

Победа

над болью

MILESTONE
SCIENTIFIC



CompuDent STA™ Single Tooth Anesthesia SYSTEM



Продукция сертифицирована
Регистрационное удостоверение:
ФСЗ 2009/05509



Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»
123308, г. Москва, Новохорошевский проезд, д. 25,
Тел.: 8 800 500-32-54 (звонки из регионов РФ бесплатные),
+7 (499) 946-46-09, +7 (499) 946-46-10, e-mail: shop@medenta.ru, сайт: www.medenta.ru

№ 52, 2015

КАФЕДРА
Cathedra
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ



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





Уважаемые читатели!

Вот и закончился еще один учебный год. Наша страна получила новых молодых специалистов, наш журнал – новых читателей, а наш вуз распахнет двери новым студентам. Доброго им пути!

Мы, верные себе, посвящаем очередной выпуск последним достижениям стоматологической науки. В этом номере, как всегда, представлены и результаты научно-практических исследований, и материалы, посвященные образованию в учебных заведениях стоматологического профиля.

Основные статьи на этот раз посвящены оценке комплексного лечения пациентов, страдающих глоссалгией, медицинской реабилитации больных гемофилией, осложненной повреждениями мягких и твердых тканей челюстно-лицевой области, лечению заболеваний пародонта.

В рубрике «Высшая школа» – общекультурные компетенции студентов и условия их формирования, освоение дисциплины «Гигиена», опыт проведения производственной практики студентов стоматологического факультета по специальности «Стоматология профилактическая».

Что касается мероприятий мира стоматологии, то их немало. В Москве прошли стоматологические симпозиумы, V Международный эндодонтический конгресс, круглый стол «Роль мануальных навыков в профессиональном образовании врача-стоматолога», состоялось заседание профильной комиссии Минздрава РФ и совещание деканов стоматологических факультетов вузов России. МГМСУ провел День открытых дверей по специальности «Стоматология».

Несколько теплых слов мы не могли не сказать о профессоре нашего вуза В.Н. Цареве, отметившем 60-летний юбилей.

И еще на один материал я хотел бы обратить ваше внимание. В этом году наша страна отпраздновала 70 лет Великой Победе. В память о тех, кто не вернулся с поля боя мы публикуем данные о потерях Красной Армии во время Великой Отечественной войны. Думаю, эта статистика достойна внимания.

Мы по-прежнему ждем от вас научные статьи и практические рекомендации. Все то новое и интересное, что происходит в российской и зарубежной стоматологии, найдет отражение на страницах издания.

*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

Дарья Крисел, дизайнер

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Арутюнов С.Д., зав. кафедрой клинической стоматологии № 2,

заслуженный врач РФ, д. м. н., профессор (Москва, МГМСУ)

Дробышев А.Ю., зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии, д. м. н.,

заслуженный врач РФ, профессор (Москва, МГМСУ)

Кисельникова Л.П., зав. кафедрой детской стоматологии,

д. м. н., профессор (Москва, МГМСУ)

Маев И.В., член-корреспондент РАН, зав. кафедрой пропедевтики внутренних

болезней и гастроэнтерологии, д. м. н., профессор (Москва, МГМСУ)

Максимовская Л.Н., зав. кафедрой клинической стоматологии № 3,

заслуженный врач РФ, д. м. н., профессор (Москва, МГМСУ)

Панин А.М., зав. кафедрой хирургии полости рта, д. м. н.,

профессор (Москва, МГМСУ)

Персин Л.С., член-корреспондент РАН, зав. кафедрой ортодонтии,

д. м. н., профессор (Москва, МГМСУ)

Рабинович С.А., зав. кафедрой обезболивания в стоматологии,

заслуженный врач РФ, д. м. н., профессор (Москва, МГМСУ)

Сохов С.Т., профессор кафедры обезболивания в стоматологии,

заслуженный врач РФ, д. м. н. (Москва, МГМСУ)

Ющук Н.Д., академик РАМН, зав. кафедрой инфекционных болезней,

президент МГМСУ, д. м. н., профессор (Москва, МГМСУ)

Янушевич О.О., зав. кафедрой пародонтологии, ректор МГМСУ,

заслуженный врач РФ, д. м. н., профессор (Москва, МГМСУ)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Давыдов Б.Н., член-корр. РАМН, зав. кафедрой стоматологии детского возраста,

президент ТГМА, д. м. н., профессор (Тверь, ТГМА)

Ибрагимов Т.И., министр здравоохранения республики Дагестан,

заслуженный врач РД, профессор кафедры гнатологии и функциональной

диагностики, д. м. н. (Дагестан)

Ронь Г.И., зав. кафедрой терапевтической стоматологии, д. м. н.,

профессор, (Екатеринбург)

Трунин Д.А., вице-президент СтАР, директор Стоматологического института

СамГМУ, д. м. н., профессор (Самара, СамГМУ)

Тупикова Л.Н., зав. кафедрой ортопедической стоматологии, д. м. н.,

профессор (Барнаул, АГМУ)

Чуйкин С.В., зав. кафедрой стоматологии детского возраста, д. м. н., профессор

(Уфа, БГМУ)

Яременко А.И., проректор СПбГМУ им. И.П. Павлова, д. м. н., профессор

(Санкт-Петербург, СПбГМУ)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Кавалле Эдоардо (Cavall Edoardo), профессор (Италия)

Майер Георг (Meyer Georg), профессор Университета медицины Грайфсвальда

(Германия)

Хаустейн Франк (Haustein Frank), профессор университета Дортмунда (Германия)

Штабхольц Адам (Stabholz Adam), декан стоматологического факультета

Иерусалимского университета Хадасса, профессор (Израиль)

Эрден Мишель (Arden Michel), вице-президент FDI, 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 в статьях несут их авторы. Научные

материалы рецензируются. Перепечатка только с разрешения редакции.

ТИПОГРАФИЯ

ООО «Тверской Печатный Двор»; тираж 2500 экз.

Журнал «Cathedra – Кафедра. Стоматологическое образование» входит в пере-

чень изданий, рекомендованных для опубликования основных результатов дис-

сертационных исследований (решение президиума ВАК Минобрнауки РФ).

СОДЕРЖАНИЕ

№ 52

ПЕРСОНА

- 04 Так много пройдено дорог...
(к 60-летию профессора
В.Н. Царева)

06 НОВИНКИ СТОМАТОЛОГИИ

ВЗГЛЯД НА РЫНОК

- 08 Замена литого штифта стекловолоконным штифтом с использованием методики адгезивной фиксации
Пауло Винисуш Соареш

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

- 12 Клиническое обоснование выбора коллагеновых пластин Farmadont при лечении заболеваний пародонта
Галина Лукина, Анастасия Иванникова, Елена Ергешева, Анна Колесникова
- 18 Влияние комплексного лечения на показатели обмена электролитов в ротовой жидкости при глоссалгии
Лариса Казарина, Людмила Вдовина
- 22 Применение инновационных фитопрепаратов для пациентов с одонтогенными верхнечелюстными синуситами при проведении радикальной синусотомии
Юрий Чергештов, Борис Мануйлов, Владимир Ромащенко, Вера Лузина, Елена Афанасьева
- 26 Методика определения прочности сцепления покрытия из карбида кремния «Панцирь» с образцом акрилового базиса зубного протеза
Игорь Воронов



48

ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

- 30 Оценка эффективности применения анестетиков артикаинового ряда «Брилокаин» и «Септанест»
Алексей Михальченко, Дмитрий Михальченко, Виктория Наумова, Елена Филюк
- 34 Медицинская реабилитация больных гемофилией, осложненной повреждениями мягких и твердых тканей челюстно-лицевой области
Дмитрий Шинкевич, Василий Афанасьев
- 36 Применение системы Composee для прямой реставрации зубов фронтальной группы
Геннадий Любомирский

EX CATHEDRA

- 38 Методологические подходы к процессу формирования у врачей-стоматологов навыков эстетического моделирования зубов
Сергей Михайловский, Лариса Ломиашвили, Дмитрий Погадаев
- 44 Клиническая оценка эффективности комплексного лечения лингвалгий при миофасциальном болевом синдроме лица
Элеонора Борисова, Анатолий Кунин



38

ЧТОБЫ ПОМНИЛИ

48 Характеристика безвозвратных и санитарных потерь СССР и Германии в годы Великой Отечественной войны (к 70-летию Победы)
Кирилл Юркевич, Валентин Синицын

ВЫСШАЯ ШКОЛА

54 Обучение и практика будущего врача-стоматолога: общекультурные компетенции и условия их формирования
Александр Митронин, Светлана Куденцова

58 Первый опыт проведения производственной практики студентов стоматологического факультета по специальности «Стоматология профилактическая»
Альфия Хамадеева, Дмитрий Трунин, Ольга Ливанова, Ольга Багдасарова, Наталья Ногина, Вероника Горячева

62 Инновационные методы обучения как способ упорядоченной взаимосвязанной деятельности преподавателя и студентов в освоении дисциплины «Гигиена» на стоматологическом факультете
Виктор Глиненко, Надежда Заброда, Валентина Катаева, Андрей Лакшин, Татьяна Гвоздева

64 Гигиенические основы профессионально-прикладной физической подготовки студентов-стоматологов в вузе
Виктор Глиненко, Наталья Кожевникова, Валентина Катаева, Андрей Лакшин, Тамара Дулина

МИР СТОМАТОЛОГИИ

68 Ждите ответа
Александр Митронин, Николай Мальгинов, Дмитрий Харитонов, Ирина Беленова, Елена Лецева

70 Высокое собрание
Александр Митронин

72 Распахни свои двери настежь!
Александр Митронин

73 Всем миром
Александр Митронин

ПСИХОЛОГИЯ

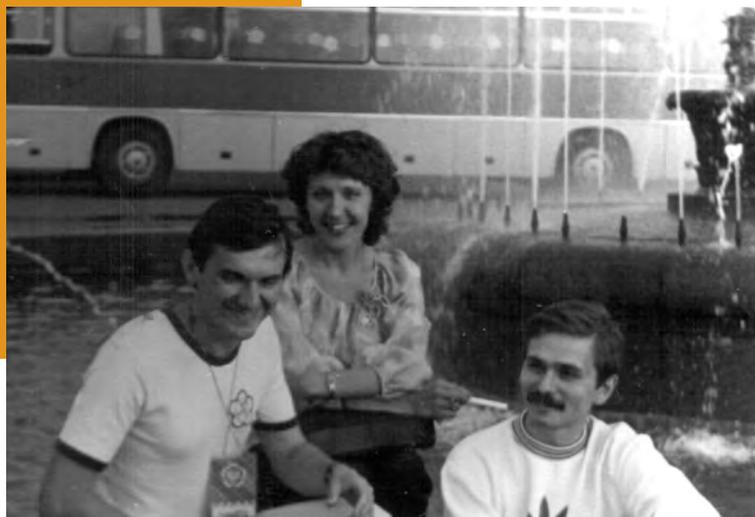
74 Психологические факторы возникновения и развития стоматологических заболеваний
Елена Орестова

ПОДПИСКА



Так много пройдено дорог...

*В этом году исполнилось 60 лет большому ученому и педагогу, заведующему кафедрой микробиологии, вирусологии, иммунологии МГМСУ, директору Научно-исследовательского медико-стоматологического института (НИМСИ), заслуженному работнику высшей школы РФ, члену экспертного совета ВАК Минобрания РФ, члену редколлегий многих отечественных профессиональных журналов, доктору медицинских наук, профессору **Виктору Николаевичу Цареву.***



▲ По часовой стрелке: выступления профессора В.Н. Царева всегда заслуживают внимания; профессора А.В. Митронин, Т.Г. Робустова и В.Н. Царев в дни празднования 70-летия Победы; молодой ученый Виктор Николаевич Царев во время фестиваля молодежи и студентов в Москве (1985 г.); коллектив возглавляемой профессором В.Н. Царевым кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии МГМСУ

Виктор Николаевич родился в 1955 г. в Москве, на Арбате. В 1978 г. окончил лечебный факультет Московского медицинского стоматологического института им. Н.А. Семашко. Затем учился в аспирантуре на кафедре микробиологии под руководством И.И. Олейника. Итогом стала защита в 1981 г. кандидатской диссертации по микробиологии и иммуномодулирующей терапии больных хронической пневмонией.

Еще будучи студентом, Виктор Николаевич участвовал в строительстве стоматологического комплекса ММСИ, а с 1983 по 1986 г. был секретарем комитета ВЛКСМ института, выезжал со студентами на сельскохозяйственные работы. Свой след он также оставил в различных мероприятиях во время Олимпиады-80 и московского фестиваля молодежи и студентов.

В 1985 г. Виктор Николаевич приступил к серьезным исследованиям по анаэробной микробиологии и антибактериальной терапии заболеваний пародонта и челюстно-лицевой области. В 1992 г. защитил докторскую диссертацию по микробиологии и иммунологии одонтогенной инфекции. При работе над диссертацией автора консультировали уже тогда известные ученые – микробиолог, профессор И.И. Олейник и стоматолог, профессор Т.Г. Робустова.

С 1993 г. В.Н. Царев – профессор кафедры микробиологии, которую в конце 2002 г. возглавил. При активном участии Виктора Николаевича в 2005 г. это подразделение стало называться кафедрой микробиологии,

Под руководством ученого проводятся исследования состояния микро- флоры полости рта у космонавтов.

вирусологии, иммунологии. В 2003 г. профессор был назначен директором Научно-исследовательского медицинского стоматологического института (НИМСИ) при МГМСУ.

С 2001 г. профессора В.Н. Царев и Е.Н. Николаева разрабатывают молекулярные методы диагностики пародонтита и тактику антибактериального лечения в комплексном лечении данной патологии. В 2005 г. благодаря исследованиям В.Н. Царева в отечественной литературе появился новый термин – кандида-ассоциированный пародонтит. По инициативе В.Н. Царева и Е.Н. Николаевой на кафедре микробиологии МГМСУ впервые начала применяться ПЦР-диагностика пародонтита, были разработаны, запатентованы и внедрены в стоматологическую практику новые диагностические наборы для ПЦР и методы молекулярной диагностики в области микробиологии полости рта.

В дальнейших исследованиях В.Н. Царев и его сотрудники изучили применение в стоматологии антибиотиков с противоанаэробной активностью и иммуномодулирующими свойствами, механизмы формирования биопленки в полости рта (зубы, слизистая оболочка, пломбы,



▲ Улыбка стоматологам к лицу: с друзьями-коллегам – руководителями кафедр МГМСУ



▲ Конференции, симпозиумы, форумы – одна из важных сторон жизни профессора В.Н. Царева

имплантаты, протезы и ортодонтические конструкции). Это позволило научно обосновать критерии выбора различных стоматологических материалов для реставрации зубов и протезирования.

Под руководством ученого защищено свыше 80 кандидатских и семь докторских диссертаций, проводятся современные исследования по микробиологии и иммунологии, в том числе оценка состояния микрофлоры полости рта у космонавтов во время длительных орбитальных полетов. В.Н. Царев – академик Международной академии энергоинформационных наук, член Международного общества по инфекционным болезням и антибактериальной терапии (ISID), автор 460 печатных работ, шести монографий, семи патентов и медицинских технологий, свыше 30 методических рекомендаций и учебных пособий, двух учебников по микробиологии, вирусологии, иммунологии, руководства для студентов «Практикум лабораторных занятий с иллюстрированными ситуационными заданиями по микробиологии, иммунологии и вирусологии» (совместно с академиком РАМН, профессором А.А. Воробьевым), разделов по микробиологии полости рта в руководствах под редакцией классиков современной стоматологии – заслуженных деятелей науки РФ, профессоров Т.Г. Робустовой, Г.М. Барера, Л.А. Дмитриевой.

Кажется, сделано так много, что в одну жизнь и не вместится. Но горизонты науки бескрайни, а значит, впереди нас ждут новые великие открытия!

НОВИНКИ IDS 2015

OliCo esthetic Нано-керамический КОМПОЗИТ



УНИВЕРСАЛЬНЫЙ КОМПОЗИТ – стандарт нано-керамических технологий для реставраций полостей всех классов. Усовершенствованная формула обеспечивает большее количество нано-частиц, гарантирует лучшие свойства прочности и низкую полимеризационную усадку. Низкая водопоглощаемость материала и хорошая устойчивость к нагрузкам и износу обеспечивают отличные долгосрочные эстетические результаты.

ПРЕИМУЩЕСТВА:

- низкая полимеризационная усадка;
- так называемый эффект хамелеона;
- устойчивость к истиранию;
- долговременный блеск.



www.nti.de

Хирургические инструменты NTI с внутренним охлаждением

Новое поколение хирургических инструментов высочайшего качества NTI изготовлены с возможностью охлаждения. Охлаждающая жидкость подается непосредственно в препарированную костную ткань и таким образом предотвращает ее перегрев.

Применение этих инструментов снижает постоперационные осложнения и ускоряет постоперационное заживление.

Инструменты изготавливаются только в варианте RA для хирургического углового наконечника с водяным охлаждением.

Эндодонтические инструменты

Poldent®
www.poldent.pl



NiTi eS5 Rotary Files





Dentaport ZX с усовершенствованной функцией OTR – эндодонтия высшего класса от J. Morita

БЫСТРО. БЕЗОПАСНО. АККУРАТНО.

DENTAPORT ZX оснащен инновационной функцией OTR: оптимальный реверс крутящего момента обеспечивает высокую степень безопасности. Благодаря этой функции врач может предотвратить или свести к минимуму риск осложнений и поломку файлов во время лечения. Ч

Препарирование твердых тканей корневого канала без перерасширения и микротрещин, деформации и поломки инструментов, наконец, стало реальностью.

REFORCORE

Заготовки для восстановления культи

► Удобно. Быстро. Качественно.



СТЕКЛОВОЛОКНО:

- превосходный эстетический результат;
- высокая механическая прочность;
- предназначены для восстановления культей зубов при утере коронковой структуры.

РАЗНООБРАЗИЕ ФОРМ:

- 3 размера передних зубов;
- 3 размера премоляров;
- легко припасовываются и устанавливаются.

ПОКАЗАНИЯ:

- восстановление культи в комбинации со штифтом.

ТЕХНИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ (СОСТАВ):

- стекловолокно – 80%;
- эпоксидная смола – 19%;
- пигменты – 1%.



Замена литого штифта стекловолоконным штифтом с использованием методики адгезивной фиксации

Профессор, **П.В. Соареш**, доктор медицинских наук
Факультет одонтологии Федерального университета Уберландии,
(Бразилия)

Резюме. В данном клиническом случае описано восстановление культи зуба композитом с использованием конусного стекловолоконного штифта, зафиксированного с применением методики химической адгезии.

Ключевые слова: штифт; корневой канал; культя; аппликатор; адгезив.

Replacement of cast post retainer: preparation and adhesive cementation

Professor **Paulo Vinicius Soares**, Doctor of Medical Sciences
Faculty of Odontology of Uberlandia Federal University (Brazil)

Summary. This case describes the core preparation employing intraradicular fiberglass post, emphasizing the chemical bonding protocol and core rebuilding with composite.

Keywords: pin; root canal; stump; applicator; adhesive.

В данном клиническом случае описано восстановление культи зуба композитом с использованием конусного стекловолоконного штифта, зафиксированного с применением методики химической адгезии.

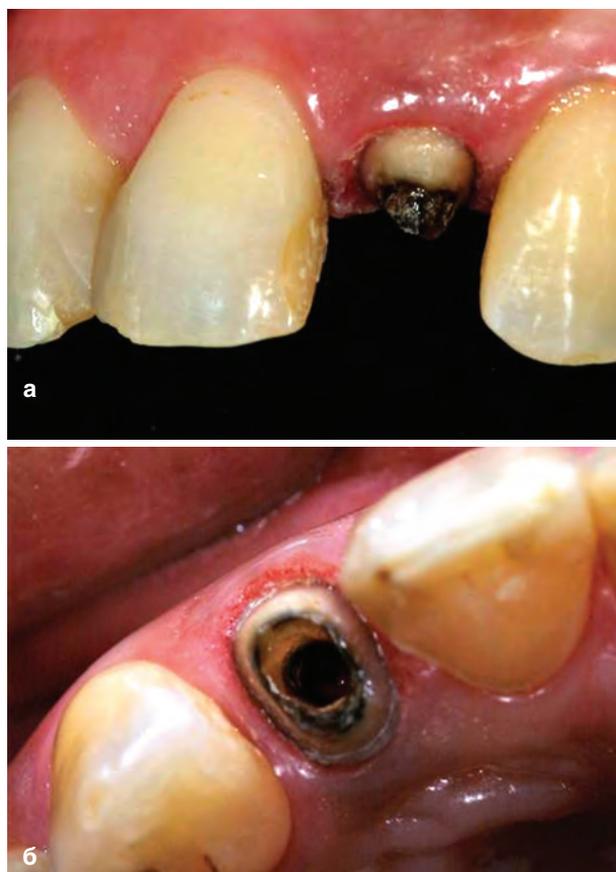
Клинический случай

Первоначальный вид зуба 12 с оставшейся коронковой частью (рис. 1, а). После удаления штифта четко видны тонкие слабые стенки корня с измененным цветом из-за неоднократной расцементировки литого штифта (рис. 1, б). В данной клинической ситуации использовали методику тотальной химической адгезивной фиксации стекловолоконного штифта, изготовление культи из композиционного материала до подготовки культи для препарирования под керамическую коронку.

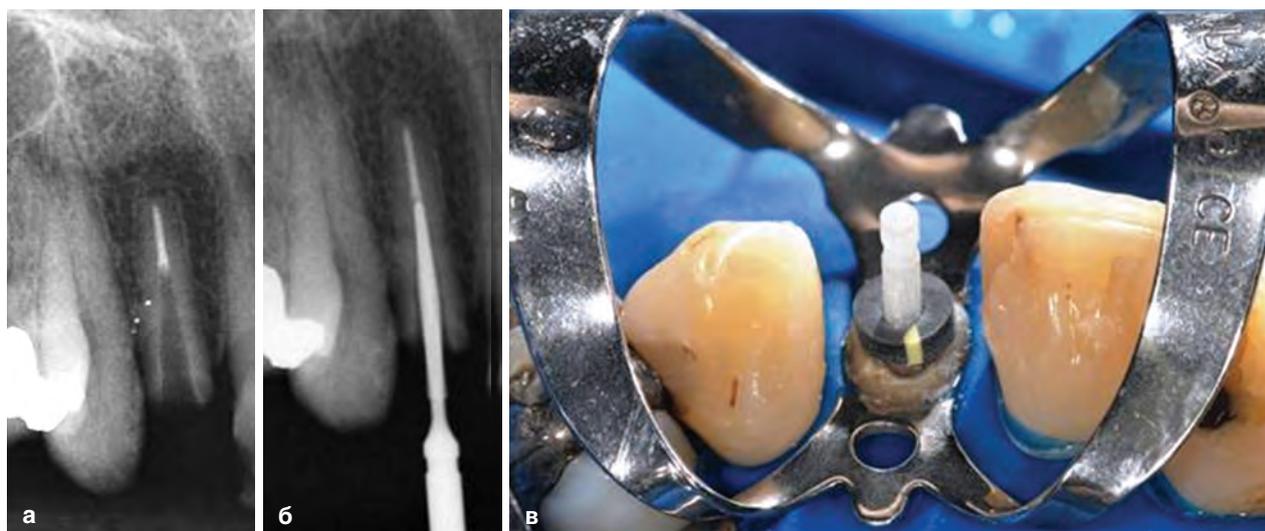
Дрилем Ехасто № 2 (Angelus, Бразилия) подготовили корневой канал под установку прозрачного конусного стекловолоконного штифта Ехасто № 2 (Angelus, Бразилия, рис. 2, а, б). В апикальной части корня сохранена гуттаперча на 5 мм (рис. 2, в).

Поверхность корневого канала протравили 37%-ной фосфорной кислотой тонким слоем в течение 15 с (рис. 3, а), используя эндоканальный аппликатор и избегая появления пузырьков (рис. 3, б).

Избытки фосфорной кислоты удалили с помощью эндодонтической насадки слюноотсоса (рис. 4, а). Корневой канал и внешние поверхности тщательно про-



▲ Рис. 1



▲ Рис. 2

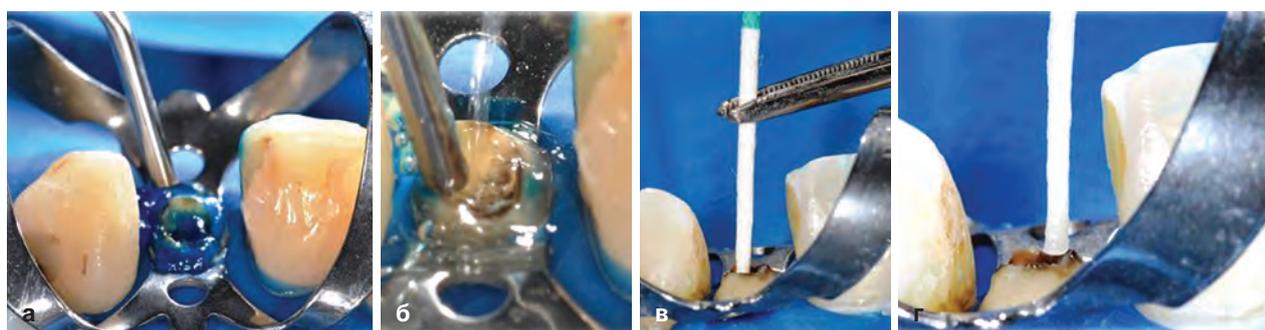


▲ Рис. 3

мывали водой с помощью эндодонтического шприца в течение 15–20 с (рис. 4, б).

Остатки влаги устранили бумажными штифтами (рис. 4, в). При необходимости процедуру, возможно,

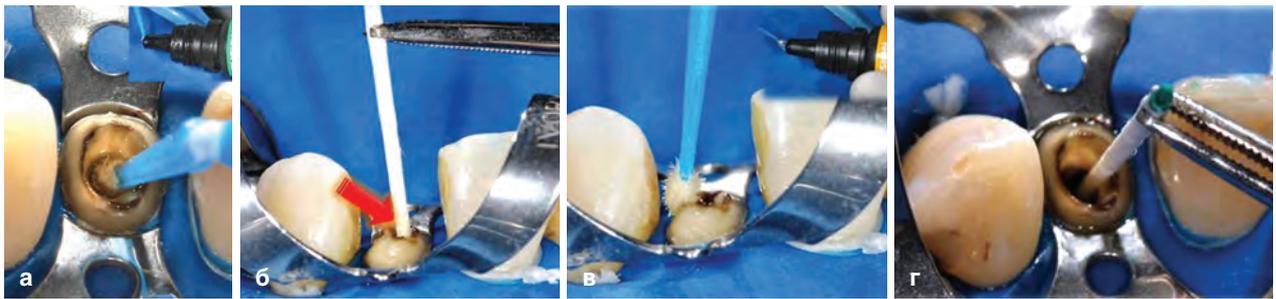
придется повторить, чтобы в корневом канале не осталось никаких следов фосфорной кислоты, так как впоследствии это может привести к нарушению полимеризации (рис. 4, г).



▲ Рис. 4

Затем микроапликатором нанесли Fusion Duralink Primer (Angelus). Растворитель полностью испаряется за 60 с (рис. 5, а). Другим микроапликатором нанесли адгезив химического отверждения Fusion Duralink Catalyst (рис. 5, б), излишки удалили бумажными штифтами (рис. 5, в, г). Данная адгезивная система может быть использована с любыми композитными цементами двойного отверждения. Поверхность штифта подготовили так:

- 1) штифт предварительно погрузили на 10 мин в 5%-ный гипохлорид натрия;
- 2) штифт тщательно промыли водой и хорошо высушили;
- 3) затем нанесли тонкий слой силана (Angelus) на 60 с;
- 4) на подготовленную поверхность нанесли адгезив химического отверждения Fusion Duralink Catalyst (Angelus).



▲ Рис. 5

В данном клиническом случае использовали композит химического отверждения. Его вводили в корневой канал эндодонтическим файлом с равномерным покрытием

стенку корневого канала (рис. 5, а). Штифт покрыли тонким слоем композита и ввели в корневой канал до упора (рис. 5, б). Остатки цемента удалили (рис. 5, в).



▲ Рис. 6

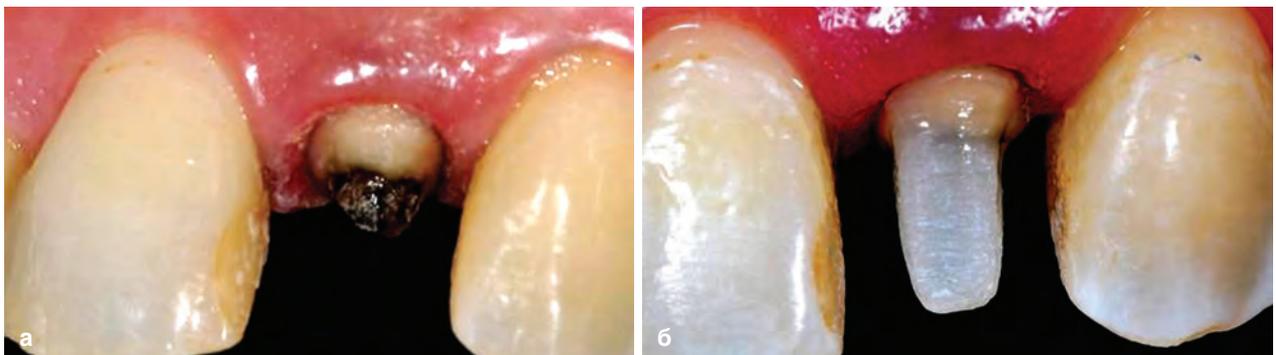
Культю нарастили нано-гибридным композитом (SDI). Нарращивание провели по пошаговой методике с учетом

формы, топографии зуба, прикуса (рис. 6, а). Каждый слой композита светополимеризовали 40 с (рис. 6, б, в).



▲ Рис. 7

Начальный (рис. 8, а) и конечный (рис. 8, б) этапы препарирования. Культя зуба готова к последующему препарированию, получению слепка и изготовлению соответствующей эстетической коронки.



▲ Рис. 8

Координаты для связи с автором: +7 (499) 946-46-09, +7 (499) 946-46-10

EXACTO

Стекловолоконные конические штифты

Высокая прозрачность
и конусная форма



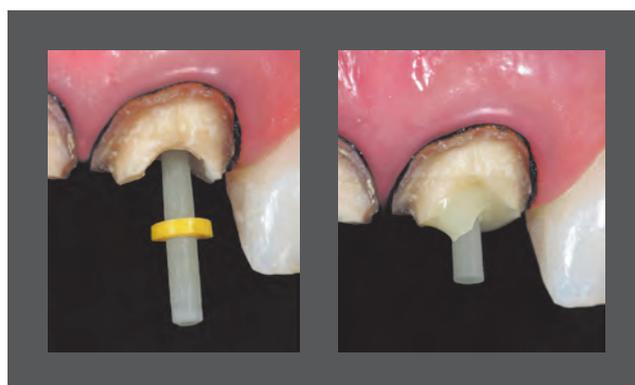
Реклама

ПРИМЕНЕНИЕ

- Поддержка прямых и не прямых реставраций.

ПРЕИМУЩЕСТВА

- улучшенная рентгеноконтрастность;
- высокая концентрация продольных нитей;
- импрегнированное стекловолокно;
- модуль эластичности близок к дентину;
- двойная конусность, удобство припасовки;
- специальные инструменты для точной калибровки корневых каналов.



www.angelus.ind.br



Эксклюзивный дистрибьютор в России:

ООО «МЕДЕНТА»

123308, г. Москва, Новохорошевский пр., д. 25,

Тел.: 8 800 500-32-54

(звонки из регионов РФ бесплатные),

+7 (499) 946-46-09, +7 (499) 946-46-10,

e-mail: shop@medenta.ru, сайт: www.medenta.ru

Клиническое обоснование выбора коллагеновых пластин Farmadont при лечении заболеваний пародонта

Профессор **Г.И. Лукина**, доктор медицинских наук
 Аспирант **А.В. Иванникова**
 Доцент **Е.В. Ергешева**, кандидат медицинских наук
 Врач-интерн **А.В. Колесникова**
Кафедра пропедевтической стоматологии и материаловедения МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. В настоящей статье описаны результаты применения коллагеновых пластин Farmadont в качестве противовоспалительного средства при лечении хронического генерализованного пародонтита. По клиническим показателям и индексам (ОHI-S, PI, PMA и SBI) как в ближайшие, так и в отдаленные (3, 6 мес) сроки после лечения получены высокие результаты эффективности использования коллагеновых пластин Farmadont.

Ключевые слова: пародонтит; Farmadont; клинические показатели; индексы.

Use of the collagen plates Farmadont in the treatment of periodontal disease

Professor **Galina Lukina**, Doctor of Medical Sciences
 Graduate **Anastasia Ivannikova**
 Associate Professor **Elena Ergasheva**, Candidate of Medical Sciences
 Intern **Anna Kolesnikova**
Department of Propaedeutic Dentistry and Materials Science of MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. This article describes the effects of collagen plates Farmadont as an anti-inflammatory agent in the treatment of chronic generalized periodontitis. Clinical indicators and indices (OHI-S, PI, PMA and SBI) in the nearest and long-term (3, 6 months) time after treatment obtained good results the effectiveness of the use of collagen plates Farmadont.

Keywords: periodontitis; Farmadont; clinical indicators; indices.

