, 15, 25, 26 был также нанесен матирующий слой спреем Cerec Optispray, получены оптические слепки с помощью внутриротовой 3D-камеры системы Optik Dent и проведено виртуальное проектирование реставраций. Затем вкладки отфрезеровали из стандартных керамических блоков Mark II Vita (Германия) и выполнили индивидуализацию реставраций методом окрашивания и глазурирования.

Готовые цельнокерамические реставрации зафиксировали на композитный цемент Variolink (Ivoclar, Германия, рис. 9).

Сразу после фиксации готовых реставраций в полости рта провели оценку окклюзионных контактов с помощью артикуляционной бумаги (Bauch, Германия, рис. 10).

Учитывая, что и сразу после лечения и спустя год качество изготовленных реставраций как на зуб 44, так и на зубы 16, 15, 25, 26 получили оценку Alfa, можно утверждать, что цельнокерамические фрезерованные реставрации, спроектированные и изготовленные с помощью первого отечественного CAD/CAM-комплекса Optik Dent, являются высококачественными.

Координаты для связи с автором:

+7 (962) 967-33-50, zvr_r@mail.ru – Разумная Зоя Вячеславовна

НОВИНКА!



КЛИНИЧЕСКИ ДОКАЗАНО:
В 2 РАЗА ЛУЧШЕ*:

УДАЛЕНИЕ НАЛЁТА**

ЗАЩИТА***

* ПО СРАВНЕНИЮ С ОБЫЧНОЙ ПАСТОЙ С ФТОРОМ

** БАКТЕРИАЛЬНОГО

*** ОТ ЭРОЗИИ ЭМАЛИ И ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Реклама

blend-a-med

PRO-EXPERT

Использование методов математического моделирования для совершенствования подходов к выбору технологий восстановления разрушенных зубов

Ассистент П.П. Зотов

Кафедра клинической стоматологии № 2 МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. В статье приведены данные о разработке и научном обосновании современных критериев выбора врачом-стоматологом технологий восстановления разрушенных зубов.

Ключевые слова: восстановление зуба; выбор технологии; клинические признаки.

The use of mathematical modeling methods for perfection of approaches to a choice of teeth restoration technologies

Assistant Paul Zotov

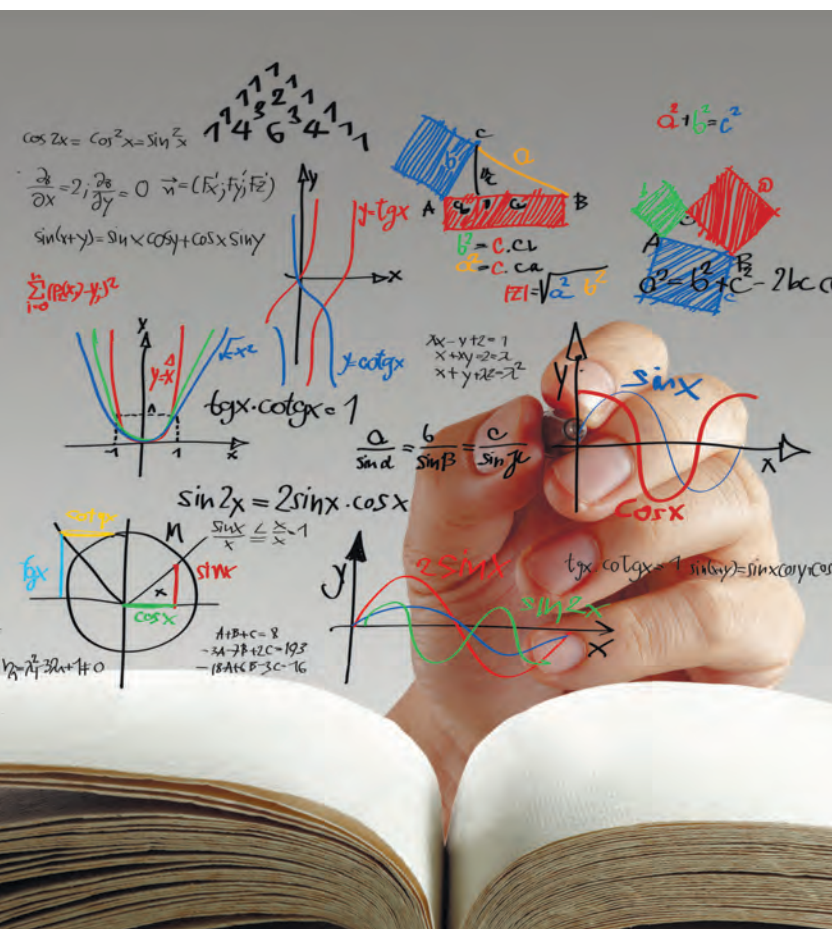
Department of clinical dentistry № 2 MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. The data about development and a scientific substantiation of modern selection criteria of teeth restoration technologies for dentists are presented in the article.

Keywords: tooth restoration; technology choice; clinical signs.

Современная стоматология располагает большим спектром технологий восстановления разрушенных зубов [2]. Стремительный прогресс в практической реализации научных разработок в связи с появлением новых материалов и оборудования привел к тому, что в распоряжении врача-стоматолога сегодня есть немало технологий как прямой (композитной), так и непрямой реставрации разрушенных зубов (винир, вкладка, коронка и т.д.). При определении тактики восстановления разрушенного зуба врач сталкивается с решением серьезной клинической задачи: правильный выбор технологии.

Почему возникает данный вопрос? Казалось бы, уже давно существуют конкретные клинические показания для того или иного метода лечения, определяющиеся степенью разрушения твердых тканей зуба. В частности, на практике врачи руководствуются предложенным В.Ю. Миликевичем индексом разрушения окклюзионной поверхности зубов, согласно которому при разрушении коронки до 0,55–0,6 (55–60%) ее восстанавливают пломбой, свыше 0,55–0,6 – после пломбирования кариозных полостей показано применение искусственных коронок, а более 0,8 – штифтовой конструкции. Как видно, данная градация весьма размыта и зачастую врач опирается на субъективные ощущения и личный опыт. Кроме того, существуют так называемые авторские школы и подходы,



предлагающие собственные нестандартные клинические решения. Например, при полном отсутствии коронковой части зуба некоторые представители подобных школ предлагают восстанавливать ее композиционными материалами методом прямой реставрации. При этом нарушаются все биомеханические законы и клинические правила. Однако такие ситуации на практике встречаются все чаще, особенно в условиях реализации коммерческой стратегии фирм-производителей стоматологических материалов и оборудования.

Необходимо признать, что практическая стоматология нуждается в четких и научно обоснованных критериях, позволивших бы врачу правильно выбрать технологию восстановления разрушенного зуба (зубов). Это, в конечном итоге, гарант защиты профессиональных интересов стоматолога, соблюдения прав граждан на качественную стоматологическую помощь (услугу), снижения рисков осложнений [2, 3].

Цель исследования

Научно обосновать и разработать критерии выбора врачом-стоматологом технологий восстановления разрушенных зубов.

Материалы и методы

Все применяемые сегодня технологии были распределены на пять групп: композитная реставрация, коронка, вкладка, винир и культевая штифтовая вкладка с коронкой. В основу разработки положены методы математического моделирования. Прежде всего, были отобраны все возможные клинические признаки, которые могут характеризовать состояние разрушенного зуба. Для этой цели применяли метод мета-анализа литературных данных [1]. После формирования перечня признаков и получения окончательной версии методом перекрестной анонимной экспертизы проведено клиническое обследование 193 пациентов. Объем выборочной совокупности был статистически обоснован.

На большом массиве клинического материала, включавшего 127 признаков на каждого обследованного пациента, была сформирована рабочая база, которую подвергли дискриминантному анализу. Это один из наиболее широко используемых в статистике многомерных методов, позволяющих с высокой степенью достоверности проводить проверку гипотез. В данном случае рабочей гипотезой было предположение, что существуют информативные признаки, определяющие причастность некоего набора характеристик к конкретной группе. Группами служили больные с разрушенными зубами, имеющими показания для использования той или иной технологии их восстановления. Дискриминантный анализ основан на нахождении преобразования, которое дает

минимум отношения разности многомерных средних (или частотных) значений для некоторой дисперсии в пределах изучаемых групп.

Результаты и их обсуждение

Примененный анализ позволил четко разделить всю изучаемую совокупность на пять групп с высокой степенью уровня значимости (достоверности). Это подтвердило рабочую гипотезу о том, что пять применяемых технологий восстановления разрушенных зубов имеют свои специфические информативные признаки, определяющие показания для их использования. Далее различия между группами анализировали с применением критерия значимости дискриминантной функции. Расстояние между средними значениями в группах оценивали при помощи расстояния Махалонобиса. Оценка удаленности групп друг от друга подтверждала значимость полученных информативных признаков. Далее были сформулированы линейные классификационные функции, т.е. рабочие уравнения, которые и позволяют моделировать тот или иной набор признаков и объективно определять, какая технология восстановления разрушенного зуба показана данному пациенту. Принадлежность каждого случая к конкретной группе проверяли методом оценки вероятностной принадлежности.

Выводы

Полученный математический аппарат позволил объективизировать набор клинических признаков (критериев), которые дают четкие показания к использованию конкретной технологии восстановления разрушенного зуба. Практической реализацией этих математических моделей послужила разработанная компьютерная программа (диагностический модуль), позволяющая после обследования пациента и внесения полученных признаков в определенный шаблон интерфейса получать четкую рекомендацию о том, какая технология восстановления зуба в данном конкретном случае применима.

Проведенное исследование имеет не только теоретическое значение, но и большую практическую значимость.

Координаты для связи с автором:

+7 (916) 923-97-67, stomatologist@list.ru – Зотов Павел Павлович

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения./Уч. пособ. под ред. В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006, 192 с.
2. Салагай О.О. Международные принципы обеспечения стоматологического здоровья. – Росс. стоматолог. журн., 2008, № 2, с. 59–61.
3. Gordon S.R. Older adults: demographics & need for quality care. – J. Prosthet. Dent., 1989, v. 61, № 6, p. 737–741.

Обучение критической оценке информации о лекарствах как задача высшей медицинской школы

Доцент **О.А. Гацура**, кандидат медицинских наук

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ
им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ*

Профессор **О.А. Гацура**, доктор медицинских наук

*Кафедра терапии № 2 факультета последипломного образования МГМСУ
им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ*

Резюме. В работе поднимается вопрос о необходимости обучения студентов медицинских вузов и практикующих врачей основам критической оценки фармацевтической информации фирм-производителей лекарств. Авторы, касаясь современного состояния проблемы за рубежом, подчеркивают ее актуальность и для отечественного здравоохранения. Вниманию читателей предложен образовательный модуль «Практикующий врач как объект фармацевтического маркетинга», использующийся в педагогическом процессе на кафедре общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ.

Ключевые слова: фармацевтический маркетинг; информация о лекарствах; критическая оценка; образовательный модуль.

Teaching critical appraisal of the information about medicines as a mission of higher medical school

Associate professor **Oksana Gatsura**, Candidate of Medical Sciences

Department of Public Health and Health Services MSUMD named after A.I. Evdokimov

Professor **Sergey Gatsura**, Doctor of Medical Sciences

*Department of Therapy № 2 of Faculty of Postgraduate Education MSUMD named after
A.I. Evdokimov*

Summary. The paper addresses the necessity of teaching basic skills of critical appraisal of the drug companies' promotional literature to medical students and physicians-in-practice. The authors touch upon the current state of the problem abroad and underline the importance of this issue also for Russian public health. An educational module Practicing physician as a target for pharmaceutical marketing already implemented at the Department of Public Health and Health Services of the Moscow State University of Medicine and Dentistry is offered to the reader's attention.

Keywords: pharmaceutical marketing; information about medicines; critical appraisal; educational module.

Влияние продвижения лекарственных средств (ЛС) на профессиональную целостность врача, качество оказания медицинской помощи пациентам и общественное здоровье – уже более 50 лет предмет пристального внимания зарубежных клиницистов, представителей академической общественности и организаторов здравоохранения. Наиболее полный анализ современной научной литературы по этому вопросу представлен в опубликованном в 2005 г. под эгидой ВОЗ и ассоциации Health Action International (HAI) научном обзоре «Продвижение лекарств. Что нам известно, что предстоит узнать» [7].

Практически одновременно были представлены результаты международного исследования «Образовательные инициативы для студентов медицинских и фармацевтических факультетов по продвижению лекарств» [6], посвященного анализу мировой практики преподавания вопросов критической оценки маркетинговой

деятельности фармацевтических компаний (ФК) будущим специалистам здравоохранения, от которых зависит выбор конкретного ЛС для пациента. Большинство (72%) респондентов из 64 стран отметили, что изучение приемов продвижения ЛС фирмами-производителями уже включено в учебную программу их университетов. К сожалению, из медицинских вузов России информация в исследовательский центр представлена не была. Автором отмечено отсутствие единого подхода к преподаванию вопросов фармацевтического маркетинга будущим врачам и провизорам при всеобщем признании респондентами актуальности изучаемой проблемы.

Закономерным завершением колоссальной работы, проведенной международным коллективом исследователей и преподавателей, стало изданное в 2010 г. практическое руководство ВОЗ/HAI «Как распознавать продвижение лекарств и как к нему относиться» [5], переведенное

среди прочих на русский язык и находящееся в свободном доступе на сайте HAI. Однако из-за отсутствия заинтересованности медицинских вузов РФ этого руководство так и не увидело свет в типографском исполнении. Можно было бы предположить, что проблема недолжного продвижения ЛС неактуальна для российского здравоохранения, но исследования показали: московские врачи амбулаторно-поликлинического звена часто и охотно встречаются с медицинскими представителями (МП) фирм-производителей ЛС, ценят представляемую ими информацию и доверяют ей [1]. Более того, изучение выбора ЛС столичными врачами-терапевтами в стандартных клинических ситуациях амбулаторной практики показало, что предпочтение отдается более дорогим оригинальным препаратам при наличии широкого выбора дженериков [4]. Промоционное давление фармацевтических компаний может привести не только к необоснованному удорожанию лечения, но и к неверному с медицинской точки зрения назначению препарата, как это происходит, например, при выборе антибиотика для эмпирической терапии внебольничной пневмонии [3]. Явное пренебрежение врачей первичного звена рекомендуемыми международными непатентованными наименованиями ЛС в пользу их торговых названий также можно отнести к маркетинговым победам фирм, сумевших внедрить коммерческие названия своих продуктов в оперативную память терапевтов поликлиники.