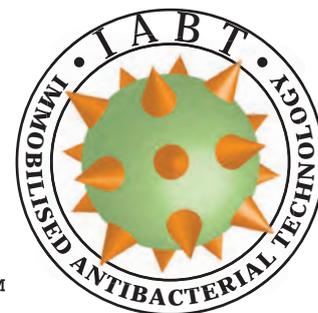
Заболевания пародонта определяются у населения всех групп вне зависимости от возраста и социально-экономического статуса и представляют собой одну из наиболее сложных и актуальных проблем стоматологии [17]. Распространенность заболеваний пародонта (по данным ВОЗ, очень высокий уровень заболеваемости падает на возрастную группу 35–44 года: 65–98% и 15–19 лет: 55–89%), трудоемкость и недостаточная эффективность лечения, отсутствие надежной системы профилактики приводят к тому, что воспалительные поражения тканей пародонта становятся причиной преждевременной потери зубов [6, 7]. Аномалии развития челюстей, нарушения окклюзии зубных рядов и ранняя утрата зубов из-за осложнений кариеса нарушают основную опорную функцию пародонта, приводят к развитию в его тканях деструктивных процессов и в результате – к нарушениям жевательной функции [20, 21]. Заболевания пародонта часто протекают на фоне расстройства пищеварения, обмена веществ, сенсibilизации и инфицирования организма. Все это позволяет считать их не только медицинской, но и социальной

проблемой. Наиболее распространены заболевания воспалительной природы: гингивит и пародонтит. В их патогенезе важную роль играют воспалительные процессы [10]. Выраженный по времени и интенсивности воспалительный процесс приводит к глубоким морфологическим и функциональным нарушениям в тканях и органах, что обосновывает необходимость применения противовоспалительных препаратов [9]. В стоматологической практике широко используются противовоспалительные препараты как общего, так и местного действия.

Эффективность местной противовоспалительной терапии заболеваний пародонта зависит от интенсивности и продолжительности воздействия противомикробного препарата на очаг поражения [19]. Применение мазей, растворов, эмульсий не всегда дает возможность добиться желаемого лечебного эффекта в связи с анатомическими и физиологическими особенностями полости рта, способствующими быстрому вымыванию средств [18, 24]. Так, лекарственные препараты в виде полосканий в настоящее время применяют все реже, поскольку

BJM LAB

BJM ROOT CANAL SEALER™



Антибактериальный двухкомпонентный силер на основе эпоксида-аминной смолы



Реклама

Включение IABT в состав стоматологических полимеров подавляет рост бактерий и предотвращает формирование биопленок.

- высокая рентгеноконтрастность;
- превосходная смачиваемость и текучесть;
- отличные запечатывающие свойства длительного действия;
- антибактериальная технология IABT;
- не токсичен;
- объемная стабильность после полимеризации;
- умеренная эластичность после окончательной полимеризации материала предотвращает возникновение трещин;
- низкая усадка;
- содержит нерастворимые антибактериальные частицы;
- двойной смесительный шприц экономит время и гарантирует оптимальную консистенцию смеси.



Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»

123308, г. Москва, Новохорошевский проезд, д. 25,

Тел.: 8 800 500-32-54 (звонки из регионов РФ бесплатные),

+7 (499) 946-46-09, +7 (499) 946-46-10, e-mail: shop@medenta.ru, сайт: www.medenta.ru

при этом удаляется слюна, содержащая защитные факторы (лизоцим, иммунные тельца и др.) [4, 23].

В последние годы создают комплексные препараты, в которых биоматериалы комбинируют с другими лекарственными веществами [3]. Благодаря сложному составу они имеют широкий спектр противовоспалительного действия, повышая эффективность лечения и расширяя сферу применения данных средств. К биокомпозициям относятся и коллагеновые пластины Farmadont серии Medical Collagene (ЗАО «Зеленая Дубрава», созданы по рецептуре и под контролем Лаборатории коллагеновых препаратов ПМГМУ им. И.М. Сеченова). Это 3D комплексное средство на основе коллагена, оказывающее противовоспалительное, противомикробное, антигипоксическое действие, улучшающее микроциркуляцию.

Цель исследования

Клиническая оценка эффективности применения коллагенсодержащих пластин Farmadont в комплексном лечении заболеваний пародонта.

Задачи исследования

1. Оценить субъективные показатели и объективные критерии состояния тканей пародонта у пациентов.
2. Провести сравнительный анализ эффективности лечения заболеваний пародонта с применением коллагеновых пластин Farmadont и традиционной терапии.
3. Выявить возможное местное раздражающее и аллергенное действие.

Материалы и методы

Препараты Farmadont представлены пластинами трех видов (I, II, III) пористой консистенции из природного биополимера коллагена. Их применяют для лечения и профилактики воспалительных, инфекционно-некротических и дистрофических заболеваний пародонта на любой стадии патологического процесса. Пластины безопасны в случае проглатывания, сами фиксируются к влажной поверхности слизистой оболочки и со временем рассасываются.

В патогенезе заболеваний пародонта большое значение придать изучению метаболизма его соединительнотканых структур, в частности коллагеновых волокон. Поэтому вполне оправдан поиск препаратов, действие которых направлено на нормализацию обменных процессов коллагена [25, 26]. Показано, что продукты распада экзогенного коллагена служат специфическими стимуляторами образования новой соединительной ткани. Коллаген, входящий в состав пластин всех трех видов, обладает уникальными свойствами: во-первых, стимулирует спонтанную агрегацию тромбоцитов и является эффективным гемостатиком; во-вторых, легко образует комплексы со многими лекарственными средствами и биологически активными веществами, пролонгируя их действие по месту применения; в-третьих, экзогенный коллаген в организме полностью рассасывается, причем сроки его биодеградации можно регулировать, а продукты лизиса активно включаются в процессы раневой репарации, стимулируя регенерацию собственных тканей организма; в-четвертых, коллаген не обладает токсическими и канцерогенными свойствами [1, 2, 15].

Пародонтологам широко известны коллагеновые композиции с костной мукой («Коллаост»), гидроксипати-



том («Коллапол»), сангвиритрином («Гингитек») и др. [8, 22, 27]. В состав всех препаратов Farmadont включена дигестаза-коллагеназа из гепатопанкреаса камчатского краба – комплекс коллагенолитических трипсиноподобных протеаз, который обладает широкой субстратной специфичностью в отношении патологически измененного коллагена, оказывает непосредственное воздействие и на микробную флору, гидролизует пептидогликаны бактериальной оболочки. Эти ферменты способствуют очищению раневых поверхностей, расплавляя некротизированные ткани и фибриновые образования, разжижая вязкие секреты и экссудаты, сгустки крови, оказывают противовоспалительное действие [14]. Все это ускоряет процесс регенерации, заживление ран. Действие комплекса ферментов физиологично, поскольку в естественных условиях процесс очищения раны протекает с участием аналогично действующих протеаз. Очищая рану от некротизированных тканей, они устраняют благоприятную для микроорганизмов среду, уменьшают их количество в зоне поражения, облегчают доступ препарата к очагу поражения [16].

Farmadont III – коллагеновые пластины против кровоточивости с подорожником, алоэ и зверобоем. Их используют при травмах десны и слизистой оболочки (ожоги, прикусывания), после удаления зубного камня, оперативного вмешательства на десне, для заполнения патологических карманов. Подорожник, входящий в состав препарата, содержит витамины С, А, К, дубильные вещества, гликозид аукубин, расщепляющийся при гидролизе на аукубингенин и глюкозу, флавоноиды, следы алкалоидов, полисахариды и т.д. Он оказывает кровоостанавливающее, ранозаживляющее и бактериостатическое действие [11]. Витамин А стимулирует эпителизацию, действует как регулятор пролиферации и дифференцирования эпителия, предотвращает его избыточное ороговение, влияет на состояние клеточных мембран, участвует в синтезе гликопротеидов, которые регулируют направление клеточной дифференцировки и функцию клеток эпителия, прочность межклеточных связей [28]. Под действием витамина А увеличивается синтез РНК, усиливается размножение клеток эпителия. Этот витамин оказывает иммуномодулирующий эффект (действует на Th), усиливает фагоцитоз, оказывает защитное действие на функциональное состояние противосвертывающей системы и препятствует тромбообразованию в условиях стресса [12, 13]. Витамин С (аскорбиновая кислота), уплотняет сосудистую стенку, уменьшает экссудацию, способствует регенерации тканей, а также участвует в синтезе проколлагена, обра-

38-й Московский
международный
стоматологический
форум и выставка



Дентал Экспо

28 сентября - 1 октября 2015

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

На правах рекламы, 18+



www.dental-expo.com

Устроитель:

DENTALEXPO®

Стратегический
партнер



Спонсор выставки

Colgate®

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

Septanest®

Генеральный
информационный
партнер

Стоматология
СЕГОДНЯ

Генеральный
научно-информационный
партнер

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Magazine

▼ Сравнительная оценка гигиенических индексов у пациентов с заболеваниями пародонта

Индекс	Группа			
	Основная, n=33	Сравнения, n=27	Основная, n=33	Сравнения, n=27
	До лечения		После лечения	
SBI, %	24,6±0,32	24,2±0,86	10,8±0,62	10,0±0,54
PI, балл	5,3±0,41	5,2±0,8	2,8±1,13	4,9±0,62
ОНИ-S, балл	1,3±0,08	1,3±0,15	0,4±0,12	0,8±0,43
PMA, %	34,0±2,44	33,0±3,42	5,4±2,34	16,3±2,43

зовании опорных тканей, в том числе костной, и дентина [5].

Под клиническим наблюдением находились 60 пациентов (39 женщин и 21 мужчин) в возрасте от 19 до 65 лет со следующими диагнозами: хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (35 чел.), пародонтит тяжелой степени (25 чел.). У 11 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени наблюдали пародонтальные абсцессы. Всех пациентов, принятых на лечение, разделили на две группы. В основной (33 чел.) больных лечили с использованием коллагеновых пластин Farmadont, в группе сравнения (27 человек) терапию осуществляли традиционным методом. По возрастному составу, сопутствующей патологии, а также проводимому лечению пациенты контрольной и основной групп существенно не различались. Контрольные стоматологические осмотры проводили в начале исследования (исходный осмотр), в период лечения коллагеновыми пластинами (2 нед) и

зубных отложений с обязательным шлифованием и полированием поверхностей зубов, кюретаж. При наличии пародонтального абсцесса его вскрывали, при стихании острых явлений осуществляли вышеперечисленные мероприятия.

Пациентам основной группы коллагеновую пластину Farmadont накладывали на десневой край после удаления наддесневых и поддесневых отложений, кюретажа, а затем выдавали для домашнего использования 2–3 раза в день в перерывах между приемами пищи или на ночь. Рекомендованный курс составлял 1–2 нед (в зависимости от интенсивности патологического процесса). Было рекомендовано после индивидуальной гигиены полости рта чистыми сухими руками извлечь пластину из упаковки, аккуратно, слегка прижимая, приложить к десне и не принимать пищу и напитки до тех пор, пока пластина находится в полости рта. Пациентам предлагали обратить внимание на обезболивающий эффект, органолептические свойства, уменьшение кровоточивости, дезодорирующий эффект и отметить эффективность применения пластин, используя следующие оценки: «очень хороший», «хороший», «средний», «неудовлетворительный», «осложнения».

Статистическую обработку результатов исследования осуществляли по методу Стьюдента с вычислением средней величины (M), стандартной ошибки (m) и вероятности различий p (с общепринятым уровнем достоверности $p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение

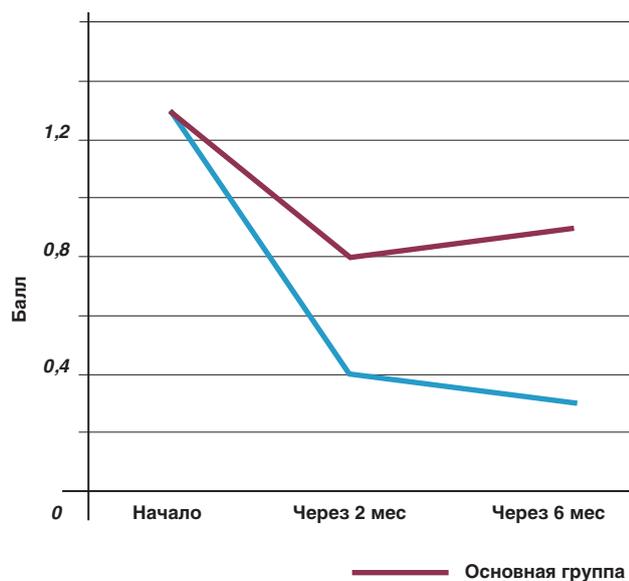
Эффективность применения коллагеновых пластин Farmadont проводили по объективному изменению состояния тканей пародонта и с учетом субъективного впечатления пациентов. 82% принявших участие в исследовании отметили очень хороший эффект от применения препарата, 12% – хороший, 6% – средний. Осложнений и неудовлетворительного эффекта не наблюдали. Все без исключения пациенты оценили хороший дезодорирующий эффект, полное отсутствие дискомфорта в полости рта во время использования препарата, небольшое обезболивающее действие.

За период исследования, по данным контрольных стоматологических осмотров, не было выявлено случаев местного раздражающего и аллергизирующего действия препаратов Farmadont на слизистую оболочку полости рта.

Коллагеновые пластины Farmadont повышают эффективность местного лечения заболеваний пародонта.

после лечения (через 3 и 6 мес) для определения отделенных результатов терапии. Комплексное обследование и лечение пациенты проходили в кабинете врача терапевта-стоматолога. При клиническом обследовании людей с наличием тяжелых соматических заболеваний исключили.

Пациентов обследовали по традиционной схеме: определение гигиенического состояния полости рта по индексу ОНИ-S (Greene – Vermilion, 1964), пародонтального индекса PI (A. Russel, 1967), оценка состояния тканей пародонта с помощью индекса РМА (G. Pagma, 1960) и кровоточивости десны SBI (Muhleman H., 1971). План лечения составляли индивидуально в зависимости от тяжести процесса. Лечение включало гигиенические мероприятия, удаление наддесневых и поддесневых



▲ Рис. 1 Динамика величины индекса гигиены (ОНИ-S) в группах

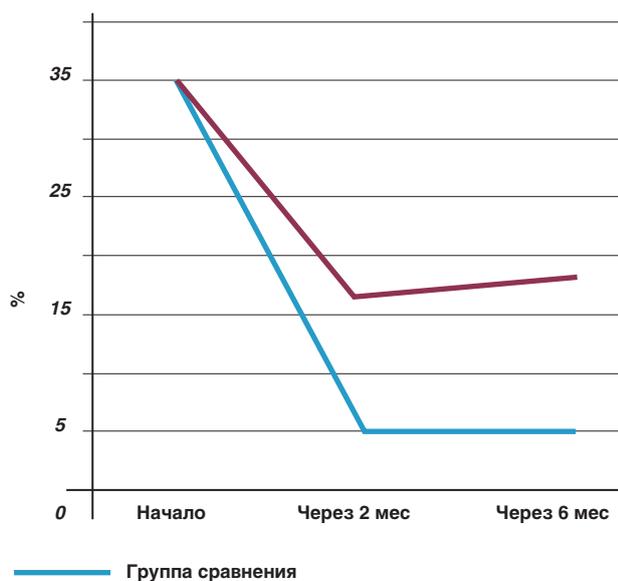
После проведенного лечения у пациентов обеих групп отмечено улучшение клинического статуса (таблица).

Достоверно снизились показатели индексов ОНИ-S и РМА ($p < 0,05$). Положительной оказалась динамика индекса PI: уменьшилось число пациентов с кровоточивостью десен. Показатели индекса кровоточивости (SBI) снизились как в основной, так и в группе сравнения.

При исходном осмотре больных основной группы средняя величина гигиенического индекса ОНИ-S составляла $1,3 \pm 0,08$ балла, РМА — $34,0 \pm 2,44\%$, SBI — $24,6 \pm 0,32\%$. После лечебных мероприятий гигиеническое состояние полости рта значительно улучшилось. Уменьшились воспалительные явления в тканях пародонта, о чем свидетельствуют существенные положительные изменения всех клинических индексов ($p < 0,05$). После лечения индекс ОНИ-S составил $0,04 \pm 0,12$ балла, РМА — $5,40 \pm 2,34\%$, снижение кровоточивости десен подтверждает индекс SBI — $10,8 \pm 0,62\%$. Через 6 мес наиболее маркерный индекс ОНИ-S уменьшился еще на 7%, а РМА — на 5% по сравнению с показателями после лечения (рис. 1). Это также подтвердило высокую терапевтическую эффективность проведенных мероприятий.

У пациентов контрольной группы исходный уровень ОНИ-S составил $1,3 \pm 0,15$ балла, РМА — $33,0 \pm 3,42\%$, SBI — $24,2 \pm 0,86\%$. После лечения отмечено снижение РМА до $16,3 \pm 2,43\%$, SBI до $10,0 \pm 0,54\%$. Динамика результатов отдаленных наблюдений следующая: ОНИ-S равнялся $0,9 \pm 0,1$ балла, средние значения индекса РМА увеличились на 9%, SBI — на 12,5% (рис. 2).

Таким образом, определение стоматологического статуса больных с заболеваниями пародонта выявило, что в результате проведенного местного лечения отмечено улучшение клинического состояния пародонта у пациентов обеих групп. Однако выявлены определенные различия по отдельным показателям в пользу применения препаратов Farmadont.



▲ Рис. 2 Динамика величины индекса РМА в группах, %

Выводы

1. Использование коллагена в качестве основы лекарственных средств определяется его качествами: отсутствием токсических и канцерогенных свойств, гидрофильностью, способностью легко образовывать комплексы со многими лекарственными веществами и полностью рассасываться в организме.

2. Применение коллагеновых пластин Farmadont повышает эффективность местного лечения заболеваний пародонта. Исследования показали, что препараты обладают выраженным противовоспалительным действием, адекватными органолептическими свойствами, удобны в применении. Возможность использования по рекомендации лечащего врача коллагеновых пластин Farmadont пациентами в домашних условиях делает процесс лечения непрерывным, что положительно сказывается на результатах.

3. За период использования препаратов Farmadont не было выявлено случаев местнораздражающего и аллергизирующего действия на слизистую оболочку полости рта.

4. Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения показывает достаточно высокую эффективность метода лечения больных с заболеваниями пародонта коллагеновыми пластинами Farmadont, обеспечивающего более быструю и стойкую (3–6 мес) положительную динамику.

5. Коллагеновые пластины Farmadont могут быть рекомендованы для применения в качестве средства патогенетической терапии в комплексном лечении больных с заболеваниями пародонта, в частности хронического генерализованного пародонтита.

Координаты для связи с авторами:

+7 (495) 607-55-77, доб. 159 или 204 – кафедра пропедевтической стоматологии и материаловедения МГМСУ; lukina@msmsu.ru – Лукина Галина Ильхамовна

📖 СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ НАХОДИТСЯ В РЕДАКЦИИ.

Влияние комплексного лечения на показатели обмена электролитов в ротовой жидкости при глоссалгии

Профессор **Л.Н. Казарина**, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой
Доцент **Л.В. Вдовина**, кандидат медицинских наук
Кафедра пропедевтической стоматологии НижГМА (Нижний Новгород) Минздрава РФ

Резюме. Глоссалгия – одно из самых распространенных нейростоматологических заболеваний, лечение которого представляет определенные трудности. В данной статье представлены результаты комплексной схемы лечения 50 пациентов с глоссалгией. Приведены клинические и лабораторные результаты изучения обмена электролитов в ротовой жидкости при данном заболевании на фоне соматической патологии и стресса.

Ключевые слова: глоссалгия; электролиты; ротовая жидкость.

Influence of complex treatment on indicators of the exchange of electrolytes of oral liquid at glossalgia

Professor **Larisa Kazarina**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department
Associated Professor **Lyudmila Vdovina**, Candidate of Medical Sciences
Department of Propaedeutic Dentistry of Nizhny Novgorod State Medical Academy

Summary. Glossalgia (burning mouth syndrome) – one of the most widespread neurostomatologic diseases which treatment presents certain difficulties. The complex scheme of treatment of a glossalgia is presented in this article. Results of treatment of 50 patients with a glossalgia are presented. Clinical and laboratory results of studying of an exchange of electrolytes in oral liquid are shown at a glossalgia with somatic pathology and a stress before and after treatment.

Keywords: glossalgia; electrolytes; oral liquid.

Глоссалгия – одно из наиболее распространенных нейростоматологических заболеваний, занимающих важное место среди различных проблем стоматологии, таких как кариес, патологии пародонта и опухолевые заболевания органов полости рта [1, 2, 4, 5, 8]. Важный аспект глоссалгии – бесконтрольный прием обезболивающих и седативных средств, самолечение больных, зачастую приводящее к хронической интоксикации организма и лекарственной зависимости [3, 6, 9]. Сложные патогенетические механизмы, многообразие клинических проявлений и нередко неопределенность этиологических факторов данного заболевания вызывают затруднения при постановке диагноза, выборе метода лечения и контроле над его эффективностью [10].

Пациенты с хроническими болями языка – сложная группа. Эти люди обращаются к стоматологу, затем к терапевту, от терапевта идут к неврологу или психиатру, а в итоге вновь возвращаются к стоматологу. Вместе с тем наблюдается устойчивость глоссалгии к используемым в практике методам терапии, чем обусловлена необходимость поиска современных, более эффективных схем лечения данной патологии [7].

Цель исследования

Изучить влияние комплексного лечения на показатели обмена электролитов в ротовой жидкости при глоссалгии.

Материалы и методы

На базе кафедры пропедевтической стоматологии НижГМА были обследованы 50 больных глоссалгией, из них 14 мужчин и 46 женщин в возрасте от 45 до 60 лет. В ходе исследования пациентов разделили на группы: I – лица с глоссалгией, которая развилась на фоне хронической соматической патологии и стрессорной ситуации (34 чел.), II – больные с глоссалгией без выявленной соматической патологии (16 чел.); группа контроля – практически здоровые люди (10 чел.).

Все пациенты, как правило, обращались с документированным анамнезом. Во время исследования соблюдены этические принципы, получены письменные согласия на обследование. Пациенты были взяты на диспансерный учет. После осмотра и сбора анамнеза больных направляли на дополнительное обследование к специалистам (гастроэнтерологу, неврологу, эндокринологу и др.) для выявления и лечения соматической патологии, усугубляющей клинику и течение глоссалгии.

При исследовании использовали следующие методы:

1) **клиническое обследование** включало изучение жалоб, анамнеза, оценку стоматологического статуса (осмотр и определение гигиенического состояния полости рта, индексный анализ тканей пародонта, особенности прикуса, состояние твердых тканей зубов и ортопедических конструкций);

2) лабораторное исследование заключалось в анализе обмена электролитов: содержание электролитов слюны (Са общий, Са ионизированный, Mg, P, K, Fe) определяли на автоматическом биохимическом анализаторе КОНЕ Ultra (Финляндия) и на электролитном анализаторе AVL 984 (Австрия) в биохимической лаборатории больницы МСЧ Горьковского автомобильного завода (ГАЗ).

Лечение было комплексным, этиопатогенетическим, индивидуализированным. Всех пациентов направляли к терапевту-стоматологу для санации полости рта и проведения профессиональной гигиены. При необходимости они обращались к ортопеду-стоматологу для рационального протезирования конструкциями из благородных металлов, либо безметалловыми конструкциями.

Обязательным были также консультации специалистов (терапевт, гастроэнтеролог, гинеколог, эндокринолог, невропатолог) для лечения сопутствующего соматического заболевания. Иногда пациентов направляли к психиатру.

Местно назначали полоскания и аппликации растительными препаратами (настой ромашки, шалфея, календулы, раствор цитраля, облепиховое масло и др.), обладающие обезболивающим, противовоспалительным и ранозаживляющим действием. Применяли и физиотерапевтические процедуры: массаж воротниковой зоны, электрофорез, излучение гелий-неонового лазера и пр.

Общее лечение

1. *Психотропные препараты*: транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики и ноотропы. При наличии депрессивных состояний фенезепам сочетали с малыми дозами трициклических антидепрессантов (амитриптилин в дозе 50–100 мг/сут, азафен – 75–100 мг/сут) в течение месяца.

2. *Вегетотропные препараты*: антихолинэстеразные (раствор галантамина гидрохлорида внутрь по 7–10 капель 3 раза в день перед едой в течение 5–7 дней. Для нормализации тонуса вегетативной нервной системы – беллатаминал (беллоид) по 1 табл. 2 раза в день.

3. *Седативные препараты*: настойки валерианы, пустырника, микстура Сухинина.

4. *Антигистаминные препараты*: диазолин по 1 табл. 2 раза в день курсом с последующим перерывом в 7 дней.

5. *Антиоксидантный препарат*: мексидол 1 табл. по 125 мг 2 раза в день; курс – 14 дней.

6. Для стимуляции слюноотделения, предотвращения сухости в полости рта назначали *отвары трав гиперсаливантов* (мать-и-мачеха, термопсис, тысячелистник) по 1/2 стакана 2–3 раза в день, 1%-ный раствор пилокарпина по 5–6 капель 3 раза в день перед едой.

7. При выраженных болях назначали *НПВС* – ксефокам, аркоксиа.

8. Были использовали также препараты *нейродикловит* или *нейромультивит*. Нейродикловит назначали по 1 капсуле 3 раза/сут в начале лечения, в качестве поддерживающей дозы – 1–2 раза/сут во время еды. Препарат состоит из нескольких компонентов: диклофенак обладает противовоспалительным, обезболивающим, антиагрегантным и жаропонижающим действием. Тиамин (витамин В₁) в организме человека в результате процессов фосфорилирования превращается в кокарбоксылазу, которая является коферментом многих ферментных реакций. В₁ играет важную роль в углеводном, белковом и жировом обмене, активно участвует в процессах проведения нервного возбуждения в синапсах. Пиридоксин

(витамин В₆) необходим для нормального функционирования центральной и периферической нервной системы, участвует в биосинтезе многих нейромедиаторов, таких как допамин, серотонин, норадреналин, адреналин, гистамин и ГАМК. Цианокобаламин (витамин В₁₂) оказывает благоприятное влияние на процессы в нервной системе – синтез нуклеиновых кислот и липидный состав цереброзидов и фосфолипидов. Комбинация витаминов группы В потенцирует анальгетическое действие диклофенака. Нейромультивит – комплексный препарат, содержащий три витамина группы В – тиамин, пиридоксин и цианокобаламин, – назначали по 1 табл. 3 раза в день в течение двух недель.

9. Для регуляции обмена веществ, уменьшения психоэмоционального напряжения и вегето-сосудистых расстройств, нормализации и активизации процессов защитного торможения в ЦНС назначали *глицин*.

Результаты и их обсуждение

Пациенты с глоссалгией предъявляли жалобы на парестезии языка, особенно в области кончика, проявляющиеся жжением, покалыванием, саднением, онемением («язык посыпан перцем», «язык обожжен» и т.д.), или на боли в языке без четкой локализации. 32% больных жаловались на сухость в полости рта. Беспокоило также чувство набухания, тяжести языка: при разговоре пациенты щадили язык от излишних движений. Во время приема пищи болезненные ощущения исчезали. Были нарушены вкусовые ощущения (дисгевзия).

Исследования обмена электролитов

Анализ полученных результатов показал, что у обследованных пациентов контрольной группы общее содержание Са в ротовой жидкости составляло в среднем $2,95 \pm 0,09$ ммоль/л (от 2,20 до 4,84, *таблица*). Ионизированная фракция Са – $1,89 \pm 0,03$ ммоль/л (от 1,32 до 2,28). Уровень ионизированной фракции, следовательно, в среднем был равен 64,1% от общего кальция. Концентрация неорганического фосфора (P) колебалась в более широких пределах: $5,66 \pm 0,14$ ммоль/л (от 3,92 до 7,08). Было также определено содержание другого важного минерального вещества – Mg. Этот показатель оказался довольно стабильным, его концентрация в среднем равнялась $1,90 \pm 0,025$ ммоль/л (от 1,56 до 2,26). Концентрация K в ротовой жидкости составила $24,05 \pm 0,53$ ммоль/л (от 19,14 до 32,40). Наиболее вариabельным был показатель уровня Fe – $10,2 \pm 0,67$ мкмоль/л (от 2 до 22).

Изменения биохимических показателей слюны

У пациентов группы I до лечения отмечено снижение уровня Са в ротовой жидкости (80,8% от контроля), в основном за счет ионизированной фракции (71,9% от контроля). Возможно, уменьшение концентрации ионизированной фракции кальция способствует повышению чувствительности рецепторного аппарата языка. Еще в большей степени снизилась концентрация неорганического фосфора, она составила 67,8% от данных контроля. Содержание Mg также было снижено, но недостоверно ($84,70$, $p > 0,1$). Однако отмечен тот факт, что в основной группе у трех обследованных Mg вообще не определялся, еще у двух его концентрация была в 3–5 раз меньше средней величины. Концентрация K в смешанной слюне пациентов этой группы оказалась меньше, чем в контроле (75,6% от контроля). Уровень железа был повышен (142,4% по сравнению с контрольной группой), но недостоверно ($p > 0,1$).

▼ Содержание минеральных веществ у пациентов с глоссалгией до и после лечения

Показатель минерального обмена слюны	Норма, ммоль/л	До лечения		После лечения
		Группа		
		I	II	
Са общий	2,95±0,09	2,40±0,06*	2,65±0,05*	2,82±0,03**
Са ионизированный	1,89±0,03	1,36±0,03*	1,46±0,03*	1,63±0,02**
Mg	1,9±0,025	1,61±0,06**	2,14±0,06**	2,04±0,03**
P	5,66±0,14	3,84±0,07*	4,65±0,1*	4,97±0,08*

▲ Прим.: * (p<0,05); ** (p>0,1).

Таким образом, у пациентов первой группы с глоссалгией, которая развилась на фоне патологии желудочно-кишечного тракта и стрессорной ситуации, обнаружено уменьшение содержания минеральных элементов в ротовой жидкости: кальция (в основном ионизированного), неорганического фосфора, магния и калия. Причем, это уменьшение было стабильным и достоверным. Также отмечено уменьшение содержания минеральных веществ. После лечения эти показатели нормализовались.

У пациентов II группы изменения имели ту же направленность, что и в первой, но количественно были выражены в меньшей степени. Так, концентрация общего Са оказалась снижена по сравнению с контрольной группой всего на 10% (p<0,05), но ионизированного Са отмечено значительно меньше нормы (на 22,8%), то есть почти так же, как в первой группе. Концентрация неорганического фосфора была снижена меньше, чем в группе I. Концентрация К незначительно меньше, а Fe – больше уровня контроля.

Общим для групп I и II было то, что у всех пациентов в анамнезе значилась стрессовая ситуация, после которой начались боли в языке.

Следовательно, пациентов обеих основных групп объединяло то, что при глоссалгии в сочетании с соматической патологией на фоне стресса происходят идентичные изменения в минеральном составе смешанной слюны, заключающиеся в уменьшении содержания кальция, в основном за счет ионизированной фракции, неорганического фосфора, магния и увеличении концентрации железа. Иными словами, ведущее звено патогенеза заболеваний языка нельзя связать только с патологией желудочно-кишечного тракта или только с системной патологией.

Из приведенных данных видно, что в целом содержание минеральных веществ в смешанной слюне у пациентов с глоссалгией без соматической патологии изменялось в значительно меньшей степени, чем у больных с заболеванием языка, развивавшемся на фоне соматической патологии. Причина сдвигов в содержании электролитов в ротовой жидкости при глоссалгии еще не ясна. Можно лишь предположить, что она связана со снижением саливации. При стимулировании саливации уменьшается реабсорбция электролитов в выводных протоках слюнных желез. При снижении же саливации развивается обратная картина, чем и можно объяснить полученный эффект.

В результате лечения содержание минеральных веществ (Са общего и ионизированного, а также фосфора и магния) в ротовой жидкости пациентов нормализовалось

(см. табл.). Содержание же калия оставалось несколько сниженным, но недостоверно.

Выводы

Таким образом, обследование пациентов, страдающих глоссалгией, должно быть комплексным и включать консультации стоматолога, невролога, психоневролога, терапевта, эндокринолога и гинеколога. Обоснование для этого – множество факторов, провоцирующих глоссалгию. В комплексном лечении данного заболевания для поддержания и нормализации функционирования центральной и периферической нервной системы патогенетически обоснованным можно считать применение нейромультивита и нейродикловита. Комплексное лечение по приведенной в исследовании схеме приводит к улучшению показателей обмена электролитов ротовой жидкости при глоссалгии.

Координаты для связи с авторами:

+7 (951) 917-45-75, +7 (951) 908-98-88, kassandra@mail.ru – Казарина Лариса Николаевна, Вдовина Людмила Валерьевна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борисова Э.Г., Кунин А.А., Ипполитов Ю.А.. Глоссодиния – хронический болевой синдром языка. – Воронеж: ВГПУ, 2014, 107 с.
2. Вейн А.М., Авруцкий М.Я. Боль и обезболивание. – М.: Медицина, 2001, 280 с.
3. Казарина Л.Н., Вдовина Л.В., Воложин А.И. Глоссалгия: этиология, патогенез, клиника, лечение. – Н.-Новгород: НижГМА, 2008, 124 с.
4. Пузин М.Н. Нейростоматологические заболевания. – М.: Медицина, 2000, 368 с.
5. Скуридин П.И., Пузин М.Н., Николаенко Е.В. Эффективность комплексного лечения больных с синдромом жжения полости рта. – Росс. стоматолог. журн., 2010, № 2, с. 31–34.
6. Харитонов М.П. Синдром жжения языка (этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение). – Автореф. докт. дисс., 2000, Екатеринбург, УГМА, 29 с.
7. Хубаев С.С.З. Глоссодиния: современные аспекты диагностики и лечения. – Автореф. докт. дисс., 2014, Москва, ЧГУ, 21 с.
8. Buchanan J., Zakrzewska J. Burning mouth syndrome. – Clin. Evid. (online), 2008, v. 14, p. 1685–1690.
9. López-Jornet P., Camacho-Alonso F., Lucero-Berdugo M. Quality of life in patients with burning mouth syndrome. – J. Oral Pathol. Med., 2008, v. 37, № 7, p. 389–394.
10. McDonald J.S. The burning mouth. – J. Calif. Dent. Assoc., 2007, v. 35, № 6, p. 397–404.



2 ПОДВИЖНЫЕ СТОРОНЫ, 1 - СУПЕРЧИСТКА!*

УДАЛЯЕТ БОЛЬШЕ
НАЛЕТА ВДОЛЬ
ЛИНИИ ДЁСЕН*



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

*по сравнению с обычной мануальной зубной щёткой при регулярном использовании. По исследованиям компании P&G.

Внешний вид товара может отличаться от изображенного на макете

Применение инновационных фитопрепаратов для пациентов с одонтогенными верхнечелюстными синуситами при проведении радикальной синусотомии

Профессор **Ю.И. Чергештов**, доктор медицинских наук

Профессор **Б.М. Мануйлов**, доктор биологических наук

Аспирант **В.В. Ромащенко**

Доцент **В.В. Лузина**, кандидат медицинских наук

Ассистент **Е.А. Афанасьева**, кандидат медицинских наук

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

Резюме. В последние годы численность больных хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом имеет устойчивую тенденцию к увеличению. Ежегодный рост количества больных, госпитализируемых по поводу хронического одонтогенного синусита, составляет 1–2%. В наши дни во всем мире идет активный поиск препаратов для лечения воспалительных заболеваний придаточных пазух носа, ускоряющих репаративные процессы в синусе. Ввиду нерационального использования антибактериальных средств последнего поколения и возможных осложнений при их применении, необходимы новые альтернативные средства. Перспективным направлением можно считать интраоперационное и послеоперационное использование инновационных фитопрепаратов в комплексе с хирургическими манипуляциями и послеоперационными аппликациями. Предложенный метод пластики трепанационного отверстия при радикальной синусотомии позволяет восстановить архитектуру синуса и воздействовать на этапы заживления непосредственно в области вмешательства от момента операции до 3 мес, то есть на весь срок резорбции фитопластины «ЦМ». Результаты клинических наблюдений подтверждены иммунологическими показателями и микробиологически доказанной эффективностью фитопрепаратов по отношению к флоре верхнечелюстного синуса. Клинические, иммунологические и рентгенологические данные свидетельствуют о высокой эффективности пластики трепанационного отверстия с применением пластин «ЦМ» и последующей быстрой реабилитации пациентов данной категории.

Ключевые слова: синусотомия; одонтогенный синусит; фитопластины; фитопрепараты.

The use of innovative medicines for patients with odontogenic maxillary sinusitis when conducting radical sinusotomy

Professor **Yuri Chergeshtov**, Doctor of Medical Sciences

Professor **Boris Manuylov**, Doctor of Biological Sciences

Graduate **Vladimir Romachenko**

Associated Professor **Vera Luzina**, Candidate of Medical Sciences

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

Department of Oral and Maxillofacial Surgery of MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. In recent years, the number of patients with chronic odontogenic maxillary sinusitis has a steady tendency of growth annual increase in the number of patients admitted for chronic odontogenic sinusitis, ranging from 1–2%. In recent years, searches for drugs for the treatment of inflammatory diseases of the paranasal sinuses and accelerating the reparative processes in the sinus. Due to irrational use of antimicrobial drugs of the last generation and possible complications in their application, searches for drugs able to replace them. A promising direction is to intraoperative and postoperative use of innovative herbal remedies in complex surgical procedures and post-operative applications. The proposed method plastics trepanation holes in radical sinusotomy allows you to restore the architecture of the sine and impact stages of healing directly in the field of interference from the operation

of up to 3 months, for the duration of resorption of picoplastin ZM. These clinical observations were confirmed by immunological indicators and microbiologically proven efficacy of herbal remedies in relation to the flora of the maxillary sinus. Clinical, immunological and radiological indicators suggest high performance plastics trepanation holes using plates ZM, which facilitates the rapid rehabilitation of this category of patients.

Keywords: sinusotomy; odontogenic sinusitis; phytoplate; herbal medicines.

Воспалительные заболевания верхнечелюстного синуса в структуре специализированных стоматологических стационаров составляют 5–12% [1, 2, 9]. Дифференциально-диагностические ошибки и неправильная тактика хирурга-стоматолога при перфорациях дна синуса сопровождается различными местными и общими осложнениями. По данным литературы, лишь у 40–60% больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом наступает выздоровление.

Патологии, при которых производится радикальная верхнечелюстная синусотомия, имеют воспалительный, травматический и ятрогенный характер: одонтогенный верхнечелюстной синусит с кистой, проникающей в полость верхнечелюстного синуса, или ороантральным сообщением, а также инородные тела, такие как зуб или миграция имплантата.

Экстраназальные операции выполняются довольно часто и до сих пор сохраняют свою актуальность как по методике Калдвелл – Люка, так и в сочетании с эндоназальными вмешательствами [5–8].

Но, несмотря на большое количество описанных в литературе методик, наиболее часто используемой остается классическая синусотомия с доступом к полости синуса через переднюю стенку. Однако ввиду высокой травматичности и осложнений, связанных с нарушением структуры синуса, классическая методика была усовершенствована путем применения не имеющей аналогов в мире инновационной фитопластины.

Для лечения пациентов с патологией верхнечелюстного синуса наряду с хирургическим вмешательством назначают медикаментозную терапию. В последние годы осуществляется поиск препаратов для лечения воспалительных заболеваний, позволяющих конкурировать со стандартной медикаментозной терапией. Применение фитопрепаратов существенно изменяет течение репаративных процессов, так как они активно включаются в обменные процессы на клеточном и тканевом уровнях.

Такие фитопрепараты, как пластины «ЦМ», фаренгал и тонзилал (патент US, 3711606, 1973), способствуют проникновению в ткани физиологически активных веществ и усиливают действие лечебных трав. В этом случае они не только производят лечебный эффект, но и обладают механическими функциями.

Некоторые фитопрепараты нашли широкое применение при лечении различных воспалительных заболеваний слизистых оболочек. Длительное применение пластин не вызывает побочных явлений, демонстрирует хорошую индивидуальную переносимость, способствует уменьшению болевых ощущений [3, 4].

Используемые сегодня способы радикальной синусотомии, заключающиеся в трепанации передней стенки синуса, не направлены на восстановление архитектоники, а назначение ударных доз антибактериальных препаратов для снижения риска осложнений приводит к значительному снижению иммунитета и репаративных способностей организма. Эти методы не могут решить



все существующие на сегодняшний день задачи, не гарантируют отсутствие рецидивов заболевания, а период реабилитации протекает с выраженной отечностью и болевой симптоматикой.

Цель исследования

Повышение эффективности хирургического лечения больных с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом при проведении радикальной синусотомии и профилактика возможных осложнений.

Материалы и методы

На кафедре челюстно-лицевой хирургии МГМСУ с 2012 по 2015 гг. под наблюдением находился 71 пациент с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом. Все они предъявляли жалобы на длительную боль и тяжесть в области пораженного синуса, периодически возникающие выделения из носа.

Пациентов разделили на две группы. В первую вошли 20 мужчин и 16 женщин в возрасте от 25 до 55 лет с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом. Больным данной группы проводили радикальную синусотомию по классической методике со стандартной антибактериальной и противовоспалительной терапией и накладывали давящую повязку на двое суток. Тампон из синуса удаляли на 5–7-е сут.

Вторая группа состояла из 17 мужчин и 18 женщин в возрасте от 25 до 55 лет с теми же жалобами и диагнозом. Им проводили радикальную синусотомию с пластикой трепанационного дефекта передней стенки синуса по новой методике с применением фитопрепаратов. Больным данной группы промывали полость синуса препаратом тонзилал в объеме до 30 мл, выполняли пластику дефекта передней стенки синуса пластиной «ЦМ». Ее адаптировали по форме для перекрытия дефекта на 0,5 см и перекрывали слизисто-надкостничным лоскутом, мобилизованным с преддверия полости рта. Лоскут укладывали и фиксировали узловыми швами. Пациентам назначали

▼ Среднее значение иммунологических показателей, %

С3			С4			Лизоцим		
До операции	После операции, сут		До операции	После операции, сут		До операции	После операции, сут	
	1-е	7-е		1-е	7-е		1-е	7-е
Классическая синусотомия								
100	94	94	100	78	93	100	138	158
Новая методика (пластины «ЦМ»)								
100	150	122	100	133	70	100	86	156
Норма								
1,2 г/л			400 г/л			50–70 мкг/мл		

десенсибилизирующие средства, прием нестероидных противовоспалительных препаратов при появлении болевой симптоматики, накладывали давящую повязку на двое суток.

Пластины «ЦМ» и раствор тонзилала на фитооснове физиологичны для организма. Пластины – фитосредство, обладающее полифункциональным длительным фармакологическим действием, в том числе противовоспалительным, противомикробным, дезинфицирующим. Кроме того, они улучшают регенеративные и обменные процессы в пораженных тканях, стимулируют местный иммунитет, укрепляют сосуды, успешно справляются с грибковыми колониями, а также обладают гемостатическим эффектом.

Пластины состоят из экологически чистых компонентов природного происхождения – водорастворимых экстрактов лекарственных трав (зверобой, шалфей, тысячелистник), витаминов (С, группы В), минеральных веществ (калий, натрий, кальций, магний, железо, цинк и др.). Основу пластин составляет желатин, который после специальной обработки также приобретает немало полезных свойств.

Тонзилал представляет собой противовоспалительный антисептический препарат, оказывающий дезинфицирующее действие. Одного пакетика тонзилала, разведенного в 20 мл физраствора, достаточно для антисептической обработки верхнечелюстного синуса без агрессивного влияния на патологически неизменные ткани. Препарат воздействует на условно патогенную флору, снижая ее численность до среднестатистических значений.

Фитопрепараты нашли свое применение при лечении воспалительных заболеваний слизистых оболочек.

Всем пациентам назначали:

- 1) рентгенологическое обследование:
 - ортопантомография;
 - рентгенография придаточных пазух носа;

- мультиспиральная компьютерная томография при выявлении инородных тел;
- 2) лабораторное исследование:
 - клинический анализ крови;
 - биохимический анализ крови;
 - оценка местного иммунитета на основе показателя лизоцима;
 - оценка общего иммунитета, на основе анализа С3 и С4 системы комплемента;
 - микробиологический статус.

Венозную и капиллярную кровь направляли в лабораторию Центра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ.

Забор флоры интраоперационно перевозили в транспортную среду в течение 2 ч, а ротовую жидкость и венозную кровь из локтевой вены для оценки иммунного статуса центрифугировали в Thermo Scientific Heraeus Labofuge 15 мин со скоростью 5300 об./мин с последующей заморозкой и транспортировкой в течение суток в Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского (МНИИЭИМ). Иммунный статус оценивали по методике, разработанной Л.В. Козловым, И.А. Ромашенко и С.С. Андиной (патенты RU 2506594 и RU 2495432).

Методика определения показателей С3 и С4 комплемента крови и лизоцима слюны описана в журнале «Российская стоматология», № 2, 2015 г.

Микрофлору оценивали на питательных средах путем сравнения влияния стандартной антибактериальной терапии и фитотерапии на полученные колонии. Выделенные культуры идентифицировали общепринятым бактериологическим методом. Забор производили непосредственно во время операции путем взятия материала при помощи стандартной транспортной среды из полости синуса до ревизии с доставкой материала в МНИИЭИМ, где производили посевы.

Из каждой выросшей культуры готовили взвесь микроорганизмов, добавляя 0,9%-ный стерильный физиологический раствор натрия хлорида. Полученную взвесь сравнивали со стандартом мутности № 1 по МакФарланду и в случае необходимости разводили до нужной концентрации.

Степень чувствительности микроорганизма к действующим веществам оценивали по величине зоны задержки роста микроорганизмов следующим образом: диаметр более 14 мм – высокая, 10–13 мм – удовлетворительная,

менее 9 мм – низкая. Величину диаметров зон задержки роста исследуемых культур микроорганизмов определяли по отсутствию роста в зонах просветления по ранее описанной методике.

Для оценки интенсивности болевой симптоматики использовали Visual Analogue Scale (VAS, E.C. Huskisson, 1974), модифицированную цветовым спектром, разделенным на 10 сегментов, соответствующих степени выраженности боли: левая граница линии – боли нет, правая, интенсивно окрашенная – худшая боль, какую можно себе представить.

Результаты и их обсуждение

В первой группе (36 чел., 51% от общего числа) в 45% случаев послеоперационный период протекал с выраженным воспалением в подглазничной и щечной областях, кровотечением из носовых ходов и по линии швов, гематомами в подглазничной и щечной областях. В одном случае произошло нагноение гематомы, что привело к повторной госпитализации и проведению в отсроченном периоде синусотомии по предложенной новой методике.

Послеоперационный период протекал с колебаниями температуры тела от 37,5 до 39 °С, пациенты предъявляли жалобы на боль в послеоперационной области: по 10-балльной визуально-аналоговой шкале от 8 до 10 баллов, что обуславливало необходимость применения 4–5 табл. в сут нестероидных противовоспалительных препаратов.

Оценка показателей активности С3, С4 в крови и лизоцима в ротовой жидкости до операции и на 1-е, 3-и, 7-е сут после нее представлена в таблице в процентном отношении. За 100% взяты значения, полученные до проведения оперативного вмешательства.

Пластины «ЦМ» способствуют проникновению в ткани физиологически активных веществ.

У 35 пациентов второй группы (49% чел.) операцию проводили по новому методу с применением пластины «ЦМ». Боль пациенты отмечали только на 1-е и 2-е сут после операции. Выраженность боли оценивали от 1 до 3 баллов по 10-балльной шкале. Применения нестероидных противовоспалительных препаратов в таблетированной форме не потребовалось, температура тела колебалась от 37 до 37,5 °С, послеоперационный отек был умеренным и на 3-и сут исчез. Тампон удаляли на 4–6-е сут (см. табл.).

Среди патогенных колоний, выявленных в синусе, у пациентов с длительно существующим воспалительным процессом, основную массу составляли:

- *Streptococcus oralis* – 10⁶/мл;
- *Streptococcus salivarius* – 10⁷/мл;
- *Staphylococcus aureus* – 10⁵/мл;
- *Neisseria subflava* – 10⁵/мл.

В случаях, когда причиной возникновения синусита стали инородные тела (пломбирочный материал) в

синусе, в основной массе высевались грибы рода *Candida* – 10⁴/мл. Все посева высоко чувствительны к большинству антибиотиков и противогрибковых препаратов. Пластины «ЦМ» и тонзилал также обладают способностью нормализовать флору, что позволило после операции не назначать антибактериальные препараты и оказывать местное влияние в зоне вмешательства.

Послеоперационный период у пациентов второй группы протекал без осложнений, предъявляемые жалобы были менее значительны, а на 3-и сут отсутствовали вообще, тогда как у пациентов первой группы болевая симптоматика присутствовала до 5–7 сут наблюдения. Величина отклонения иммунологических показателей на раннем и послеоперационном этапе во второй группе была минимальной, пациенты быстрее возвращались к трудовой деятельности.

Выводы

Таким образом, предложенный способ позволяет восстановить архитектонику синуса, воздействовать непосредственно на микрофлору и окружающие ткани в области оперативного вмешательства, добиться противовоспалительного, антисептического, противогрибкового и гемостатического эффектов, что позволяет снизить риск осложнений и повысить эффективность хирургического лечения, а также сократить сроки реабилитации больных.

Координаты для связи с авторами:

+7 (495) 611-16-78, +7 (495) 611-43-36, KAFEDRA.GXS@msmsu.ru – кафедра челюстно-лицевой хирургии МГМСУ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Козлов В.С., Шиленкова В.В., Шиленков А.А. Синуситы: современный взгляд на проблему. – *Consilium Medicum*, 2003, т. 5, № 3, с. 212–218.
2. Мануйлов Б.Н., Чергештов Ю.И. Орбитальные осложнения одонтогенного гайморита. – *Вестник оториноларингологии*, 1998, № 5, с. 15–17.
3. Михайлова А.Б., Вавилова Т.П., Горбатова Е.А. с соавт. Результаты применения препаратов растительного происхождения при лечении заболеваний пародонта. //Сб. мат. XV Росс. нац. конгр. «Человек и лекарство». – М.: РАМН, 2008, с. 229.
4. Михайлова А.Б., Горбатова Е.А., Мануйлов Б.М. Применение препарата «ЦМ-1» при лечении хронического гингивита. //Сб. мат. XVI Росс. нац. конгр. «Человек и лекарство». – М.: РАМН, 2009, с. 182.
5. Нестеренко Т.Г., Хрусталева Е.В. Применение коллагеновой пластины «Тахокомб» при лечении одонтогенных синуситов. // Мат. научно-практич. конф. «Актуал. проблемы оториноларингологии». – Барнаул: Медицина, 2007, с. 108–113.
6. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С. с соавт. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия – М.: Сов. секретно, 2003, 210 с.
7. Пискунов С.З., Тарасов И.В., Должикова Н.В. с соавт. Рекомендации по выполнению эндоскопии верхнечелюстной пазухи через лицевую стенку. – *Росс. ринология*, 1996, № 2–3, с. 96–97.
8. Погосян Ю.М., Бурназян С.С., Погосян А.Ю. с соавт. Клиническое обоснование применения мембраны из пчелиного воска при комплексном лечении хронических гайморитов. – *Вест. хирургии Армении им. Г.С. Тамразяна*, 2011, № 1, с. 77–83.
9. Хрусталева Е.В., Нестеренко Т.Г., Гербер В.Х. с соавт. Способ лечения одонтогенных и одонториногенных форм хронического синусита. – *Росс. ринология*, 2008, № 2, с. 27–28.

Методика определения прочности сцепления покрытия из карбида кремния «Панцирь» с образцом акрилового базиса зубного протеза

Ассистент **И.А. Воронов**, кандидат медицинских наук
Кафедра комплексного зубопротезирования МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава РФ

Резюме. Данный эксперимент доказал высокую прочность сцепления «Панцирь» с образцом зубного протеза из пластмассы «Фторакс». Даже при критических значениях угла прогиба больше 30°, когда возникают множественные трещины, участков отслоения покрытия обнаружено не было. Эти факты свидетельствуют о высоком качестве образцов зубных протезов из акриловой пластмассы с покрытием «Панцирь».

Ключевые слова: биодистракция; пластмассы; миграция; защитное покрытие.

Method for determining the strength of adhesion of the coating of silicon carbide Shell with a sample of the acrylic denture base

Assistant **Igor Voronov**, Candidate of Medical Sciences
Department of Complex Dental Prosthetics MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. This experiment proved the the high adhesive strength of the Shell with a model of a dental prosthesis made of plastic Ftoraks. Even when critical values of the angle of deflection of more than than 30°, when there are multiple fracture sites coating exfoliation was observed. These facts testify to the high quality samples of dentures from acrylic plastic with a coating Shell.

Keywords: biodistraktion; plastics; migration; protective coating.

В настоящее время ортопедическая стоматология предъявляет все более высокие требования к конструкционным материалам, так как от их качества во многом зависит функциональность зубных протезов. Уже более 50 лет для изготовления зубных протезов в мире успешно применяют акриловые пластмассы, изобретение которых в свое время стало прорывом в ортопедической стоматологии. По современным данным около 98% всех пластиночных протезов производят из акриловых пластмасс [3, 4].

Но несмотря на такие преимущества, как высокая химическая стойкость, простота производства и обработки, механическая прочность и легкость восстановления после перелома протеза [7], акриловые пластмассы имеют некоторые недостатки. Наиболее значимая проблема, приводящая к формированию непереносимости зубных протезов, – присутствие в акриловых базисах съемных зубных протезов остаточного мономера, а также колонизация поверхности протезов патогенными микроорганизмами [6, 9]. Все это вызывает воспалительные и аллергические реакции у пациентов [5, 8].

Наряду с поиском новых базисных материалов и способов обработки акриловых полимеров ведутся исследования по изготовлению покрытий для зубных протезов, которые обладали бы химической инертностью, хорошим сочетанием упругости и прочности, сопротивляемостью к росту микроорганизмов и легкостью очистки. Для уменьшения токсико-аллергического влияния акри-

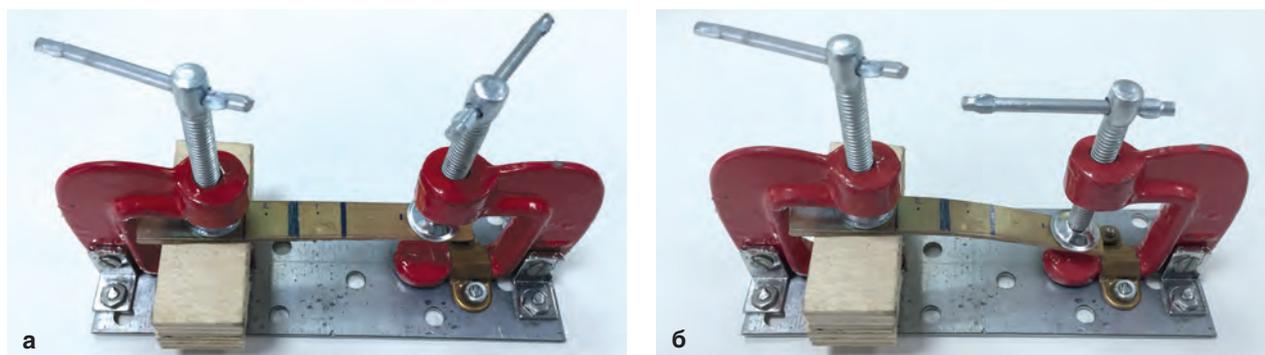
ловых базисов зубных протезов на ткани полости рта было предложено использовать различные покрытия, препятствующие вымыванию компонентов пластмассы [1, 2]. Однако большинство из них плохо соединяются с базисом протезов, быстро смываются или отламываются. Для долгосрочного прогнозируемого использования покрытия из карбида кремния «Панцирь» важно было проверить прочность его сцепления с образцом акрилового базиса зубного протеза.

Цель исследования

Определение прочности сцепления покрытия из карбида кремния «Панцирь» с образцом акрилового базиса зубного протеза.

Материалы и методы

В качестве объекта исследования использовали образцы базисов зубных протезов из пластмассы «Фторакс» с покрытием карбидом кремния «Панцирь» толщиной 1600 нм, размером 80 x 10 x 2 мм, изготовленные в зуботехнической лаборатории кафедры комплексного зубопротезирования МГМСУ им. А.И. Евдокимова и НИИВТ им. С.А. Векшинского. В специально сконструированных струбцинах был выполнен электронно-микроскопический анализ поверхности образцов (оценивали целостность покрытия) до и после механического воздействия (рис. 1, а). Один конец образца фиксировали тисками струбцины, свободный – подвергали механическому воз-



▲ Рис. 1 Образец базиса зубного протеза в струбцинах: а) в начале, б) в конце механического испытания прочности сцепления покрытия «Панцирь» с пластмассой «Фторакс»

действию, в результате которого происходило изгибание пластины (рис. 1, б). Один оборот винта струбцины соответствовал изгибу образца на $4,5 \pm 0,5^\circ$. Закрепленный в струбцинах образец устанавливали на предметный столик в сканирующем электронном микроскопе Quanta 200 3D (FEI Company, USA). Качество покрытия оценивали через каждые $4,5^\circ$ изгибания.

Образцы анализировали в сканирующем электронном микроскопе Quanta 200 3D (FEI Company, USA) в режиме высокого вакуума при ускоряющем напряжении 5 кВ. Для этого в специальной напылительной установке SPI-Module Sputter/Carbon Coater System (SPI Inc., USA) на образец наносили слой золота толщиной 3 нм. Эту часть работы выполняли на базе лаборатории анатомии микроорганизмов ФГБУ НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи Минздрава РФ (заведующая лабораторией, доктор биологических наук Л.В. Диденко).

Для того чтобы исследовать один и тот же участок образца при разных углах изгиба, на его поверхности маркировали области исследования: № 1 – центральная часть, № 2 – периферическая (рис. 2, 3).

Режим съемки подбирали эмпирически. Минимальным инструментальным увеличением, при котором начинали выявляться дефекты поверхности при изгибании образца в струбцине, было увеличение $> \times 1600$. На меньших увеличениях достоверно определить наличие дефектов не представлялось возможным. Для более точного анализа полученных трещин в исследованиях использовали увеличения: $\times 400$, $\times 1600$, $\times 6000$, $\times 18000$.



▲ Рис. 2 Внешний вид образца базисов зубных протезов из пластмассы «Фторакс» с покрытием карбидом кремния «Панцирь» толщиной 1600 нм, размером 80 x 10 x 2 мм, с маркировкой центрального (1) и периферического (2) участков исследования

Результаты и их обсуждение

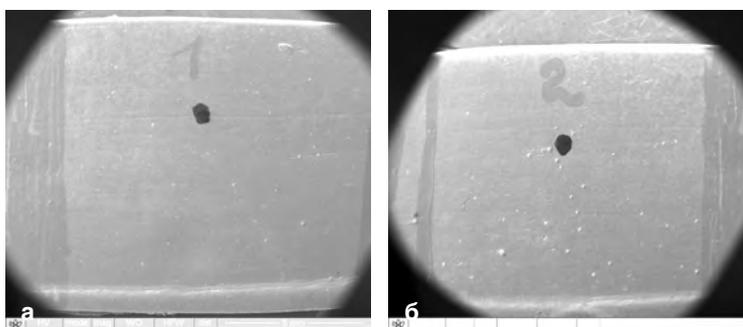
Электронно-микроскопическое исследование поверхности контрольного (исходного) образца базиса зубного протеза из пластмассы «Фторакс» с покрытием «Панцирь» показало, что центральная часть состоит из участков практически гладкой поверхности и обрамляющих ее невысоких гребней, с небольшим числом спаянных с поверхностью частиц, без трещин и дефектов покрытия (рис. 4). Периферический участок по структуре поверхности был идентичен центральному, трещин также не выявили (рис. 5).

На микрофотографиях центральных и периферических участков поверхности образцов при изгибе на $4,5^\circ$ отсутствуют отличия от контроля: трещины и дефекты покрытия не выявлены (рис. 6).

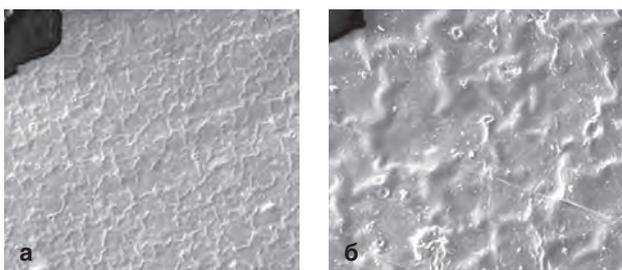
При изгибе образцов на $9; 13,5; 18; 22,5^\circ$ изменений поверхности центральной и периферической частей также не отмечено (рис. 7).

При увеличениях $\times 1600$ и особенно $\times 6000$ наглядно видно появление первых дефектов поверхности в виде единичных трещин (черные стрелки) на сгибе центральной и периферической частей образца (рис. 8). Эти дефекты покрытия отмечены при изгибе $31,5^\circ$, что соответствовало семи оборотам струбцины. Трещины образовывались на поверхности в области возвышений в виде гребней.

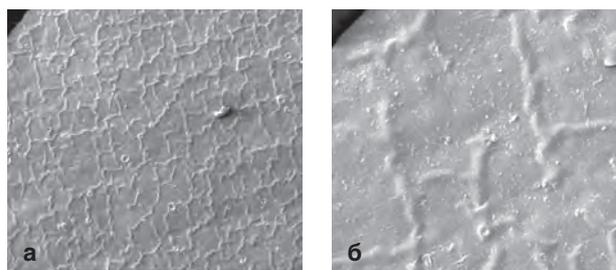
При дальнейшем (максимальном) изгибе образца на 45° число трещин в покрытии увеличивалось преимущественно в периферической части (рис. 9).



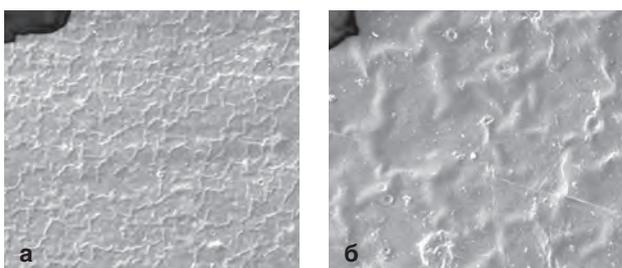
▲ Рис. 3 Микрофотографии центральной (а) и периферической (б) частей образца; черная точка в центре каждой области – ориентир для исследования поверхности при больших увеличениях



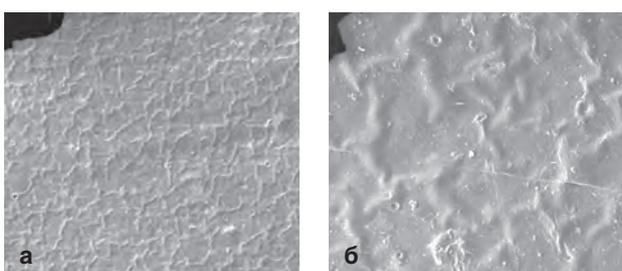
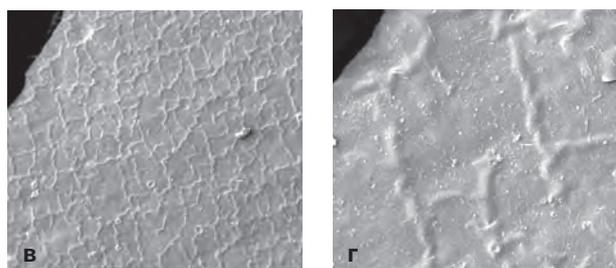
▲ Рис. 4 Поверхность центрального участка контрольного (исходного) образца базиса зубного протеза из пластмассы «Фторакс» с покрытием «Панцирь»: а) ув. x400, б) ув., x1600



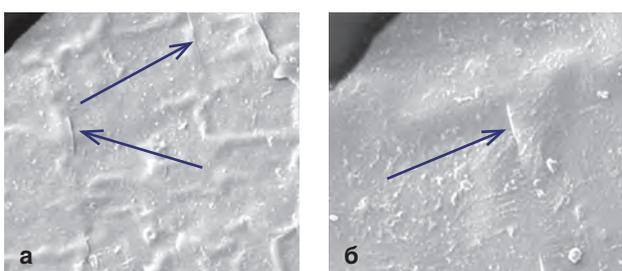
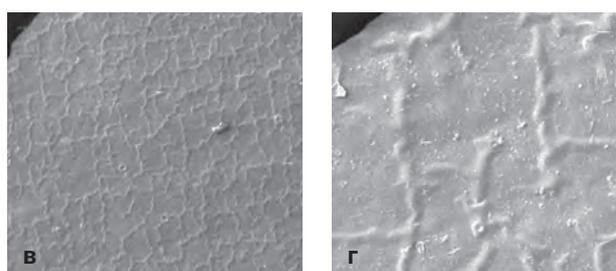
▲ Рис. 5 Поверхность периферического участка контрольного (исходного) образца базиса зубного протеза из пластмассы «Фторакс» с покрытием «Панцирь»: а) ув. x400, б) ув. x1600



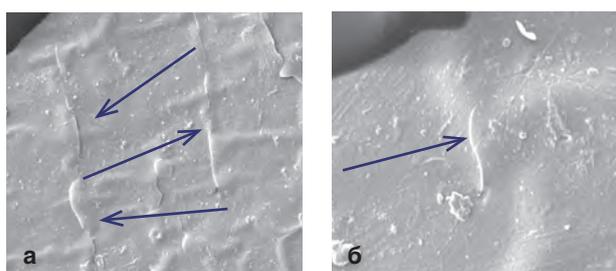
▲ Рис. 6 Поверхность центрального и периферического участков образца базиса зубного протеза из пластмассы «Фторакс» с покрытием «Панцирь» при изгибе на $4,5^\circ$: а), б) – центральный участок, в), г) – периферический; а), в) – ув. x400, б), г) – ув. x1600



▲ Рис. 7 Поверхность центрального и периферического участков образца базиса зубного протеза из пластмассы «Фторакс» с покрытием «Панцирь» при изгибе на $22,5^\circ$: а), б) – центральный участок, в), г) – периферический; а), в) – ув. x400, б), г) – ув. x1600



▲ Рис. 8 Трещины на поверхности образца базиса зубного протеза из пластмассы «Фторакс» с покрытием «Панцирь» при изгибе на $31,5^\circ$: а) – ув., x1600, б) – ув. x6000



▲ Рис. 9 Трещины на поверхности образца базиса зубного протеза из пластмассы «Фторакс» с покрытием «Панцирь» при изгибе на 45° : а) – ув. x1600, б) – ув. x18000

Выводы

В исследовании убедительно показана достаточная прочность покрытия «Панцирь» на изгиб (до $31,5^\circ$). Следует иметь в виду, что на практике при пользовании зубными протезами подобных величин прогиба ($31,5-45^\circ$) не возникает. Обращает на себя внимание высокая прочность сцепления «Панцирь» с образцом зубного протеза из пластмассы «Фторакс»: при критических значениях угла прогиба больше 30° , когда появлялись множественные

трещины, даже при увеличении x18000 участков отслоения покрытия не обнаружено. Эти факты свидетельствуют о высоком качестве образцов зубных протезов из акриловой пластмассы с покрытием «Панцирь».

Координаты для связи с автором:
voronov77@mail.ru – Воронов Игорь Анатольевич

📖 СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ НАХОДИТСЯ В РЕДАКЦИИ.