Заинтересованный читатель сможет почерпнуть полные сведения о продвижении лекарств, его влиянии на врача и общественное здоровье, методах идентификации и критической оценки промоции ЛС в уже упомянутых выше источниках. В более компактной форме представление об обсуждаемой проблеме можно найти в методических рекомендациях для практикующих врачей [2], которые окажутся также полезны старшекурсникам, интернам и клиническим ординаторам.

Таким образом, продвижение лекарств врачу – актуальная для российского здравоохранения проблема, а формирование компетенции выявления и критической оценки маркетинговых приемов ФК закономерно возлагается на сложившуюся систему последипломного медицинского образования. Не менее важно формирование определенного иммунитета к фармацевтической промоции у студентов, интернов и клинических ординаторов, так как уже сложившийся стереотип взаимодействия практикующего врача с МП гораздо менее восприимчив к образовательным воздействиям.

Сообществу медицинских преподавателей стоит обсудить затронутую проблему, например, на основе используемого на кафедре общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ образовательного модуля для слушателей системы последипломного образования, интернов и клинических ординаторов.

Учебные цели модуля «Практикующий врач как объект фармацевтического маркетинга»

Основная цель обучения

Приобретение слушателем знаний, умений и навыков, необходимых для идентификации и критической оценки приемов продвижения ЛС фармацевтическим производителем.

Конкретные цели обучения

После отработки программы модуля слушатель должен:

знать:

- ◎ базисные понятия клинической фармакологии и доказательной медицины;
- ◎ цель и основные задачи продвижения ЛС на фармацевтическом рынке;
- ◎ определение понятий «фармацевтический маркетинг», «медицинский представитель фармацевтической компании», «реклама ЛС», «информация о ЛС», «конфликт интересов», «личный формуляр»;
- ◎ методы и приемы продвижения ЛС врачам;
- ◎ место и роль медицинского представителя фарм-компаний в продвижении ЛС врачу;
- ◎ негативные стороны влияния продвижения ЛС на врача, пациента и общественное здоровье;
- ◎ тенденции в развитии фармацевтической промоции;
- ◎ возможности управления конфликтом интересов;
- ◎ нормативную базу, регламентирующую этически и юридически выдержанное общение врача с производителем ЛС;
- ◎ принципы включения нового ЛС в личный формуляр согласно действующим рекомендациям ВОЗ;
- ◎ отличия рекламной и официальной информации о ЛС;
- ◎ основные значимые для врача показатели эффективности новых ЛС;
- ◎ новеллы российского законодательства в области обращения ЛС;

уметь:

- ◎ выявлять и критически оценивать маркетинговые приемы производителей ЛС при работе с медицинским сообществом;
- ◎ этически и юридически грамотно управлять конфликтом интересов при общении с представителями фармацевтических компаний;
- ◎ объективно оценивать преимущества и недостатки нового ЛС при включении его в личный формуляр.

Координаты для связи с авторами:

+7 (916) 651-41-64, gatsura@msmsu.ru – Гацупа Оксана Алексеевна; **svgats@mail.ru** – Гацупа Сергей Владимирович

Список литературы находится в редакции.

Эпителиома Малерба – случай из практики

Профессор **Л.М. Лукиных**, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой

Ассистент **Н.В. Тиунова**, кандидат медицинских наук

Кафедра терапевтической стоматологии НижГМА (Нижний Новгород) Минздрава РФ

Резюме. В статье приводится случай из клинической практики – консультация пациентки с диагнозом «Эпителиома Малерба». Это доброкачественная опухоль из клеток эпителия, проявляющаяся на шее, лице, плечевом поясе или волосистой части головы в виде подвижного, очень плотного, медленно растущего единичного узелка величиной от 5 мм до 5 см.

Ключевые слова: эпителиома Малерба; клиническая картина; диагностика; лечение.

Epithelioma Malerba – case study

Professor **Ludmila Lukinyx**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department

Assistant **Natalia Tiunova**, Candidate of Medical Sciences

Department of Therapeutic Stomatology Nizhny Novgorod State Medical Academy

Summary. The case from clinical practice – consultation of the patient with the diagnosis Malherbe's epithelioma is resulted. It is a benign tumor of epithelial cells, which is localized in the neck, face, shoulder girdle or scalp as a moving, very dense, slow-growing single nodule size from 5 mm to 5 cm.

Keywords: Malherbe's epithelioma; clinical picture; diagnosis; treatment.

Что мы знаем об эпителиоме Малерба? Эпителиома кожи была описана французским врачом А. Malherbe (1845–1915) как доброкачественная опухоль, состоящая из частично обызвествленных пластов некротизированного эпидермиса с гигантклеточной реакцией по периферии. В клинике эпителиома Малерба проявляется образованием в поверхностных слоях кожи лица, шеи, волосистой части головы или плечевого пояса единичного очень плотного, подвижного, медленно растущего узелка, величиной от 0,5 до 5 см.

Эпителиома – это опухоль кожи и слизистых оболочек, развивающаяся из клеток поверхностного слоя эпидермиса. В современной дерматологии большинство авторов относят к эпителиомам следующие новообразования кожи:

- ◆ базалиому (базально-клеточную эпителиому);
- ◆ плоскоклеточный рак (спиноцеллюлярную эпителиому);
- ◆ трихоэпителиому (аденоидную кистозную эпителиому).

Попытки некоторых исследователей отождествить эпителиому с раком кожи представляются нецелесообразными, поскольку среди эпителиом встречаются доброкачественные новообразования кожи, лишь в редких случаях претерпевающие злокачественную трансформацию.

Большинство эпителиом возникает у пациентов зрелого и пожилого возраста. Наиболее распространенная эпителиома – базалиома, на долю которой приходится 60–70% всех случаев заболевания.

Этиология заболевания. К развитию эпителиомы приводят различные неблагоприятные факторы, хронически воздействующие на кожу и часто связанные с профессиональной деятельностью. К ним относятся повышенная солнечная инсоляция, радиоактивное облучение, влияние химических веществ, хроническая травма кожи и СОПР, хронические длительно текущие воспалительные процессы на коже и СОПР. Возникновение эпителиомы возможно на фоне хронического солнечного дерматита, лучевого дерматита, профессиональной экземы, травматического дерматита, на месте рубца после перенесенного ожога.

Клиническая картина эпителиомы, как и ее локализация, зависит от вида опухоли. Вначале обнаруживается небольшое уплотнение в виде узелка, расположенного внутрикожно. Размер узелка постепенно увеличивается и достигает 2–3 см. Новообразование слегка выступает над уровнем кожи, имеет бледно-розовую окраску, иногда покрыто коркой. Пальпаторно определяется плотное обызвествленное образование неправильной формы, подвижное, с четкими границами [2]. Субъективные ощущения отсутствуют. Кожа над ним



истончается, иногда прорывается с образованием свища, при зондировании которого определяется наличие вещества костной плотности. Рост опухоли медленный (в течение нескольких месяцев, лет). Опухоль чаще наблюдается у женщин. Диагноз ставят по данным гистологического исследования.

Базально-клеточная эпителиома чаще возникает на коже лица и/или шеи. Отличается многообразием клинических форм, большинство из которых начинаются с образования на коже небольшого узелка. Базально-клеточная эпителиома считается злокачественным образованием, так как она обладает инвазивным ростом, прорастает не только дерму и подкожную клетчатку, но также подлежащие мышечные ткани и костные структуры. Однако при этом она не склонна давать метастазы.

К редким формам базалиомы относятся саморубцующаяся эпителиома и обызвествленная эпителиома Малерба.

Саморубцующаяся эпителиома характеризуется распадом типичного базалиомного узелка с образованием язвенного дефекта. В дальнейшем происходит медленное увеличение размеров язвы, сопровождающееся рубцеванием отдельных ее частей.

Спиноцеллюлярная эпителиома развивается из клеток шиповатого слоя эпидермиса и отличается злокачественным течением с метастазированием. Излюбленная локализация – кожа перианальной области

и гениталий, красная кайма нижней губы. Может протекать с образованием узла, бляшки или язвы. Характеризуется быстрым ростом как по периферии, так и в глубину тканей.

Аденоидная кистозная эпителиома встречается чаще у женщин после пубертатного периода. В большинстве случаев она представлена множественными безболезненными опухолями размером до крупной горошины. Цвет образований может быть голубоватым или желтоватым. Изредка встречается белесоватый, и тогда элементы эпителиомы могут напоминать угри. В отдельных случаях наблюдается появление одиночной опухоли, достигающей размеров лесного ореха. Типичная локализация элементов – ушные раковины и лицо, реже поражается волосистая часть головы, еще реже – кожа плечевого пояса, живота и конечностей. Характерно доброкачественное и медленное течение. Лишь в единичных случаях наблюдается трансформация в базалиому.

Диагностика включает дерматоскопию, бакпосев отделяемого и/или содержимого эпителиомы, УЗИ образования, гистологическое исследование удаленных тканей или биопсийного материала.

Микроскопически опухоль содержит клетки двух видов: базофильные, сходные с элементами базально-клеточной карциномы, и эозинофильные клетки-тени. Встречаются зоны обызвествления и оссификации стромы.



Пациентка С., МКСБ № М-4617, обызвествленная эпителиома Малерба кожи подчелюстной области: а) справа; б) слева

Гистопатология: опухоль окружена в большинстве случаев оболочкой и состоит из клеток двух типов, по периферии – базофильные небольшие клетки со скудной цитоплазмой, нечеткими границами, резко базофильным ядром; в центре – клетки-тени, имеющие более четкие границы, чем базофильные, и неокрашенное ядро. В длительно существующих очагах базофильных клеток становится меньше, определяется выраженная кальцификация и оссификация, иногда наблюдается окостенение [1].

Лечение в основном хирургическое – иссечение новообразования. При мелких множественных опухолях возможно применение криодеструкции, удаление новообразования лазером, электрокоагуляция и/или кюретаж. При злокачественном характере течения опухоли – лучевое, химиотерапевтическое, фотодинамическое воздействие с применением как общих, так и локальных способов. Злокачественная природа опухоли служит показанием к сочетанию хирургического лечения с рентгенорадиотерапией, фотодинамической терапией и/или химиотерапией.

Прогноз. При доброкачественном характере течения заболевания, своевременном и полном удалении опухоли прогноз благоприятный. Базально-клеточная и спиноцеллюлярная эпителиомы склонны к частым послеоперационным рецидивам и метастазированию, что требует постоянного наблюдения у дерматоонколога.

Клинический случай

На кафедру терапевтической стоматологии НижГМА Минздрава России обратилась пациентка С., 1980 г.р., МКСБ № М-4617 с жалобами на новообразования на коже лица справа и слева, зуд, жжение и распирание в данной области.

Анамнез: считает себя больной более двух лет, когда впервые обратила внимание на новообразование

на коже лица справа, которое со временем становилось плотнее и увеличивалось в размере. Ранее, после беременности, аналогичное новообразование выявили у пациентки в области правого уха. Была проведена хирургическая операция по удалению новообразования. Рецидива не наблюдали.

Объективно: на коже лица, в подчелюстной области справа и слева обнаружены два новообразования плотной хрящеобразной консистенции, размером 15×8 мм и 9×5 мм, подвижны, выступают над уровнем кожи, кожа над новообразованиями истончена, гладкая, слегка гиперемирована, пальпация безболезненна (рисунок).

Диагноз: «Обызвествленная эпителиома Малерба кожи лица подчелюстной области справа и слева».

Пациентке рекомендованы консультация, лечение и динамическое наблюдение у челюстно-лицевого хирурга кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

После консультации у челюстно-лицевого хирурга пациенткой было принято решение прибегнуть к хирургическому лечению с полным иссечением новообразования и последующим гистологическим исследованием для подтверждения диагноза.

Координаты для связи с авторами:

+7 (831) 419-48-52, terstom@gma.nnov.ru – кафедра терапевтической стоматологии НижГМА, Лукиных Людмила Михайловна, Тиунова Наталья Викторовна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Czerniawska E., Pogrzebielski A., Romanowska-Dixon B. Malherbe's calcifying epithelioma (pilomatrixoma). – Klin. Oczna., 2011, v. 113, № 7–9, p. 274–276.
2. Harbon S. Malherbe's calcified epithelioma. Review of 80 cases. – Ann. Chir. Plast. Esthet., 1990, v. 35, № 4, p. 277–282.

Медико-социологическое исследование мнений пациентов старшего возраста об организационных формах оказания стоматологической помощи

Заочный аспирант **Е.С. Балыева**

Профессор **Н.О. Захарова**, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой

Кафедра гериатрии Самарского государственного медицинского университета Минздрава РФ

Профессор **Д.А. Трунин**, доктор медицинских наук, директор стоматологического института СамГМУ

Кафедра стоматологии института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета Минздрава РФ

Резюме. В статье приведены результаты медико-социологического исследования, посвященного изучению мнения пожилых пациентов о различных организационных формах оказания геронтостоматологической помощи. Сделан вывод о том, что граждане старших возрастных групп имеют разные предпочтения. Внедрение новых организационных форм в стоматологии для пожилых людей необходимо проводить с учетом результатов социологических исследований.

Ключевые слова: медико-социологическое исследование; организационные формы в геронтостоматологии; пожилые люди.

Medical and sociological research of elderly patient's opinions about organizational forms of dental assistance

Post-graduate student **Ekaterina Baluyeva**

Professor **Natalia Zakharova**, Doctor of Medical Science, Head of Department

Department of Geriatry Samara State Medical University

Professor **Dmitry Trunin**, Doctor of Medical Science, Director of Dental Institute of SamSMUt

Department of dentistry of Postgraduate Education Institute Samara State Medical University

Summary. This article presents the results of medical and sociological research devoted to study of elderly patients' views about different organizational forms providing gerontostomatological assistance. We came to conclusion that citizens of old age groups have different preferences. Introduction of new organizational forms into dentistry for elderly should be carried out taking into account the results of sociological research.

Keywords: medical and sociological research; organizational forms; elderly.