OLIDENT
INNOVATION

OliCo esthetic

NANO-CERAMIC COMPOSITE

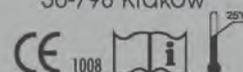


Реклама

Дистрибьютор:
ООО "МЕДЕНТА"
Россия, 123308 Москва,
Новохорошевский
проезд, д. 25
Тел. +7 (499) 946-46-09
www.medenta.ru



Made in EU
OLIDENT
Christo Botewa 1B
30-798 Kraków



Оценка эффективности применения анестетиков артикаинового ряда «Брилокаин» и «Септанест»



Главный врач
А.В. Михальченко, кандидат
медицинских
наук



Доцент **Д.В. Михальченко**, доктор
медицинских
наук, заведующий
кафедрой



Ассистент
В.Н. Наумова,
кандидат меди-
цинских наук



Врач-стоматолог
Е.А. Филюк

*Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний ВолГМУ (Волгоград)
Минздрава РФ*

Резюме. Основная причина отказа от своевременного стоматологического вмешательства – страх перед болевыми ощущениями, возникающими во время лечения. С появлением на российском рынке эффективных анестетиков артикаинового ряда, среди которых оригинальные препараты и дженерики, проблема боли стала успешно решаться. «Брилокаин» – комбинированный препарат, дженерик «Септанеста» для местной анестезии в стоматологии. На сегодняшний день взаимозаменяемость лекарственных средств – один из самых серьезных и дискуссионных вопросов во всем мире. Процедура регистрации дженериков стоит значительно дешевле и занимает меньше времени. Кроме того, производство анестетика в России позволяет значительно снизить его стоимость. Но не приводит ли все это к снижению качества анестезии? В исследовании оценена эффективность и особенности применения анестетика «Брилокаин» на амбулаторном стоматологическом приеме.

Ключевые слова: анестетик; «Брилокаин»; обезболивание.

Evaluating the effectiveness of anesthetics artikain series Brilokain and Septanest

Chief Medical Officer **Alexey Mikhailchenko**, Candidate of Medical Sciences
Associated Professor **Dmitry Mikhailchenko**, Doctor of Medical Sciences,
Head of Department

Assistant **Victoria Naumova**, Candidate of Medical Sciences
Dentist **Filyuk Elena**

Department of Propaedeutic of Dental Diseases of Volgograd State Medical University

Summary. The main reason for not timely dental treatment is the fear of pain, occurs during treatment. With the advent of the Russian market of effective anesthetics of articaine number, the problem of pain has become successfully resolved. Currently, there are a sufficient number of drugs artikainovogo series for local anesthesia, among which are original products and generics. Brilokain – a combined preparation, generic Septanest for local anesthesia in dentistry. To date, the interchangeability of medicines is one of the most serious and controversial issues around the world. The procedure for registration of generic drugs is much cheaper and takes less time than that, the production of anesthetic in Russia can significantly reduce the cost. But does not all this reduce the quality of anesthesia? In his study, we evaluated the efficacy and characteristics of the anesthetic Brilokain outpatient dental reception.

Keywords: anesthetic; Brilocaine; pain management.

Большинство лечебных вмешательств в челюстно-лицевой области сопровождается болевыми ощущениями разной степени интенсивности, поэтому качественное обезболивание при их проведении – актуальная проблема стоматологии [2, 3, 6, 7]. Совершенствование стоматологической помощи населению невозможно без внедрения в повседневную практику эффективных современных анестетиков. На сегодняшний день взаимозаменяемость лекарственных препаратов – один из самых серьезных дискуссионных вопросов как в России, так и во всем мире [4]. Согласно оценке экспертов, производство дженериков – важнейшее и ведущее стратегическое направление развития фармацевтической индустрии, которое сохранится в ближайшем десятилетии [5, 7].

Оригинальный препарат – это новое, впервые синтезированное и прошедшее полный цикл исследований лекарственное средство, активные ингредиенты которого защищены патентом на определенный срок, а на разработку, клинические испытания, производство и внедрение на рынок затрачены значительные интеллектуальные и материальные ресурсы. Дженерик – воспроизведенный лекарственный препарат, аналогичный патентованному (оригинальному) и выведенный на рынок по истечении срока патентной защиты оригинала [5].

Алгоритм процесса производства дженериковых и оригинальных фармацевтических препаратов одинаков и соответствует требованиям ВОЗ, регламентирующим жесткие стандарты в отношении помещений, оборудования, сырья, персонала, методов контроля качества и т.д. Однако процедура регистрации дженериков стоит значительно дешевле и занимает меньше времени, так как не требует полного цикла клинических испытаний.

В настоящее время на отечественном стоматологическом рынке присутствует достаточное количество оригинальных препаратов и дженериков артикаинового ряда. «Брилокаин» – комбинированный препарат для местной анестезии в стоматологии. Показания к применению: инфильтрационная и проводниковая анестезия, в том числе у больных с сопутствующей соматической патологией. Противопоказания к применению: повышенная чувствительность к артикаину, адреналину, сульфитам, вспомогательным компонентам препарата; бронхиальная астма при повышенной чувствительности к сульфитам; порфирия, гипертиреоз, закрытоугольная глаукома, пароксизмальная тахикардия, мерцающая аритмия, одновременный прием неселективных б-блокаторов.

Цель исследования

Оценить эффективность применения анестетика «Брилокаин» на стоматологическом приеме.

Материалы и методы

В январе-марте 2015 г. были опрошены 22 врача-стоматолога. Все они сотрудники муниципальных стоматологических поликлиник Волгограда. Для оценки эффективности обезболивания изучали субъективные и объективные показатели, характеризующие интенсивность боли у пациента. Для этого были использованы визуально-аналоговые шкалы, которые широко используются на клиническом приеме [1, 6]. Каждый раз после применения анестетика «Брилокаин» стоматологи оценивали качество работы с ним.

Результаты и их обсуждение

Большинством манипуляций, проведенных с применением анестетика «Брилокаин», было лечение зубов – 55,2%. Врачи-стоматологи также использовали препарат для экстракции зубов под инфильтрационной и проводниковой анестезией (22,6% и 9,5% соответственно), препарирования зубов под искусственные коронки под инфильтрационной анестезией (13,5%), проведения операций на мягких тканях ЧЛЮ и вмешательств на слизистой оболочке полости рта. При этом 84,4% опрошенных оценили обезболивающую активность анестетика как высокую (наступление анестезии с момента введения 1–3 мин, качественная анестезия на всем протяжении вмешательства), 9,3% респондентов считали активность «Брилокаина» средней (более медленное достижение анестезиологического эффекта по сравнению с другими анестетиками артикаинового ряда). И лишь в каждом 16-ом случае применения «Брилокаина» анестезия наступала медленно, первой инъекции оказывалось недостаточно (6,2%).

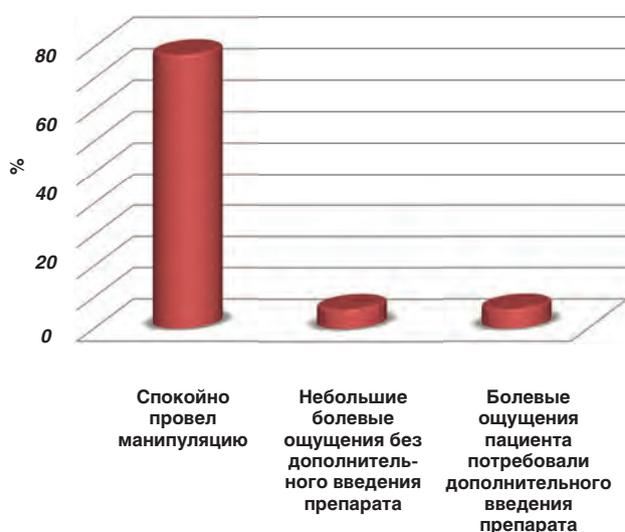
Производство дженериков – важнейшее и ведущее направление развития фармацевтической индустрии.

Основная часть врачей (87,5%) спокойно провели манипуляцию, в 6,2% случаев пациент испытывал небольшие болевые ощущения во время лечения, но дополнительного введения препарата не потребовалось. Так же 6,2% стоматологов сообщили, что пациент испытывал болевые ощущения во время лечения, потребовалось дополнительное введение препарата (рис. 1). Оценивая, что именно могло повлиять на слабую анестезирующую активность «Брилокаина», респонденты отмечали запущенность воспалительного процесса, сопровождающуюся ухудшением общего состояния организма и индивидуальные особенности эмоциональной сферы пациентов, которые были настроены тревожно перед началом лечения.

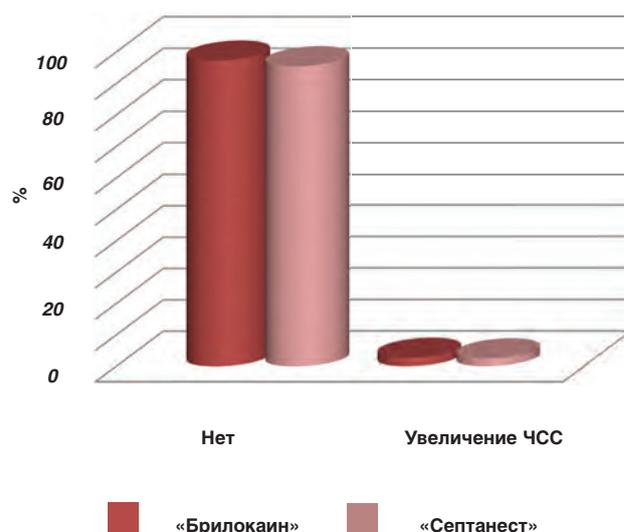
Большинство стоматологов при выборе лекарственных средств отдавали предпочтение оригинальным препаратам (82,4%), 12,5% не видели разницы и только 5,1% опрошенных выбирали дженерики, что говорит о недоверии врачей к препаратам отечественного производства.

Из побочных реакций, сопровождающих введение анестетика «Брилокаин», 2,7% опрошенных отмечали увеличение частоты сердечных сокращений (рис. 2), что сопоставимо с данными И.В. Фомичева, полученными при исследовании препарата Septanest в 2014 г. [5]. Все врачи, принявшие участие в опросе, отрицали возникновение каких-либо технических сложностей при введении анестезии.

При изготовлении инъекционных растворов все производители принимают меры к обеспечению сохранности лекарственных веществ, используют консерванты



▲ Рис. 1 Эффективность проведения манипуляции с применением анестетика «Брилокаин»



▲ Рис. 2 Побочные реакция во время или после применения анестетика «Брилокаин»

и стабилизаторы активного вещества: ЭДТА, р-р HCl, глицин и др. ЭДТА – комплексообразователь, который захватывает ионы металлов (Al, Pb), выщелачиваемые из стекла, и выводит из организма. Существует предположение, что наличие ЭДТА в составе анестетика способно вызывать головную боль, тошноту, рвоту, местное раздражение тканей, поражение почек, нарушение сердечного ритма. Описаны и аллергические реакции на ЭДТА при местном применении кортикостероидов. Подтверждения или опровержения этих утверждений не требуется, поскольку в состав «Брилокаина» не входят ЭДТА, HCl и глицин. В препарате используются трилон Б (динатриевая соль ЭДТУ) и химически стойкое стекло. Возможные побочные реакции уменьшает и отсутствие парабенов в составе «Брилокаина».

Требования к дженерикам и оригинальным препаратам одинаковы и соответствуют стандартам ВОЗ.

Выводы

Анализ результатов показал, что во всех случаях применения «Брилокаина» отмечалась хорошая переносимость препарата, достигалось качественное обезболивание при проводниковой и инфильтрационной анестезии. Отсутствие в составе анестетика ряда потенциально аллергенных составляющих позволяет снизить риск побочных реакций при проведении обезболивания на амбулаторном стоматологическом приеме. Дженерик «Брилокаин» обладает всеми свойствами оригинального препарата. Полученные данные оказались сопоставимы с результатами проведенных в МГМСУ клинических

исследований анестетика «Брилокаин» и аналогичных артикаинсодержащих препаратов. Сравнительное исследование эффективности обезболивания и безопасности действия анестетика «Брилокаин-адреналин форте 1:100000» позволяет считать, что при амбулаторном лечении стоматологических заболеваний он обладает клиничко-физиологическими показателями, схожими с аналогичными артикаинсодержащими препаратами.

Координаты для связи с авторами:

alekseymiha@yandex.ru – Михальченко Алексей Валерьевич

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Миликевич В.Ю., Клаучек С.В., Михальченко Д.В. Психосоциологические аспекты прогнозирования адаптации человека к ортопедическому стоматологическому вмешательству. – Стоматология, 1998, т. 77, № 6, с. 61–62.
2. Михальченко Д.В. Психосоциологические аспекты прогнозирования адаптации человека к ортопедическим стоматологическим конструкциям. – Автореф. канд. дисс., 1999, Волгоград, ВГМУ, 24 с.
3. Михальченко Д.В., Засядкина Е.В. Этические риски во взаимоотношениях врача-стоматолога и пациента. – Биоэтика, 2011, т. 2, № 8, с. 42–43.
4. Наумова В.Н. Факторы, влияющие на решение потребителей о покупке в аптеках средств гигиены полости рта и препаратов для лечения стоматологических заболеваний. – Dental Forum, 2011, № 5, с. 85–86.
5. Фомичев И.В. Эффективность применения препарата Septanest на амбулаторном приеме врача-стоматолога. – Стоматолог-практик, 2014, № 1, с. 40–43.
6. Шемонаев В.И., Тимачева Т.Б., Шарановская О.В. с соавт. Оптимизация подготовки витальных зубов под современные несъемные ортопедические конструкции. //Сб. науч. тр. «Наука и образование в XXI веке»./Матер. Межд. науч.-практич. конф. – М.: ЦНИИС, 2013, с. 156–157.
7. Ягупова В.Т., Федотова Ю.М., Филук Е.А. с соавт. Врач-стоматолог как исполнитель медицинских услуг. – Успехи современ. естествознания, 2014, № 3 (11), с. 22–26.



ФЕРЕИН

Брилокаин®

артикаин с адреналином

Информация для специалистов

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

Реклама

*Качественный анестетик
по справедливой цене*



**ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: ЗАО «Брынцалов-А»,
117105 Москва, ул.Нагатинская, д.1,
+7 (499) 611-53-27, www.ferain.ru**

**ДИСТРИБЬЮТОР: ООО «МЕДЕНТА»,
123308 Москва, Новохорошевский пр., д. 25
+7 (499) 946-46-10, www.medenta.ru**

Медицинская реабилитация больных гемофилией, осложненной повреждениями мягких и твердых тканей челюстно-лицевой области

Ассистент **Д.С. Шинкевич**, кандидат медицинских наук
 Профессор **В.В. Афанасьев**, доктор медицинских наук
 Кафедра травматологии челюстно-лицевой области МГМСУ им. А.И. Евдокимова
 Минздрава РФ

Резюме. Описана клиническая картина и методы лечения пяти больных с повреждениями тканей челюстно-лицевой области (ЧЛО), осложненными различными формами гемофилии. Результаты исследования показали, что для лечения гематом ЧЛО у таких больных не рекомендуется использовать физические методы воздействия, а стоит ограничиться заместительной гемостатической терапией. В реабилитационный период показана механотерапия для восстановления функции жевательной мускулатуры и движения в височно-нижнечелюстном суставе. Санацию полости рта целесообразно выполнять с помощью ирригации без использования зубочисток. Медицинскую реабилитацию больных с травмами лица и сопутствующей гемофилией следует проводить в условиях гематологического стационара под контролем специалиста гематолога совместно с хирургом-стоматологом.

Ключевые слова: гемофилия; травмы челюстно-лицевой области; гематома; отек; открывание рта; ирригация.

Medical rehabilitation of patients with hemophilia complicated by damage to the soft and hard tissues of the maxillofacial area

Assistant **Dmitry Shinkevich**, Candidate of Medical Sciences
 Professor **Vasiliy Afanasiev**, Doctor of Medical Sciences
 Department of Traumatology of the Maxillofacial Area of MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. We describe the clinical picture and treatment of five patients with damage to the tissues of the maxillofacial area, complicated by various forms of hemophilia. The results showed that the treatment of maxillofacial area hematomas in these patients is not recommended to use physical methods of influence, and should confine replacement hemostatic therapy. The rehabilitation period is a hydrotherapy to restore the function of the masticatory muscles and movement in the temporomandibular joint. Dental health it is advisable to carry out with the help of irrigation without using toothpicks. Medical rehabilitation of patients with facial injuries and associated with hemophilia should be in a hospital under the supervision of hematology specialist haematologist in conjunction with an oral surgeon.

Keywords: hemophilia; injuries maxillofacial area; hematoma; swelling; opening of the mouth; irrigation.

Травма мягких и костных тканей челюстно-лицевой области (ЧЛО) – чрезвычайная ситуация для больных гемофилией, так как может угрожать жизни пациента [1, 4, 6]. Некоторыми авторами описаны случаи образования псевдоопухоли (инкапсулированная медленно растущая гематома), вызванная сильным посттравматическим кровотечением, которая может привести к деструкции челюстных костей [7–9]. Даже неосторожный осмотр полости рта шпателем порой вызывает образование гематомы корня языка или подслизистых кровоизлияний [2]. В современной литературе до сих пор недостаточно полно освещены принципы медицинской реабилитации больных гемофилией, осложненной травмами ЧЛО.

Цель работы

Разработка научно-прикладных принципов медицинской реабилитации больных гемофилией с травмами челюстно-лицевой области.

Материалы и методы

В стационаре гематологического научного центра МЗ РФ под наблюдением находились пять пациентов с травмами ЧЛО. У одного из них диагностировали сочетанную травму головы с наличием гематом в параорбитальной, теменной, околоушной и позадичелюстной областях слева (рис. 1). У второго пациента выявили перелом скуловой кости и дуги без смещения, а также множественные ссадины и гематомы мягких тканей лица



▲ Рис. 1 Больной А. Внешний вид при поступлении: ушибы мягких тканей ЧЛО, гематомы в параорбитальной, теменной, околоушной и позадищелюстной областях слева; гемофилия А, тяжелая форма



▲ Рис. 2 Больной Р. Внешний вид при поступлении: перелом скуловой кости и дуги без смещения, множественные ссадины и гематомы мягких тканей лица; гемофилия А, тяжелая форма



▲ Рис. 3 Больной К. Внешний вид при поступлении: рвано-ушибленная рана верхней и нижней губ, перелом коронок зубов 21 и 23; гемофилия А, тяжелая форма

(рис. 2). Третий имел рвано-ушибленную рану верхней и нижней губ, перелом коронок зубов 21 и 23. Ему провели первично-хирургическую обработку (ПХО) ран с удалением зуба 23 (рис. 3). У четвертого больного обнаружили перелом тела нижней челюсти справа в области зуба 43 без смещения. Пациенту провели шинирование с удалением зуба 43. Пятая пациентка поступила с рвано-ушибленной раной верхней губы, переломом корней четырех верхних резцов. Ей провели ПХО ран верхней губы и удалили сломанные резцы.

Все больные страдали различными формами гемофилии. Средний возраст пациентов составил 35 лет. Хирургическую стоматологическую помощь оказывали в комплексе с общей гемостатической терапией путем введения восьми- и девятиплазменных факторов свертывания крови, а также свежезамороженной плазмы.

Результаты и их обсуждение

У всех пяти больных наблюдали образование гематом. У первых четырех они располагались поверхностно под кожей в различных областях лица и носили ограниченный характер. Гематомы самостоятельно резорбировались примерно на 8-е сут. У пациентки с переломом верхних резцов гематома в области верхней губы держалась 22 дня. Физические методы воздействия на гематомы (согревающие компрессы, физиотерапия, сосудорасширяющие мази) не применяли, так как местный разогрев тканей и расширение сосудов повышает риск распространения гематом в глубокие слои лица и шеи. Следствием этого может стать смещение или сдавление гематомой верхних дыхательных путей [3]. Вторичного кровотечения после ПХО ран не наблюдали. Лечение первого и третьего пациентов проводили только консервативно: назначили постельный режим и симптоматическую терапию. Больному с переломом скуловой кости и дуги рекомендовали ограничение открывания рта и боковых движений нижней челюсти, а также жидкую пищу. Затрудненное открывание рта отмечено у трех пациентов (60%). В двух случаях (третий и пятый пациенты) ограничение открывания было вызвано болью в послеоперационных ранах, а также наличием гематомы и отека в приротовой области. После рассасывания гематом открывание рта значительно улучшилось. У больного с переломом нижней челюсти после снятия бимаксиллярных шин ограничение

открывания рта было связано с изменениями в височно-нижнечелюстном суставе и гипотрофией жевательных мышц, вызванных длительным обездвиживанием челюсти (30 сут). Пострадавшему назначили лечебную гимнастику, включавшую разнообразные, повторяющиеся движения нижней челюсти [5]. В полном объеме открывание рта восстановилось через неделю.

Для профилактики инфекционных осложнений всем пациентам во время перевязок проводили обработку полости рта растворами антисептиков. Больным рекомендовали самостоятельно 3–4 раза в день очищать полость рта и межзубные промежутки антисептическими растворами, используя ирригаторы или резиновые груши. Применение зубочисток и межзубных нитей (флоссеров) не допускалось, так как любое неосторожное движение могло привести к повреждению слизистой оболочки десны и возникновению труднокупируемого вторичного кровотечения. Окончательная эпителизация ран после ПХО наступила на 20-е сут. Пребывание больных в стационаре составило в среднем 15,5 сут.

Выводы

1. Для лечения гематом ЧЛО больных гемофилией не рекомендуется использовать физические методы воздействия (физиотерапию, согревающие компрессы). Гематомы тканей успешно рассасываются под воздействием общей заместительной гемостатической терапии.
2. Для разработки движений в височно-нижнечелюстных суставах и восстановления функции жевательной мускулатуры у больных гемофилией необходимо проводить лечебную гимнастику.
3. Очищать полость рта и зубы таких пациентов следует ирригацией антисептических растворов. Использование для этих целей жестких приспособлений (зубочисток и зубных нитей) не рекомендуется.
4. Медицинскую реабилитацию больных гемофилией с травмами лица следует проводить в условиях гематологического стационара под контролем специалиста гематолога совместно с хирургом-стоматологом.

Координаты для связи с авторами:

+7 (916) 625-71-27, shidmitry@yandex.ru – Шинкевич Дмитрий Сергеевич

📖 СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ НАХОДИТСЯ В РЕДАКЦИИ.

Применение системы Componeer для прямой реставрации зубов фронтальной группы

Ассистент **Г.Б. Любомирский**, кандидат медицинских наук
Кафедра терапевтической стоматологии ИГМА (Ижевск) Минздрава России

Резюме. Зачастую стоматологи сталкиваются с проблемой выбора между прямыми и непрямыми методиками восстановления зубов фронтальной группы. Компания Coltène/Whaledent AG (Швейцария) разработала новую систему Componeer (компонир). На примере клинического случая показано, что данная технология сочетает в себе все достоинства обеих техник.

Ключевые слова: компонир; композитные материалы; прямая и непрямая реставрация; эстетика.

Application of the system Componeer for direct anterior restorations

Assistant **Gennady Lubomirsky**, Candidate of Medical Sciences
Department of Therapeutic Stomatology of Izhevsk State Medical Academy

Summary. Often dentists are faced with the choice between direct and indirect methods of restoring anterior teeth. The company Coltène/Whaledent AG (Switzerland) has developed a new system Componeer. Clinical case shows that this technology combines the direct and indirect restorations.

Keywords: componeer; composite materials; direct and indirect restorations; aesthetics.

На сегодняшний день стоматологу-терапевту в клинической практике часто приходится проводить эстетическое восстановление зубов фронтальной группы с применением современных композитных материалов. Эту задачу облегчает изобилие композитов от различных производителей. Несомненно, выполнение реставраций напрямую связано со знаниями врача и его умением воспроизвести анатомическую форму зубов. Однако требования к лечению зубов фронтальной группы возрастают по мере усовершенствования материалов и инструментов.

Методики воссоздания эстетики зуба, применяемые в условиях зуботехнической лаборатории, не всегда подходят для использования в клинике терапевтической стоматологии. Это связано с особенностями выполнения реставрации в полости рта, свойствами композитных материалов, а также ограниченностью рабочего времени врача [3].

Усовершенствование материалов и методик реставрации позволило удовлетворить высокие эстетические требования пациентов. Так, подавляющее большинство людей ожидают от стоматолога создания так называемых невидимых реставраций [5]. Пациенты заинтересованы в соблюдении большего количества тканей зуба и хотят принимать участие в выборе цвета и формы будущей работы. Также они ставят перед стоматологом задачу спрогнозировать конечный результат еще до начала лечения [2, 4]. Поэтому врачу важно идти в ногу с развитием новых технологий и совершенствовать свои мануальные навыки, улучшая качества реставраций.

Зачастую стоматологи сталкиваются с выбором между прямыми и непрямыми методиками восстановления зубов фронтальной группы. Все больше терапевтов занимается вопросами микропротезирования [1].

Цель работы

Проанализировать применение новой системы реставрации зубов фронтальной группы – Componeer (компонир), сочетающей в себе все достоинства прямой и непрямой техник реставрации.

Материалы и методы

Выполнена реставрация зубов фронтальной группы с применением компониров у 10 пациентов с различными жалобами на эстетическую неудовлетворенность: наличие пломб с нарушенным краевым прилеганием, дисколорит, диастемы, тортопозиции и дефекты формы зубов.

Результаты и их обсуждение

В качестве иллюстрации используем пример клинического случая, демонстрирующего реставрацию косметического дефекта зуба у одного из пациентов.

Клинический случай

Пациент Н., 28 лет. Обратился с жалобами на косметический дефект зуба 21, а именно на скол коронковой части. Скол произошел в результате боксерского поединка. Сложность заключалась в цветовой адаптации, так как зуб 11 – интактный, а на зубе 22 установлена коронка из металлокерамики.

При объективном осмотре выявлено, что у пациента улыбка закрытого типа, отмечены также незначительный наклон зуба 21 в вестибулярном направлении, различная высота коронок зубов 11 и 21 (рис. 1).

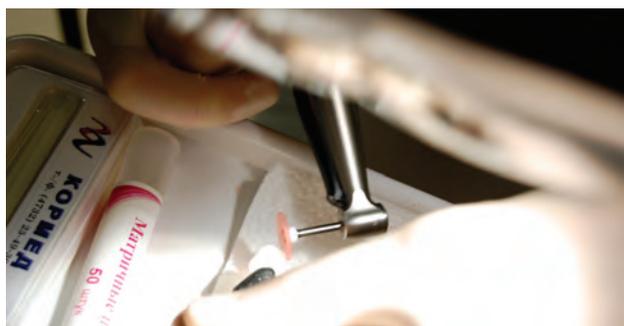
Несмотря на наличие патологии прикуса и аномалий положения отдельных зубов, пациент категорически отказался от ортодонтического лечения до проведения реставрации. От него было получено информированное



▲ Рис. 1



▲ Рис. 2



▲ Рис. 3



▲ Рис. 4



▲ Рис. 5

согласие на проведение реставрационной работы с помощью системы Composee для устранения косметического дефекта зуба 21.

Под инфльтрационной анестезией провели препарирование вестибулярной поверхности зуба 21 для создания ретенционных пунктов. Затем смоделировали нижнюю треть зуба 21 композитным материалом Synergy D6 (Coltène/Whaledent) и определили длину клинической коронки (рис. 2).

Для препарирования зуба 21 в области шейки на глубину до 0,3 мм, в области тела – до 0,5 мм использовали конусные и шаровидные боры средней зернистости (красная и синяя маркировка). После препарирования выполнили изоляцию рабочего поля.

Далее провели все этапы адгезивной техники зуба 21 и адгезивную подготовку самого композитора к реставрации. Осуществили припасовку композитора к поверхности зуба и выдавили материал за пределы пластинки для исключения образования пор (рис. 3).

В самом конце сняли изолирующие компоненты, провели окончательную полировку с помощью щетки из натуральной щетины с восковым покрытием (рис. 4) и полимеризацию реставрации (рис. 5).

Анализ полученных данных показал высокоэстетичный эффект и неоспоримые преимущества реставрации с помощью системы Composee: несложное, щадящее препарирование зуба под конструкцию; постоянный контроль со стороны пациента и его участие в выборе формы и цвета будущей работы; возможность демонстрации конечного результата путем приложения не закрепленных на зуб композитов. При этом в реставрации участвует только один врач, который производит манипуляции в одно посещение. При необходимости стоматолог может провести коррекцию композитора без участия зубного техника пломбирочными материалами фирмы Coltène/Whaledent. Композиторы – это готовые композитные накладки, поэтому при работе с ними не происходит усадки материала.

Вывод

Таким образом, вышеописанная технология – высокоэффективный способ прямой реставрации, дополняющий уже имеющиеся методики, используемые для эстетической реставрации зубов.

Координаты для связи с авторами:

+7 (3412) 42-54-88, ther-stom@igma.udm.ru – Любомирский Геннадий Борисович

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Данилова Д.В. Особенности планирования форм и размеров эстетических реставраций зубов. //Сб. тр. молодых ученых. – Мн.: Стринко, 2005, с. 20–22.
2. Ломиашвили Л.М. Принципы художественного моделирования зубов. //Тр. VII всеросс. съезда стоматологов. – М.: ЦНИИС, 2001, с. 66–70.
3. Луцкая И.К., Новак Н.В., Данилова Д.В. Эстетическое восстановление зубов фронтальной группы. – Совр. стоматология, 2005, № 4, с. 27–31.
4. Рабинович И.М., Липкинд Ж.А. Клинич. опыт применения новой системы Composee для прямой реставрации зубов фронтальной группы. – Институт стоматологии, 2013, № 1 (58), с. 40–41.
5. Руле Ж.Ф., Спреафико Р., Делтал Я. Эстетические реставрации передних зубов. – Ай Кью, 2005, вып. 5, с. 49–51.

Методологические подходы к процессу формирования у врачей-стоматологов навыков эстетического моделирования зубов



Ассистент
С.Г. Михайловский



Профессор
Л.М. Ломиашвили,
доктор медицинских наук, заведующая кафедрой



Ассистент
Д.В. Погадаев

Кафедра терапевтической стоматологии ОГМУ (Омск) Минздрава РФ

Резюме. В статье отражен поэтапный процесс совершенствования навыков моделирования зубов практикующими врачами-стоматологами на основе учебно-методического комплекса, разработанного на кафедре терапевтической стоматологии ОГМУ.

Ключевые слова: моделирование зубов; одонтоскопия, учебно-методический комплекс.

Methodological approaches to the process of formation of dentists' aesthetic modeling skills in dentistry

Assistant **Sergey Mikhailovskiy**
Professor **Larissa Lomiashvili**, Doctor of Medical Sciences, Head of Department
Assistant **Dmitry Pogadaev**
Department of Therapeutic Stomatology of Omsk State Medical University

Summary. The article reflects the gradual process of improving the skills of modeling teeth by practicing dentists based educational complex developed at the Department of Therapeutic Stomatology OSMU.

Keywords: modeling teeth; odontoskopiya; methodical complex.

В настоящее время в стоматологическом сообществе отмечается недостаточность методических систем обучения, ориентированных на развитие интеллектуального и творческого потенциала учащихся. Эта серьезная проблема в учебном процессе высшей школы впоследствии приводит к возникновению негативных ситуаций в практическом здравоохранении [2, 3].

На кафедре терапевтической стоматологии ОГМУ были разработаны методологические подходы к обучению слушателей основам эстетического моделирования зубов. В исследовании принимали участие интерны, а также стоматологи со стажем работы менее и более 5 лет. Перед обучающимися ставили единые задачи и условия их выполнения. Необходимо было участие каждого исполнителя в трех этапах моделирования (рис. 1).



▲ Рис. 1 Врачи-стоматологи – участники исследования, Батуми (Грузия), 2014 г.

На первом этапе нужно было из подручного материала (пластилин) смоделировать моляры нижней и верхней челюстей. Конструирование основывалось на знаниях нормальной анатомии, собственных представлениях о габаритах, форме, объеме зубов.

Второй этап заключался в изучении морфологии интактных моляров, подробном рассмотрении основных элементов коронки зуба, детальном определении микрорельефа поверхностей, пропорциональных соотношений, габаритных размеров зубов. Целенаправленно участников знакомили с учебно-методическим комплексом по теме: «Моделирование зубов», разработанным на кафедре терапевтической стоматологии ОГМУ. Методическим обеспечением:

- 1) учебно-методическое пособие, предназначенное для стоматологических факультетов медицинских вузов [1];
- 2) учебно-методическое электронное пособие: «Художественное моделирование зубов» (В.Б. Недосеко, Л.М. Ломиашвили);
- 3) анимационные компьютерные фильмы: «Волшебный путь преобразования», «Моделирование вкладки моляра нижней челюсти непрямым методом по авторской методике Л.М. Ломиашвили», «Моделирование коронковой части зуба моляра нижней челюсти из материала глина»;
- 4) слайд-программы: «Пространственное моделирование зубов», «Альтернативные методы восстановления зубов, зубных рядов», «Вариабельность моляров зубочелюстного аппарата человека».

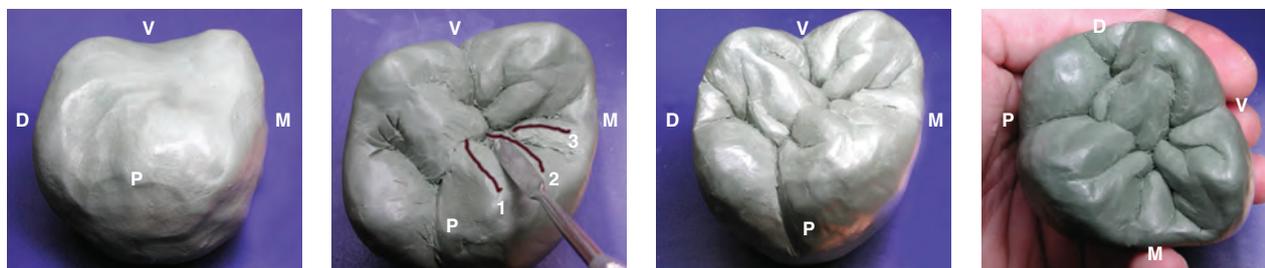
Обучающимся демонстрировали этапы моделирования зуба 16 из скульптурной глины (рис. 2–5), показывали

этапы моделирования зуба 36 из пластилина (рис. 6–9), затем – этапы моделирования зуба 36 из пластика (рис. 10–13).

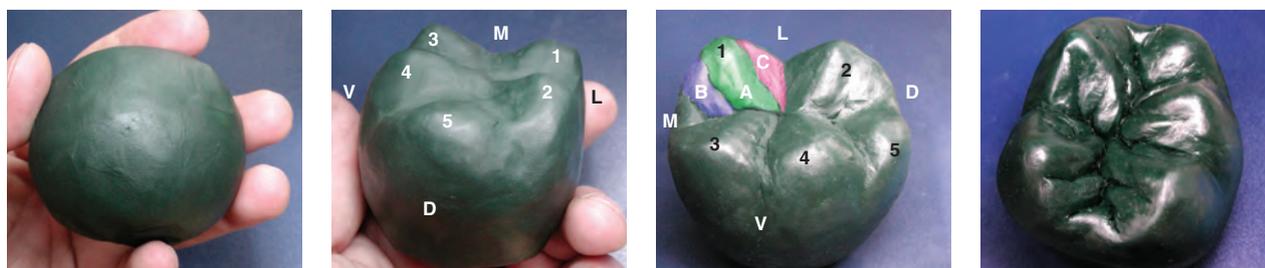
Изучение учебно-методического комплекса дает возможность обучающимся освоить основные этапы восстановления твердых тканей коронок зубов. Устанавливается алгоритм одонтокопии, позволяющий оценивать качественные признаки зубов, демонстрируются методы одонтометрии с указанием размеров зубов на примере коронки моляра верхней и нижней челюстей. Обучающиеся имеют возможность ознакомиться с цветными фотографиями, рисунками, схемами, поясняющими этапы моделирования коронок зубов человека.

Далее каждому участнику выдается интактный моляр. Необходимо грамотно описать его форму, увидеть за счет чего образуется индивидуальность поверхностей, и создать подобную форму из пластилина.

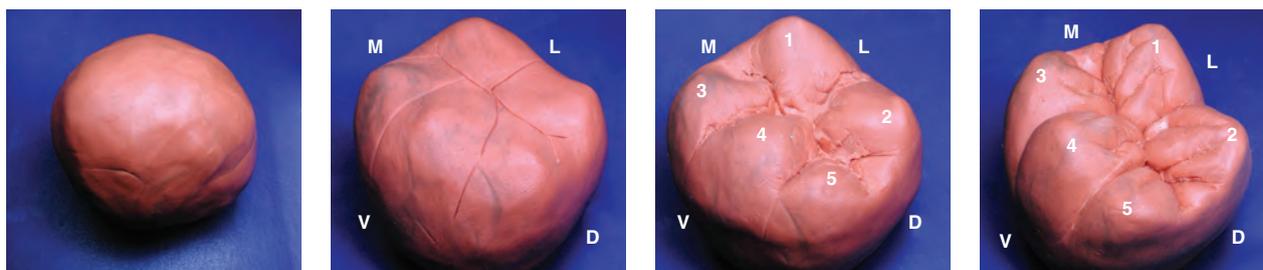
На третьем этапе обучающиеся на основании более глубоких знаний по анатомии и моделированию зубов и, учитывая собственные представления об анатомии зубочелюстной системы, должны смоделировать из пластилина моляр верхней челюсти (искомый образец отсутствует). В ходе каждого этапа моделирования проводили анкетирование обучающихся, делали серию фотографий по ходу формирования нижнего моляра, фиксировали время выполнения задания, выполняли тестирование. Участникам было предложено оценить свои работы самостоятельно, помимо этого, экспертную оценку давали преподаватели (по пятибалльной системе). Каждый обучающийся ответил на вопросы теста: «Каков ваш творческий потенциал?»



- ▲ Рис. 2 Придание габаритных очертаний модели: V – вестибулярная поверхность, P – небная, M – мезиальная, D – дистальная
- ▲ Рис. 3 Моделировка основного (2) и дополнительных (1, 3) валиков переднего небного бугорка
- ▲ Рис. 4 Окончательный вид модели зуба 16
- ▲ Рис. 5 Оклюзионная поверхность модели зуба 16



- ▲ Рис. 6 Придание материалу формы шара
- ▲ Рис. 7 Формирование габаритных очертаний, вершин основных бугров: переднего язычного (1), заднего язычного (2), переднего щечного (3), заднего щечного (4), дистального (5); M – мезиальная поверхность, D – дистальная, V – вестибулярная, L – язычная
- ▲ Рис. 8 Моделирование валиков: дистального (B), продольного (A), медиального (C) и переднего язычного бугра (1); 2 – задний язычный бугор, 3 – передний щечный, 4 – задний щечный, 5 – дистальный
- ▲ Рис. 9 Конечный результат: модель моляра нижней челюсти, выполненная из пластилина



- ▲ Рис. 10 Подготовка пластика: разминание, разогревание в руках, придание формы шара
- ▲ Рис. 11 Придание габаритных очертаний модели, нанесение разметки, соответствующей фиссуре первого порядка Ж-образной формы: М – мезиальная контактная поверхность, D – дистальная контактная поверхность, V – вестибулярная поверхность, L – язычная поверхность
- ▲ Рис. 12 Вершины основных бугорков: 1 – передний язычный, 2 – задний язычный, 3 – передний щечный, 4 – задний щечный, 5 – дистальный
- ▲ Рис. 13 Конечный результат моделирования: 1 – передний язычный бугор, 2 – задний язычный, 3 – передний щечный, 4 – задний щечный, 5 – дистальный

Деление на этапы весьма условно и отражает временные характеристики исследования, упорядочивает задания для участников, ставит всех в равные условия.

На первом проверочном этапе участники за 180 минут должны были выполнить моделирование коронковой

части зуба 46 из пластилина с учетом знаний полученных ранее на практических занятиях, курсах, в процессе практической работы. Необходимо было отразить основные анатомические элементы, показать форму коронковой части зуба, количество бугров, их взаимоотно-

▼ **Таблица 1** Оценка творческих возможностей врачей-стоматологов при моделировании зубов на первом проверочном этапе

Группа	Время выполнения	Самооценка, балл	Оценка преподавателя, балл
А – интерны	1 ч 30 мин	3,8	3,3
Б – стоматологи со стажем работы не более 5 лет	2 ч	3,2	3,5
В – стоматологи со стажем работы более 5 лет	2 ч 15 мин	3,8	3,1

▼ **Таблица 2** Оценка творческих возможностей врачей-стоматологов при моделировании зубов на втором проверочном этапе

Группа	Время выполнения	Самооценка, балл	Оценка преподавателя, балл
А – интерны	7 ч	4,5	4,0
Б – стоматологи со стажем работы не более 5 лет	6 ч 30 мин	4,8	4,1
В – стоматологи со стажем работы более 5 лет	6 ч 10 мин	4,8	4,2

▼ **Таблица 3** Оценка творческих возможностей врачей-стоматологов при моделировании зубов на третьем этапе

Группа	Время выполнения	Самооценка, балл	Оценка преподавателя, балл
А – интерны	5 ч 20 мин	4,6	4,3
Б – стоматологи со стажем работы не более 5 лет	4 ч 30 мин	4,7	4,5
В – стоматологи со стажем работы более 5 лет	5 ч	4,8	5,0



- ▲ Рис. 14 Первый этап. Модели зуба 46, выполненные из пластилина: А – участником из группы интернов, Б – участником из группы врачей-стоматологов со стажем работы менее 5 лет, В – участником из группы врачей-стоматологов со стажем работы более 5 лет
- ▲ Рис. 15 Второй этап. Модели зуба 46, выполненные из пластилина: А – участником из группы интернов, Б – участником из группы стоматологов со стажем работы менее 5 лет, В – участником из группы стоматологов со стажем работы более 5 лет
- ▲ Рис. 16 Второй этап. Моделирование коронковой части зуба 46. Модели, выполненные из композита: А – участником из группы интернов, Б – участником из группы стоматологов со стажем работы менее 5 лет, В – участником из группы стоматологов со стажем работы более 5 лет

InPrep

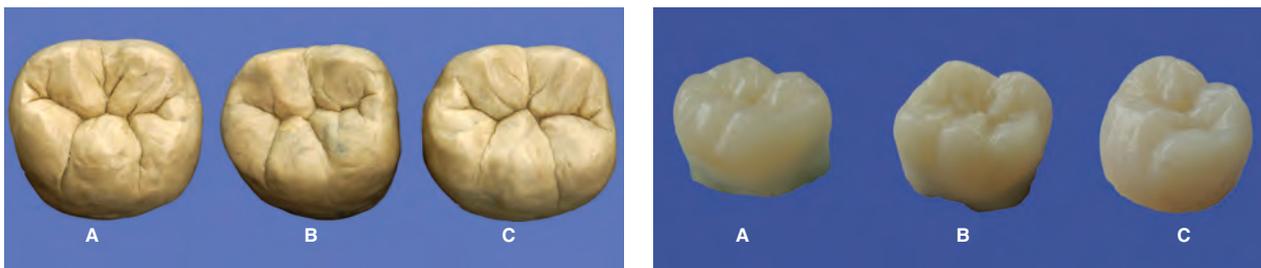
Препарирование полости за 30 секунд



НАШЕ КАЧЕСТВО - ВАШ УСПЕХ!



- ➔ Алмазный инструмент с KR Taper и модифицированной формой плеча
- ➔ Неактивная направляющая выступающая точка
- ➔ Сформированная коническая полость с наклоном 6° подходит для сканирований CAD/CAM



▲ Рис. 17 Третий этап. Модели зуба 46, выполненные из пластилина: А – участником из группы интернов, Б – участником из группы стоматологов со стажем работы менее 5 лет, В – участником из группы стоматологов со стажем работы более 5 лет

▲ Рис. 18 Третий этап. Модели коронковой части зуба 46, выполненные из композита: А – модель моляра нижней челюсти, выполненная участником из группы врачей-интернов, В – модель моляра нижней челюсти, выполненная участником из группы врачей-стоматологов со стажем работы менее 5 лет, С – модель моляра верхней челюсти, выполненная участником из группы врачей-стоматологов со стажем работы более 5 лет



▲ Рис. 19 Зуб 36, исходная клиническая ситуация: реставрация не соответствует основным эстетическим параметрам – форме и цвету

▲ Рис. 20 Моделирование коронковой части зуба 36 непрямым методом

▲ Рис. 21 Финишная обработка и микроконтуринг окклюзионной поверхности реставрации зуба 36

▲ Рис. 22 Внешний вид реставрации зуба 36

ношения, расположение фиссур первого порядка, подчеркнуть габаритные очертания, сохранить пропорции зуба (рис. 14). Средняя продолжительность работы для интернов составила 1 ч 30 мин, для стоматологов со стажем работы 5 лет – 2 ч, для стоматологов со стажем более 5 лет – 2 ч 15 мин (табл. 1).

Участники всех групп выполнили моделирование зубов раньше установленного времени. Однако конечные результаты работ не совсем отражали основные морфологические элементы зуба, принадлежность зуба к соответствующему квадранту определялась с трудом. В большинстве выполненных работ отмечалось отсутствие экватора зуба либо неправильное его расположение, неточное воспроизведение габаритных очертаний, сглаженность рельефа. Основным затруднением в моделировании зубов пластилином стало отсутствие опыта работы с данным подручным материалом.

Второй проверочный этап заключался в анализе морфологии моляров верхней и нижней челюстей с использованием изучения интактных зубов, методических пособий, моделей челюстей, фотографий, просмотра авторских видеофильмов. Временной промежуток для данного этапа составил 7 ч 30 мин. Участники должны были смоделировать моляр нижней челюсти из пластилина (рис. 15) и композита (рис. 16) аналогично форме интактного зуба 46 с использованием полученной информации авторского учебно-методического комплекса.

Результаты моделирования с применением знаний учебно-методического комплекса оказались на уровень выше. Работы, выполненные из пластилина и композита, имели правильные анатомические формы, выражен-

ный микрорельеф жевательной поверхности, экватор зуба. Большинство участников при моделировании максимально приблизились к анатомии интактного зуба 46 (табл. 2).

Третий проверочный этап исследования включал в себя моделирование коронковой части моляра из пластилина (рис. 17) и композита (рис. 18) без использования наглядного материала. Время выполнения работ – 8 ч. Этот этап был наиболее сложным: отсутствовал образец для подражания (табл. 3).

Восстановление отсутствующих тканей необходимо осуществлять, максимально приближаясь к естественным анатомическим особенностям зубочелюстного аппарата индивидуума. От того, с какой точностью будет произведено окончательное восстановление твердых тканей зубов, зависит последующее состояние и функционирование всего зубочелюстного аппарата (рис. 19–22).

Таким образом, анализ проведенных в ОГМУ исследований подтверждает необходимость преподавания углубленных знаний анатомии зубов, внедрения методик развития зрительной памяти, наблюдательности, совершенствования творческих подходов в художественной стоматологии.

Координаты для связи с авторами:

+7 3812 23-22-60, stomfak@omsk-osma.ru – кафедра терапевтической стоматологии ОГМУ: Михайловский Сергей Геннадьевич, Ломиашвили Лариса Михайловна, Погадаев Дмитрий Владимирович

📖 СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ НАХОДИТСЯ В РЕДАКЦИИ.

В.Ж.М ЛАВ



«Качество, основанное на научных исследованиях и разработках»



Компания **B.J.M. Laboratories Ltd. (B.J.M.)** была основана в 1992 году с целью разработки и производства инновационных стоматологических материалов.

B.J.M. производит линию стоматологических расходных материалов: адгезивы (Prima 2000, Prima Quick, Prima1), композитные цементы (High-Q-Bond, High-Q-Bond SE, Zirconite), цемент для фиксации имплантов (Cem-Implant), временный цемент (Q-Temp), эндодонтический силер (Root Canal Sealer), материалы для ортодонтической практики (High-Q-Bond Bracket, High-Q-Bond Band, High-Q-Bond Retainer), материал для восстановления культи зуба (Q-Core), материал для изготовления временных коронок и мостовидных протезов (Q-Crown).

Наша продукция широко представлена и распространяется в США, Европе, Азии, Южной и Северной Америке, России и странах СНГ.

Реклама



Эксклюзивный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»

123308, г. Москва, Новохорошевский проезд 25,
Телефон: 8 800 500-32-54 (звонки из регионов РФ бесплатные),
+7 (499) 946-46-09, +7 (499) 946-46-10, e-mail: shop@medenta.ru, www.medenta.ru

Клиническая оценка эффективности комплексного лечения лингвалгий при миофасциальном болевом синдроме лица



Доцент
Э.Г. Борисова,
кандидат медицинских
наук, руководитель
стоматоневрологиче-
ского центра



Профессор
А.А. Кунин,
доктор медицинских
наук

Кафедра факультетской стоматологии ВГМУ (Воронеж) им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ

Резюме. Одной из причин возникновения боли и парестезий в языке может быть миофасциальный болевой синдром лица, диагностика которого вызывает затруднения у врачей-стоматологов практического здравоохранения, что нередко ведет к необоснованному и неэффективному лечению. Под наблюдением находилось 57 пациентов с миофасциальным болевым синдромом лица, основными жалобами которых были жжение и боль в языке, усиливающиеся при длительном разговоре, во время приема пищи. Проведенные исследования показали достоверное улучшение функциональных параметров при комплексном лечении лингвалгий с использованием медикаментозной терапии и электростимуляции.

Ключевые слова: лингвалгия; миофасциальный болевой синдром лица; электростимуляция.

Clinical evaluation efficiency of complex treatment of pains in tongue when facial myofascial pain syndrome

Associated Professor **Eleonora Borisova**, Candidate of Medical Sciences, Head of Stomatitis Neurological Center
Professor **Anatoliy Kunin**, Doctor of Medical Sciences
Department of Faculty Dentistry of Voronezh State Medical University

Summary. One of the causes of pain in a tongue can be facial myofascial pain syndrome, diagnosis which causes difficulties for dentists practical health care, which often leads to unnecessary and ineffective treatment. We observed 57 patients when facial myofascial pain syndrome who complained of a burning sensation and pain in the tongue. Studies have shown significant improvement in functional parameters in the complex treatment of pain in the tongue using the drug therapy and electroneurostimulation.

Keywords: pain in the tongue; facial myofascial pain syndrome; electroneurostimulation.

Боль сопровождает 70% всех известных заболеваний и патологических состояний [2, 4, 6]. Но в то время как острая боль обычно является симптомом какого-то заболевания или травмы, хроническая боль – отдельная нозологическая единица, причем наносящая значительный ущерб не только больному индивиду, но и обществу в целом. Поэтому она признается одной из ведущих проблем современной медицины [2, 4, 6].

Среди болевых синдромов лица и полости рта глоссодиния (боль, жжение, пощипывание и другие парестезии языка) составляет более 50% [2, 3]. Данная патология часто вызывает затруднения у врачей-стоматологов прак-

тического здравоохранения при выяснении причин возникновения заболевания, что ведет к неправильной диагностике и необоснованному лечению [2, 3].

Многолетний опыт работы и научные исследования показали, что одной из причин возникновения боли и парестезий в языке может быть миофасциальный болевой синдром лица (МФБСЛ).

Цель исследования

Изучение эффективности комплексного лечения лингвалгий при миофасциальном болевом синдроме лица на основании клинико-функциональных показателей.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 57 человек с миофасциальным болевым синдромом лица, основными жалобами которых были жжение и боль в языке, усиливающиеся при длительном разговоре, во время приема пищи, а также боль в щечной области. Средний возраст пациентов составил $42,0 \pm 9,4$ года, средняя продолжительность заболевания – $2,4 \pm 0,8$ года. В клинической картине пациентов с лингвалгиями при МФБСЛ имелись жалобы на онемение и боль в задних отделах языка (если образующиеся триггерные точки (ТТ) расположены в головке грудино-ключично-сосцевидной мышцы) или в передних отделах одной стороны языка (если триггерные точки расположены в крыловидных мышцах). Боль в языке мучила пациентов. Она была не острой и приступообразной, а, скорее, незначительной, усиливающейся при приеме острой пищи, имела различные оттенки (например, в сочетании со жжением или покалыванием кончика, боковой поверхности или корня языка). Пациенты постоянно думали о боли, теряли сон и покой, страдали канцерофобией. Нередко боль сочеталась с парестезией и сухостью во рту. Необходимо отметить, что у большинства больных (48 чел., или 84,2%) боль в языке и парестезии исчезали при разобщении зубных рядов и, чтобы хоть на некоторое время избавиться от них, пациенты прокладывали между зубными рядами свернутую в несколько слоев марлю или валик из ваты.

От других лингвалгий этих пациентов отличало наличие признаков поражения жевательных мышц, усиление боли и парестезий в языке при функциональных нагрузках (жевание, глотание, разговор) и некоторое уменьшение в покое. Группу сравнения (контрольную) составили 10 здоровых лиц.

Клинические методы обследования пациентов включали опрос, визуальную и пальпаторную диагностику, определение гигиенического состояния полости рта, сохранности зубных рядов, особенностей прикуса, состояния твердых тканей зубов; оценку окклюзионных взаимоотношений, предусматривающую анализ состояния отдельных зубов, их положение в зубном ряду и отношение к антагонистам; определение мышечно-тонических нарушений в мышцах языка и мышцах жевательной группы при помощи пальпации.

Особое внимание уделяли данным анамнеза пациентов, таким как жалобы и особенности течения заболевания, давность и возможные причины возникновения патологии, результаты предшествующих лечебных мероприятий. В обязательном порядке выясняли условия и уровень жизни, наличие соматической патологии и прием лекарственных препаратов.

Помимо клинического обследования применяли клинико-функциональные методы.

Оценка болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) основана на субъективном анализе пациентом болевых ощущений и предназначена для количественной регистрации их интенсивности. При этом за 0 баллов принимали отсутствие болевых ощущений, за 10 – невыносимую боль. Оценку по методу ВАШ проводили следующим образом: на отрезке прямой длиной 10 см пациент отмечал интенсивность боли. Начало линии соответствовало отсутствию болевого ощущения, конец отрезка – непереносимой боли. Далее пациент самостоятельно фиксировал интенсивность боли на участ-

ке прямой, зная, что ноль – это отсутствие боли, а конечная цифра шкалы – максимально выраженная боль.

Эстеziометрия – определение дискриминационной чувствительности. Метод основан на измерении в единицах длины осознательных кругов Вебера – участков покровных тканей, включающих в себя рецепторные элементы, где два одновременных прикосновения воспринимаются как одно. Эстеziометрию проводили до и после лечения. Исследования выполняли в утренние часы натощак при температуре $18-20^{\circ}\text{C}$. Для эстеziометрии применяли циркуль-измеритель. Методика заключалась в следующем: путем одновременного прикосновения игол-браншей циркуля к изучаемым участкам языка устанавливали минимальное расстояние между ними, при котором исследуемый различал двойное прикосновение. Анализу подвергали кончик и спинку языка.

Электрогустометрия (ЭГМ) основана на определении пороговых значений силы тока, вызывающей специфическое вкусовое ощущение кислого при раздражении вкусовых точек языка. ЭГМ проводили при помощи аппарата «Электроодонтометр ЭОМ-3». Активный электрод прикладывали к боковой поверхности передней части языка, пассивный пациент зажимал в руке. До начала записи результатов исследования ЭГМ пациенту предлагали ознакомиться с ощущением от прикосновения к обеим половинкам языка металлического электрода, который прикладывали поочередно к боковым отделам справа и слева на расстоянии 1,5 см от средней линии с тем, чтобы исключить возможность раздражения противоположной стороны. Затем плавно увеличивали силу тока в цепи от нуля до значения, при котором на языке возникало вкусовое ощущение. Пороговой считали наименьшую силу подаваемого тока, вызывающую ощущение и регистрируемую визуально по движению стрелки микроамперметра. При этом пациент не видел шкалу прибора. Для исключения адаптации к раздражителю, длительность раздражения языка электрическим током не превышала 2 с. Среднее из пяти измерений принимали за величину порога. Снижением вкуса на участке языка к более высоким порогом считали разницу в порогах 20 мкА, а отсутствие вкусового ощущения при раздражении языка электрическим током силой 300 мкА оценивали как выпадение вкуса. При проведении ЭГМ обязательным условием был учет времени, прошедшего после еды, так как пороги вкуса колеблются: натощак они ниже, а после еды повышаются. Поэтому для достоверности результатов все исследования проводили натощак.

Комплексная медикаментозная терапия включала *адаптол* по 1 табл. (500 мг) 3 раза в день в течение месяца. Этот препарат, близкий по химической структуре к естественным метаболитам организма, устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, эмоциональное напряжение и раздражительность. Успокаивающий эффект не сопровождается миорелаксацией и нарушением координации движений, не снижает умственную и двигательную активность, поэтому средство можно применять в течение рабочего дня. Препарат *аркоксиа* назначали по 90 мг 1 раз в сутки. Это нестероидное противовоспалительное средство, селективный ингибитор ЦОГ-2, в терапевтических концентрациях блокирующий образование простагландинов и оказывающий противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие. *Нейромультивит* прописывали по 1 табл. 3 раза в день в течение двух недель. Витамины группы В, входящие в



▲ Рис. 1



▲ Рис. 2

▼ Сравнение результатов лечения лингвалгий с применением медикаментозной терапии (МТ) и комплексной терапии (МТ + ДЭНАС) при МФБСЛ

Метод исследования	Контрольная группа, n=10	До лечения, n=57	Лечение МТ, n=29	Лечение МТ + ДЭНАС, n=28
ВАШ, балл	0,1±0,01	4,6±0,03*	1,9±0,02*	1,03±0,01*
ЭМ, мм	1,0±0,1 (к)**	3,3±0,2* (к)**	2,4±0,2* (к)**	1,5±0,2* (к)**
	10,0±0,1 (с)***	7,9±0,1* (с)***	8,6±0,1* (с)***	9,7±0,2* (с)***
ЭГМ, мкА	20,5±0,82	41,47±6,34*	36,26±3,71*	29,6±0,56*

▲ Прим.: * p<0,05 по сравнению с контрольной группой; **к – кончик языка; ***с – спинка языка.

состав препарата, активно участвуют в процессах проведения нервного возбуждения в синапсах и необходимы для нормального функционирования центральной и периферической нервной системы.

Пациентов разделили на две группы. В первую (28 человек) вошли лица, которым проводили только медикаментозную терапию, во вторую – пациенты (29 человек), которым помимо медикаментов назначили сеансы электронейростимуляции аппаратом ДЭНАС (рис. 1). ДЭНС-терапия обеспечивает обезболивающий эффект посредством активации структур антиноцицептивной системы, снижает психологическое напряжение и мышечный тонус. Сеансы проводили ежедневно в режиме «Терапия» с частотой импульсов 60 Гц на пораженные участки языка лабильным способом, силу тока подбирали индивидуально. Время воздействия: 20 мин. В тот же день воздействовали выносным электродом на аурикулярные точки АТ 4 (рис. 2), соответствующие языку, в течение 5 мин [1, 2]. Группу сравнения составили 10 здоровых лиц.

Результаты и их обсуждение

Наблюдения показали, что интенсивность боли и парестезий у всех пациентов претерпела значительные изменения после лечения (таблица). Показатель оценки боли по ВАШ до лечения составлял 4,6±0,03 балла. После курса он снизился до 1,9±0,02 балла при использовании медикаментозной терапии и до 1,03±0,01 балла при комплексной. Статистически достоверное снижение показателя оценки боли по ВАШ подтверждает качество проведенного лечения, а значение показателя при комплексной терапии доказывает ее большую эффективность.

Кроме того, из таблицы видно, что функциональные показатели языка (ЭМ и ЭГМ) при комплексном лечении лингвалгий с использованием медикаментозной (МТ) и ДЭНАС-терапии (электронейростимуляции) достоверно

(p<0,05) улучшились, а после применения и ДЭНАС-терапии приблизились к показателям контрольной группы.

Выводы

1. Включение НПВС аркоксиа помогает повысить эффективность медикаментозной терапии лингвалгий при миофасциальном болевом синдроме лица.
2. Важный и обязательный принцип лечения лингвалгий при миофасциальном болевом синдроме лица – сеансы ДЭНС-терапии, в том числе арикулотерапия. Они обеспечивают обезболивающий эффект посредством активации структур антиноцицептивной системы, снижая психологическое напряжение и мышечный тонус.

Координаты для связи с авторами:

pobedaest@mail.ru – Борисова Элеонора Геннадиевна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борисова Э.Г. Использование аппарата ДЭНАС в комплексном лечении болевых симптомов стоматологических заболеваний. – Системный анализ и управление в биомедицин. системах, 2006, т. 5, № 1, с. 106–108.
2. Борисова Э.Г. Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях. – Воронеж: ВГУ, 2011, 128 с.
3. Борисова Э.Г. Оказание специализированной помощи больным с болевыми синдромами лица и полости рта. – Росс. журн. боли, 2012, № 1, с. 9–10.
4. Вейн А.М., Авруцкий М.Я. Боль и обезболивание. – М.: Медицина, 1999, 280 с.
5. Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н., Рыжак Г.А. Диагностика и лечение заболеваний ВНЧС у людей пожилого и старческого возраста. – СПб: МАНЭБ-Нордмедиздат, 2011, 205 с.
6. Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли. – М.: Медицина, 2004, 562 с.

NiTi eS5 Rotary files

Poldent®

Предвосхищая Ваши ожидания!



Попробуй - почувствуй разницу!

Генеральный дистрибьютор в России: ООО «АРТ Медента»,
123308, г. Москва, Новохорошевский проезд, д. 25,
Тел.: 8 (499) 946-4609, 8 (499) 946-3999, zakaz@artmedenta.ru

Характеристика безвозвратных и санитарных потерь СССР и Германии в годы Великой Отечественной войны (к 70-летию Победы)

Клинический ординатор **К.Ю. Юркевич**

Доцент **В.Д. Сеницын**, кандидат медицинских наук, участник Великой Отечественной войны

Кафедра протезирования зубных рядов МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. Количество безвозвратных потерь Красной Армии в 2,2 раза превышает аналогичный показатель Вермахта. За годы Великой Отечественной войны СССР потерял 26 600 000 человек, а Германия – 11 844 000. Эффективность работы санитарных служб конфликтующих сторон оценена подсчетом количества возвращенных в строй из числа санитарных потерь. Данный параметр эффективности работы санитарной службой СССР оказался феноменальным и составил 76,9%, эффективность работы санитарной службы Германии – 59,27%. Из статистики видно, насколько более продуктивно работала санитарная служба СССР, так как количество человек, возвращенных в строй из медицинских учреждений СССР, равнялось 17 157 243 человек, против 3 577 000 солдат, вернувшихся на фронт из медицинских учреждений Германии (разница более чем в 4,7 раза).

Ключевые слова: Великая Отечественная война; безвозвратные потери; ранения.

The characteristic of irrevocable and sanitary losses of the USSR and Germany in days of the Great Patriotic war

Clinical intern **Kirill Yurkevich**

Associated Professor **Valentin Sinitsyn**, Candidate of Medical Science, participant of the Great Patriotic war

Department of Prosthetics of Tooth Alignments of MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. The number of irrevocable losses of Red Army by 2,2 times exceeds a similar indicator of Wehrmacht. For years of the Great Patriotic war of the USSR Germany lost 26 600 000 people, and 11 844 000 people. We could estimate overall performance of public health services of conflicting parties having counted quantity returned in a system, from among sanitary losses. This parameter of overall performance public health service of the USSR was phenomenal and made 76,9%, overall performance of public health service of Germany – 59,27%. On this statistics it is visible on how many more productively the public health service of the USSR, as number of the people returned a system from medical institutions of the USSR – 17 157 243 people against 3 577 000 people from medical institutions of Germany that shows a huge difference, more than by 4,7 times worked.

Keywords: Great Patriotic war; irrevocable losses; wound.discipline.

Самые тяжелые для Советского Союза последствия Великой Отечественной – людские потери. После войны ученые-демографы проводили большое количество статистических исследований, работала Государственной комиссии по уточнению людских потерь. На торжественном заседании Верховного Совета СССР, состоявшемся 8 мая 1990 г. в честь 45-летия Победы, эти данные были озвучены: потери составили 26,6 млн человек.

В числе демографических потерь учитывали убитых в бою и умерших от ран и болезней военнослужащих и партизан, скончавшихся от голода, погибших во время бомбежек, артиллерийских обстрелов и в карательных

операциях, а также не вернувшихся в страну военнопленных, рабочих, крестьян и служащих, угнанных на каторжные работы [8].

Великая Отечественная война, как и Вторая мировая в целом, отличалась от предшествующих войн решительными целями с обеих сторон, небывалым количеством участвовавших войск и многократно возросшей убойной силой оружия и военной техники. Немецко-фашистские захватчики наносили смертоносные удары и по войскам, и по гражданскому населению, не делая различия между фронтом и тылом, между военнослужащими и мирными гражданами. Поэтому столь велико количество жертв.



Число погибших было подсчитано балансовым методом. Расчет производили за период с 22 июня 1941 г. по 31 декабря 1945 г. [4]. Верхняя граница была отодвинута, чтобы учесть умерших от ран в госпиталях и репатриацию в СССР военнопленных. Демографический баланс предполагает сопоставление числа населения в одних и тех же территориальных границах. Для расчетов в данном случае приняли границы СССР на 22 июня 1941 г. Численность населения на 22 июня 1941 г. взяли из данных переписи от 17 января 1939 г. с корректировкой числа рождений и смертей за 2,5 года. Таким образом, численность населения на начало войны составляла 196,7 млн человек, а на конец 1945-го – 170,5 млн. Данная цифра была получена путем передвижки назад возрастных данных Всесоюзной переписи населения 1959 г. При этом использовали уточненную статистику о смертности населения и данные о внешней миграции за 1946–1958 гг. (табл. 1) [2].

Потери военнослужащих

Число потерь личного состава Красной Армии и Военно-Морского Флота определено путем анализа и обоб-

щения отчетно-статистических материалов Генерального штаба, донесений с фронтов, флота, из армий, военных округов и Центрального военно-медицинского управления. Внезапное вторжение многомиллионного гитлеровского Вермахта на территорию СССР, его удары по советским войскам, не приведенным в боевую готовность, нарушили связь и управление, привели к тому, что войсковым штабам порой было не до учета потерь. Плохо организованный в этих условиях сбор донесений, а нередко отсутствие какой-либо возможности докладывать о наличии и расходе личного состава не позволяли вышестоящим штабам точно определить истинное состояние дел в войсках [1].

Безвозвратные потери Красной Армии

Анализ общего числа людских утрат, учтенных в оперативном порядке штабами всех инстанций и военно-медицинскими учреждениями за годы Великой Отечественной войны, в том числе за кампанию на Дальнем Востоке, показали, что безвозвратные потери Вооруженных Сил СССР (количество умерших от ран

▼ **Таблица 1** Расчет людских потерь Советского Союза в Великой Отечественной войне

Порядок расчета*	Чел., млн
Численность населения СССР на 22.06.1941 г.	196,7
Численность населения СССР на 31.12.1945 г., в том числе родившиеся до 22.06.1941 г.	170,5 (159,5)
Общая убыль населения из числа живших на 22.06.1941 г. (196,7-159,5=37,2)	37,2
Количество умерших детей по причине повышенной смертности (из числа родившихся в годы войны)	1,3
Умерло бы населения в мирное время, исходя из уровня смертности на 1940 г.	11,9
Общие людские потери СССР в результате войны (37,2+1,3-11,9=26,6)	26,6

▲ Прим.: *расчет выполнен Управлением демографической статистики Госкомстата СССР в ходе работы в составе Комплексной комиссии по уточнению числа людских потерь Советского Союза в Великой Отечественной войне (Мобуправление ГОМУ Генштаба ВС РФ, 1991 г.).