В условиях демографического старения населения возникает необходимость появления новых организационных форм оказания стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста. Зачастую полноценная медицинская помощь пожилым и престарелым гражданам в амбулаторно-поликлинических условиях осложнена [14]. Это связано с имеющимися у пациентов сопутствующими соматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, кардиосклероз, нарушение гемостаза), а также с необходимостью самостоятельного возвращения

домой после завершения лечения. В подобных ситуациях стоматологическую помощь предпочтительнее было бы оказывать в специализированных отделениях многопрофильных стационаров [1, 2, 4–6, 8–11, 13, 15]. Так, профессор А.В. Алимский, говоря о проблемах современной геронтостоматологии и путях их решения, сообщает о положительном опыте краткосрочных госпитализаций пожилых людей для лечения зубов и других заболеваний полости рта.

В последние годы появились работы социологов, посвященные различным аспектам геронтостоматологии [3, 7]. Социологический анализ клинических возможностей

и социальных перспектив этой науки приводит авторов к выводу, что в сегодняшней ситуации в здравоохранении геронтостоматология не является самостоятельной подотраслью стоматологии или геронтологии, а потому достаточно ограничиться созданием геронтологических кабинетов в стоматологических поликлиниках. Вместе с тем, мнение самих граждан пожилого и старческого возраста о возможности получения стоматологической помощи в различных организационных формах не изучалось [12].

Цель работы

Изучение отношения пожилых пациентов к различным организационным формам оказания геронтостоматологической помощи.

Материалы и методы

Медико-социологические исследования пациентов проводили на базе 15 государственных учреждений здравоохранения пяти российских городов (Самара, Тольятти, Сызрань, Новокуйбышевск, Отрадный) и пяти центральных районных больниц Самарской области.

В основе оценки стоматологической помощи лежит медико-социологическое исследование, проводимое методом анкетирования-интервьюирования с использованием специально разработанной карты, что позволяет, в частности:

- ✓ определить информированность пациентов о возможности получения стоматологической помощи в разных формах и доступность для них этой помощи;
- ✓ выявить мнение о всевозможных аспектах организации стоматологической помощи и предпочтениях пожилых пациентов.

Анкета включает закрытые, открытые, полузакрытые, прямые и косвенные вопросы, вопросы-фильтры и дает возможность респондентам высказывать свое мнение в свободной форме.

В социологическом опросе приняли участие 877 пациентов. Объем выборки определяли с использованием специальной таблицы, разработанной в институте Дж. Гэллопа. Анкетирование проводили сплошным методом: пациентам государственных стоматологических поликлиник старше 60 лет предлагали заполнить анкету самостоятельно или с помощью автора во время ожидания приема врача. Надежность данных опроса обеспечивалась добровольностью согласия, анонимностью и заинтересованностью респондентов.

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов медико-социологического исследования пожилого населения Самарской области в целом показал:

- ✓ 58,6% пациентов хотели бы продолжать лечиться в своей районной стоматологической поликлинике на общих основаниях;
- ✓ 25,4% опрошенных также выбрали амбулаторно-поликлиническое звено, но предпочли бы получать стоматологическую помощь в специализированном отделении только для пожилых пациентов;
- ✓ 8,5% хотели бы совместить санаторно-курортное лечение с лечением зубов;
- ✓ 5,8% выбрали лечение зубов в условиях стационара при госпитализации на круглосуточные койки на 1–2 дня;
- ✓ 1,7% предпочли бы совместить плановое лечение хронической соматической патологии в условиях круглосуточного стационара с лечением зубов.

Дополнительный опрос пациентов, выбравших лечение в стоматологической поликлинике на общих основаниях вместо лечения в специализированном геронтостоматологическом отделении/кабинете, позволил получить развернутые ответы в свободной форме. При изучении мотивации выбора традиционной организации удалось установить две основные причины подобного предпочтения:

- 1) пожилые и престарелые граждане боятся потерять те минимальные, но привычные объемы стоматологической помощи, которые обещаны им в «Территориальной программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи»;
- 2) выделение пациентов данной группы в стоматологии расценивается ими как проявление стигматизации и дискриминации по возрасту. Некоторые из опрошенных представляют геронтостоматологические отделения/кабинеты как «резервации» для пожилых, малообеспеченных и социально незащищенных пенсионеров, где для оказания стоматологической помощи будут использовать самые дешевые материалы и оборудование, а прием вести молодые и неопытные врачи или специалисты низкой квалификации, либо это станет базой для обучения студентов.

Опрос позволил сделать вывод о том, что отсутствие информированности населения о целях, задачах и оборудовании геронтостоматологических центров (отделений, кабинетов), а также о возможности получения стоматологической помощи в других организационных формах, является негативным психологическим моментом, который может влиять на доступность получения качественной стоматологической помощи пожилыми пациентами в полном объеме, а также тормозить развитие данного направления.

У части пациентов, которые предпочли бы лечение зубов в условиях многопрофильного круглосуточного стационара, выбор связан с наличием тяжелой

соматической патологии и снижением мобильности. При ответах в свободной форме пациенты сформулировали причины своего предпочтения следующим образом: «Лучше лечиться, не курсируя между домом и поликлиникой; без очередей; под наркозом; под присмотром врачей других специальностей – кардиолога, невропатолога, анестезиолога; иметь возможность отдохнуть, отлежаться на койке после лечения; при возникновении осложнений более квалифицированную помощь окажут в стационаре, чем в стоматологической поликлинике».

Другая часть пациентов, желающих совместить лечение общесоматической патологии в условиях круглосуточного стационара с лечением зубов, объясняют свой выбор наличием у них информации о подобной возможности в Самарском областном клиническом госпитале для ветеранов войн. Одновременно с лечением в плановом порядке хронических соматических заболеваний на базе данного многопрофильного стационара, пожилые пациенты успевают не только санировать полость рта у стоматолога-терапевта, хирурга и пародонтолога (за счет средств обязательного медицинского страхования или на платной основе), но и осуществить протезирование (за счет средств бюджета или на платной основе). К сожалению, доступность лечения в госпитале ограничена наличием у пенсионера льгот и квотами на госпитализацию.

Обращает на себя внимание и то, что ни один из респондентов не владеет информацией о стационарозамещающих формах оказания стоматологической помощи пожилым, например в форме стационара дневного пребывания при многопрофильном лечебном заведении. Стационарозамещающая стоматологическая помощь оказывается пожилым гражданам на базе Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина в форме стационара дневного пребывания (СДП) только по платным услугам. На территории Самарской области стационарозамещающий вид стоматологической помощи для взрослого населения по ОМС вообще отсутствует. В прейскуранте по ОМС тариф СДП включен лишь для детей, что ограничивает возможность выбора данной организационной формы для взрослого населения.

Вывод

Установлено положительное отношение респондентов к возможности выбора разных организационных форм оказания стоматологической помощи пожилым. Вместе с тем, требуются дополнительные совместные усилия геронтологов, стоматологов и организаторов здравоохранения для обеспечения доступности стоматологической помощи и информированности пожилых граждан.

Координаты для связи с авторами:

+7 (846) 332-36-63, trunin-027933@yandex.ru – Трунин Дмитрий Александрович; **+7 (937) 983-34-09, kat-balueva@yandex.ru** – Балуева Екатерина Станиславовна; **+7 (846) 951-76-45; geriatry@mail.ru** – Захарова Наталья Олеговна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богдашева Н.И. Особенности оказания стоматологической помощи пожилым пациентам с учетом их медико-социального и психического статуса в условиях Новгород. обл. – Автореф. канд. дисс., СПб., 2008, НовГУ, 21 с.
2. Богдашева Н.И., Иссам Е.М.А. Особенности оказания стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста.//Метод. рекоменд. – В. Новгород: НовГУ, 2007, 9 с.
3. Варгина С.А., Скачкова О.Н. Социологические исследования в современной стоматологии.//Интегратив. исслед. в медицине. – Саратов: СГТУ, 2010, 8 с.
4. Гончарова Г.Н. Геронтостоматологический центр как современная форма медико-социальной помощи пожилому населению. – Экология человека, 2000, № 4, с. 67–68.
5. Денисова Е.И. Медико-организационная характеристика стоматологической ортопедической помощи лицам пожилого и старческого возраста (на примере челюстно-лицевого госпиталя для ветеранов войн Департамента здравоохранения города Москвы). – Автореф. канд. дисс., М., 2012, МГМСУ, 23 с.
6. Захарова Д.А., Трунин Е.С., Балуева Е.С. Отношение пожилого населения Самары к организационным формам в геронтостоматологии (по матер. медико-социологич. исслед.). – Успехи геронтологии, 2012, т. 25, № 1, с. 171–174.
7. Скачкова О.В. Клинические возможности и социальные перспективы геронтостоматологии. – Автореф. канд. дисс., Волгоград, 2009, ВолГМУ, 23 с.
8. Усова Н.Ф. Некоторые особенности отечественной геронтостоматологии. – Сибир. мед. журн., 2006, т. 61, № 3, с. 75–76.
9. De Visschere L.M., Vanobbergen J.N. Oral health care for frail elderly people: actual state and opinions of dentists towards a well-organised community approach. – Gerodontology, 2006, № 23 (3), p. 170–176.
10. Grytten J., Holst D. Perspectives on providing good access to dental services for elderly people: patient selection, dentists' responsibility and budget management. – Gerodontology, 2013, № 30 (2), p. 98–104.
11. MacEntee M.I., Mariño R., Wong S. et al. Discussions on oral health care among elderly Chinese immigrants in Melbourne and Vancouver. – Gerodontology, 2012, № 29 (2), p. 822–832.
12. Petersen P.E., Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes – the case of oral health. – Comm. Dent. Oral Epidemiol., 2011, № 1, p. 1–6.
13. Petersen P.E., Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. – Comm. Dent. Oral Epidemiol., 2005, № 33, p. 81–92.
14. Shah K.K., Tabari E.D. Challenges encountered when conducting a dental health needs assessment of older people resident in care homes: experience from England. – Comm. Dent. Health, 2013, № 30 (1), p. 6–9.
15. Tramini P., Montal S., Valcarcel J. Tooth loss and associated factors in long-term institutionalised elderly patients. – Gerodontology, 2007, № 24 (4), p. 196–203.

Оценка психоэмоционального статуса пациентов, страдающих психическими заболеваниями, в связи с задачами терапии

Аспирант **Е.А. Миц-Давыденко**

Профессор **А.В. Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета МГМСУ, заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ

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

Доцент **О.Р. Айзберг**, кандидат медицинских наук

Кафедра психиатрии и наркологии Белорусской государственной академии постдипломного образования (Минск)

Резюме. Данная статья представляет собой краткий обзор исследования психоэмоционального статуса пациентов, страдающих психическими заболеваниями, перед стоматологическим вмешательством и является этапом совершенствования практических рекомендаций по алгоритму оказания стоматологической помощи больным данной категории.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние; депрессивный симптом; тревожный симптом; психоэмоциональные реакции.

Evaluation of mental and emotional status of patients suffering from mental illness, in connection with the tasks of therapy

Graduate Student **Ekaterina Mits-Davydenko**

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

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

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

Department of Psychiatry and Addiction of the Belarusian State Academy of Postgraduate Education (Minsk)

Summary. This article presents an overview of research of psycho-emotional status of patients with mental disorders before dental intervention and is a stage of practical recommendations for improving the algorithm dental care of these patients.

Keywords: emotional state; depressive symptom; alarming symptom; psycho-emotional reactions.



Стоматологическая помощь занимает второе место после терапевтической по количеству посещений и первое – по психонегативному восприятию методов лечения. На стоматологическом приеме пациенты испытывают выраженное психоэмоциональное напряжение, сопровождающееся вегетативными нарушениями, требующими коррекции [1, 3].

Эмоциональный стресс перед стоматологическим вмешательством не только часто служит основной причиной отказа от лечения, но и провоцирует многочисленные осложнения общесоматического характера, изменяет иммунологический статус, усиливает и обостряет имеющиеся нервно-психические нарушения у пациентов [4, 6, 7]. Поэтому комплексная подготовка пациентов к стоматологическим манипуляциям должна состоять из психологического воздействия, премеди-

кации лекарственными препаратами и эффективного обезболивания [2, 8]. Уменьшение психоэмоционального напряжения особенно у психически больных – существенный компонент обезболивания [5].

Оценка личностных особенностей пациентов, страдающих психическими заболеваниями, позволяет осуществить их эффективную подготовку к стоматологическому обследованию, построить правильные отношения во время лечения. Однако исследований по выявлению степени тревожности, депрессии и выработке методов по ее снижению перед проведением стоматологического осмотра больных с психической патологией явно недостаточно.

Цель исследования

Оценить психоэмоциональный статус пациентов, страдающих психическими заболеваниями, для более эффективного решения задач терапии.

Материалы и методы

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

Объектом изучения стали 75 психически больных людей обоих полов в возрасте от 15 до 60 лет. Их разделили на три группы в зависимости от диагноза основного заболевания (по 25 человек в каждой). В первую вошли пациенты с диагнозами депрессивного эпизода (F32) и рекуррентного депрессивного расстройства (F33). Во вторую – лица с синдромом зависимости от алкоголя (F10) и синдромом зависимости от опиоидов (F11). И в третью – больные с нарушением пищевого поведения (F50.0 – нервная анорексия, F50.2 – нервная булимия).

Группу контроля составили 25 человек с нормальной психикой того же возраста.

Была поставлена задача выявить степень тревожности, депрессии и разработать методы ее снижения перед проведением стоматологического осмотра у больных с психической патологией.

Для оценки психоэмоционального статуса использовали методику экспресс-диагностики – шкалу клиническую стоматологическую (ШКС). Состояние пациента по ШКС анализировали субъективно на основе клинического наблюдения и представления в виде графика, где по горизонтали отмечали психоэмоциональные реакции пяти основных типов, определяющие соответствующее данному моменту состояние пациента: астеническая, депрессивная, тревожная, ипохондрическая, истерическая.

Перед стоматологическим обследованием с больными проводили групповую и индивидуальную беседы, направленные на повышение уровня гигиенических

знаний о состоянии полости рта и максимальное избавление пациентов от отрицательных эмоций, а также объясняли в доступной форме смысла действий врача-стоматолога.

Результаты и их обсуждение

В процессе психопрофилактической беседы выявлено, что во второй группе лишь 8% пациентов готовы к стоматологическому обследованию. В первой – готовность к сотрудничеству с врачом и стоматологическому осмотру была выявлена у 24% пациентов, в третьей – у 32%. В группе контроля полноценно сотрудничали с врачом 92%.

При сборе анамнеза оценивали также внешний вид пациента, его поведение в кресле и характер ответов на вопросы теста мотивации достижения М. Люшера, отмечали степень выраженности каждой из реакций выделенных типов, руководствуясь их описанием. Цветовая диагностика Люшера позволяет измерить психофизиологическое состояние человека, его стрессоустойчивость, активность и коммуникативные способности.

Анализируя и интерпретируя результаты теста, полученную психодиагностическую информацию сопоставляли с материалами анкетирования, наблюдения, бесед, изучения медицинских карточек пациентов. Степень выраженности личностных реакций оценивали по четырехбалльной системе:

- 👉 0 – отсутствует;
- 👉 1 – легкая: симптомы непостоянные, носят не резко выраженный характер, проявляются соответствующими жалобами больного и выявляются при целенаправленном расспросе; поведение пациента существенным образом не изменено;
- 👉 2 – умеренная: симптоматика постоянная и не вызывает сомнений; поведение больного изменяется в соответствии с особенностям преобладающей психоэмоциональной реакции;
- 👉 3 – выраженная: психоэмоциональное расстройство полностью определяет поведение больного и его состояние; пациент практически не способен контролировать свои поступки.

Среди психоэмоциональных реакций у пациентов первой группы наблюдали доминирующий депрессивный симптом – 18 человек (72%) с показателем выраженности реакции 2,2 балла (табл. 1). У 18 пациентов (72%) второй группы отмечен депрессивный симптом, показатель – 2,1 балла. В третьей группе у 18 больных (72%) зафиксирован тревожный симптом, средний балл 2,2.

Во всех трех группах выявлены единичные случаи истеричной симптоматики (4%). У пациентов контрольной группы наблюдали доминирующий тревожный симптом у 19 человек (76%), однако менее выраженный, а также

Таблица 1 Распределение психоэмоциональных реакций в процессе стоматологического осмотра и сбора анамнеза в группах психически больных

Реакция	Группа, n (%); показатель выраженности, балл	Основные признаки	Проявление признаков на приеме
Астеническая	I: n=2 чел. (8%); 2,0 II: n=2 чел. (8%); 2,0 III: n=2 чел. (8%); 1,5	Слабость, утомляемость, раздражительность, вегетативная лабильность	Раздражение на звуки, яркий свет; жалобы на утомляемость, головные боли; постоянный поиск удобного положения в кресле; обидчивость, готовность расплакаться; потливость, бледность лица, вялость движений; трудно держать рот открытым
Депрессивная	I: n=18 чел. (72%); 2,2 II: n=18 чел. (72%); 2,1 III: n=2 чел. (8%); 1,5	Безразличие к происходящему, подавленное настроение, слабая энергетика	Отсутствие интереса к происходящему; неверие в успех лечения; восприятие всего в мрачных тонах; мимика скупая и однообразная, голос тихий; немногословность; замедленные реакции на просьбы врача
Тревожная	I: n=2 чел. (8%); 2,5 II: n=2 чел. (8%); 2,0 III: n=18 чел. (72%); 2,2	Внутреннее напряжение, волнение, беспокойство	Тревожный взгляд; боязнь вмешательства; концентрация внимания на деталях обстановки; отслеживание действий персонала; вопросы о сути лечения, используемых материалах; беспокойство по поводу опыта врачей с учетом их возраста и внешнего вида; плохой сон накануне
Ипохондрическая	I: n=2 чел. (8%); 1,5 II: n=2 чел. (8%); 1,0 III: n=2 чел. (8%); 2,0	Неоправданное беспокойство по поводу здоровья	Хронология и детализация имеющихся соматических и стоматологических заболеваний; подчеркнутое беспокойство по поводу результатов лечения; образное описание болевых ощущений; согласие на обследование у различных специалистов; обилие необоснованных жалоб
Истерическая	I: n=1 чел. (4%); 2,0 II: n=1 чел. (4%); 2,0 III: n=1 чел. (4%); 2,0	Стремление привлечь к себе внимание, яркая одежда, самоутверждение, преувеличенная экспрессия, демонстративность и театральность	Желание вызвать сочувствие, получить комплименты; живая, выразительная мимика, динамичные движения; образная, ускоренная речь; агрессия; при волнении вегетативные расстройства (чувство нехватки воздуха, комок в горле, красные пятна на коже лица и шеи)

астенический, депрессивный, ипохондрический – по 2 человека (8%). Вероятно, именно наличие основного заболевания обуславливает выявленные различия. Согласно клинко-физиологическим исследованиям доказана необходимость коррекции психоэмоционального состояния.

Вероятно, значительному числу пациентов всех трех групп будет необходима премедикация с выраженным седативным компонентом. Особенно это относится к па-

циентам с истерической формой психоэмоционального статуса.

При интерпретации результатов учитывали суммарный показатель по каждой подшкале. В соответствии с типовыми требованиями к их оценке выделяли три области значений (табл. 2):

- 0–7 баллов – «Норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии);
- 8–10 баллов – «Субклиническая выраженная тревога/депрессия»;
- 11 баллов и выше – «Клинически выраженная тревога/депрессия».

У пациентов первой и второй групп перед стоматологическим вмешательством в психоэмоциональной сфере отмечено преобладание депрессивных симптомов, у пациентов третьей – тревожных.

У пациентов контрольной группы наблюдали аналогичную картину, однако показатели депрессии/тревоги были достоверно ниже.

Коррекцию психоэмоционального напряжения проводили на основе когнитивной психотерапии американ-

Таблица 2 Психологические проявления депрессии и тревоги по данным госпитальной шкалы депрессии и тревоги (HADS)

Группа	Депрессия, балл	Тревога, балл
I	11,9	10,0
II	11,0	8,0
III	6,0	12,6
Контроль	4,1	8,2

ского ученого А. Бека. Она включала групповые занятия и индивидуальные консультации.

Выводы

1. Исследование пациентов, страдающих психическими заболеваниями, по шкале ШКС позволило выявить преобладание у каждого больного одного из пяти психоэмоциональных реакций основных типов на предстоящее стоматологическое вмешательство: астеническую, депрессивную, тревожную, ипохондрическую, истерическую.
2. Неадекватный уровень самооценки, выявленный у пациентов, страдающих психическими заболеваниями, препятствовал созданию эффективного терапевтического альянса между пациентом и врачом-стоматологом.
3. Оценка перед стоматологическим вмешательством психоэмоционального статуса пациентов, страдающих психическими заболеваниями, выявила, что 92% больных нуждаются в премедикации.

Практические рекомендации

1. Для предотвращения эмоционального напряжения необходимо по возможности сократить время ожидания приема, стоматологического лечения, нахождения в кабинете. На всем протяжении врачебного вмешательства нужны доверительный контакт с пациентом, мотивация его на необходимость и важность проводимой стоматологической реабилитации, для чего желательно выработать определенную форму поведения, руководствуясь некоторыми общими положениями:

а) перед началом беседы надо представиться, назвать свое имя и отчество, а также получить согласие больного побеседовать с ним;

б) обращаться к больному нужно только на «Вы», по имени и отчеству. Беседу следует вести в доброжелательном тоне, исследование не должно носить характер вопроса, интервью, экзамена;

в) не стоит начинать клиническую беседу с вопросов о болезни, вначале лучше обсудить обыденные обстоятельства жизни пациента, например его биографию, – это важно для установления контакта и понимания развития болезни;

г) если тема разговора раздражает больного, усиливает напряженность, нужно изменить содержание беседы или вовсе прекратить ее;

д) беседовать следует неторопливо, спокойно, не пытаясь сразу же разубедить пациента в его болезненных заблуждениях, но и не поощряя их. Даже самые нелепые заявления и «неправильность» поведения больного не должны вызывать у стоматолога несерьезного отношения к нему; в ситуации клинического исследования можно смеяться только с больным, но не над больным;

е) не следует обсуждать с больным его состояние, дискутировать в его присутствии с коллегами, говорить о найденных у пациента отклонениях;

ж) в случае обращения больного к стоматологу с какими-либо просьбами или вопросами по поводу его болезни, лечения, режима наблюдения, выписки и т.д. необходимо тактично отослать его к лечащему врачу;

з) каким бы асоциальным ни было поведение больного, нельзя допускать обвиняюще-осуждающий тон беседы;

и) не рекомендуется пользоваться распространенным в клиниках обращением «больной» или давать невыполнимые обещания.

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

3. С особым вниманием необходимо относиться к медикаментозным препаратам (в том числе анестетикам), так как применение больными данной категории седативных, вегетостабилизирующих и иных лекарственных средств препятствует своевременной и полной элиминации медикаментов. Необходимо исключить вероятность передозировки успокаивающих препаратов и анестетиков, применяемых в стоматологии.

Координаты для связи с авторами:

+375 (29) 686-78-11, +375 (29) 261-42-87, mitsuhatl@gmail.com – Миц-Давыденко Екатерина Александровна; **mitroninav@list.ru** – Митронин Александр Валентинович

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бизяев А.Ф., Иванов С.Ю., Рабинович С.А. Обезболивание в условиях стоматологической поликлиники. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002, 144 с.
2. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая психология. //Руковод. для врачей и клинич. психологов. – М.: МПСУ; Воронеж: НПО МОДЭК, 2002, 512 с.
3. Бутаева С.А., Митронин А.В., Цыганков Б.Д. Особенности заболеваний твердых тканей зубов у больных шизофренией. – Cathedra – Кафедра. Стоматологическое образование», 2013, № 43, с. 34–35.
4. Ларенцова Л.И. Психологические подходы к стоматологической практике. – М.: Мед. книга, 2007, 36 с.
5. Ларенцова Л.И., Максимовский Ю.М., Воронина Т.А. Коррекция эмоционального стресса психотропными средствами на амбулаторном стоматологическом приеме. //Уч. рекомендации. – М.: МГМСУ, 2002, 27 с.
6. Луханина Т.В., Даурова Ф.Ю., Артемьева М.С. Оценка эффективности психотерапевтической и психофармакологической подготовки больных шизофренией к стоматологическим манипуляциям. – Технологии живых систем, 2008, т. 5, № 4, с. 69–73.
7. Митронин А.В., Понякина И.Д. Изучение влияния хронического апикального периодонтита на состояние организма пациента. – Стоматология, 2007, т. 86, № 6, с. 26–29.
8. Федоров А.П. Когнитивная психотерапия. – СПб: Питер, 1991, 205 с.

Необходимость применения балльно-рейтинговой технологии оценивания достижений интернов в системе подготовки кадров высшей квалификации

Доцент **А.Л. Соловьева**, кандидат медицинских наук

Ассистент **О.Б. Селина**, кандидат медицинских наук

Кафедра стоматологии общей практики ВГМА им. Н.Н. Бурденко (Воронеж)
Минздрава РФ

Резюме. Балльно-рейтинговая технология оценивания предусматривает непрерывный контроль знаний интернов на всех этапах обучения, интегрирование результатов контроля от одного этапа к другому, определение рейтинга интерна по дисциплине, а в дальнейшем – за весь период обучения. Процесс введения балльно-рейтинговой системы оценки достижений учебно-познавательной деятельности должен сочетаться с эффективным педагогическим менеджментом на уровне взаимодействия интернов и преподавателей в процессе изучения стоматологических дисциплин, из которых складывается профессиональная компетентность будущих специалистов. Реформирование традиционной системы оценивания необходимо. Одним из вариантов может быть предложена балльно-рейтинговая технология оценки учебных и внеучебных достижений интернов, которая действительно эффективна, достаточно понятна, обладает неоспоримыми достоинствами для преподавателей и интернов и может развиваться с течением времени.

Ключевые слова: система оценивания; балльно-рейтинговая технология; профессиональное образование; успеваемость интернов.

Necessity of using of the Mark-rating technology of achievement evaluation of the interns in Professional Education System after-university

Associate professor **Alisa Solovieva**, Candidate of Medical Sciences

Assistant **Olesya Selina**, Candidate of Medical Sciences

Department of General Practice Dentistry Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko

Summary. The rating system provides continuous monitoring of the knowledge of interns in all educational levels, test results integration from one stage to another, discipline ranking definition of the intern, and in the future - for the entire period of study. The introduction of the point-rating system, which estimates learning and cognitive activity, should be combined with effective teaching management at the level of interaction interns and teachers in the study of dental disciplines that creates professional competence of the future specialists. Reforming of the traditional system of evaluation is necessary, and as one of its alternatives the point-rating technology of the assessment study and extracurricular achievements of interns can be offered, which is really effective, very straightforward, has undeniable advantages for teachers and interns, and can evolve over time.

Keywords: assessment; point-rating technology; vocational training; interns academic performance.

В настоящее время требования к качеству знаний молодых врачей заставляют искать принципиально новые пути повышения эффективности системы обучения за счет инновационной организации учебного процесса. Это возможно благодаря внедрению балльно-рейтинговой оценки знаний и стимулированию

самостоятельной внеаудиторной работы интернов. В отличие от традиционной, рейтинговая оценка позволяет выявить даже незначительные изменения в усвоении интернами учебного материала и их практических умениях, ориентирована на стимулирование учебной деятельности в течение всей интернатуры.

Цель работы

Анализ применения балльно-рейтинговой технологии в процессе обучения, выявление ее плюсов и минусов, разработка рейтингового оценивания достижений интернов.

Материалы и методы

Исходя из цели, следует выделить следующие задачи исследования:

- 1) изучение особенностей использования балльно-рейтинговой технологии оценивания достижений интернов в системе подготовки кадров высшей квалификации;
- 2) разработка проекта балльно-рейтинговой технологии оценивания достижений интернов на кафедре стоматологии общей практики.

Для этого изучалась литература по проблеме и зачетная документация, были проведены опрос преподавателей и интернов, наблюдение и эксперимент.

Результаты и их обсуждение

Несомненно, у традиционной пятибалльной системы оценивания есть положительные черты. На начальных этапах профессионального образования она однозначно имеет право на существование, так как способствует снятию стрессовой ситуации на пути перехода к вузовскому обучению, мотивирует студентов I-II курсов к учебной и профессиональной деятельности.

Однако для послевузовского профессионального образования необходим поиск принципиально иного подхода к оцениванию достижений интернов, который способствовал бы индивидуализации учебного процесса в интернатуре, повышению учебной мотивации и самостоятельности в обучении [1, 2].

Введение балльно-рейтинговой технологии оценки достижений интернов способствует безболезненному переходу к профессиональной деятельности. Во-первых, повышается объективность оценки достижений интер-

нов. Во-вторых, появляется возможность более точно оценивать качество учебы. В-третьих, снимается проблема сессионного стресса, так как, получив по завершении дисциплины значительную сумму баллов, интерн может быть освобожден от сдачи зачета. При введении балльно-рейтинговой технологии оценивания обязательно повысится качество подготовки к учебным занятиям, что немаловажно для будущего трудоустройства специалистов.