▼ **Таблица 2** Безвозвратные потери военнослужащих Вооруженных Сил по возрастным группам

Возрастная группа, лет	Количество потерь, млн чел.	% от общего числа потерь
20 и моложе	1 560 300	18
21–25	1 907 000	22
26–30	1 517 000	17,5
31–35	1 430 300	16,5
36–40	1 040 200	12
41–45	693 500	8
46–50	433 400	5
51 и старше	86 700	1
Итого	8 668 400	100

и болезней, погибших в результате несчастных случаев, расстрелянных по приговорам военных трибуналов, не вернувшихся из плена) составили 8 668 400 военнослужащих списочного состава [4]. Далее все безвозвратные потери были поделены по возрастным категориям. Наибольшее количество жертв пришлось на возрастную группу 21–25 лет (1 907 000 человек, или 22% от общего числа потерь). На втором месте возрастная группа 20 лет и моложе (1 560 000 человек, или 18%). На третьем – возрастная группа 26–30 лет (1 517 000 человек, или 17,5%). Наибольшее количество потерь пришлось на самых молодых и дееспособных людей (табл. 2) [2].

Санитарные потери Красной Армии

Это потери личного состава Вооруженных Сил во время войны: пораженные и больные, поступившие в медпункты и лечебные учреждения на срок более суток [1]. За годы войны было госпитализировано 22 326 905

человек, из них раненных, контуженных и обмороженных – 14 685 593, больных – 7 641 312 (табл. 3).

После анализа более 14 млн историй болезни госпитализированных военнослужащих можно привести данные о наиболее частых ранениях (табл. 4) [4].

Благодаря анализу историй болезни пациентов стало возможным оценить среднюю продолжительность пребывания пациентов в медицинских учреждениях (табл. 5) [8].

Учитывая огромное количество санитарных потерь, приведенных военно-медицинской статистикой, необходимо разделить их по исходам лечения. Это поможет оценить эффективность оказания медицинской помощи санитарной службой Красной Армии. Военно-медицинская статистика показывает, что из числа раненых, контуженных и обмороженных, поступивших за всю войну на излечение в медицинские учреждения, 71,7% возвращены в строй, 20,8% признано негодными к дальнейшей службе

▼ **Таблица 3** Санитарные потери Вооруженных Сил СССР

Год	Всего госпитализировано*	В том числе*	
		раненых, контуженных и обмороженных	больных
1941 (6 мес)	2 118 666	1 712 981	405 685
1942	5 573 484	3 625 351	1 948 133
1943	6 299 955	4 124 093	2 175 862
1944	5 901 524	3 520 203	2 381 321
1945	2 433 276	1 702 965	730 311
Итого	22 326 905	14 685 593	7 641 312

▲ Прим.: *по данным военно-медицинской статистики.

▼ **Таблица 4** Характер и частота ранений военнослужащих Красной Армии СССР

Характер ранения	Количество случаев	% от общего числа
<i>В череп</i>	773 500	5,4
<i>В глаза</i>	214 861	1,5
<i>В лицо</i>	501 342	3,5
<i>В шею</i>	157 565	1,1
<i>В грудь</i>	1 289 166	9,0
<i>В живот</i>	444 046	3,1
<i>В позвоночник</i>	143 241	1,0
<i>В таз</i>	630 259	4,4
<i>В половые органы</i>	28 648	0,2
<i>В верхние конечности</i>	5 042 274	35,2
<i>В нижние конечности</i>	5 099 369	35,6
Итого	14 324 071	100

и уволено из армии со снятием с воинского учета или отпущены в долгосрочные отпуска по болезни, около 7,5% умерло, при этом число умерших в госпиталях учтено как в санитарных, так и в безвозвратных потерях (табл. 6) [4].

Огромная заслуга медицинских работников фронта и тыла заключалась в том, что более 17 млн пациентов было возвращено в строй.

Генерал-полковник медицинской службы Е.С. Смирнов, в годы войны начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии писал: «Военная медицина из службы призрения за пораженными в боях и больными в прошлых войнах превратилась в один из основных источников пополнения действующей армии опытными в боевом отношении солдатами и офицерами, возвращенными в строй после лечения» [9].

Людские потери Германии

Изучение архивных документов, а также военно-исторических трудов и публикаций показало, что определение с достоверной точностью масштабов людских потерь вооруженных сил Германии и войск ее союзников на советско-германском фронте в годы Второй мировой войны – весьма сложная проблема. Почти во всех зарубежных публикациях приведены лишь приблизительные данные, при этом за 1945 г. они определялись расчетным способом [6]. Сведения немецких штабов о потерях были наиболее реальными примерно до января 1945 г. Однако на последнем этапе войны штабной механизм Вермахта утратил четкость в работе, потери стали подсчитываться приблизительно, нарушились систематический документальный учет и отчетность.

▼ **Таблица 5** Средняя продолжительность пребывания пациентов в медицинских учреждениях

Категория пораженных	Средние данные пребывания в медицинских учреждениях на излечении, сут
<i>Раненые</i>	76,4
<i>Контуженные</i>	49,4
<i>Закрытые боевые травмы (переломы и т.п.)</i>	69,4
<i>Обожженные</i>	51,8
<i>Обмороженные</i>	89,0
<i>Больные</i>	34,5

▼ **Таблица 6** Санитарные потери по видам и исходам лечения (с учетом войны с Японией)

Виды потерь и исходы лечения*	Количество случаев	% от общего числа
Ранено, контужено, обожжено и обморожено (всего)	14 685 593	100
Возвращено в строй	10 530 750	71,7
Уволено со снятием с учета или отправлено в отпуск по ранению	3 050 733	20,8
Умерло (безвозвратные потери)	1 104 110	7,5
Заболело (всего)	7 641 312	100
Возвращено в строй	6 626 493	86,7
Уволено со снятием с учета или отправлено в отпуск по болезни	747 425	9,8
Умерло (безвозвратные потери)	267 394	3,5
Госпитализировано (всего)	22 326 905	100
Возвращено в строй	17 157 243	76,9
Уволено со снятием с учета или отправлено в отпуск по ранению (болезни)	3 798 158	17,0
Умерло (безвозвратные потери)	1 371 501	6,1

▲ **Прим.:** *по данным военно-медицинской статистики.

В документальных материалах, содержащих сведения о людских потерях вооруженных сил Германии, встречаются противоположные данные. Это частично связано с тем, что донесения представлялись по трем самостоятельным каналам. Первый канал обеспечивал сбор донесений по линии штабов и имел цель дать вышестоящему командованию характеристику расхода личного состава и техники для оценки боеспособности войск. Второй канал предоставлял данные медико-санитарной службы, необходимые для определения загруженности госпиталей и расширения их емкости. Третий существовал для персонального учета военнослужащих [5].

По немецким документам и публикациям установлено, что в вооруженных силах Германии на 1 марта 1939 г. находилось 3 214 000 человек. В период с 1 июня 1939 по 30 апреля 1945 г. в германскую армию было призвано 17 893 000 человек [10]. Изменение численности Вермахта, произошедшее с марта по июнь 1939 г., было незначительным. Исходя из этого, можно полагать, что через вооруженные силы Германии в годы Второй мировой войны с учетом довоенной численности прошло 21 107 000 человек. Капитулировало после 9 мая 1945 г. 4 100 000 солдат и офицеров фашистской армии. Общая убыль за время войны составила 16 307 000 человек, из них: уволено по ранению и болезни (инвалиды) – 2 463 000, демобилизовано и направлено для работы в промышленности – 2 000 000 [7].

Безвозвратные потери Вермахта составили 11 844 000 человек, из которых 4 457 000 не вернулись с войны. Среди них 3 600 000 немцев, 270 000 рейцев, 230 000 судетских немцев и эльзасцев, 357 000 граждан других

государств, в том числе фольксдойче и советских граждан (табл. 7).

В данной таблице не учтены людские потери воинских формирований, которые воевали на стороне Германии, но в состав ее вооруженных сил не входили. В первую очередь это союзники Германии: Италия, Болгария, Венгрия, Румыния, Финляндия, Словакия, Хорватия.

За 2 мес до смерти Гитлер в одном из выступлений объявил, что Германия потеряла 12,5 млн человек убитыми и ранеными, из которых половина убитыми [10]. Генерал Йодль после окончания войны заявил, что германская армия потеряла в общей сложности 12,4 млн человек, из них 2,5 млн убитыми, 3,4 млн пропавшими без вести и пленными, 6,5 млн ранеными, из которых 12–15% не вернулись в строй [3].

Анализируя все расчеты, можно сказать, что у Германии за годы войны было 6 035 000 раненых бойцов. А количество тех, кто был уволен по ранению и болезни на длительный срок или стал непригодным к военной службе (инвалиды), составило 2 463 000 человек. Из этого можно сделать вывод, что в строй вернулось около 3 577 000 человек, или 59,27% от общего числа раненых. К сожалению, эту цифру нельзя считать полностью объективной, так как отсутствуют сведения об умерших в госпиталях.

Санитарная служба Красной Армии возвратила в строй 17 157 243 бойцов из 22 326 905 общих санитарных потерь, то есть эффективность ее работы равна 76,9%, в то время как эффективность санитарной службы Вермахта не превышает 59,27%, к тому же эта цифра завышена, так как не учтено количество смертей в госпиталях.

▼ **Таблица 7** Динамика изменения численности личного состава вооруженных сил фашистской Германии без учета войск союзников в 1939–1945 гг.

Характеристика*		Чел., тыс.
Состояло на военной службе на 1 марта 1939 г.		3214
Призвано с 01.06.1939 по 30.04.1945 г.		17 893
Всего привлечено в вооруженные силы за годы войны (с учетом служивших до 1 марта 1939 г.)		21 107
К началу капитуляции германских войск	всего	4800
	оставалось в строю	400
	находилось на излечении в госпиталях Германии	700
В ходе войны убыло всего		16 307
а) безвозвратные потери	всего	11 844
	погибло, умерло от ран и болезней, пропало без вести	4 457
	попало в плен	7387
б) другая убыль	всего	4463
	уволено по ранению и болезни на длительный срок, как негодные к военной службе (инвалиды)	2463
	демотивировано и направлено на промышленные работы	2000
Санитарные потери		6035

▲ Прим.: *по данным военного архива ФРГ.

Выводы

- Количество безвозвратных потерь Красной Армии в 2,2 раза превышает аналогичный показатель Вермахта. За годы Великой Отечественной войны СССР потерял 26 600 000 человек, а Германия – 11 844 000.
- В ходе боевых действий Красная Армия потеряла убитыми наиболее дееспособный и молодой контингент населения страны в возрасте 18–30 лет.
- Санитарные потери СССР составили 22 326 905 человек, Германии – 6 035 000 человек, то есть в 3,7 раза меньше.
- Наиболее часто пораженными частями тела оказались верхние и нижние конечности, область головы и шея. Поэтому большой вклад в оказание помощи раненым внесли врачи-стоматологи, часть из которых были выпускниками МГСИ (ныне МГМСУ). Они вернули в строй около 2 млн человек.
- Параметр эффективности работы санитарной службой СССР оказался феноменальным – 76,9%, в то время как у Германии этот показатель равнялся 59,27%. В СССР из медицинских учреждений в строй вернулось 17 157 243 человек, в Германии – более чем в 4,7 раза меньше: 3 577 000 человек.

Координаты для связи с авторами:

+7 (916) 522-32-82, kirill-yurkevich@ya.ru – Юркевич Кирилл Юрьевич

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асташин Н.А. Великая Отечественная война 1941–1945 гг. // Энциклопедия. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2010, 672 с.
2. Гладких П.Ф. Медицинская служба Красной Армии в Великой Отечественной войне, 1941–1945 гг. – СПб: Петрополис, 2013, 805 с.
3. Запись допроса Альфреда Йодля. Военно-историч. журн. 4 апреля 1961 г. – М: Воениздат, с. 83–91.
4. Кривошеев Г.Ф. Россия и СССР в войнах XX века. Историко-статистич. исследование. – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2001, 608 с.
5. Литвиненко В.В. Людские потери Красной Армии и Вермахта на советско-германском фронте. Методология исчисления и комплексная оценка. // Монография. – М.: У Никитских ворот, 2014, 282 с.
6. Маслиновский Т.И. Организация медицинской службы армий США, Англии, Германии и Франции. – Свердловск: Медгиз, 1947, 155 с.
7. Мюллер-Гиллебранд Б. Сухопутная армия Германии 1933–1945 гг. – М.: Изографус, 2002, 798 с.
8. Смирнов Е.И. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. // Т. 6. – М.: Медгиз, 1951, 400 с.
9. Смирнов Е.И. Фронтовое милосердие. – М.: Воениздат, 1991, 437 с.
10. Урланис Б. Ц. История военных потерь войны и народонаселение Европы. Людские потери вооруженных сил европейских стран в войнах XVII–XX вв. // Ист.-статистич. исследование. – СПб: Полигон, 1994, 558 с.

Обучение и практика будущего врача-стоматолога: общекультурные компетенции и условия их формирования

Профессор **А.В. Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета, заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ
Кафедра кариесологии и эндодонтии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ
 Доцент **С.Н. Куденцова**, кандидат психологических наук,
 заместитель декана стоматологического факультета
Кафедра медицинской информатики МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. В статье рассмотрены общекультурные компетенции, реализуемые Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности «Стоматология». Вектор общекультурных компетенций направлен на развитие личности, ее социализацию и адаптацию в окружающем мире. Профессиональная деятельность врача непосредственно связана со взаимодействием с людьми, поэтому так важно освоение выпускником требований стандарта в области саморазвития, межличностных отношений и профессиональной работоспособности.

Ключевые слова: компетенция; личность; мировоззрение; социально-психологический климат; творческий потенциал, стандарт; дисциплина.

Education and practice of the future dentist: general cultural competence and the conditions of their formation

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 of MSUMD named after A.I. Evdokimov
 Associated Professor **Svetlana Kudenzova**, Candidate of Psychological Sciences,
 Deputy Dean of the Faculty of Dentistry
Department of Medical Informatics of MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. This article discusses general cultural competence, implemented by the Federal state educational standard of higher education in the specialty Dentistry. Vector of common cultural competence aimed at personal development, socialization and adaptation in the world. Professional activities directly related to the doctor's interaction with people, so it is important to the development of a graduate of the standard's requirements in the field of self-development, interpersonal relationships and job performance.

Keywords: incompetence; personality; world view; socio-psychological climate; creativity, standard; discipline.

Процесс воспитания и обучения в рамках профессионального развития человека начинается с совокупности приобретаемых знаний, умений и навыков. Организация учебной деятельности базируется на основе требований Федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС). ФГОС диктует обязательные требования к высшему образованию, определяет готовность выпускника к выполнению профессиональных задач определенного вида. Образовательная программа – это основные характеристики обучения специальности, организационно-педагогические условия, формы аттестации. Она содержит учебный план, календарный учебный график, рабочие программы дисциплин (модулей), оценочные и методические материалы.

В основе ФГОС высшего образования лежит компетентностно-ориентированный подход обучения. По специальности «Стоматология» ФГОС формирует общекультурные, профессиональные и профессионально-специализированные компетенции. Общекультурные компетенции необходимы для жизни человека в обществе, осознания выбора профессии и получения профильного образования. Основные профессиональные знания, умения и навыки позволяют вести медицинскую деятельность, выполнять работу по специальности.

Основу формирования общекультурных компетенций закладывают гуманитарно-экономические и естественнонаучные дисциплины, а профессиональные дисциплины только закрепляют их, применяя усвоенные



компетенции на практике. Таким образом, подготовка специалиста ориентирована на сближение теории с практикой, базовых дисциплин с дисциплинами по специальности, теории с практикой.

Впервые общекультурные компетенции по специальности «Стоматология» были сформулированы во ФГОС, утвержденном приказом Министерства образования и науки РФ от 14 января 2011 г. № 16 «Об утверждении и введении в действие Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060201 «Стоматология» (квалификация (степень) «специалист»)).

В 2013 и 2014 гг. Министерство образования и науки опубликовало проекты ФГОС нового поколения, так называемого три плюс. Эти проекты значительно изменяют концепцию в понимании и постижении смысла основной образовательной программы. Стандарты предоставляют существенную свободу образовательным организациям в формировании структуры и содержания программ, расширяют права высших учебных заведений в процессе подготовки врача-стоматолога.

В результате предлагаемых изменений виды профессиональной деятельности сокращены с семи до трех. Как следствие, меняются и профессиональные задачи, которые выпускник, освоивший программу специалиста, готов решать. Компетентностная форма представления результатов освоения программ сохраняется. При этом содержание компетенций становится сжатым, но емким. Также была проведена работа по унификации

компетенций выпускников: отдельно выделены общекультурные и общепрофессиональные компетенции.

Изменились и требования к структуре программы специалитета. Теперь они носят общий характер: отсутствуют описание минимума содержания образовательных программ, названия дисциплин и дидактических единиц, их краткая аннотация. Это ведет к свободе университетов в выборе и построении дорожной карты студента в процессе освоения специальности «Стоматология».

Во исполнение решений Болонской конвенции об обеспечении образовательной мобильности студентов, когда часть курса может быть прослушана в другом вузе, а потом зачтена без потерь, встает вопрос о необходимости раскладки содержания специальности на компетенции, заявленные в Федеральном государственном образовательном стандарте. Ведь компетенции – единственная отправная точка, которая может объединить основные образовательные программы специальности «Стоматология» разных высших учебных заведений. Это также важно при реализации сетевой формы обучения, когда некоторые курсы изучаются в другом вузе, благодаря их научным традициям или лучшей материальной базе. Следовательно, при подготовке основной образовательной программы высшему учебному заведению необходимо построить карту компетенций. Она последовательно формирует компетенцию за компетенцией по определенным областям науки, изучение которых необходимо для освоения специальности. Построение карты компетенций целесообразно начинать

▼ Формирование общекультурных компетенций

Компетенция	Область наук	Дисциплина
Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1)	Образование и педагогика	Химия, математика, информатика, физика
	Естественные науки	Биофизика, биохимия, микробиология
Способность использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции (ОК-2)	Гуманитарные науки	Философия, политология
Способность анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции (ОК-3)	Гуманитарные науки	История Отечества, история медицины
Способность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения (ОК-4)	Гуманитарные науки	Биоэтика, социальная философия
	Образование и педагогика	Безопасность жизнедеятельности
	Социальные науки	Социология
Готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5)	Экономика и управление	Прикладная информатика (медицинская)
	Культура и искусство	Библиотечно-информационная деятельность
Способность использовать методы и средства физкультуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности (ОК-6)	Образование и педагогика	Физическая культура
	Гуманитарные науки	Физическая культура и спорт, адаптивная физическая культура
Готовность использовать приемы первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-7)	Безопасность жизнедеятельности, природообустройство и защита окружающей среды	Безопасность жизнедеятельности, защита в чрезвычайных ситуациях (медицина)
	Здравоохранение	Сестринское дело, учебная и производственная практики
Готовность к работе в коллективе, толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий (ОК-8)	Гуманитарные науки	Психология, прикладная этика, культурология
	Социальные науки	Конфликтология

с обратной задачи. Каждую компетенцию необходимо разобрать на составляющие, определить формирующие ее область/области наук. Такой подход позволит исключить изучение одного и того же учебного материала в рамках различных дисциплин. Если компетенцию формирует несколько дисциплин, появляется возможность разделить функции, которые относятся к компетенции каждой из них.

ФГОС содержит восемь общекультурных компетенций (таблица).

Мыслительная деятельность человека представляет собой решение разнообразных задач, направленных на раскрытие сущности чего-либо. Это и мысленное разложение целого на части, и объединение частей, свойств, действий, отношений в единое целое. Анализ и синтез – взаимосвязанные логические операции, а умение мысленно выделять какой-нибудь признак предмета и рассматривать его изолированно от всех других признаков помогает поднять процесс познания до научно-теоретического мышления. Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1) развивает у студента изучение химии, математики, информатики, физики в

области наук образование и педагогика. Данные дисциплины дают основу для дальнейшего формирования способностей к естественным наукам, таким как биохимия, биофизика, микробиология.

Мировоззрение – необходимая составляющая человеческого сознания. Вопросы о происхождении мира и человека, жизни и смерти, добре и зле получили свое осмысление в философии. Способность использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции (ОК-2) формируется в процессе изучения гуманитарных наук, а именно философии и политологии.

Человек живет в обществе, где проявляется его социальная активность, гражданское самосознание и гражданские качества. Задача профессорско-преподавательского состава воспитать сознательное, творческое отношение к трудовой и общественно-политической деятельности. Понимание важности своего знания, интересов и мотивов поведения пробуждает в развивающейся личности любовь к Родине, ответственность за свои поступки и действия, инициативность, самостоятельность. Воспитать в студенте способность анализиро-

вать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции (ОК-3) помогают гуманитарные науки – история Отечества, история медицины.

Профессия врача требует от специалиста умения быстро действовать в нестандартных ситуациях, находить оптимальные профессиональные решения. При этом важнейшие составляющие – моральные принципы и ценности, которые управляют поведением человека. Врач-стоматолог должен быть этически воспитан, уметь распознавать возникающие моральные проблемы, предлагать ряд мероприятий, которые бы учитывали нравственную сторону вопроса и права каждого пациента, предусматривать равноправие моральных ценностей в определенной ситуации. Способность человека результативно действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения (ОК-4) есть не что иное, как компетентность, которая достигается изучением гуманитарных и социальных наук и науки в области образования и педагогики. Данные науки включают в себя такие направления подготовки специалиста, как биоэтика, социальная философия, безопасность жизнедеятельности, социология.

Творческий потенциал человека зависит от его возраста, физического и психического здоровья, личностных характеристик, образования, профессиональной подготовки. Задача профессорско-преподавательского состава – развить в будущем специалисте способность к профессиональному росту, добиться положительной динамики в отношении к труду. В наш век большого потока информации и минимума свободного времени важно на пути к саморазвитию, самореализации и самообразованию использовать как библиотечно-информационные ресурсы, так и новейшие компьютерно-коммуникационные технологии, визуальные средства обучения, графические редакторы, медиа-ресурсы, интернет. Готовность к самостоятельной реализации творческого потенциала (ОК-5) подкрепляют уверенные знания в экономике и управлении, культуре и искусстве. В образовательную программу могут быть включены также прикладная информатика (медицинская) и библиотечно-информационная деятельность.

Большое значение в специальности имеет физическое состояние работника. Ритм при выполнении профессиональных обязанностей да и ритм жизни в целом требует сегодня большой физической активности и подготовленности. Физические нагрузки ложатся на плечи врача на протяжении всей деятельности. Способность использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной активности (ОК-6) развивается при физической совершенстве обучающегося. Физическая культура должна стать нормой жизни. Изучение раздела науки образование и педагогика позволит студентам осознанно воспринимать необходимость физической подготовки. Прикладная физподготовка для профессии врача заключается в формировании и совершенствовании двигательных умений и навыков, необходимых для повышения устойчивости организма к неблагоприятным воздействиям производственной и внешней среды, а также воспитания психических качеств.

Образовательная программа по специальности «Стоматология» предусматривает подготовку студентов к

освоению приемов первой помощи, методов защиты в условиях чрезвычайных ситуаций. Формирование компетентности в данной области (ОК-7) достигается изучением таких областей наук, как здравоохранение и безопасность жизнедеятельности, природообустройство и защита окружающей среды. В чрезвычайных ситуациях от медицинского работника ждут помощи, адекватных реакций, быстрого принятия решений, коллективного поведения, групповой активности. Поэтому врач, участвующий в спасательных работах, должен быть готов держать себя на оптимальном уровне трудоспособности, которая достигается благодаря психофизиологическим особенностям, знаниям, профессиональным умениям. В формировании данной компетенции могут принимать участие такие дисциплины, как безопасность жизнедеятельности, защита в чрезвычайных ситуациях (медицина), сестринское дело, а также учебная и производственная практики.

Слаженная работа во многом зависит от межличностных отношений в коллективе. Здоровый социально-психологический климат влияет на удовлетворенность трудом. В процессе обучения студенту предстоит научиться спокойно воспринимать социальные и этнические различия. Он должен уметь избегать прямой конфронтации в коллективе, проявлять больше сдержанности и такта, толерантно относиться к конфессиональным и культурным различиям (ОК-8). Эту компетентность помогут формировать разделы гуманитарных и социальных наук: психология, прикладная этика, культурология, конфликтология.

Очевидно, что компетенции формируются несколькими дисциплинами, и каждая из них должна дополнять друг друга, при этом не дублируя учебный материал и исключая все лишнее для освоения компетенции. Поэтому особое значение приобретают рабочие программы дисциплин и их оценочные средства. Набор разделов и тем дисциплин должен быть направлен только на процесс овладения компетенцией.

Каждая компетенция, в свою очередь, потребует тех или иных трудозатрат. Они-то и будут диктовать трудоемкость соответствующей дисциплины. Таким образом, можно сформировать цикл гуманитарных и социально-экономических дисциплин учебного плана.

Соблюдая пропорцию между набором общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, можно в процентном соотношении выделить трудоемкость общекультурных компетенций. С учетом того, что трудоемкость специальности «Стоматология» составляет 300 зачетных единиц, освоение общекультурных компетенций не должно превышать 20% от общей трудоемкости специальности.

Общекультурная компетентность – первая ступень к становлению специалиста, формированию научной интеллигенции и фундамента для общепрофессиональных и профессиональных компетенций.

И, если в результате обучения и практики будущий врач-стоматолог приобрел способность к абстрактному мышлению, анализу, научился взаимодействовать с людьми, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения, он готов к решению новых актуальных задач.

Координаты для связи с авторами:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович

Первый опыт проведения производственной практики студентов стоматологического факультета по специальности «Стоматология профилактическая»

Профессор **А.М. Хамадеева**, доктор медицинских наук,
заведующая кафедрой

Кафедра стоматологии детского возраста СамГМУ (Самара) Минздрава РФ

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

*Кафедра стоматологии Института последипломного образования СамГМУ (Самара)
Минздрава РФ*

Ассистент **О.Л. Ливанова**, кандидат медицинских наук

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

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

Ассистент **В.В. Горячева**, кандидат медицинских наук

Кафедра стоматологии детского возраста СамГМУ (Самара) Минздрава РФ

Резюме. Впервые в программу преддипломного образования врачей-стоматологов введена производственная практика по специальности «Стоматология профилактическая». Проанализирована учетно-отчетная документация по производственной практике 106 студентов III курса стоматологического факультета. Учитывалось число принятых пациентов и виды оказываемой профилактической помощи, проведен SWOT-анализ. На основании исследования сделан вывод о необходимости комплексного подхода с использованием ультраструктур здравоохранения для формирования у населения привычек здорового образа жизни, в том числе по профилактике стоматологических заболеваний.

Ключевые слова: производственная практика; студенты; стоматология профилактическая.

The first experience in the internship of students at the faculty of dentistry by the specialty Preventive dentistry

Professor **Alfiya Khamadeeva**, Doctor of Medical Sciences,
Head of Department

Department of Pediatric Dentistry of Samara State Medical University

Professor **Dmitriy Trunin**, Doctor of Medical Sciences,

Director of Dentistry Institute of Samara State Medical University

*Department of Dentistry of Institute of Postgraduate Education of Samara State Medical
University*

Assistant **Olga Livanova**, Candidate of Medical Sciences

Associate professor **Olga Bagdasarova**, Candidate of Medical Sciences

Assistant **Natalya Nogina**, Candidate of Medical Sciences

Assistant **Veronika Goryacheva**, Candidate of Medical Sciences

Department of Pediatric Dentistry of Samara State Medical University

Summary. For the first time the internship was introduced in the program of undergraduate education of dentists in Preventive dentistry. To analyze registration and reporting documentation on the internship in 106 third-year students which studied at the Faculty of Dentistry. It was recorded the number of admitted patients and types of provided preventive care, was performed SWOT-analysis. According to the research concluded that there is a need for an integrated approach using ultra structures of public health to form healthy habits for the prevention of dental diseases among the population.

Keywords: internship; students; preventive dentistry.

Гигиенист стоматологический – востребованная специальность современной стоматологии [1, 2, 4, 5, 10, 11–14]. В Самарской области есть положительный опыт деятельности этих врачей. В 2000 г. впервые в России в рамках комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний для детского населения в штат стоматологических поликлиник и отделений были введены гигиенисты стоматологические из расчета 1 специалист на 5000 пациентов. Эти 125 ставок занимали в основном совместители – зубные врачи и стоматологи. Созданный в том же году областной Центр профилактики стоматологических заболеваний проводил обучающие семинары для гигиенистов, занимался мониторингом стоматологической заболеваемости и факторов риска, имеющих к ней отношение, а также аудитом эффективности всей программы в целом и ее отдельных компонентов [8, 9]. Получены следующие результаты внедрения комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний для детского населения Самарской области с 1986 по 2006 г. [7].

1. Увеличение доли детей шестилетнего возраста со здоровыми зубами с 11 до 23% при редукации прироста интенсивности кариеса, равной 26% (КП в 1986 г. – 5,5; в 2006 г. – 4,0). Увеличение доли детей школьного возраста со здоровыми постоянными зубами с 8 до 25% при снижении индекса КПУ у 12-летних детей с 3,9 до 2,4 и редукации прироста интенсивности кариеса – 38%.

2. Улучшение осведомленности населения, педиатров, воспитателей, учителей относительно профилактики ос-

новных стоматологических заболеваний до 69, 88, 75 и 91% соответственно. Важно, что население и медицинский персонал поверили в возможность первичной профилактики кариеса зубов у детей.

3. Экономический эффект от внедрения программы составил 11:1, то есть 1 денежная единица, затраченная на профилактику, сберегала 11 на предотвращение дорогостоящего инвазивного лечения кариеса и его осложнений.

С 2006 г. программа не финансируется, реализуются лишь ее отдельные компоненты. Следствием стал рост стоматологической заболеваемости населения [6]. В настоящее время в Самарской области всего 32 сертифицированных гигиениста, большая часть которых работает в частных клиниках и Центрах здоровья. Поэтому руководители стоматологических учреждений с энтузиазмом восприняли практику студентов по специальности «Стоматология профилактическая», рассчитывая на них как на дополнительный персонал поликлиник в летнее отпускное время.

Цель работы

Проанализировать опыт проведения производственной практики студентов стоматологического факультета по специальности «Стоматология профилактическая».

Материалы и методы

Производственная практика студентов III курса бюджетной и внебюджетной форм обучения по специальности

▼ **Таблица 1** Виды деятельности студентов III курса во время производственной практики

Вид деятельности и манипуляции	Число пациентов в день на 1 студента, чел.	Всего пациентов, чел.
Оценка стоматологического статуса и определение группы риска стоматологических заболеваний у первичных пациентов	2,1	2226
Мотивация по факторам риска, гигиеническое обучение повторных пациентов	3,0	3180
Профессиональная гигиена полости рта	1,0	1060
Групповые занятия в организованных детских коллективах	0,5	530
Профессиональные аппликации фторидов	3	3180
Беседы с медработниками	2,3	2438
Участие в диспансеризации детей первого года жизни	0,9	95
Участие в работе Школ молодой матери и «Современные родители»	0,4	42
Участие в работе школы «Сахарный диабет»	0,1	89
Участие в работе Центров здоровья (скрининг в организованных коллективах)	0,2	185
Беседы с больными стационаров по профилактике стоматологических заболеваний	0,2	159
Работа в качестве ассистента стоматолога или медсестры стоматологического кабинета	0,1	127
Итого пациентов, принятых студентами	13,8	13211

▼ **Таблица 2** SWOT-анализ первого опыта проведения производственной практики по специальности «Стоматология профилактическая»

S (Strengths)	W (Weaknesses)
Авторитет СамГМУ, готовящего стоматологические кадры.	Низкая осведомленность медицинских работников по профилактике стоматологических заболеваний.
Хорошо оснащенный симуляционный блок по стоматологии в СамГМУ.	
Сотрудничество и взаимопомощь между вузом и практическим здравоохранением.	
Кадры вуза с опытом работы по разработке, внедрению и аудиту программ профилактики в области стоматологии.	Ориентация стоматологии на лечение, а не на профилактику.
	Отсутствие единых программ по стоматологическому образованию на всей территории страны.
O (Opportunities)	T (Threats)
Внедрение профилактических программ в стоматологии, особенно среди детей, позволяет снизить стоматологическую заболеваемость населения.	Неадекватное обеспечение вспомогательным персоналом – рост затрат на оказание стоматологической помощи.
	Неадекватные законодательные акты.
Межведомственный, интегральный комплексный подход к внедрению профилактических программ в области стоматологии как часть сберегающих здоровье технологий.	Отток стоматологов из общественного здравоохранения и специальности.
	Плохая материальная база ЛПУ.
Рациональное использование минимального финансирования.	Неэффективное оказание стоматологической помощи населению.
	Рост стоматологической заболеваемости и одонтогенных осложнений.
Подготовка основного и вспомогательного персонала в условиях вуза для работы в стоматологической команде.	Ухудшение качества жизни населения и удовлетворенности оказанием медицинской помощи.
	Увеличение затрат на оказание стоматологической помощи населению.

«Стоматология профилактическая», предусмотренная ФГОС ВПО-3, осуществлялась на основе договоров между высшими учебными заведениями и клиническими базами стоматологических поликлиник, стоматологических отделений лечебно-профилактических учреждений, Центров здоровья в городах и ЦРБ Самарской области. К практике было допущено 106 студентов стоматологического факультета. Приказом главного врача в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) назначили ответственных за производственную практику.

На занятиях по профилактической стоматологии со студентами III курса проводили «калибровку» по особенностям регистрации стоматологического статуса, выявлению поведенческих факторов риска, методикам анкетирования и интервьюирования населения различных возрастных групп и разных соматических патологий. Проходили тренинги по формированию групп низкого, среднего, высокого риска стоматологических заболеваний, разработке индивидуальных программ профилактики и поддерживающего лечения пациентов. Большое внимание уделяли отработке протокола профессиональной гигиены полости рта друг на друге и на моделях. Все студенты получили в электронном виде пакет документов

по предстоящей практике. В него вошли: учетная форма работы гигиениста стоматологического, форма ведения дневника, описания рекомендуемых для обследования индексов при регистрации стоматологического статуса, примерные тексты мотивационных материалов по профилактике стоматологических заболеваний для различных групп населения, анкеты для врачей-стоматологов, медицинских сестер различных ЛПУ, педиатров, акушеров-гинекологов, врачей общей практики, родителей, учителей, воспитателей, список рекомендуемой литературы.