Рейтинговая система оценки текущей успеваемости интернов по дисциплине «Стоматология общей практики» находится на стадии разработки и внедрения для повышения качества образования.

Балльно-рейтинговая технология оценивания результатов достижений обучающихся по дисциплине основана на учете накапливаемых ими оценок в баллах за выполнение текущих работ (практических и семинарских занятий, рефератов, презентаций, самостоятельной подготовки, тестов, научной деятельности и др.) или регулярно проводимых зачетов. В отличие от традиционного способа оценивания, рейтинговая технология предполагает последовательное суммирование оценок интерна по данной дисциплине в течение определенного периода (табл. 1). Текущая рейтинговая оценка складывается из оценок учебной работы всех без исключения видов и контроля знаний не только по учебному плану, но и по такой дополнительной деятельности, как участие в конференциях, конкурсах, выступления на заседаниях научных обществ и т.д. [10].

Основные принципы балльно-рейтинговой технологии

- ★ оценка не зависит от характера межличностных отношений преподавателя и интерна;
- ★ критерии оценивания обговариваются заранее;
- ★ интерн самостоятельно выбирает стратегию деятельности;
- ★ стимулируется прогресс познания [4, 5].

Таблица 1 Преимущества балльно-рейтинговой технологии оценивания

Плюсы	
Для интернов	Для преподавателей
* возможность распоряжаться своим временем	* рациональное планирование учебного процесса, организации индивидуальной и творческой работы интернов
* проведение постоянной самодиагностики и самоконтроля учебных достижений	* стимулирование эффективного обучения интернов
* самостоятельный выбор порядка выполнения учебных заданий и планирование их выполнения	* возможность своевременно вносить коррективы в организацию учебного процесса
* сравнение своих знаний с уровнем знаний других слушателей	* объективная оценка выполнения слушателем каждого учебного задания
* наличие соответствующих прав (освобождение от зачета, экзамена и т.д.)	* возможность точно и объективно определять итоговую оценку по дисциплине

Важно, чтобы преподаватель, использующий балльно-рейтинговую технологию оценки, фиксировал все, что делают интерны, во избежание недоразумений. Рейтинговая оценка вычисляется после каждого контрольного мероприятия. Необходимое число таких мероприятий определяет преподаватель [4, 6]. Пересчет рейтингов следует производить достаточно часто, лучше всего к концу недели цикла. Это позволит интерну работать продуктивнее [9, 10]. Объявление рейтингов может быть открытым (например, таблица на кафедральном стенде).

Однако некоторым преподавателям фиксация каждого действия интерна и регулярное (желательно в конце рабочего дня) заполнение таблиц достижений учащихся могут показаться слишком трудоемкими и утомительными. Описанная выше балльно-рейтинговая технология оценивания подходит не для всех темпераментов или характеров.

Рейтинг-план по дисциплине – базовый документ, определяющий работу преподавателя и интернов. В нем указано соотношение видов учебной и практической деятельности, учитываемых в рейтинговой оценке по данной дисциплине, шкалы текущих оценок и календарный план контрольных мероприятий [2, 6].

Форму контроля учебной деятельности определяет преподаватель в зависимости от вида занятий, предусмотренных рабочим учебным планом [3, 6]:

- * для практических (семинарских) занятий – оценка выступлений, решения задач, выполнения контрольных работ (в том числе тестирование) и др.;

- * для лекций – тестовая оценка знаний (бланковое тестирование на лекционном занятии или компьютерное тестирование в установленное преподавателем время), коллоквиум, экспресс-опрос.

Итоговая рейтинговая оценка в конце семестра служит основанием для аттестации или неаттестации интерна по данной дисциплине [7, 9].

Основные цели введения балльно-рейтинговой технологии оценивания достижений интернов

- * стимулирование повседневной деятельности;
- * существенное расширение, углубление и повышение эффективности регулярной самостоятельной учебной работы;
- * снижение роли случайных факторов при сдаче экзаменов или зачетов;
- * повышение состязательности в учебе путем определения реального места, занимаемого интерном среди коллег в соответствии с его успехами;
- * получение более точной и объективной оценки уровня знаний и профессиональной подготовки;
- * исключение возможности протектирования не очень способных и прилежных интернов.

Балльно-рейтинговая технология оценки текущей успеваемости интернов включает в себя две подсистемы [8, 11, 12]:

- 1) модульное построение учебного процесса по дисциплине;

- 2) рейтинговую систему оценки успеваемости.

Максимальный результат, который может быть достигнут интерном по дисциплине, – 100 баллов (полное усвоение знаний, соответствующее требованиям учебной программы).

Для допуска к квалификационному экзамену, завершающему изучение дисциплины «Стоматология общей практики», интерн должен набрать в ходе текущего контроля не менее 70 баллов.

Дисциплина «Стоматология общей практики» делится на четыре модуля:

- 1) по терапевтической стоматологии;
- 2) по хирургической стоматологии;
- 3) по ортопедической стоматологии;
- 4) по стоматологии детского возраста.

На каждый модуль отводится по 25 балла (всего – 100). Модуль состоит из 10 семинарских занятий по 2,5 балла на каждое соответственно.

Методика введения балльно-рейтинговой технологии оценки достижений интернов на кафедре стоматологии общей практики

1. Балльно-рейтинговая технология включает все виды учебной нагрузки (занятости) интерна:

- * теоретический материал – посещение лекций;
- * практические навыки – семинарские занятия, отработанные на фантомах и в стоматологической клинике в качестве помощника врача;
- * выполнение самостоятельных работ (рефераты, творческие задания, расчетно-графические работы, презентации) и их защита.

2. Балльно-рейтинговая технология оценивания должна быть четко расписана по каждой дисциплине и доведена до сведения каждого интерна в начале практических занятий, как составляющая программы изучения дисциплины, входящей в учебно-методический комплекс (УМК).

3. При изучении одного дисциплинарного модуля интерн может получить не более 25 баллов.

4. В рейтинг идут баллы, полученные с первого раза и в установленный срок. Занятия, пропущенные по уважительной причине, отрабатываются по инициативе интерна. Баллы, полученные на отработке, идут в рейтинг.

5. По решению кафедры интерны, имеющие высокий рейтинг по дисциплине (от 90%) могут быть (с их согласия) освобождены от сдачи зачета. Для получения оценки «отлично» требуется сдача экзамена.

Таблица 2 Критерии оценки достижений интернов

Семинарские и практические занятия	Балл
Посещение лекций по данной теме	0–0,1
Внешний вид	0–0,1
Освоение нового материала	0–0,1–0,2
Тестовый контроль исходного уровня знаний	0–0,1–0,2
Тестовый контроль конечного уровня знаний	0–0,1–0,2
Решение ситуационных задач	0–0,1–0,2
Максимальное количество баллов, полученное на одном семинарском занятии	1,0
Практическая деятельность интерна	
Отработка практических навыков на фантоме	0–0,5
Работа с пациентами (в качестве помощника врача)	0–0,3
Владение профессиональной терминологией	0–0,1–0,2
Соблюдение этики и деонтологии	0–0,1–0,2
Самостоятельная деятельность интерна (презентации, рефераты, сообщения и т.д.)	0–0,1–0,2
Штрафные баллы (минус)	
Прогул без уважительной причины (баллы возвращаются при отработке пропущенного материала)	0,1
Некорректное поведение с пациентами, коллегами, преподавателями	0,1
Опоздание более чем на 15 мин без уважительной причины	0,1

6. Соответствие рейтинга оценки знаний студента по любой дисциплине учебного плана числовым эквивалентам приведено в **табл. 2**.

Вывод

Реформирование традиционной системы оценивания необходимо. Балльно-рейтинговая технология должна сформировать у молодых врачей активную способность к самостоятельной учебно-познавательной деятельности.

Координаты для связи с авторами:
artemida601@yandex.ru – Селина Олеся Борисовна,
Соловьева Алиса Львовна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Елисеева М.В. О рейтинговой системе контроля в вузе. – Электрон. научно-педагогич. журн., 2008, <http://l.emissia.peterhost.ru/offline/2008/1246.htm>

2. Закон Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1. Об образовании – http://iv.garant.ru/SESS10N/S_R4K9dcvr/PILOT/inain.html

3. Зыков В.Н., Станис Е.В., Огородникова Е.Н. Балльно-рейтинговая система оценки знаний. – Высшее образование сегодня, 2007, № 7, с. 42–45.

4. Калужская М.В., Уколова О.С., Каменских И.Г. Рейтинговая система оценивания. Как? Зачем? Почему? – М.: Чистые пруды, 2006, 244 с.

5. Положение об академическом рейтинге студентов ФГОУ ВПО. «Волгоградская академия государственной службы». –

<http://www.student.vags.ru/index.php?option=content&task=view&id=30>.

6. Положение о рейтинговой системе оценки успеваемости студентов Тюменского государственного университета. – <http://www.iurati.ru/node/251>

7. Положение о системе семестровой рейтинговой оценки учебно-воспитательной деятельности студентов колледжа туризма и гостиничного сервиса. – <http://www.ktgs.ru/vchebnavchast/reitingp0l02/>

8. Приказ Министерства образования Российской Федерации от 11.07.2002 № 2654. О проведении эксперимента по введению рейтинговой системы оценки успеваемости студентов вузов.

9. Соловьева А.Л. Психолого-педагогические аспекты адаптации интернов к образовательному процессу на кафедре стоматологии общей практики.//Матер. II науч.-практич. конф. с международ. участ. «Проблемы и перспективы развития высшего проф. образования России в контексте совр. социал.-экономич. условий». – Воронеж: Истоки, 2011, с. 229–231.

10. Соловьева А.Л., Плотникова И.Е. Принципы формирования профессиональных компетенций интернов в системе постдипломного профессионального образования.//Сб. науч. стат. «Организац. и методич. основы учебно-воспитат. работы в мед. вузе». – Воронеж: Науч. книга, 2012, с. 37–43.

11. Смышляев А.Б. Использование информационной системы рейтингового контроля успеваемости студентов в Дальневосточном государственном университете.//Матер. Открытой всеросс. конф. «Преподавание информ. технологий в России». – Владивосток: ДВГУ, 2007, с. 19.

12. Черных Т.Г., Инкерманлы А.Л., Говоров С.В. Рейтинговая система оценки текущей успеваемости студентов по предмету «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии».//Методич. пособ. для преподавателей. – Воронеж: Истоки, 2010, 65 с.

Особенности мотивации студентов стоматологического факультета к обучению в вузе

Профессор **В.А. Румянцев**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета

Тверская государственная медицинская академия Минздрава РФ

Старший преподаватель **В.В. Жигулина**, кандидат биологических наук

*Кафедра биохимии с курсом клинической лабораторной диагностики ФПО
Тверской государственной медицинской академии*

Резюме. Мотивация у студентов-стоматологов выше, чем у студентов лечебного факультета, в частности, к изучению такой фундаментальной дисциплины, как биохимия. У слушателей преобладают профессиональные и учебно-познавательные мотивы к обучению. Гендерных различий в степени мотивации не выявлено. Анализ мотивации студентов необходим для эффективной реализации образовательного стандарта в вузе.

Ключевые слова: медицинский вуз; студенты; учебно-профессиональная деятельность; учебная мотивация; виды мотивов; биохимия.

Features of motivation students of the Faculty of Dentistry to training in high school

Professor **Vitaly Rumyantsev**, Doctor of Medical Sciences, Dean of the Faculty of Dentistry
Tver State Medical Academy

Veronika Zhigulina, Candidate of Biological Sciences

Department of Fundamental and Clinical Biochemistry Kuban SMU (Krasnodar)

Summary. The motivation at dental students is higher, than at students of medical faculty to training in high school and, in particular, to studying such fundamental discipline, as biochemistry. At students professional and educational-cognitive motives to training prevail. It was not revealed of gendered distinctions in a degree of motivation. The analysis of motivation of students is necessary for effective realization of the educational standard in high school.

Keywords: medical high school; students; educational-professional work; educational motivation; kinds of motives; biochemistry.

В Федеральном государственном образовательном стандарте (ФГОС), на который в настоящее время переходят медицинские вузы, студенту отводится главная роль в процессе обучения. Его основная задача – получение профессиональных знаний и практических навыков, развитие на их базе профессиональных компетенций, стремление к самореализации в выбранной специальности. Анализ литературных источников показывает, что в публикациях крайне мало внимания уделяется особенностям мотивации к обучению студентов медицинских вузов, включая студентов-стоматологов. Ряд авторов указывают на увеличение в последние годы конкурса и проходного балла на медицинские факультеты, другие же, наоборот, высказывают опасения по поводу снижения мотивации студентов к обучению в медицинских вузах, в том числе из-за низкой заработной платы врачей [5–7].

Можно предположить, что мотивация к обучению у студентов-стоматологов отличается от таковой у студентов других факультетов. Это, возможно, обусловлено и тем фактом, что в стоматологии наиболее хорошо развита частная практика.

Цель исследования

Анализ мотивации студентов стоматологического факультета к обучению в медицинском вузе на примере такой дисциплины, как биохимия.

Материалы и методы

Профессиональная подготовка будущего врача включает в себя создание фундаментальной базы и получение на ее основе специальных знаний с постепенным формированием практических умений. Поэтому на младших курсах важно донести до студента понимание значимо-

сти и востребованности фундаментальных дисциплин, в частности биохимии. На старших курсах студент должен самостоятельно использовать эти знания при изучении клинических дисциплин. Биохимия в медицинском образовании в значительной степени определяет развитие и становление клинического мышления врача. Кроме того, эта наука занимает одно из ведущих мест среди фундаментальных дисциплин, интегрируя достижения других биологических и клинических предметов [2, 4, 10–12].

В конце III семестра было проведено анонимное анкетирование 136 студентов стоматологического факультета Тверской государственной медицинской академии (60 юношей и 76 девушек). Группа сравнения состояла из 36 студентов лечебного факультета (17 юношей и 19 девушек). Мотивы учебной деятельности исследовали с помощью метода диагностики учебной мотивации А.А. Реан и В.А. Якунина в модификации Н.Ц. Бадмаевой [1]. Мотивацию определяли с ориентацией на изучение биохимии. Методика позволила оценить семь типов мотивов учебной деятельности: коммуникативные, избегания, престижа, профессиональные, творческой самореализации, учебно-познавательные и социальные. Помимо анализа мотивации студентам было предложено дать оценку изучаемому курсу биохимии с точки зрения сложности, важности и интереса. Полученные субъективные данные обрабатывали методом ранговой корреляции Спирмена [3, 9]. Результаты статистически обрабатывали с помощью программы StatPlus 2009 [8].