Производственная практика включала 72 ч работы в клинике под наблюдением наставников-стоматологов и 36 ч самостоятельной работы. По завершении студенты сдавали итоговый зачет, анализировали положительные и отрицательные стороны практики, оценивали степень своей удовлетворенности ею. Был также проведен SWOT-анализ.

Результаты и их обсуждение

За период практики студентами было принято 6466 пациентов, в том числе 2226 первичных, для которых проводилась индексная оценка стоматологического статуса, выявлялись индивидуальные факторы риска, определялись

диспансерная группа, мотивация к гигиене полости рта, подбирались индивидуальные средств ухода за зубами. Профессиональная гигиена полости рта выполнена 1060 пациентам, в групповых занятиях по профилактике стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах участвовало 530 детей. Диспансеризацию детей первого года жизни проводили шесть студентов, которые беседовали с родителями по поводу формирования стоматологического здоровья в семье, еще четверо принимали участие в работе Школ молодой матери и школы «Современные родители» (табл. 1).

Из данных таблицы видно, что в среднем каждый студент принимал около 14 человек в день, а всего за время практики на студенческом приеме в стоматологических и других ЛПУ города побывало 13211 пациентов различного возраста. Это позволило сформировать у студентов целостное системное представление о первичной профилактике и широких возможностях ее использования среди населения всех групп.

Анкетирование прошли 1039 родителей и пациентов стоматологических отделений, 226 медицинских сестер стоматологического и нестоматологического профиля, 29 педиатров, 32 терапевта и врача общей практики, 52 акушера и гинеколога, 19 фельдшеров в фельдшерских акушерских пунктах.

Зачет по практике показал хорошую ориентацию в практических вопросах по внедрению профилактических программ в области стоматологии: средний бал составил 4,2. Часть студентов, а именно 15% от общего числа, проходивших производственную практику, изъявили желание на старших курсах совмещать учебу с работой в должности гигиениста стоматологического после сдачи дополнительного сертификационного экзамена.

SWOT-анализ первого опыта проведения производственной практики по специальности «Стоматология профилактическая» позволяет разделить факторы, влияющие на функционирование объекта (студент, а в будущем – выпускник, врач-стоматолог) на четыре категории: сила (Strengths), слабости (Weaknesses), возможности (Opportunities), угрозы (Threats). Сила и слабости – управляемые факторы внутренней среды, а возможности и угрозы – факторы внешней среды, которые влияют на объект извне и не контролируются им [3]. Анализ помогает выработать стратегию в подготовке стоматологического персонала (табл. 2).

Проведенный SWOT-анализ демонстрирует слабые и сильные стороны преддипломной подготовки врачей-стоматологов общей практики, помогает выработать стратегию обучения специалистов. Отсутствие единых программ ведет к волонтаризму в угоду интересов каких-то отдельных специальностей, нерациональному использованию так называемого вузовского компонента, который, по усмотрению деканата, может быть отдан на откуп реставрационной эстетической стоматологии или имплантологии в ущерб профилактике и коммунальной стоматологии. Необходимо использовать мировой опыт профилактики для снижения стоматологической заболеваемости и улучшения качества жизни граждан нашей страны [10]. Это особенно важно для регионов России, имеющих минимальный бюджет в здравоохранении.

Выводы

1. Для проведения производственной практики по специальности «Стоматология профилактическая» важно

взаимодействие с учреждениями практического здравоохранения.

2. Необходимо усовершенствовать программы подготовки врачей-стоматологов, чтобы они максимально соответствовали цели формирования стоматологического здоровья населения.

Координаты для связи с авторами:

+7 (917) 105-08-23, sa.51@mail.ru – Хамадеева Альфия Минвалиевна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ишмуратова А.Ф., Хамадеева А.М., Анохина А.В. с соавт. Оптимизация организации диспансерного наблюдения на базе детских стоматологических поликлиник при ортодонтическом приеме. – Стоматология детского возраста и профилактика, 2011, т. 10, № 2, с. 24–28.
2. Косенко К.Н., Деньга О.В., Рейзвих О.Э. Гигиенисты зубные – коллеги в области профилактики. – Вестник стоматологии, 2009, № 4, с. 88–90.
3. Котлер Ф., Бергер Р., Бикхофф Н. Стратегический менеджмент по Котлеру. Лучшие приемы. – М.: Альпина Паблишер, 2012, 144 с.
4. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России – М.: МГМСУ, 2009, 236 с.
5. Леус П.А. Стоматологическое здоровье населения. – Минск: БГМУ, 2009, 239 с.
6. Леус П.А. Деньга О.В., Калбанов М.Е. с соавт. Результаты пилотного проекта по исследованию действительности европейских индикаторов для оценки стоматологического здоровья детей подросткового возраста в странах СНГ. – Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний, 2013, № 4, с. 105–112.
7. Хамадеева А.М. Мониторинг стоматологической заболеваемости населения Самарской области с 1986 по 2008 годы. – Самара: Офорт, 2011. 59 с.
8. Хамадеева А.М., Демина Р.Р., Багдасарова О.А. с соавт. Роль поведенческих факторов риска в возникновении кариеса временных зубов у детей раннего возраста. – Стоматология, 2008, № 5, с. 68–71.
9. Хамадеева А.М., Спиридонов А.М. Информационное письмо о внедрении комплексной программы профилактики кариеса зубов и заболеваний десен для детского населения Самарской области. – Самара: СамГМУ, 2000, 25 с.
10. Ховиус М. Система образования гигиениста стоматологического в Европе: проблемы и перспективы развития. – Профессиональное образование гигиениста стоматологического и его медикосоциальная роль. //Мат. межд. конф. – М.: ЦНИИС, 2007, с. 44–46.
11. Шевченко С.С. Роль гигиениста стоматологического в реализации программ профилактики в организованных детских коллективах. – Автореф. канд. дисс., М., 2010, ЦНИИС, 21 с.
12. Caruana C.J., Wasilewska-Radwanska A., Caruana C.J. et al. A comprehensive SWOT audit of the role of the biomedical physicist in the education of healthcare professionals in Europe. – Physica Medica: Eur. J. Med. Phys., 2011, v. 26, iss. 2, p. 98–110.
13. Quock R.L., Al-Sabbagh M., Mason M.K. et al. The dentist as doctor: a rallying call for the future. – Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol., 2014, v. 118, № 6, p. 637–641.
14. Shaefer H.L., Miller M. Improving access to oral health care services among underserved populations in the US: is there a role for mid-level dental providers? – J. Health Care Poor Under., 2011, v. 22, № 5, p. 740–744.

Инновационные методы обучения как способ упорядоченной взаимосвязанной деятельности преподавателя и студентов в освоении дисциплины «Гигиена» на стоматологическом факультете

Профессор **В.М. Глиненко**, доктор медицинских наук
 Доцент **Н.Н. Заброда**, доктор медицинских наук
 Профессор **В.А. Катаева**, доктор медицинских наук
 Профессор **А.М. Лакшин**, доктор медицинских наук
Т.Ф. Гвоздева, кандидат медицинских наук
 Кафедра общей гигиены МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. Современные требования, предъявляемые рынком к квалифицированной подготовке специалистов как к основному капиталу общества, довольно высоки. Перед системой образования стоит задача подготовить творчески мыслящего человека, владеющего исследовательскими умениями и навыками, способного ориентироваться в потоке научной информации и современных информационных технологиях. Это обуславливает содержание обучения различным дисциплинам, его методы, а также формы контроля знаний.

Ключевые слова: роль гигиены; формы контроля; врач-стоматолог; современные методы преподавания.

Innovative methods of educating as method of well-organized associate activity of teacher and students, in mastering of discipline Hygiene on a Faculty of Dentistry

Professor **Viktor Glinenko**, Doctor of Medical Sciences
 Associated Professor **Nadejda Zabroda**, Doctor of Medical Sciences
 Professor **Valentina Kataeva**, Doctor of Medical Sciences
 Professor **Andrew Lakshin**, Doctor of Medical Sciences
Tatyana Gvozdeva, Candidate of Medical Sciences
 Department of General Hygiene of MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. The modern requirements produced by a market to skilled preparation of specialists as to the fixed assets of society are high enough. A task to prepare a creatively intellectual man, owning research abilities and skills, able to be oriented in the stream of scientific information and modern information technologies stands before the system of education. It stipulates maintenance of education to different disciplines, his methods, and also and forms of control of mastering of knowledge.

Keywords: role of hygiene; control form; dentist; modern methods of teaching.

Современные требования, предъявляемые рынком к квалифицированной подготовке специалистов как к основному капиталу общества, довольно высоки. Перед системой образования стоит задача подготовить творчески мыслящего человека, владеющего исследовательскими умениями и навыками, способного ориентироваться в потоке научной информации и современных информационных технологиях. Это обуславливает содержание обучения различным дисциплинам, его методы, а также формы контроля знаний.

Выпускники вузов, обладая большим объемом профессиональных знаний, зачастую не могут использовать их на практике. Молодые специалисты оказываются профессионально несостоятельными, даже беспомощными там, где требуется самостоятельность и компетентность в принятии решений [2].

Гигиена – наука о сохранении и укреплении здоровья населения, профилактическая дисциплина, разрабатывающая на основе изучения взаимодействия организма и факторов среды обитания (природных и социальных) нормативы и мероприятия, осуществление которых обеспе-

чивает предупреждение болезней, создает оптимальные условия для жизнедеятельности и самочувствия человека.

Важную роль гигиена играет в борьбе с инфекционными заболеваниями и эпидемиями и поэтому тесно связана с эпидемиологией. В вопросах изучения влияния окружающей среды на организм гигиена использует данные физиологии, патофизиологии, токсикологии. В своих исследованиях она применяет методы таких наук, как физика, химия, биохимия и др.

Будущие врачи-стоматологи должны уметь:

- обосновывать гигиенические мероприятия, касающиеся здорового образа жизни, личной гигиены, гигиены труда, лечебно-охранительного режима стоматологических учреждений, и внедрять их в практику;
- планировать гигиенические меры профилактики распространения общих и стоматологических заболеваний, оценивать их эффективность;
- быть способными к практической деятельности по решению профессиональных задач в СМО различных организационно-правовых форм;
- владеть профессиональной терминологией;
- быть способными научно организовать труд врача-стоматолога, готовыми к применению компьютерной техники в сфере врачебной деятельности;
- быть готовыми к постоянному профессиональному росту, приобретению новых знаний.

Использование современных методов преподавания способствует формированию профессиональных знаний и умений в результате изучения дисциплины. Компетентный подход определяет общие принципы и цели образования, формирует образовательный процесс и оценку результатов обучения. При этом оценка основывается на анализе уровней образованности, достигнутых студентами на определенном этапе обучения.

В результате освоения дисциплины у студентов стоматологического факультета формируются знания, необходимые для их применения на практике при различных клинических ситуациях, помогающие видеть проблемы и искать пути их рационального решения, используя современные технологии. Студенты должны уметь грамотно работать с информацией, собирать необходимые для решения определенной проблемы факты, анализировать их, делать нужные обобщения, устанавливать статистические и логические закономерности, формулировать аргументированные выводы.

На кафедре общей гигиены МГМСУ с успехом апробирована такая форма семинарского занятия, как деловая игра. Это особая организация семинарского занятия, на котором студенты практически осваивают полученный на лекциях материал, закрепляя его непосредственным участием в тех процессах, которые до этого рассматривались на примерах вне личного опыта.

Методом обучения называют способ упорядоченной взаимосвязанной деятельности преподавателя и обучаемых, направленный на решение задач образования [1]. Так, если лекция в большей степени подразумевает пассивное усвоение учебного материала, то деловые игры, несомненно, требуют вовлечения всех способностей студента, так как успех зависит от его сообразительности и логики, способности работать в коллективе.

Кроме того, материал, излагаемый на лекции, носит в большинстве случаев общий характер по отношению к конкретным знаниям, из-за временных параметров неспособный предусмотреть все ситуации из практической

деятельности. Чтобы оценить ситуации индивидуально, необходимо почувствовать их связь с личным опытом.

Использование деловых игр обеспечивает повышение эффективности усвоения изучаемого материала и осуществляет связь с практикой.

Основные функции деловых игр в образовательном процессе состоят в следующем. Сформулировав проблему, преподаватель определяет задачи. Студенты должны разработать систему доказательств, сравнивая различные точки зрения и подходы, и показать способы решения поставленной задачи, становясь как бы свидетелями и соучастниками научного поиска. Опыт использования нового метода обучения показал, что, во-первых, деловые игры позволяют вовлечь студентов в активное усвоение материала. Обучающиеся концентрируют все свои умственные способности для достижения заданного результата. Во-вторых, с помощью деловых игр можно значительно повысить мотивацию изучения теории, так как польза от нее не всегда ощущается студентами как реальная связь с практической деятельностью.

Инициатива, самостоятельность, творческий поиск проявляются в деловой игре наиболее полно. Методы учебной работы перерастают в методы научного исследования. Студенты самостоятельно изучают литературу, источники, ведут наблюдения и измерения. В результате использования этой формы организации семинарского занятия на стоматологическом факультете при освоении дисциплины «Гигиена» за последние два года очевидна динамика к увеличению положительных оценок и снижению общего количества неудовлетворительных.

У студентов-стоматологов безусловную мотивацию к изучению вызывает тема «Гигиена труда врача-стоматолога и зубного техника», раскрывающая важнейшие проблемы их будущей профессии. **К ним относятся требования к:**

- рациональному устройству и внутренней отделке стоматологических поликлиник, кабинетов и зуботехнических лабораторий;
- техническому оснащению рабочего места врача и зубного техника, оборудованию, приборам, инструментарию, материалам;
- соблюдению правил личной гигиены (уход за руками, рабочая поза, рабочая обувь);
- профилактике внутрибольничных инфекций, в том числе ВИЧ и гепатита В.

В настоящее время эти вопросы освещаются в одной лекции и материалах учебника. Кроме этого, по линии УИР студенты готовят реферат по данной теме.

В свете модернизации преподавания представляется необходимым подкреплять чистую теорию практикой уже в студенческие годы. Для этого на кафедре необходимо переоборудовать одну из аудиторий в учебный стоматологический кабинет на одно кресло, отвечающий всем современным гигиеническим требованиям и учитывающий особенности работы терапевта, хирурга, ортопеда, подготовить учебный фильм по работе врача-стоматолога. Такой наглядный метод преподавания вопросов профессиональной гигиены, стал бы инновационным и радикально способствовал бы повышению качества подготовки врачей стоматологического профиля.

Координаты для связи с авторами:

+7 (495) 609-67-00 – кафедра общей гигиены МГМСУ

 СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ НАХОДИТСЯ В РЕДАКЦИИ.

Гигиенические основы профессионально-прикладной физической подготовки студентов-стоматологов в вузе

Профессор **В.М. Глиненко**, доктор медицинских наук
 Доцент **Н.Г. Кожевникова**, доктор медицинских наук
 Профессор **В.А. Катаева**, доктор медицинских наук
 Профессор **А.М. Лакшин**, доктор медицинских наук
Т.Р. Дулина, кандидат медицинских наук
Кафедра общей гигиены МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. Труд врача отличается большой ответственностью, высокой психологической, а иногда и выраженной физической нагрузкой. Изучение работы врача-стоматолога в условиях поликлинического приема позволило выявить особенности, отражающие специфику его профессиональной деятельности и установить, что более высокому напряжению подвергаются зрительная, мышечная и нервная системы организма. Практическую пользу для решения проблемы приспособления к современному труду будущих стоматологов, их оздоровлению может принести целенаправленная профессионально-прикладная физическая подготовка в вузе.

Ключевые слова: условия труда врача-стоматолога; работоспособность; заболеваемость; профессионально-прикладная физическая подготовка; здоровый образ жизни.

Hygienic basis for professionally applied physical training of dental students at university

Professor **Viktor Glinenko**, Doctor of Medical Sciences
 Associated Professor **Natalya Kozhevnikova**, Doctor of Medical Sciences
 Professor **Valentina Kataeva**, Doctor of Medical Sciences
 Professor **Andrew Lakshin**, Doctor of Medical Sciences
Tamara Dulina, Candidate of Medical Sciences
Department of General Hygiene of MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. Doctors work is characterized by increased responsibility, a high psychologic and sometimes very expressed physical load. The study of a dentists work when they are receiving patients at a polyclinics made it possible to reveal some peculiarities which reflect specific aspects of then professional activity and to conclude that muscular and skeletal systems as well as vision experience the highest stress. Purposeful professionally applied physical training at university can be of practical use for the solution of the problem of adaptability to present – day work of future dentists.

Keywords: working conditions of a dentist; working capacity; disease incidence; professionally applied physical training; healthy mode of life.

Многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых показали, что качество и эффективность деятельности врачей в значительной степени зависят от состояния их собственного здоровья, на которое могут оказывать неблагоприятное влияние условия труда и факторы трудового процесса. Труд врача – один из наиболее сложных видов человеческой деятельности, отличающийся большой ответственностью, высокой психологической, а иногда и выраженной физической нагрузкой.

Согласно исследованиям Л.М. Барышевой (1981), Е.В. Дегальцевой (1997), Т.А. Егоровой (1999), В.А. Катаевой (2002), труд врача-стоматолога характеризуется монотонностью, гипокинезией и гиподинамией, выпол-

нением большого числа манипуляций руками, требующих точной координации мышечно-суставного аппарата кисти и пальцев рук. Большинство врачей-стоматологов отмечают к концу рабочей смены сильное утомление опорно-двигательного аппарата и нервной системы.

Стоматологи в зависимости от вида приема (терапевтический, хирургический, ортопедический) выполняют работу преимущественно в положении стоя (хирурги), сидя (терапевты) или сидя-стоя (протезисты).

Хирурги, проводя удаление зуба, прикладывают значительные физические усилия рабочей руки и корпуса, поскольку максимальное усилие человек развивает стоя.

Терапевты, выполняя в полости рта длительные кропотливые вмешательства во время пломбирования зуба,

вынуждены сидеть: так достигается лучший обзор операционного поля, и врач затрачивает меньше энергии.

Протезисты чаще всего работают в положении сидя. Эта рабочая поза считается оптимальной, динамической, так как не менее 60% рабочего времени они осуществляют кропотливые манипуляции сидя. Оставшееся время работают стоя, чтобы выполнять работу, требующую больших физических усилий, или передвигаются по кабинету (например, чтобы вымыть руки и т.д.).

Позы с наклоном и изгибом позвоночника занимают свыше 80% рабочего времени, приводят к длительному статическому напряжению скелетных мышц, высоким нагрузкам на тактильный и кинестетический анализаторы, что значительно снижает работоспособность, создает условия для развития патологических изменений в позвоночнике, сдавлений внутренних органов, застоя крови и лимфы.

Работу врачей стоматологического профиля можно оценивать как зрительно-мануальную. Напряжение зрения и повышенные требования к цветоразличительной способности глаза характерны для труда медицинских работников данной категории. Под контролем зрения стоматологи выполняют более 80% операций, начиная с осмотра пациента и его полости рта. К тому же операционное поле, с которым имеет дело стоматолог, очень мало (около 1 см²), объекты различения – 0,1–0,3 мм, патологический очаг, как правило, слабо контрастен по отношению к фону.

Чрезвычайно важен в работе врача-стоматолога – косметологический аспект проведенного лечения. Для достижения эстетичного результата врач должен быть способен и иметь реальную возможность (зависящую от освещения стоматологического кабинета и рабочего места) точно воспринимать цветовые оттенки кожи и слизистых оболочек в норме и при патологии, натуральных и искусственных зубов, стоматологических и зуботехнических материалов.

В полости рта стоматологу приходится постоянно выполнять множество кропотливых тонких действий с применением различных инструментов, конструкция рукояток которых не всегда соответствует анатомо-физиологическим особенностям работающей кисти. Это вызывает статическое и динамическое перенапряжение нервно-мышечного аппарата руки, приводя к появлению таких расстройств, как вегетомиофасциты, миозиты, плекситы, эпикондилиты, лигаментиты, полиневриты и других профессиональных патологий, что может стать причиной получения специалистом инвалидности в сравнительно молодом возрасте.

В течение профессиональной деятельности стоматологи ежедневно контактируют с пациентами, возбужденными острой зубной болью и боязнью предстоящих манипуляций в полости рта. Распространенность синдрома эмоционального выгорания среди медицинских работников, оцениваемую в среднем от 25 до 80% для разных профессиональных групп, обнаруживают у 61% стоматологов.

Главная проблема, из-за которой многие врачи порой меняют специальность, – заболевания опорно-двигательного аппарата. Неблагоприятные условия работы могут способствовать развитию у стоматологов полиартритов, которые характеризуются субъективными симптомами (болями в суставах, костях), а также объективными изменениями в фалангах пальцев, локтях, плечах и т.д.

Длительно и часто повторяющееся напряжение отдельных мышечных групп в неестественном положении может при некоторых смещениях или резкой нагрузке давать осложнения в виде тендовагинита или заболевания суставной сумки в местах прикрепления сухожилия или мышцы.

Согласно исследованиям Seyfjarth (2010), у 70% молодых специалистов-стоматологов через 6–30 мес после начала их деятельности отмечены те или иные симптомы, свидетельствующие о заболеваниях скелетной мускулатуры.

При длительной односторонней нагрузке вначале утомляются мышцы, потом растягиваются связки, в результате чего ослабевают суставы и смещаются кости. Смещение в коленном суставе, например, приводит к изменению контакта головки бедра и вертлужной впадины, меняется и положение голени, что сказывается на голеностопном суставе и стопе. В свою очередь, изменение положения головки бедра во впадине смещает мускулатуру таза, приводя к искривлению позвоночника, следствием чего является типичный низкий поясничный лордоз и значительное искривление верхней части позвоночника.

При работе врача стоя, с наклоненным вперед корпусом часто отмечают случаи заболеваний желчного пузыря. В результате давления на желчные протоки ухудшается отделение желчи и появляются камни.

Работа с вытянутой вперед головой вызывает повышенную нагрузку на шейные и затылочные мышцы, шейные позвонки, что может спровоцировать головные боли.

У врачей, долгое время работающих стоя, отмечают также гиподинамию, которая приводит к нарушению венозного оттока, вызывающему застой крови в венах нижних конечностей, циркуляторные нарушения в сосудах, включая органы брюшной полости.

Изучение работы стоматолога в условиях поликлинического приема позволило выявить особенности, отражающие специфику их профессиональной деятельности: высокие зрительные и статические нагрузки, стереотипные движения мелких мышц рабочей руки, высокое нервно-эмоциональное напряжение, неудобная рабочая поза. Это значит, что постоянно напряжению подвергаются зрительная, мышечная и нервная системы [3].

Исходя из вышесказанного, исключительно важную роль в подготовке к профессиональному труду будущих стоматологов играет их физическое совершенствование. Среди основных показателей физической надежности и готовности к профессиональному труду – физическое развитие, хорошее общее функциональное состояние организма, высокая работоспособность, требуемый уровень развития профессионально важных качеств и навыков, быстрая восстанавливаемость, устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов среды [2].

Практическую пользу для решения проблемы приспособления к труду может принести целенаправленная профессионально-прикладная физическая подготовка (ППФП), осуществляемая на всех этапах формирования специалистов. Для этого используются профессионально ориентированные виды спорта и системы физических упражнений, направленные на развитие, совершенствование и активизацию психофизиологических возможностей человека с учетом требований, предъявляемых к нему избранным видом деятельности [2, 5, 6].

ППФП студентов-стоматологов должна включать комплекс специальных упражнений на основе профессио-

граммы, развивать необходимые профессионально-прикладные навыки, необходимые для успешной работы в будущей специальности.

Цель физического воспитания в медицинском вузе по профессионально-прикладной физической подготовке студентов состоит в:

- укреплении здоровья;
- разностороннем физическом развитии;
- овладении видами спорта, способствующими совершенствованию физических и волевых качеств;
- привитии профессионально-прикладных навыков, необходимых в практической работе;
- формировании привычки к здоровому образу жизни и систематическим занятиям физическими упражнениями;
- профилактике асоциальных форм поведения и формировании позитивных стратегий для преодоления стресса.

Поэтому задачами профессионально-прикладной физической подготовки врача-стоматолога должно стать развитие:

- основных физических качеств – общей выносливости, силы, ловкости и гибкости;
- специальных качеств – устойчивости к гипокинезии и гиподинамии, быстроты зрительного различения, подвижности нервных процессов;
- психических качеств – концентрации внимания, оперативного мышления и воли.

Основная форма физического воспитания в вузе – учебные занятия, которые могут быть теоретическими, практическими, контрольными; элективными практическими (по выбору); индивидуальными и индивидуально-групповыми, дополнительными (консультации); самостоятельными по заданию и под контролем преподавателя.

Внеучебные занятия организуют в форме физических упражнений и рекреационных мероприятий в режиме учебного дня; занятий в секциях; самостоятельных занятий физическими упражнениями, спортом, туризмом; массовых оздоровительных, физкультурных и спортивных внутривузовских и межвузовских мероприятий (спортивные соревнования, физкультурные праздники, Дни здоровья).

Физкультурно-оздоровительная деятельность в структуре досуга весьма привлекательна для студенческой молодежи. Такой досуг ориентируется не на спортивные достижения, а на удовлетворение потребности в активном отдыхе, стремлении к физическому совершенствованию и укреплению собственного здоровья.

Популярностью у молодежи пользуются катание на коньках, спортивные танцы, оздоровительная гимнастика, командные игры (теннис, футбол, волейбол), туристические путешествия [4].

Занятия физической культурой и спортом (ФК и С) создают личный опыт преодоления стресса адаптивными способами, снижают возможную агрессивность и повышают волевые качества, предупреждают обращение молодежи к употреблению психоактивных веществ (табакокурение, алкоголь, токсичные и наркотические средства). Подобный подход к важной международной проблеме открывает новые возможности для дальнейших исследований профилактики вредных привычек средствами ФК.

Для повышения оздоровительной и прикладной деятельности физического воспитания в медицинском вузе предлагается:

- внедрить инновационные принципы, среди которых оздоровительная направленность физической культуры, обеспечение профессионально прикладной деятельности физической подготовки и сознательного отношения к своему физическому совершенствованию;
- использовать учебные и самостоятельные занятия физическими упражнениями с учетом их оздоровительной, прикладной значимости и интереса к ним студентов;
- повысить мотивацию студентов к своему постоянному физическому совершенствованию и двигательной активности, приобщению к основным компонентам здорового образа жизни;
- обучать пользоваться средствами оздоровительной физкультуры в условиях университета и дома, а также в будущей профессиональной деятельности с учетом особенностей профессии выбранной специальности;
- внедрить курс обучения адаптивной физической культуре;
- использовать физкультурно-оздоровительные и рекреационные досуговые мероприятия;
- предусмотреть аренду спортивных сооружений (плавательного бассейна, залов для аэробики, художественной гимнастики, спортивных игр) и создание спортивных залов при общежитиях;
- улучшить финансовое обеспечение физического совершенствования студентов, используя для этого разнообразные источники финансирования (госбюджет, спонсорские взносы, членские взносы студентов) [1].

Формирование профессионально важных качеств студентов-стоматологов средствами ППФП должно начинаться на этапе профессионального образования и продолжаться на протяжении всех этапов их карьеры. Этот процесс требует специальной методологии и технологий, основывающихся на определенных педагогических подходах, тесно связанных с общей педагогикой формирования профессионала.

Координаты для связи с авторами:

+7 (495) 684-59-23, nataliplus0812@mail.ru – кафедра общей гигиены МГМСУ: Глиненко Виктор Михайлович, Кожевникова Наталья Григорьевна, Катаева Валентина Андреевна, Лакшин Андрей Михайлович, Дулина Тамара Рамазановна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глиненко В.М., Кожевникова Н.Г. Создание функциональной модели центра здоровья студентов. Информац.-методич. письмо. – М.: МГМСУ, 2011, 30 с.
2. Кабачков В.А., Полиевский С.А., Буров А.Э. Профессиональная физическая культура в системе непрерывного образования молодежи. – М.: Сов. спорт, 2010, 296 с.
3. Катаева В.А. Труд и здоровье врача-стоматолога. – М.: Медицина, 2002, 208 с.
4. Кожевникова Н.Г. Актуальные проблемы формирования здоровья студентов. – Berlin: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2013, с. 83–95.
5. Полиевский С.А. Стимуляция двигательной активности. – М: Физ. культура, 2006, 256 с.
6. Раевский Р.Т., Канишевский С.М. Профессионально-прикладная физическая подготовка студентов высших учебных заведений. – М.: Наука и техника, 2010, 380 с.

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

Ждите ответа

Профессор **А.В. Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета, заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ
Кафедра кариесологии и эндодонтии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ
 Профессор **Н.Н. Мальгинов**, доктор медицинских наук, проректор по лечебной работе, заведующий кафедрой
Кафедра челюстно-лицевого протезирования МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ
 Профессор **Д.Ю. Харитонов**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета, заведующий кафедрой
 Профессор **И.А. Беленова**, доктор медицинских наук
Кафедра терапевтической стоматологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко (Воронеж) Минздрава РФ
 Профессор **Е.А. Лещева**, доктор медицинских наук
Кафедра стоматологии общей практики ВГМУ им. Н.Н. Бурденко (Воронеж) Минздрава РФ

Резюме. В рамках договора о двустороннем сотрудничестве ВГМУ им. Н.Н. Бурденко посетила делегация МГМСУ. Гости посетили основную базу подготовки студентов – стоматологическую клинику ВГМУ: учебно-лечебные кабинеты, фантомные классы, зуботехническую лабораторию. В рамках встречи прошла I студенческая межрегиональная олимпиада по ортодонтии. Теперь московские стоматологи ждут воронежских коллег с ответным визитом.

Ключевые слова: договор; доклад; выступление; клиника; студенты; визит.

Wait for an answer

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 of MSUMD named after A.I. Evdokimov
 Professor **Nikolay Malginov**, Doctor of Medical Sciences, Vice-Rector for clinical work, Head of Department
Department of Maxillofacial Prosthetics of MSUMD named after A.I. Evdokimov
 Professor **Dmitry Kharitonov**, Doctor of Medical Sciences, Dean of the Faculty of Dentistry, Head of Department
 Professor **Irina Belenova**, Doctor of Medical Sciences
Department of Therapeutic Stomatology of Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko
 Professor **Elena Lesheva**, Doctor of Medical Sciences
Department of General Practice Dentistry of Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko

Summary. As part of the agreement on bilateral cooperation Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko delegation visited MSUMD. The guests visited the main base of training students – dental clinic of VSMU: educational and treatment rooms, phantom classes, dental laboratory. During the meeting, I took the student Interregional olympiad in orthodontics. Now Moscow Voronezh colleagues dentists waiting for a return visit.

Keywords: contract; report; speech; clinic; students; visit.

В рамках договора о двустороннем сотрудничестве ВГМУ им. Н.Н. Бурденко провел день МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Московский вуз представляли проректор по лечебной работе, заведующий кафедрой челюстно-лицевого протезирования, профессор Н.Н. Мальгинов, декан стоматологического факультета, заведующий кафедрой кариесологии и эндодонтии, профессор А.В. Митронин, заведующая кафедрой детской

стоматологии, профессор Л.П. Кисельникова, заведующий кафедрой хирургии полости рта, профессор А.М. Панин, заведующая кафедрой гнатологии и функциональной диагностики, профессор Н.А. Цаликова, профессор кафедры ортодонтии Ю.А. Гиоева и профессор кафедры клинической стоматологии № 3 М.Я. Алимова.

В сопровождении декана стоматологического факультета ВГМУ, профессора Д.Ю. Харитонова и заведующих

кафедрами гости посетили основную базу подготовки студентов – стоматологическую клинику ВГМУ: учебно-лечебные кабинеты, фантомные классы, зуботехническую лабораторию. Москвичей также познакомили с работой стоматологического центра «Дентика», в котором студенты и интерны проходят практику.

В рамках встречи прошла I Студенческая межрегиональная олимпиада по ортодонтии. В ней приняли участие команды ПМГМУ и МГМСУ (Москва), БелГУ (Белгород), ВГМУ (Воронеж), ВолГМУ (Волгоград) и КГМУ (Курск). Жюри возглавляла профессор М.Я. Алимова.

На встречу с ректором ВГМУ, профессором И.Э. Есауленко собрались стоматологи Воронежа и Липецка, представители государственных и частных лечебных учреждений, сотрудники вуза. Профессор Н.Н. Мальгинов в своем выступлении затронул вопросы состояния стоматологической службы, организации подготовки стоматологов и последипломного образования. Профессор А.В. Митронин уделил внимание роли симуляционных курсов в реализации ФГОС. Профессор А.М. Панин рассказал об особенностях подготовки студентов по хирургической стоматологии, а профессор Н.А. Цаликова представила доклад на тему использования цифровых технологий для диагностики и лечения.

В рамках Дня МГМСУ прошла I Студенческая межрегиональная олимпиада по ортодонтии.

С ответными докладами выступили главный стоматолог Воронежской области О.А. Покидько, главный стоматолог Липецкой области И.В. Фомичева, заведующий кафедрой стоматологии ИДПО ВГМУ, профессор Б.Р. Шумилов. Они рассказали о внедрении протоколов лечения, переходе на единый тариф оказания стоматологической помощи в рамках ОМС, аккредитации специалистов и последипломном образовании.