Результаты и их обсуждение

Существенных различий между юношами и девушками по показателям мотивации к обучению в вузе не выявлено ($p>0,05$), что может быть обусловлено однородностью студенческой социальной группы.

Среди мотивов к обучению в вузе преобладающими в целом оказались профессиональные ($4,39\pm0,47$), а наименее значимыми – коммуникативные ($2,38\pm0,32$). Остальные мотивы занимают промежуточное положение

и существенно не отличаются друг от друга (табл. 1). Следовательно, большинство студентов-стоматологов заинтересовано в освоении своей специальности (стать профессионалом, приносить пользу людям).

Мотивация к изучению биохимии также не выявила существенных различий между юношами и девушками ($p>0,05$). Основными мотивами были учебно-познавательные ($4,38\pm0,50$), наименее значимыми – творческой самореализации ($2,32\pm0,28$). Остальные мотивы занимают промежуточное положение и существенно не отличаются (табл. 2).

Исходя из полученных данных выявлен ряд достоверных различий ($p<0,001$) в мотивах обучения в вузе и на кафедре биохимии, а именно:

- при изучении биохимии коммуникативные мотивы оказались ниже, а мотивы избегания – значительно выше, чем эти же позиции при обучении в вузе;
- уровень мотивации к изучению биохимии ниже по показателю профессиональных и социальных мотивов;
- учебно-познавательные мотивы на кафедре биохимии оказались достоверно выше, а мотивы творческой самореализации – ниже, чем в вузе в целом.

Несмотря на снижение при изучении биохимии таких важных мотивов, как профессиональные, социальные и престижа, субъективная оценка изучаемого курса биохимии с точки зрения сложности, важности и интереса, которую проводили по методу ранговой корреляции Спирмена, выявила положительную, статистически значимую связь в восприятии курса биохимии, как важного и интересного ($r=0,72$, $p<0,01$). Связи «важно – сложно» и «интересно – сложно» оказались незначительными ($r<0,3$).

При анкетировании студентов лечебного факультета также не было обнаружено отличий в степени мотивации между юношами и девушками ($p>0,05$). Как и у студентов-стоматологов, у студентов лечебного факультета в структуре мотивации к обучению в вузе преобладающими были профессиональные мотивы ($4,27\pm0,45$). Остальные

Таблица 1 Показатели мотивации обучения в вузе у студентов стоматологического и лечебного факультетов (по шкалам, $M\pm m$, n)

Студенты	Мотивы обучения						
	Коммуни- кативные	Избега- ния	Престижа	Профессио- нальные	Творческой самореали- зации	Учебно-по- знавательные	Социаль- ные
Стоматологический факультет							
Девушки (n=76)	2,43±0,56	0	3,24±0,65	4,40±0,74	3,39±0,66	2,79±0,53	3,29±0,60
Юноши (n=60)	2,33±0,52	0	3,20±0,61	4,38±0,72	3,43±0,64	2,75±0,51	3,21±0,59
Все (n=136)	2,38±0,32	0	3,22±0,39	4,39±0,47	3,41±0,40	2,77±0,30	3,25±0,38
Лечебный факультет							
Девушки (n=19)	0	0	0	4,32±0,70	3,31±0,60	3,59±0,62	2,78±0,49
Юноши (n=17)	0	0	0	4,22±0,72	3,37±0,63	3,50±0,66	2,71±0,52
Все (n=36)	0	0	0	4,27±0,45	3,34±0,34	3,54±0,35	2,74±0,27

Таблица 2 Показатели мотивации изучения биохимии у студентов стоматологического и лечебного факультетов (по шкалам, $M \pm m$, n)

Студенты	Мотивы изучения биохимии						
	Коммуни- кативные	Избегания	Пре- стижа	Профессио- нальные	Творческой самореализации	Учебно-по- знавательные	Социаль- ные
Стоматологический факультет							
Девушки (n=76)	0	2,90±0,58	0	3,71±0,62	2,39±0,52	4,25±0,77	0
Юноши (n=60)	0	2,94±0,59	0	3,69±0,66	2,24±0,50	4,50±0,79	0
Все (n=136)	0	2,92±0,33	0	3,70±0,40	2,32±0,28	4,38±0,50	0
Лечебный факультет							
Девушки (n=19)	0	0	0	3,97±0,63	0	3,92±0,70	0
Юноши (n=17)	0	0	0	3,94±0,66	0	3,80±0,72	0
Все (n=36)	0	0	0	3,96±0,30	0	3,86±0,40	0

показатели занимают промежуточное положение и существенно не отличаются (см. табл. 1).

Что касается мотивации студентов лечебного факультета в отношении изучения биохимии, то, как и студентов стоматологического факультета, существенных различий между юношами и девушками не выявлено ($p > 0,05$). В мотивации к изучению биохимии преобладают профессиональные мотивы ($3,96 \pm 0,30$), второе место занимают учебно-познавательные ($3,86 \pm 0,40$). Остальные мотивы отмечены не были (см. табл. 2).

Сравнение результатов анкетирования обнаружило, что профессиональная мотивация у студентов стоматологического факультета к обучению в вузе несколько выше, чем у студентов лечебного факультета – $4,39 \pm 0,47$ и $4,27 \pm 0,45$ соответственно ($p > 0,05$). Наряду с этим, при изучении биохимии у студентов обоих факультетов отмечено усиление учебно-познавательных мотивов – $4,38 \pm 0,50$ у студентов-стоматологов и $3,86 \pm 0,40$ – у студентов лечебного факультета по сравнению с мотивацией к обучению в вузе в целом ($p < 0,001$).

Выводы

Таким образом, мотивация к обучению у студентов вуза – сложный и многоуровневый процесс, изучение и анализ которого позволяют выявить оптимальные и наиболее эффективные подходы к преподаванию в рамках образовательного стандарта. Оказалось, что мотивация к обучению у студентов-стоматологов выше, чем у студентов лечебного факультета. Биохимию студенты-стоматологи воспринимают как важную и интересную. При обучении в вузе у них преобладают профессиональные мотивы, а при изучении биохимии – учебно-познавательные.

Мотивация студентов разных факультетов к обучению имеет свои особенности, зависящие от ряда условий: степени ориентированности на будущую профессию, систем приоритетов и личностных ценностей, семейных установок, наличия и выраженности рефлексии. Все это при преподавании биохимии может быть полностью

реализовано лишь при использовании грамотно составленных учебно-методических комплексов.

Результаты данного исследования помогут преподавателям вузов медицинского профиля понять социально-психологические мотивы студентов и повысить эффективность образовательного процесса. Однако затронутые вопросы достаточно сложны и требуют от профессорско-преподавательского состава дальнейшей напряженной работы.

Координаты для связи с авторами:

+7 (4822) 34-86-41, stomatology@tvergma.ru – Румянцев Виталий Анатольевич

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Бадмаева Н.Ц. Влияние мотивационного фактора на развитие умственных способностей. – Улан-Удэ: ВСГТУ, 2004, 289 с.
- Бересов Т.Т. Некоторые итоги дискуссии по преподаванию биохимии в медицинских институтах. – Вопр. мед. химии, 1987, т. 33, № 3, с. 134–137.
- Джонсон Н., Лион Ф. Статистика и планирование эксперимента в технике и науке: методы планирования эксперимента. – М.: Мир, 1981, 520 с.
- Кирпиченко Л.Н. Способы активизации познавательной деятельности студентов при изучении курса биохимии. //Сб. науч. тр. «Проблемы перестройки высшего мед. образования» – Витебск: ВГМУ, 1990, с. 23–26.
- Крушельницкая О.Б. Особенности референтных отношений студентов как фактор учебно-профессиональной мотивации. – Психологич. наука и образование, 2012, № 1, с. 1–7.
- Кузнецова А.Р. Мотивация студентов к учебе. – Высшее образование сегодня, 2010, № 1, с. 1–11.
- Лях М.В. Особенности развития мотивов учебно-профессиональной деятельности в студенческом возрасте. – Психологич. наука и образование, 2011, № 4, с. 1–13.
- Рубцова Н.Е. Статистические методы в психологии. //Уч. пособ. – М.: Психология, 2005, 384 с.
- Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: Речь, 2000, 220 с.
- Baumann M., Perlitz V. Can contextual online exams in practical biomedical education increase comprehension and motivation? A pilot project. – Biomed. Tech. (Berl.), 2011, v. 56, № 6, p. 351–358.
- Van Tongeren-Alers M., Van Esch M., Verdonk P. et al. Are new medical students specialty preferences gendered? Related motivational factors at a Dutch medical school. – Teach. Learn. Med., 2011, v. 23, № 3, p. 263–268.
- Zarchy M., Kinnunen T., Chang B.M. et al. Increasing predoctoral dental students motivations to specialize in prosthodontics. – J. Dent. Educ., 2011, v. 75, № 9, p. 1236–1243.

Вход разрешен!

Профессор **А.В. Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета МГМСУ, заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ

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

Резюме. В МГМСУ прошел День открытых дверей, цель которого – рассказать абитуриентам об основных образовательных программах подготовки специалиста-стоматолога. После встречи с ректором университета, деканом стоматологического факультета, заведующими кафедрами и студенческим активом абитуриенты посетили кафедральные клиники Стоматологического комплекса.

Ключевые слова: День открытых дверей; абитуриент; кафедра; студенческая олимпиада.

Entrance is permitted!

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

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

Summary. In MSUMD held Open Day, which aims – to tell prospective students about the basic educational training programs for specialist dentist. After meeting with the rector of the university, the dean of the Faculty of Dentistry, heads of departments and student activists applicants visited the dental clinics of Cathedral Complex.

Keywords: Open Day; entrant; department; student competition.

К 10 утра не только лекционная аудитория Центра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, но и холл перед ней, а также ступеньки и подоконники были заняты взволнованными абитуриентами и их родителями. Так начался День открытых дверей, организованный в соответствии с планом общеуниверситетских мероприятий. Его цель – рассказать абитуриентам об основных образовательных программах (ООП) подготовки специалиста-стоматолога. После встречи с ректором университета, деканом стоматологического факультета, заведующими кафедрами и студенческим активом те, кому мы доверим наше здоровье завтра, посетили кафедральные клиники Стоматологического комплекса.

В холле была открыта стендовая галерея, посвященная истории стоматологического факультета и педагогам, навсегда вписавшим свое имя в эту летопись. Каждый гость получил в подарок от кафедры комплексного зубопротезирования учебные книги и эмблему с изображением профессора В.Н. Копейкина, которому в этом году исполнилось бы 85 лет.

Со вступительным словом к собравшимся обратился проректор по учебной работе, профессор С.Т. Сохов. Затем профессор А.В. Митронин представил презентацию «Стоматологический факультет-2014. Подготовка врача-стоматолога по новому образовательному стандарту». Декан подробно остановился на новой структуре факультета, работе кафедр, особенностях обучения при выполнении ООП, студенческой жизни, именных стипендиях и международном сотрудничестве. А начальник Учебного

военного центра МГМСУ, полковник медицинской службы, доцент А.А. Останин рассказал о работе УВЦ.

Презентации о клинической работе и особенностях учебного процесса представили заведующие кафедрами: детской челюстно-лицевой хирургии – профессор О.З. Топольницкий; детской стоматологии – профессор Л.П. Кисельникова; комплексного зубопротезирования – заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, профессор И.Ю. Лебеденко. Игорь Юльевич также рассказал абитуриентам об олимпиадах по стоматологии среди студентов стоматологических факультетов медицинских вузов России.

Дорогие абитуриенты, добро пожаловать в дружную семью МГМСУ!

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



Стоит только захотеть!

Профессор **А.В. Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета МГМСУ, заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ

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

Резюме. Состоявшийся в Москве IV Международный стоматологический симпозиум студентов и молодых врачей собрал молодежь из разных городов России и стран ближнего зарубежья. Одним из основных событий мероприятия стал конкурс научных докладов. Из 40 полученных заявок с темами выступлений было отобрано лишь 11, авторы которых, по мнению жюри, затронули наиболее важные вопросы в области перспективных стоматологических разработок. В апреле пройдет пятый, юбилейный, симпозиум.

Ключевые слова: студенты; молодые врачи; симпозиум; доклад; инновации.

One has only wish!

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

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

Summary. Held in Moscow IV International Dental Symposium students and young doctors gathered young people from different cities of Russia and CIS countries. One of the highlights of the event was a competition of scientific reports. Of the 40 applications received from the themes of the speeches were selected only 11, the authors of which, according to the jury, touched the most important issues in the field of advanced dental development. In April will be the fifth, jubilee, symposium.

Keywords: students; young doctors; symposium; report; innovation.

В апреле 2014 г. в Москве состоится юбилейный V Международный стоматологический симпозиум студентов и молодых специалистов, организованный секцией СтАР «Студенты-стоматологи и молодые врачи» (ССМВ) и Институтом развития инновационной стоматологии. О том, какие проекты и темы будут на нем обсуждаться, вы можете узнать уже сейчас на сайте секции www.star-ssmv.ru и в социальной сети «ВКонтакте». А пока подведем итоги предыдущего симпозиума, прошедшего осенью прошлого года в «Крокус-Экспо» в рамках 34-го Московского международного стоматологического форума и выставки «Дентал-Экспо»-2013.

Форум собрал молодежь из разных городов России, в том числе из Москвы, Екатеринбурга, Казани, Чебоксар, Рязани, Ставрополя, а также из стран ближнего зарубежья. Благодаря онлайн регистрации в Интернете заявки на участие подали 120 человек, а в день начала работы симпозиума на стойке регистрации к ним присоединились еще свыше 100!