В заключение визита профессора А.В. Митронин и Л.П. Кисельникова прочитали лекции студентам III курса и ординаторам по терапевтической (современные аспекты применения стоматологических фотополимеризаторов) и детской (профилактики раннего кариеса) стоматологии. А профессор Ю.А. Гиоева рассказала студентам V курса и ординаторам о диагностике и лечении мезиальной окклюзии.

Перед отъездом делегация МГМСУ посетила корабль-реконструкцию эпохи Петра I «Гота Предестинация».

Теперь московские стоматологи ждут воронежских коллег с ответным визитом.

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович;
+7 (4732) 53-07-61, stomatolog@vsmaburdenko.ru – Харитонов Дмитрий Юрьевич, Беленова Ирина Александровна;
+7 (473) 252-62-11, sop@vsmaburdenko.ru – Лещева Елена Александровна



▲ Делегация МГМСУ в гостях у воронежских коллег



▲ На стоматологической кафедре ВГМУ



▲ У стоматологического центра «Дентика»



▲ Открытие I Студенческой олимпиады



▲ Профессора Д.Ю. Харитонов и Л.П. Кисельникова



▲ Корабль-реконструкцию эпохи Петра I

Высокое собрание

Профессор **А.В. Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета, заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ Кафедра кариесологии и эндодонтии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. В Москве состоялся Всероссийский симпозиум «Болезни твердых тканей зубов, пульпы и периодонта. Современные технологии диагностики, лечения, профилактики осложнений», посвященный 75-летию профессора Ю.М. Максимовского. На мероприятие съехались специалисты из 20 регионов России и зарубежные гости. Презентации и клинические случаи представили ведущие стоматологи страны, а также молодые врачи, впервые выступавшие на столь представительном собрании.

Ключевые слова: симпозиум; форум; эндодонтия; кариесология; память.

High meeting

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 of MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. In Moscow a Russian symposium *Diseases of hard tissues of teeth, pulp and periodontal. Modern technologies of diagnosis, treatment, prevention of complications, dedicated to the 75th anniversary of Professor Y.M. Maximovsky.* The event was attended by specialists from 20 regions of Russia and foreign guests. Presentations and clinical cases presented by the leading dentists of the country, as well as young doctors, who spoke for the first time at such a meeting.

Keywords: symposium; forum; endodontics; cariology; memory.

В Москве, в «Крокус-Экспо», в рамках XII Всероссийского стоматологического форума «Образование, наука и практика в стоматологии» состоялся Всероссийский симпозиум «Болезни твердых тканей зубов, пульпы и периодонта. Современные технологии диагностики, лечения, профилактики осложнений», посвященный 75-летию профессора Ю.М. Максимовского.

На мероприятие, организованное при поддержке СтАР, съехались руководители российских вузов, учреждений,

преподаватели, практикующие стоматологи, руководители клиник из 20 регионов России, а также сотрудники кафедры кариесологии и эндодонтии МГМСУ и зарубежные гости. Диагностика некариозных поражений, кариеса зубов, болезней пульпы и периапикальных тканей, методы оказания амбулаторной помощи при остром течении воспалительных процессов, комплексное лечение и профилактика заболеваний остаются важными проблемами современной практической стоматологии. Особое



▲ Симпозиум собрал руководителей кафедр многих российских вузов, лучших эндодонтистов страны



▲ Руководитель симпозиума, профессор А.В. Митронин представил доклад о профессоре Ю.М. Максимовском

На мероприятие, съехались ведущие стоматологи и преподаватели вузов из 20 регионов России.

значение в повышении качества комплексного лечения имеет совершенствование профессионального мастерства врачей-стоматологов, овладение новыми технологиями, материалами и методиками.

Перед началом симпозиума были представлены видеопрезентации памяти заслуженного деятеля РФ, профессора Ю.М. Максимовского. Ученик Юрия Михайловича, профессор А.В. Митронин, представил собравшимся доклад «Профессор Ю.М. Максимовский: образование, наука, практика – вклад в стоматологию». С именем профессора Ю.М. Максимовского связаны основные вехи

развития стоматологической науки за последние годы. Он был вице-президентом СтАР, бессменным руководителем Московской ассоциации стоматологов, проректором по научной работе ММСИ, главным специалистом по стоматологии Департамента здравоохранения Москвы, заведующим кафедрой факультетской терапевтической стоматологии МГМСУ, членом редколлегии многих отечественных стоматологических журналов. По его учебникам учились и будут учиться студенты всей страны.

Иллюстрированные презентации, клинические случаи и доказательные материалы по научно-практическим исследованиям участникам форума представили ведущие стоматологи страны, а также молодые врачи новой формации, впервые выступавшие на столь представительном собрании.

В сентябре в Испании пройдет XVII Европейский эндодонтический конгресс, а также ряд мероприятий, посвященных 50-летию кафедры кариеологии и эндодонтии МГМСУ.

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович



▲ Всем участникам мероприятия были выданы сертификаты МГМСУ им. А.И. Евдокимова и «Дентал-Экспо»

Распахни свои двери настезь!

Профессор **А.В. Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета, заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ *Кафедра кариесологии и эндодонтии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ*

Резюме. Чтобы абитуриенты как можно лучше узнали вуз, в котором им предстоит учиться, в Центре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ прошел День открытых дверей. Молодые люди и их родители посетили клинические кафедры и кафедральные клиники. Заведующие кафедрами посвятили будущих коллег в тонкости учебного процесса в их подразделениях.
Ключевые слова: кафедра; абитуриент; студенты.

Throw open the doors wide open!

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 of MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. For applicants as soon as possible get to know the institution, in which they will learn, in the Centre of Dentistry and Maxillofacial Surgery of MSUMD he held Open Day. Young people and their parents visited the cathedral and the clinical departments of the clinic. Heads of departments dedicated to future colleagues in the subtleties of the learning process in their units.

Keywords: department; applicant; students.

Чтобы абитуриенты – будущие стоматологи – как можно лучше узнали вуз, в котором многим из них предстоит учиться, в Центре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова прошел День открытых дверей. Молодые люди и их родители смогли посетить клинические кафедры и кафедральные клиники стоматологического комплекса. В мероприятия приняли участие ректор университета, профессор О.О. Янушевич, проректор по учебной работе, профессор С.Т. Сохов, декан стоматологического факультета, профессор А.В. Митронин, а также заведующие кафедрами, член-корреспондент РАН, профессор Л.С. Персин, профессора Е.А. Волков, О.З. Топольницкий, Л.П. Кисельникова, Л.В. Дубова, ведущие специалисты вуза, студенческий актив.

Во вступительном слове профессор С.Т. Сохов рассказал о программе встречи. Профессор А.В. Митронин представил презентацию «Стоматологический факультет-2015. Подготовка врача-стоматолога по новому образовательному стандарту», познакомил абитуриентов с кафедрами факультета, культурной, спортивной, студенческой жизнью, ответил на вопросы собравшихся, а начальник Учебного военного центра МГМСУ, полковник медицинской службы А.А. Останин уделил внимание работе УВЦ.

После этого заведующие кафедрами посвятили будущих коллег в тонкости учебного процесса в их подразделениях, раскрыли некоторые секреты профессии. Надев белые халаты, гости прошлись по учебным классам и лечебным кабинетам, в которых им, возможно, предстоит провести не один год.

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



▲ Возможно, это «завтра» университета

▲ Многие хотят стать стоматологами

▲ Гостей приветствует профессор С.Т. Сохов

▲ На трибуне профессор А.В. Митронин

Всем миром

Профессор **А.В. Митронин**, доктор медицинских наук, декан стоматологического факультета, заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ *Кафедра кариесологии и эндодонтии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ*

Резюме. В МГМСУ состоялись заседание профильной комиссии Экспертного совета Минздрава РФ и совещание деканов стоматологических факультетов образовательных учреждений страны. Реактор университета, профессор О.О. Янушевич представил собравшимся доклад «Концепция развития стоматологии до 2030 года», вызвавший обсуждение всего зала.

Ключевые слова: заседание; совещание; комиссия; деканы; доклад; кариес.

All Together

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 of MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. In a meeting held MSMSU relevant committee of the Expert Council meeting of the Ministry of Health and the deans of dental faculties of educational institutions of the country. The reactor of the University, Professor O.O. Yanushevich presented the report *The concept of Dentistry until 2030*, which caused a discussion of the hall.

Keywords: meeting; conference; commission; deans; report; caries.

В МГМСУ им. А.И. Евдокимова состоялось заседание профильной комиссии Экспертного совета Минздрава РФ с участием проректоров по учебной работе, деканов стоматологических факультетов и заведующих кафедрами стоматологического профиля образовательных учреждений России. Всего в работе форума принял участие 181 человек.

С приветствием к коллегам обратился президент СтАР, доцент В.В. Садовский. Он, в частности, коснулся подготовки и повышения квалификации врачей-стоматологов, а также разработки критериев для определения ежегодного рейтинга стоматологических факультетов, лучшим из которых будет вручаться премия им. А.И. Евдокимова.

Реактор МГМСУ, профессор О.О. Янушевич представил собравшимся доклад «Концепция развития стоматологии до 2030 года». Чтобы представить в вышестоящие организации консолидированное мнение по вопросам организационно-штатной структуры стоматологических подразде-

лений, финансировании стоматологии, стоматологическом страховании, подготовке специалистов, аккредитации, допуске врачей по специальности «Стоматология» к работе и т.д., в обсуждение включился весь зал.

С докладом о реализации нового ФГОС в образовательных учреждениях РФ выступил профессор С.Т. Сохов.

На совещании деканов, проректоров по учебной работе и заведующих кафедрами профессор А.В. Митронин представил аудитории вновь избранных деканов факультетов, в том числе иностранных вузов, рассказал о предстоящих научно-практических мероприятиях мира стоматологии.

Совместно с членом Совета FDI по стоматологическому образованию, профессором Эдоардо Ковалле, профессор А.В. Митронин представил доклад «Европейские стандарты директив стоматологического образования. Новый европейский стандарт».

Итоги VI Всероссийской олимпиады студентов-стоматологов «От обучения к практике» подвела профессор Л.П. Кисельникова. В олимпиаде участвовало 47 студентов V курса из России (37 факультетов), Белоруссии, Франции, Узбекистана (3 факультета), Казахстана (2 факультета) и Киргизии.

Большой интерес вызвали доклад «Альянс за будущее без кариеса» в России. Альянс – некоммерческая благотворительная организация, в которую входят международные эксперты, объединенные целью противостоять кариесу во всем мире. В связи с этим не остались без внимания вопросы современного подхода к преподаванию кариесологии.

По завершении совещания было подписано соглашение о межвузовском сотрудничестве в сфере медицины и образования между МГМСУ и УГМУ (Екатеринбург).



▲ Доклад ректора, профессора О.О. Янушевича

Координаты для связи с автором:

mitroninav@list.ru – Митронин Александр Валентинович

Психологические факторы возникновения и развития стоматологических заболеваний

Профессор **Е.В. Орестова**, кандидат психологических наук, заведующая кафедрой
Кафедра общей психологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Резюме. В статье обсуждаются результаты исследований, рассматривающих различные стоматологические заболевания и влияние на них психологических особенностей пациента. Показана необходимость учета личностных факторов при стоматологическом лечении всех видов. Обнаружено, что лицевая область гораздо более эмоционально чувствительна к медицинским манипуляциям, чем другие части тела.

Ключевые слова: стоматология и психология; лицевая область; стоматоневрология; психосоматическая природа; съемные протезы; ценностные ориентации; эстетическая медицина; мотивация к лечению.

Psychological factors of pathogenesis and development of dental diseases

Professor **Elena Orestova**, Candidate of Psychological Sciences, Head of Department
Department of General Psychology of MSUMD named after A.I. Evdokimov

Summary. This article is discussing the results of researches of the influence of patients' psychological characteristics to different dental diseases. It shows the necessity of consideration of personality factors during all the types of dental care. Our research has found, that facial area is much more emotionally sensitive during medical manipulations than other areas of the body.

Keywords: dentistry and psychology; face area; stomatoneurology; psychosomatics; dentures; values, aesthetical medicine, treatment motivation.

Стоматология на современном этапе развития представляет собой достаточно разветвленную науку, состоящую из различных теоретических и практически ориентированных направлений. Как услуга она весьма востребована в обществе и вооружена большим количеством диагностических и лечебных средств, часто дорогостоящих. Однако стоматология немаловажна в парадигме «врач – пациент» и грубее, но реальнее в дуэте «врач – полость рта», используемом в прошлом. Запросы сегодняшних пациентов направлены не только на лечение (терапевтическое, ортопедическое, хирургическое, эстетическое), но и на отношение к себе как к личности, носителю неповторимых свойств и качеств. Во многих случаях это желание остается на бессознательном уровне, внося существенные искажения в ту картину, которую формирует врач-стоматолог. Однако, как всякая наука о человеке, вместе с собственным прогрессом стоматология повлекла за собой и развитие других научных направлений, в частности психологических. Исследования последних лет, проведенные кафедрой общей психологии МГМСУ совместно с другими кафедрами стоматологического факультета, обнаружили важные закономерности, являющиеся необходимым условием повышения качества работы стоматолога и расширяющие границы как стоматологии,

так и психологии, делая их прозрачными, а местами вообще стирая.

Удалось также выявить ряд моментов, где психология пациента, так называемый личностный фактор, играет немаловажную, а иногда решающую роль в возникновении и развитии ряда заболеваний и их осложнений.

Психогенные боли чаще встречаются у лиц с повышенной фиксацией ощущений своего организма.

Так, в 1980-е годы работа в уникальном, единственном в стране стоматоневрологическом отделении стоматологического комплекса МГМСУ с пациентами, страдающими различными заболеваниями в области головы, показала, что эффективное лечение таких болезней возможно только при личностном подходе, с учетом ин-



дивидуального своеобразия психологической стороны болезни и сопровождающих ее явлений. Концентрация внимания врача только на проявлениях патологического процесса приводит к восприятию больного как носителя определенной симптоматики вне рассмотрения его психологического своеобразия, значительно влияющего на течение болезни и выбор тактики лечения. Личность больного – зачастую решающий фактор возникновения болезни. Например, такие заболевания, как стоматалгия-глоссалгия поражают, как правило, высокотревожных людей с чертами неуверенности в себе, часто с недостаточно сформированными навыками общения [4]. Различного рода психогенные боли чаще всего встречаются у лиц с повышенной фиксацией ощущений собственного организма [6]. Рецидивирующему афтозному стоматиту более подвержены лица с высокой эмоциональностью, неадекватным и недостаточно сформированным умением регулировать проявление своих эмоций [9].

К разряду психосоматических можно отнести и красный плоский лишай (ПЛ) [1]. Это хроническое заболевание слизистой оболочки рта (СОР) с частыми обострениями чаще возникает у женщин после 40 лет, но в последние годы заметно омолодилось. После комплексного психологического обследования больных данной патологией (использовали клиническую беседу, СМИЛ, тест Айзенка – ЕРІ, ТАТ, методику Холмса и Раге, Торонтскую алекситимическую шкалу) получены убедительные данные о психосоматической природе заболевания. Более 50% больных ПЛ страдают алекситимией – воспринимают жизнь как бесконечную цепь провалов и поражений. Оптимистично смотрят в будущее лишь 1,3% обследуемых (281 пациент: 188 женщин и 93 мужчины). Личностные особенности таких людей пока-

зывают, что вследствие их неадекватного реагирования на различные ситуации течение заболевания значительно осложняется и приводит к усиленным и пролонгированным реакциям со стороны нейроэндокринной системы, вызывает срыв адаптационных процессов и обострение (или возникновение) ПЛ СОР. Психосоматическую природу плоского лишая подтверждает и тот факт, что при психологической коррекционной работе с этими пациентами обострение достаточно быстро купируется, а периоды стабилизации значительно увеличиваются.

Очень показательными оказались результаты, полученные в работе, посвященной изучению личностного фактора в ортопедии, – при исследовании особенностей адаптации к полным съемным протезам [2, 5]. Было обследовано 58 пациентов с полным отсутствием зубов и атрофией альвеолярных гребней 1–2 степени. Пациентов проверяли по психологической методике Спилберга – Ханина, личностному опроснику Айзенка (в адаптации И.Н. Гильяшевой), цветовому тесту Люшера (в адаптации Л.Н. Собчик), методике ценностных ориентаций М. Рокича. Была установлена связь между адаптацией пациента к протезам и структурой его ценностной сферы. Аморфная ценностная сфера – основа для затягивания процесса адаптации, повторных визитов к врачу, просьб о переделывании протезов. Стоматологический статус этих пациентов характеризуется клинически немотивированными жалобами на болезненность при пользовании полными съемными зубными протезами и дискомфорт. В психологическом статусе таких людей преобладают ситуативная тревожность, склонность к избеганию социальных контактов, чувство неудовлетворенности, усталости, стремление к строгому контролю над собой, система ценностей размыта. Лица

с данными проблемами составляют 17% от общего количества пациентов.

У 83% обследованных отмечена иерархическая диспозиция ценностей, на вершине которой – ценности-цели. Эти пациенты хорошо адаптируются к полным съемным зубным протезам. В их психологическом статусе наблюдают активное стремление к успеху, самостоятельность в принятии решений, чувство целостности, потребность во внимании со стороны других. Иными словами, чем лучше построена ценностная сфера у пациентов, тем легче проходит процесс адаптации к протезам.

Бурное развитие в последние десятилетия практических и теоретических аспектов эстетической стоматологии стало ответом на запросы времени – люди начали больше заботиться о своем внешнем облике и о том впечатлении, которое они производят.

Установлено, что ряд пациентов, обращающихся за эстетическим стоматологическим лечением, чувствуют себя внутренне неблагополучными, поскольку испытывают значительный дискомфорт в отношении своей внешности – лица, улыбки, цвета и формы зубов и т.д., хотя при этом врач может фиксировать лишь несущественные деформации в их зубочелюстной системе. Именно этот факт и его психологическая подоплека стали предметом изучения [8].

Исследование состояло из двух этапов. На первом – для анализа вопроса об объективности оценки пациентами состояния своего стоматологического статуса была разработана методика «Двойное оценивание», основанная на сравнении восприятия одних и тех же дефектов врачом и пациентом. Методика включала восемь критериев. Неадекватная оценка выявлена у 33,3%

пациентов. В гендерной проекции этот результат выглядит следующим образом: 29,4% мужчин и 34,8% женщин неадекватно оценили свой стоматологический статус в сторону усугубления симптоматики, что свидетельствует о наличии у них психологических проблем.

Эстетическая медицина еще в XX в. столкнулась с преувеличенным вниманием некоторых людей к отдельным частям своего тела и желанием их изменить. Объяснялось это, как правило, наличием не всегда обоснованной депрессии у данных пациентов. Исследования, проведенные американским психологом С. Фишером в 1950-е гг., показали, что выраженный интерес к отдельным участкам тела обычно не осознается людьми и отражает внутриличностные конфликты [11]. Результаты экспериментов С. Фишера доказали также существование не только индивидуальных, но и общих для всех людей символических значений отдельных частей тела.

Для того чтобы определить, какие участки тела являются областью проекции психологических проблем, на основе модификации теории С. Фишера была создана методика «Лицо – тело» [10]. Пациентам предлагали заполнить анкету из двух списков – 10 частей лица и 16 частей тела, а затем отметить по пятибалльной шкале, насколько нравится или не нравится указанная часть. Если какой-то важной, на взгляд пациента, части лица или тела в списке не было, он приписывал ее снизу.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что из общего числа пациентов, обратившихся за эстетическим лечением, 80,9% выбрали лицо как наиболее значимую часть. В тендерной проекции данный результат выглядит следующим образом: 68,6% мужчин и 90,7% женщин. Эта же методика позволила выявить, какая



часть лица наиболее значима для пациентов. Оказалось, нижняя – щеки, губы и подбородок, то есть те органы, которые формируют улыбку. Этот факт можно объяснить тем, что люди по большей части психологически связывают свою личность именно с лицом.

Согласно результатам двух методик «Двойное оценивание» и «Лицо – тело», 33% пациентов, обратившихся по поводу эстетического лечения, в действительности имеют психологические проблемы. Преувеличенные жалобы на состояние своих зубов – проекция их психологических проблем на полость рта.

Обследование пациентов с помощью методик личностного дифференциала (ЛД), ММРІ (в интерпретации Ф.Б. Березина), «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» (Е.Б. Фанталова) показало основные психологические особенности группы. Это активные и уверенные в себе люди с хорошо сформированными навыками общения. Они целеустремленны, склонны к соперничеству и доминированию. Пациенты производят впечатление состоявшихся, социально успешных людей. Однако внешнее благополучие – лишь фасад, за которым скрывается ранимость и повышенная чувствительность. Люди испытывают внутреннее одиночество, которое пытаются компенсировать чрезмерно большим количеством социальных контактов, зачастую кратковременных и неглубоких. Чувство одиночества и отсутствие доверительных отношений среди ближайшего окружения ими не осознается. Потребность в близких отношениях эти люди проецируют на полость рта, неосознанно полагая, что, придав улыбке соответствующий их представлениям вид, они кардинально изменят свою жизнь в сторону улучшения дружеских контактов. Таким образом, 33% пациентов в качестве мотивации к эстетическому лечению обозначили причину, которая, с точки зрения их стоматологического статуса, таковой не является.

Все это может проявиться в недовольстве работой врача, так как пациенты приходят не только за «улыбкой», но и за решением своих психологических проблем. А отсутствие такого решения порой влечет за собой конфликт с лечащим врачом. Именно поэтому стоматолог должен учитывать психологические особенности пациента.

Была также изучена мотивация пациентов, пришедших на отбеливание зубов [3, 7]. Мотивацию одобрения и достижения анализировали с помощью теста Т. Эллера. Обследовали 159 пациентов 18–52 лет, из них 81 женщина и 78 мужчин. В исследовании участвовали лица, желающие изменить цвет своих зубов, считающие себя здоровыми, не имеющие в анамнезе тяжелой стоматологической патологии. По способу отбеливания, который выбрали пациенты, их распределили на три группы: I – пациенты, выбравшие так называемое домашнее отбеливание, II – те, кто предпочел офисное отбеливание, III – лица, отказавшиеся от отбеливания в результате полученной информации о процедуре. Было обнаружено, что у пациентов второй группы мотивация достижения значимо преобладала над мотивацией одобрения, тогда как в первой и третьей группах, напротив, превалировала мотивация одобрения.

У пациентов первой группы, выбравших домашнее отбеливание, преобладало стремление заслужить положительную оценку своих действий со стороны значимых окружающих людей. Человек с преобладающей мо-

тивацией одобрения менее ориентирован на успешное завершение реализуемой деятельности, однако именно положительное эмоциональное подкрепление его действий со стороны окружающих способствует продолжению любой деятельности. Пациенты этой группы в ходе отбеливания более нуждаются в том, чтобы их усилия были замечены окружающими, в том числе врачом, и получали положительное подкрепление. Это подтверждается результатами анализа усредненного профиля СМИЛ, который показывает, что у пациентов данной группы присутствует желание выглядеть в глазах окружающих в более выгодном свете. Для них характерны высокий уровень идентификации со своим социальным статусом, склонность следовать конвенциональным нормам.

Интерес к отдельным участкам тела не осознается людьми и отражает внутриличностные конфликты.

Тенденция соответствовать социальным нормам и установкам, характерная для личностей такого типа, прослеживается и в выборе основных (терминальных) жизненных ценностей. В этом случае обращение к стоматологу для отбеливания зубов или согласие на проведение такой процедуры – одно из средств поддержания своего социально желательного образа и получения одобрения со стороны окружающих. Кроме того, у испытуемых данной группы отмечена склонность к стремлению намеченным целям и существующим установкам поведения, имеющим социальный характер. Это способствует лучшей внутренней организации деятельности испытуемых, а значит, может облегчать им проведение процедуры отбеливания в домашних условиях. Но, несмотря на хорошую внутреннюю организацию деятельности, такие пациенты требуют более внимательного отношения со стороны врача, одобрения всех их действий, связанных с процедурой.

У пациентов второй группы, выбравших офисный вариант отбеливания, преобладала мотивация достижения. Она определяется как увеличение способности человека к той деятельности, где возможна ситуация успеха и неудачи. Таким образом, мотивация достижения направлена на конечный результат, получаемый благодаря собственным способностям человека, и ориентирована на цель. Пациенты с выраженной мотивацией достижения более всего стремятся к реализации поставленной цели, в данном случае – достижению косметического эффекта после отбеливания.

Подобные тенденции подтверждает анализ личностного профиля и структуры ценностных ориентации пациентов этой группы. Во-первых, усредненный профиль СМИЛ показывает наличие у них высокого уровня внимания к поддержанию своего социального статуса. При этом их отличает активность, оптимистичность (о чем говорят, в частности, наблюдаемые у испытуемых высо-

кие показатели по шкале статуса). У таких людей возникает тревога, выражающаяся в острых эмоциональных реакциях на ситуацию успеха или неуспеха. На основе когнитивной переработки фактов возникновения таких реакций формируется представление о личностной свободе, независимости, верности внутренним установкам и критериям жизни.

Пациенты с подобным профилем активны, целеустремленны, направлены на достижение успеха в любых ситуациях, в том числе в прохождении лечебных процедур, что подтверждается преобладанием в их структуре ценностей активной деятельности и уверенности в себе, которые достигаются посредством терпимости, независимости, честности (инструментальные ценности). Кроме того, эти люди не склонны активно интересоваться ходом процедуры, возможными осложнениями и побочными эффектами, но при их возникновении могут демонстрировать бурные эмоциональные реакции, вызванные тревогой, что намеченный результат не будет достигнут. В связи с этим, следует отметить, что помимо склонности к сильным, устойчивым эмоциональным реакциям у пациентов данной группы присутствует тенденция к импульсивным действиям без ориентации на внешние социальные правила поведения, а также снижена способность организовывать поведение в соответствии с социальными критериями. Это может привести к тому, что, несмотря на высокую мотивацию достижения, готовность проходить процедуру до желаемого конца, испытуемые данной группы не готовы самостоятельно следовать предписаниям врача, особенно в ситуации возможного возникновения временных побочных эффектов процедуры.

У пациентов третьей группы, отказавшихся от отбеливания, также было обнаружено преобладание мотивации одобрения, даже более выраженное, чем у пациентов группы I, выбравших домашнее отбеливание. Особенно необычным этот факт выглядит при сопоставлении его с результатами анализа усредненного профиля СМЛ. Для лиц данной группы характерна тенденция к неконформности поведения, внутреннему протесту по отношению к социальным нормам, оригинальности, ненормативности поступков и суждений. Они не склонны ориентироваться на мнение окружающих при планировании и осуществлении своих действий. Это также отражается в выборе терминальных ценностей, среди которых наиболее выделяются ценности, связанные с индивидуальным, личностным, и практически не выражены ценности, связанные с успехом, активной жизненной позицией. Наиболее выраженные черты в личностном профиле испытуемых группы III: ориентация при планировании своей деятельности на внутренние критерии, социальная отгороженность, сопровождающаяся затруднениями в общении и подкрепленная склонностью действовать без ориентации на социальные стереотипы. Для субъектов с подобной личностной организацией характерна ориентация на собственное мнение, затруднение контактов с окружающими. Однако ряд особенностей людей с подобным профилем позволяет объяснить видимое, на первый взгляд, несоответствие между личностной структурой и структурой мотивации. Как указывает Ф.Б. Березин (1976), для пациентов с описанным профилем характерна амбивалентность в отношениях с людьми, являющаяся следствием стремления к преодолению социальной

отгороженности, с одной стороны, и наличие коммуникативных трудностей, с другой. Такие пациенты ожидают внимания и одобрения со стороны окружающих, в том числе на приеме у врача, но в то же время боятся их холодности. Кроме того, у них очень ярко выражено беспокойство по поводу своего места среди других людей, принадлежности к какой-либо группе, что тоже ведет к поиску одобрения со стороны окружающих, следованию социальным стереотипам.

Таким образом, из данного обзора видно, что в настоящее время обращение к пациенту только с точки зрения его стоматологических дефектов не может принести удовлетворение лечением ни пациенту, ни врачу. Более того, не принятие во внимание психологических особенностей пациентов и его мотивации может привести к конфликтам, в том числе финансовым, учитывая ряд дорогостоящих стоматологических процедур.

Полученные результаты особенно важны для стоматологов, так как они свидетельствуют о том, что любая манипуляция в лицевой области гораздо более значима, чем в любой другой. Этот факт ставит стоматолога в особое положение среди врачей, потому что он работает не просто с полостью рта, а с главной репрезентативной частью личности.

Координаты для связи с автором:

+7 (495) 671-74-62, or9700@gmail.com – Орестова Елена Владимировна

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аллик Е.Л. Совершенствование лечения различных форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта с учетом психологического статуса больного. – Автореф. канд. дисс., 2001, М., МГМСУ, 24 с.
2. Гильманова Н.С. Адаптация к полным съемным протезам лиц среднего возраста в зависимости от их психоэмоционального статуса. – Автореф. канд. дисс., М., 2007, МГМСУ, 146 с.
3. Ефремова Е.В. Социальные клинические и психологические аспекты отбеливания зубов. – Автореф. канд. дисс., 2010, М., МГМСУ, 23 с.
4. Орестова Е.В., Винокурова В.Д., Гринберг Л.М. Стоматоглоссия. // В кн. Неврология лица. – М.: Медицина, 1991, с. 262–270.
5. Орестова Е.В., Гильманова Н.С., Воронов И.А. Адаптация к полным съемным протезам лиц среднего возраста в зависимости от их психоэмоционального статуса. – Росс. стоматологич. журн., 2007, № 3, с. 22–29.
6. Орестова Е.В., Карлов В.А., Винокурова В.Д. Психоглоссия. // В кн. Неврология лица. – М.: Медицина, 1991, с. 270–277.
7. Орестова Е.В., Максимовский Ю.М., Ефремова Е.В. Изучение мотивации пациентов к отбеливанию твердых тканей зубов. – Эндодонтия today, 2010, № 3, с. 15–20.
8. Орестова Е.В. Максимовская Л.Н., Уманская Н.Г. Социально-экономические аспекты эстетического лечения в терапевтической стоматологии. // Матер. XI Всеросс. науч.-практич. конф. – М.: МГМСУ, 2003, 215 с.
9. Орестова Е.В., Спицина В.И., Винокурова В.Д. Болезни парадонта и слизистых оболочек полости рта. // Сб. ст. – М.: ММСИ, 1987, 322 с.
10. Уманская Н.Г. Социально-экономические, клинические и психологические аспекты эстетического лечения в стоматологии. – Автореф. канд. дисс., 2005, М., МГМСУ, 28 с.
11. Fisher S. Body experience in fantasy and behavior. – N.-Y.: Appleton-Century-Crofts, 1970, 615 p.

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**.

ПРИБРОСТИ 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: 400 руб. Стоимость подписки: годовая _____ 1400 руб.

КУПОН на подписку

Прошу оформить подписку на журнал «CATHEDRA - КАФЕДРА. Стоматологическое образование»

годовая **Доставку производить по адресу:**

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

*Журнал «Кафедра» 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) 799-29-20; +7 (495) 739-74-46 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: 3010181050000000219
	Наименование платежа:	За подписку на журнал «CATHEDRA - КАФЕДРА. Стоматологическое образование» годовая на 20__г. <input type="checkbox"/>
	Плательщик (ФИО):	
	Адрес плательщика:	
	Сумма платежа _____ руб. _____ коп. Дата: «_____» _____ 20__ г	
Кассир	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен. Подпись плательщика _____	
Извещение	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: 3010181050000000219
	Наименование платежа:	За подписку на журнал «CATHEDRA - КАФЕДРА. Стоматологическое образование» годовая на 20__г. <input type="checkbox"/>
	Плательщик (ФИО):	
	Адрес плательщика:	
	Сумма платежа _____ руб. _____ коп. Дата: «_____» _____ 20__ г	
Кассир	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен. Подпись плательщика _____	

Правила публикации научных материалов в журнале «CATHEDRA – КАФЕДРА. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ»

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) 650-25-68;
e-mail: mitroninav@list.ru

Информация о получателе журнала	
(ФИО)	
(почтовый индекс и адрес получателя журнала)	
Информация о получателе журнала	
(ФИО)	
(почтовый индекс и адрес получателя журнала)	

БЕЗОПАСНОСТЬ•ТОЧНОСТЬ•ПРЕДСКАЗУЕМОСТЬ



DENTA PORT ZX OTR

Эндодонтия высшего класса от J. Morita

NEW



The New Movement
in Endodontics

СКОРО В ПРОДАЖЕ!

Всё для успешной эндодонтии!



Паста гидроксида кальция с йодоформом

- для временного пломбирования корневых каналов
- превосходный антибактериальный эффект
- высокая рентгеноконтрастность
- готовая паста в шприце с одноразовыми наконечниками
- апексификация



Паста гидроксида кальция с сульфатом бария

Стоматологический эпоксидный пломбировочный материал для корневых каналов

- превосходные герметизирующие свойства
- отличная рентгеноконтрастность
- хорошая биосовместимость
- универсальный силер для работы с гуттаперчей
- сдвоенный шприц «паста + паста»



Гель с 19% EDTA для препарирования корневых каналов

- удаление и очищение смазанного слоя
- активная реакция хелатообразования
- эффективность инструментальной обработки



Раствор 19% EDTA для обработки и ирригации корневых каналов



Реклама



Генеральный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»
123308, г. Москва, Новохорошевский проезд, д. 25,
Тел.: 8 800 500-32-54 (звонки из регионов РФ бесплатные),
+7 (499) 946-46-09, +7 (499) 946-46-10, e-mail: shop@medenta.ru, сайт: www.medenta.ru



Генеральный дистрибьютор в России: ООО «МЕДЕНТА»
123308, г. Москва, Новохорошевский проезд, д. 25,
Тел.: 8 800 500-32-54 (звонки из регионов РФ бесплатные),
+7 (499) 946-46-09, +7 (499) 946-46-10, e-mail: shop@medenta.ru, сайт: www.medenta.ru