Одним из основных событий мероприятия стал конкурс научных докладов студентов-стоматологов и молодых врачей. Из 40 полученных заявок с темами выступлений было отобрано лишь 11, авторы которых, по мнению жюри, затронули наиболее важные вопросы в области перспективных стоматологических разработок. Актуальность предложенных молодыми учеными задач оценивали признанные стоматологи: заместитель директора СтАР по инновациям А.С. Бабилов, заведующий кафедрой про-

педевтики стоматологических заболеваний Первого МГМУ им. И.М. Сеченова А.В. Севбитов, председатель секции СтАР ССМВ Д.Е. Тимофеев, президент НКП НССМ М.В. Мешков, доцент кафедры стоматологии детского возраста Первого МГМУ Е.А. Скатова. В результате лучшим был признан доклад Инны Сергеевой и Андрея Львова (ЧГУ им. И.Н. Ульянова, Чебоксары) «Патология полости рта у больных сахарным диабетом в зависимости от уровня гликозированного гемоглобина». Победители получили в награду по миниплад. Второго места и права на бесплатное посещение любого мастер-класса в Dental Guru удостоился Аркадий Оржевский (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова) за доклад «Оценка износоустойчивости зубных щеток в зависимости от конфигурации щетины». За третье место Азамат Лайпанов (СтГМУ, Ставрополь) получил путевку в Черногорию на льготную стажировку в рамках студенческого обмена. Тема его выступления – «Мотивация студентов стоматологического факультета к здоровому образу жизни». Приз зрительских симпатий и дипломы симпозиума были вручены Анастасии Викторовой и Гелии Тимергалеевой (ЧГУ им. И.Н. Ульянова, Чебоксары) за доклад «Взаимосвязь заболеваний пародонта с патологией сердечно-сосудистой системы». А тому, кто задал лучший вопрос докладчику, досталась электрическая зубная щетка Oral-B. Демонстрационные версии докладов все желающие могли получить в электронном виде.

Во второй части симпозиума, посвященной инновационным технологиям в современной стоматологии,



менеджер одного из спонсоров – компании Procter and Gambel – рассказал о новейших разработках в области гигиены полости рта. Большой интерес присутствующих вызвало выступление стоматолога-имплантолога, президента группы компаний Dental Guru в Москве Камилы Хабиева. Свой рассказ о доступных уже сегодня достижениях имплантологии он дополнил иллюстрациями клинических случаев.

Некоторые профессиональные тайны участникам симпозиума раскрыл Олег Белый, ведущий эксперт СНГ в области медицинского маркетинга, разработчик программы «Секреты богатого доктора: как планировать и развивать карьеру врача-стоматолога».

За несколько месяцев до начала мероприятия в Интернете был объявлен конкурс на должности кураторов федеральных округов. На основании анкет и онлайн-собеседований правление секции СтАР ССМВ назначило кураторами: Центрального федерального округа Алену Шломину (Москва), Приволжского – Альбину Салееву (Чебоксары), Северо-Кавказского – Азамата Лайпанова

(Ставрополь), Уральского – Наталью Чемоданову (Екатеринбург). В рамках форума руководитель комитета по региональному сотрудничеству секции Наталья Таланчук провела рабочие встречи с федеральными кураторами и региональными представителями, ввела их в курс дела, обсудив дальнейшее развитие секций в регионах.

К сожалению, активное обсуждение докладов не оставило времени на такую важную тему, как международный студенческий обмен, осуществляемый секцией СтАР ССМВ совместно в Международной ассоциацией студентов-стоматологов. Более двух десятков зарубежных стран готовы обучать российских студентов как в течение учебного года, так и во время летних каникул. Принять участие в программе обмена может каждый. Стоит только захотеть!

Ну что ж, возможно, именно с этого вопроса начнется апрельский симпозиум.

Координаты для связи с авторами:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



Конкурс научных докладов



«Завтра» стоматологической науки в их руках

Эндодонтия без границ

Профессор **А.В. Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета МГМСУ, заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ

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

Н.М. Шеина, исполнительный директор компании «Эндофорум»

Врач-стоматолог **И.Н. Вьючнов**, кандидат медицинских наук

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

Резюме. В Москве состоялся IV Российский эндодонтический конгресс с международным участием, на котором в течение двух лекционных дней выступали авторитетные зарубежные и российские лекторы. Конгресс стал местом интересных встреч и обсуждений, обмена мнениями и подписания деловых контрактов.

Ключевые слова: эндодонтия; конгресс; молодые врачи; мастер-класс.

Endodontics without borders

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

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

Natalia Sheina, Executive Director of the Company Endoforum

Dentist **Ivan Viyuchnov**, Candidate of Medical Sciences

Department of Faculty Surgical Dentistry and Implantology MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. In Moscow took place IV Russian Endodontic Congress with international participation, where for two days of lectures were reputable foreign and Russian speakers. Congress has become a place of interesting meetings and discussions, exchange and signing of business contracts.

Keywords: endodontics; congress; young doctors; master class.

В апреле в конференц-зале московского отеля «Милан» состоялся IV Российский эндодонтический конгресс с международным участием, на котором в течение двух лекционных дней выступали авторитетные зарубежные и российские лекторы: Ренато Де Толедо Леонардо (Бразилия), Ганс Вилли Германн, Ливью Штеер, Йорг Шредер (Германия), Мартин Троуп, Серджио Каттлер (США), Михаил Соломонов, Нелли Штейнбок, Цви Метцгер (Израиль), Ливлио Галлоттини (Италия), Илья Мер, Алексей Болячин, Елена Липатова, Иван Вьючнов (Россия). Среди основных тем выступлений: биологические требования успешной эндодонтии; существующие типы движений эндодонтических инструментов; аспекты минимально инвазивного и консервативного эндодонтического лечения; эргономика на эндодонтическом приеме и др.

Накануне мероприятия эндодонтическая секция СТАР провела прекогресс молодых врачей. На нем представили свои доклады доктора А. Гецман (клиника «Дентал фэнтези»), О. Тишкина и Г. Булатова (Iceberg, Dental Trauma Center), А. Харламов и Г. Воложин (МГМСУ), М. Корякина (Екатеринбург, клиника «Приор-М»), А. Кузин (ПМГМ), И. Мер (резидент постдипломной программы по эндодонтии для иностранных специалистов, университет Пенсильвании, Филадельфия, США), а также гости из

Таллина Д. Рузанов и В. Гаврилин. Завершился конгресс практическими курсами и мастер-классами в специально подготовленных залах, оснащенных микроскопами, ультразвуковым оборудованием, эндомоторами, целевыми инструментами и материалами.

В рамках форума была организована специализированная выставка зарубежных и отечественных эндодонтических изданий, дисков, монографий, материалов международных конгрессов, продукции фирм-спонсоров.

Конгресс стал местом интересных встреч и обсуждений, обмена мнениями и подписания деловых контрактов. В частности, декан стоматологического факультета МГМСУ, заведующий кафедрой кариесологии и эндодонтии, профессор А.В. Митронин провел переговоры с представителями эндодонтической ассоциации США. Еще в феврале 2013 г. между школой зубоврачебной медицины Пенсильванского университета (UPenn) и МГМСУ было подписано соглашение о сотрудничестве сроком на пять лет. Во время конгресса стороны обсудили программы обучения студентов и ординаторов по эндодонтии. Форум открыл новые перспективы сотрудничества.

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 «БюСан 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 «БюСан 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 «БюСан ТМС», врач-стоматолог, консультант учебного центра «БюСан ТМС»;

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

САЛТЫКОВА Вероника Журатовна – менеджер учебного центра «БюСан 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) 739-74-46, 946-36-99, (499) 191-61-01.

Взгляд в «завтра»

Профессор **А.В. Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета МГМСУ, заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ

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

Резюме. В апреле 2014 г. состоялся круглый стол «Обеспечение практической подготовки по специальности «Стоматология». Заседание открыл ректор МГМСУ, профессор О.О. Янушевич, выступивший с проблемным докладом о реалиях и перспективах подготовки врачей-стоматологов в России. Затем свои презентации представили деканы стоматологических факультетов, заведующие кафедрами, профессора.

Ключевые слова: круглый стол; доклад; презентация; прения.

Looking into tomorrow

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

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

Summary. In April 2014 a round table Providing practical training in the specialty Dentistry took place. The meeting was opened by the Rector MSUMD, Professor O.O. Yanushevich speaking with problematic report on the realities and prospects of training dentists in Russia. Then presentations from dental school deans, department chairs, professors.

Keywords: roundtable; report; presentation; debate.

В апреле 2014 г. в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова в рамках V Общероссийской конференции с международным участием «Медицинское образование-2014» состоялся круглый стол «Обеспечение практической подготовки по специальности «Стоматология».

Заседание открыл председатель учебно-методического совета по специальности «Стоматология» УМО, ректор МГМСУ, профессор О.О. Янушевич, выступивший с проблемным докладом о реалиях и перспективах подготовки врачей-стоматологов в России.

Затем свои презентации представили декан стоматологического факультета ПМГМУ им. И.М. Сеченова, профессор О.И. Адмакин («Об организации формирования практических навыков на стоматологическом факультете»); декан стоматологического факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова, заведующий кафедрой кариесологии

и эндодонтии, профессор А.В. Митрони («Обеспечение практической подготовки студентов по специальности «Стоматология» ФГОС); заведующий кафедрой пропедевтической стоматологии РНИУ им. Н.И. Пирогова, доцент И.С. Копецкий («Опыт проведения производственной практики помощника врача-стоматолога (терапевта»); заведующий кафедрой общей стоматологии РУДН, профессор А.М. Аванесов («Учебная и производственная практика по стоматологии в РУДН»).

Во время обсуждения выступлений на вопросы участников ответили модераторы мероприятия, профессора О.О. Янушевич, Э.М. Кузьмина, О.И. Адмакин, А.В. Митронин.

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



На вопросы коллег ответили профессора МГМСУ



Заинтересованная аудитория

Будем чаще встречаться!

Профессор **А.В. Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета МГМСУ, заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ

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

Доцент **А.Г. Бурда**

Кафедра стоматологии СамМИ «Реавиз» (Самара) Минздрава РФ

Доцент **Л.В. Вдовина**

Кафедра терапевтической и пропедевтической стоматологии НижГМА (Нижний Новгород) Минздрава РФ

Резюме. В Москве состоялся симпозиум «Эндодонтия XXI века», посвященный 130-летию со дня рождения А.И. Евдокимова. Специалисты ведущих медицинских вузов и научных институтов страны представили иллюстрированные презентации, клинические случаи и результаты научно-практических исследований.

Ключевые слова: эндодонтия; симпозиум; доклад; конгресс; делегация.

Will meet more often!

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

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

Associate Professor **Anastasia Burda**

Department of Dentistry of Samara Medical Institute Reaviz

Associate Professor **Ludmila Vdovina**

Department of Therapeutic Dentistry propaedeutic and Nizhny Novgorod State Medical Academy

Summary. In Moscow held a symposium on Endodontics XXI century, dedicated to the 130th anniversary of A.I. Evdokimov. Specialists of the leading medical universities and research institutes in the country presented illustrated presentation, clinical cases and the results of scientific and practical research.

Keywords: endodontics; symposium; report; congress; delegation.

Диагностика болезней пульпы и периапикальных тканей – актуальные проблемы современной практической терапевтической стоматологии, поэтому интерес к эндодонтии растет год от года. Огромное значение в повышении качества эндодонтического лечения имеет профессиональное мастерство врачей-стоматологов, уровень их знаний, владение новыми технологиями, материалами и методиками. Для повышения квалификации специалистов организуются семинары, симпозиумы, курсы и мастер-классы, выходит профильный журнал ВАК «Эндодонтия today». В прошлом году члены эндодонтической секции СТАР приняли участие в IX Всемирном конгрессе эндодонтических ассоциаций (IFEА) в Токио и XVI конгрессе Европейского эндодонтического общества (ESE) в Лиссабоне.

А в 2014 г. в рамках форума «Дентал-Ревю: образование, наука и практика в стоматологии» состоялся симпозиум «Эндодонтия XXI века», посвященный 130-летию со дня рождения А.И. Евдокимова. На форум съехались врачи и педагоги из 16 регионов России.

Перед началом мероприятия были представлены видеопрезентации, посвященные памяти члена-корреспондента АМН СССР, первого заведующего кафедрой терапевтической стоматологии, профессора А.И. Евдокимова и профессора Ю.М. Максимовского, почти 30 лет возглавлявшего кафедру факультетской терапевтической стоматологии МГМСУ.

Открыл симпозиум член IFEА и ESE, декан стоматологического факультета МГМСУ, профессор А.В. Митронин, рассказавший о Всемирном конгрессе в Токио. Об участии российской делегации в лиссабонской форуме доложила доцент кафедры терапевтической стоматологии НижГМА Л.В. Вдовина. Затем специалисты ведущих медицинских вузов и научных институтов страны представили иллюстрированные презентации, клинические случаи и результаты научно-практических исследований.

Координаты для связи с авторами:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович

Детско-родительские отношения у школьников и подростков, больных бронхиальной астмой

Доцент **В.А. Мохов**, кандидат психологических наук

Соискатель **В.В. Матвеева**

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

Резюме. В статье рассмотрены результаты эмпирического исследования особенностей детско-родительских отношений у детей младшего школьного и подросткового возраста, страдающих бронхиальной астмой. Проанализированы искажения стилевых особенностей воспитания и аффективного уровня отношений в диаде «мать – ребенок» (60 пар). Обнаружено противоречие между чрезмерной протекцией с одной стороны, и эмоциональной отстраненностью, дистанцированностью и холодностью – с другой.

Ключевые слова: бронхиальная астма; детско-родительские отношения; стили воспитания; семейные дисфункции; психологическая помощь.

Parent-child relationships in school-age children and adolescents with bronchial asthma

Associate professor **Vladimir Mokhov**, Candidate of Psychological Sciences

Competitor **Victoria Matveeva**

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

Summary. The results of empirical study on specific characteristics of parent-child relationships in school-age children and adolescents with bronchial asthma are presented. The analysis of distortions of parental attitudes and emotional level of relationships in mother-child pairs shows the contradiction between high protection level and emotional detachment and distance.

Keywords: bronchial asthma; parent-child relationships; parental attitudes; family dysfunctions; psychological assistance.

В настоящее время общепризнано, что патогенез хронических соматических заболеваний определяется взаимодействием комплекса биологических и психосоциальных факторов, при том, что относительное значение каждого из них в каждом конкретном случае индивидуально [4]. Для ребенка или подростка многие жизненные обстоятельства могут сыграть роль условий, способствующих развитию нарушений здоровья в том случае, если биологическая сопротивляемость организма и социально-психологическая защита личности окажутся несостоятельными [2, 3]. В числе таких угрожающих ситуаций неадекватное воспитание (жестокое, авторитарное, чрезмерно изнеживающее, не соответствующее полу или личностным особенностям ребенка), развод родителей, дисгармоничная семья, неспособность родителей выполнять конвенциональные или половые роли, конфликт между этими ролями и межличностными отношениями в семье или обществе, трудные условия обучения, неприятие коллективом сверстников и другие [1].

Психоэмоциональное напряжение, лежащее в основе психосоматических расстройств у детей, связывают с

нарушением детско-родительских отношений, которые определяются персональными особенностями родителей (воспитателей) или обстоятельствами жизни [6]. Состояние здоровья ребенка в определенном смысле можно рассматривать как индикатор семейного благополучия: болезненные проявления у него могут быть единственным выражением семейной дезорганизации [1].

Определение ранних диагностических признаков неблагополучия в психосоматическом развитии ребенка, оценка роли психогенных (прежде всего семейных) факторов в развитии у него нарушений здоровья – необходимые условия научно-обоснованного психологического вмешательства в системе профилактических и лечебных мероприятий. Так как именно ребенок, являясь свидетелем и нередко непосредственным участником семейных конфликтов, усваивает негативные формы поведения родителей, сталкивается с противоречивостью в отношении к ним: испытывая естественную любовь и привязанность к маме и папе, ребенок одновременно чувствует обиду, душевную боль и свою беспомощность в таких ситуациях.



Итак, один из ключевых факторов, влияющих на жизнь больного ребенка, – его отношения с родителями, другой – само заболевание. Они находятся в тесной взаимосвязи: наличие и характер заболевания существенным образом сказываются на взаимоотношениях с родителями, а взаимоотношения с родителями влияют на отношение к болезни и лечению, на адаптацию к самому состоянию. Конечно, жизненная ситуация, в которой развивается больной ребенок, не исчерпывается детско-родительскими отношениями, однако семья зачастую оказывается единственной или, во всяком случае, основной системой социальных отношений, в которую включен ребенок и которая определяет характер психологической адаптации, является ресурсом для нее или же, напротив, создает затруднения в этом процессе. Таким образом, анализ семейной ситуации у хронически больного ребенка снабдит врача, психолога и родителей необходимыми фактами, которые помогут улучшить его физическое и психическое состояние, а также заботу о больном, точнее спланировать восстановительное лечение.

Рассмотрим такую сложную ситуацию, возникающую у детей и подростков, страдающих тяжелым психосоматическим заболеванием, – бронхиальной астмой. Она развивается на основе хронического аллергического воспаления бронхов, их гиперреактивности и характеризуется периодически возникающими приступами затрудненного дыхания или удушья в результате бронхоконстрикции, гиперсекреции слизи, отека стенки бронхов. Во время приступа больной ребенок испытывает острую тяжелую нехватку воздуха, буквально «борется» за него. В развитии приступа психический фактор играет большую роль у всех больных, но у детей с тяжелым течением болезни его значение особенно очевидно [5]. Именно поэтому

немаловажная роль в прогнозе и течении данного заболевания должна отводиться психологическому фактору, рассматриваемому в контексте психосоматического соотношения в болезни. Однако в настоящее время его роль в профилактике, лечении, реабилитации заболевания учитывается меньше, чем традиционные биологические, физиологические факторы. Внимание врачей сосредоточено в основном на поиске аллергенов, провоцирующих приступы, на разработке новых эффективных лекарственных препаратов, на поиске методов ранней диагностики заболевания. Несмотря на активное изучение бронхиальной астмы, разработку эффективных методов лечения и диагностики, создание специализированных центров и астма-школ по лечению больных, психологический аспект данной проблемы, с которой сталкивается больной ребенок и вся его семья, остается малоизученным. А ведь многие клинические, биологические, психологические исследования указывают на то, что психологические факторы могут влиять на заболеваемость и симптоматику бронхиальной астмы, а она, в свою очередь, привести к патологическим изменениям личности. Это препятствует формированию четких представлений об особенностях личности детей и подростков, больных бронхиальной астмой, затрудняет достаточную информированность их родителей и врачей, создает нежелание изменять устоявшиеся взгляды в представлении заболевания. Недостаточная эффективность существующих методов лечения в детском и подростковом возрасте без учета психологической сферы личности больных детей и подростков, особенностей детско-родительских отношений (семьи) в контексте заболевания как основного звена поддерживающей системы очевидна.

Сами больные, как и их родственники, остаются практически без психологической помощи, хотя такие дети и подростки в связи с особенной ранимостью их психики и формированием личности наряду с лечением нуждаются в психологической поддержке. Игнорирование данного аспекта может принести ненужные страдания больному и его семье, затруднить лечение.

Учитывая изложенное, взгляд на психосоматический симптом, как на результат дисфункции семейной системы приобретает все большую популярность. Психосоматическое заболевание у ребенка выступает как дисфункциональный стабилизатор семейной системы. Все это требует исследовательской работы для прояснения общих закономерностей функционирования семей в условиях заболевания ребенка.

Цель исследования

Изучение особенностей детско-родительских отношений (в диаде «мать – ребенок») в семьях детей и подростков, больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы

Исследование проводили в отделении иммунопатологии и клинико-диагностическом комплексе Детской городской клинической больницы № 9 им. Г.Н. Сперанского, которые осуществляют комплексное стационарное, а также плановое амбулаторное лечение детей, страдающих иммунопатологией и бронхиальной астмой. В исследовании приняли участие 60 детей младшего школьного возраста (7–10 лет) и подростков (11–15 лет), страдающих бронхиальной астмой легкой и средней степени тяжести, а также их матери.

Результаты и их обсуждение

Прежде чем обращаться к анализу детско-родительских отношений, была проанализирована **тревожность** детей, подростков и их матерей как общий показатель адаптации и уровня дистресса. Высокие показатели тревожности выявлены у 42% матерей (что хорошо соотносится с данными других авторов) и всего лишь у 8% детей и подростков. Последнее стало достаточно неожиданным результатом для ситуации хронического заболевания.

В качестве наиболее вероятной причины столь низкого уровня тревожности следует рассматривать психосоматический характер самого заболевания – тот уровень психоэмоционального напряжения, который в невротической норме присутствует в виде повышения тревожности, в клинике психосоматических заболеваний может проявляться лишь в виде собственно психосоматической симптоматики. Кроме того, следует учитывать, что нахождение в лечебном учреждении по поводу бронхиальной астмы не является для детей и подростков новой ситуацией, а привычно им, в связи с чем ситуативный уровень стрессовой нагрузки может быть невелик.

Первая часть исследования детско-родительских отношений касалась **системы воспитания**, характерной для исследуемой группы. Наиболее заметная тенденция, обнаруживаемая не менее чем у трети матерей больных детей и подростков (есть косвенные данные, свидетельствующие о том, что в действительности не менее половины), – искажение стиля воспитания по типу повторяющейся гиперпротекции. Для нее характерно сочетание чрезмерно выраженной опеки, заботы о ребенке с недостаточной строгостью и структурированностью системы требований, запретов и, в особенности, санкций за их выполнение или нарушение. Кроме того, у ряда испытуемых (17% матерей) отмечена неуверенность в выполнении своей родительской роли. Такая картина стилевых особенностей воспитания в целом достаточно характерна для семей с больными детьми, что показано во многих исследованиях.

Искажения стилевых особенностей воспитания более выражено в группе матерей детей младшего школьного возраста по сравнению с матерями подростков, а также в группе матерей более тяжело больных детей (средняя степень тяжести бронхиальной астмы по сравнению с легкой степенью). Интересный частный результат, хорошо вписывающийся в эту картину, – наличие положительной связи между такой характеристикой воспитания, как предпочтение матерью детских качеств в ребенке, и уровнем тревожности ребенка в сфере межличностных отношений.

Стилевые особенности воспитания, обнаруживаемые у матерей, можно дополнить картиной того, как подростки воспринимают воспитание со стороны матери (у детей этот параметр не оценивали по методическим соображениям). Интересно, что единственный параметр, выходящий за пределы статистической нормы, – показатель директивности воспитания: подростки имеют тенденцию воспринимать поведение матерей скорее как недирективное.

Система воспитания, будучи поведенческой характеристикой, основывается на определенных особенностях собственно отношений между матерью и ребенком, насыщенных эмоционально. Изучение **эмоциональной стороны** стало второй частью исследования детско-родительских отношений. Использование рисуночных методик через ряд метафор позволило достаточно явно выделить наиболее существенные характеристики исследуемой группы.

Характерная особенность эмоционального уровня отношений, проявляющаяся в рисунках большинства матерей больных детей и подростков, – отсутствие объединения, чувства общности между матерью и ребенком. В отличие от исследованных ранее групп здоровых испытуемых, единственным объединяющим звеном при метафорическом изображении себя и подростка было внешнее сходство. При этом собственно эмоциональной общности или даже просто обращенности фигур друг к другу не наблюдалось. Отстраненность, проявляющаяся в рисунках, можно считать, по всей видимости, отражением ощущения эмоциональной дистанцированности и оторванности, в символической форме выражаемой матерями больных детей и подростков. Об этом же свидетельствуют присутствующие на определенном проценте рисунков попытки искусственного и внешнего объединения нарисованных фигур (например, заключение их в общую рамочку).

Интересным представляется противоречие, которое таким образом можно наблюдать между особенностями воспитания и эмоционального отношения. Переживание отношений с больным ребенком как дистанцированных, отстраненных, относительно холодных, веро-

ятно, компенсируется гиперпротекцией и снижением требований к малышу.

Для рисунков детей и подростков характерны четыре черты. **Первая** такая же, как и на рисунках взрослых, эмоциональная разобщенность и дистанцированность отношений.

Вторая заключается в том, что, в отличие от опросников, демонстрирующих уже отмеченный низкий уровень общей тревожности детей и подростков, больных бронхиальной астмой, в 62% рисунков семьи наблюдаются признаки высокого уровня тревожности. Рисунки указывают на тревожность, связанную с темой семьи, и, возможно, не осознаваемую самими подростками, а потому не находящую отражение в ответах на вопросы опросника.

Третья характерная особенность рисунков детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой, – ограничение личного пространства. При изображении семьи фигура ребенка в ней в подавляющем большинстве (73% рисунков) ограничена либо предметами интерьера, либо другими фигурами. Достаточно часто эти ограничения присутствуют со всех сторон (т.е. не только с боков, но и сверху) и могут распространяться не только на фигуру ребенка, но и на изображение всей семьи.

Наконец, **четвертый** специфический признак – беспомощность в контактах, распространяющаяся на всех либо на большую часть членов семьи. Здесь следует пояснить, что речь идет о том, что в эмоциональном восприятии ребенка или подростка близкие отношения между членами семьи затруднены.

Выводы

Обобщая, можно предположить, что потворствующая гиперпротекция, возникающая на фоне высокой личностной тревожности матери, – естественная реакция матери на заболевание ребенка. Данный стиль воспитания предполагает наличие повышенной заботы и внимания в сочетании с отсутствием требований, запретов и санкций. Мать проявляет заботу и беспокойство о ребенке, но при этом не задает границ и рамок его поведения, не дает указаний, как можно и как нельзя себя вести, что можно и чего нельзя делать. Вполне естественно, такой стиль воспитания дети и подростки воспринимают как низкую директивность по отношению к себе со стороны матери, недостаточное участие матери в своей жизни и в ответ стремятся дистанцироваться, быть самостоятельными и автономными. Однако это стремление (для подростков вполне нормативное) не находит поддержки и не может быть реализовано вследствие недостаточной эмоциональной близости и замещения ее гиперопекающими непоследовательными воздействиями, ограничивающими личное пространство.

Неоднозначность в стиле воспитания: с одной стороны повышенная опека, с другой, – предоставление детям и подросткам возможности действовать по своему усмотрению, по-видимому, находит отражение еще и в том, что ребенок воспринимает семью как группу, общность, но ощущает беспомощность всех ее членов в установлении контактов друг с другом. Большинство детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой, чувствуют себя отделенными, дистанцированными от своей семьи, ощущают слабость эмоциональных контактов между членами семьи и испытывают высокую тревогу в связи с темой семьи.

Выявленные дисфункции в системе детско-родительских отношений в семьях детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой, указывают на необходимость оказания психологической помощи для коррекции семейных отношений. Но для того чтобы такая помощь могла быть оказана, необходим запрос со стороны самих семей.

На основании проведенного анкетирования матерей, можно сделать вывод, что в 57% случаев матери детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой, готовы конкретно сформулировать запрос на психологическую помощь, а 93% испытуемых считают такую помощь целесообразной. На вопрос о том, кто может выступать клиентом при оказании помощи, 45% отметили, что потребность в помощи испытывает семья в целом, 37% – что ребенок нуждается в индивидуальной специфической помощи в связи с заболеванием. Такая в целом благоприятная картина дает основания полагать, что работа клинического психолога с семьями детей, больных бронхиальной астмой, окажется востребованной и эффективной.

Координаты для связи с авторами:

izrail47@yandex.ru – Матвеева Виктория Владимировна;
vlmokhov@gmail.com – Мохов Владимир Андреевич

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Добряков И.В., Заширинская О.В. Психология семьи и больной ребенок.//Уч. пособ.: хрестоматия – СПб.: Речь, 2007, 400 с.
2. Исаев Д.Н. Психосоматический подход и модель психосоматических расстройств у детей и подростков// Вестник клинической психологии, 2003, т. 1, № 2, с. 36–39.
3. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб.: Питер, 2000, 500 с.
4. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина.//Руковод. для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2006, 564 с.
5. Чучалин А.Г. Тяжелая бронхиальная астма. – РМЖ, 2000, № 8 (4), с. 166–173.
6. Tamminen T.M., Bredenberg P. et al. Psychosomatic symptoms in preadolescent children. – Psychother. Psychosom., 1991, v. 56, № 1–2, p. 5–87.

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, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр.1;
- в учебном центре «БиоСан ТМС» (Москва, Новохорошевский пр., д. 25)

Стоимость одного номера: 350 руб. Стоимость подписки: годовая _____ 1200 руб.

КУПОН на подписку

Прошу оформить подписку на журнал CATHEDRA

годовая

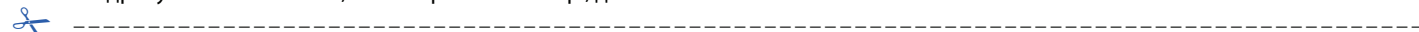
Доставку производить по адресу:

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., д. 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 _____	
	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, звания, 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)	