

ОБОЗ

рение

№ 1 (93)

23 апреля 2018 г.

СТОМАТОЛОГИЯ

ТУРБИННЫЕ
И НИЗКОСКОРОСТНЫЕ
НАКОНЕЧНИКИ
ПНЕВМАТИЧЕСКИЕ МОТОРЫ

СОХО®

Инструмент, которым приятно работать



НЕМЕЦКИЕ
ПОДШИПНИКИ
MYONIC

Со встроенным
генератором света

СХ207-F 6 990 ₺



ГАРАНТИЯ

 UNIDENT

Эксклюзивный дистрибьютор продукции Сохо в России | 119571, г. Москва, Ленинский проспект, 156
Телефон: +7 (495) 434-1027 | Телефон: +7 (495) 434-4601 | Горячая линия: +7 (965) 434-2962
E-mail: ornt@unident.net | www.unident-online.ru

Редакционный совет

С. И. Гажва, д.м.н., профессор,
зав. кафедрой стоматологии
ФДПО ПИМУ,
президент Нижегородской
ассоциации стоматологов.

В. Е. Круглов, Заслуженный врач РФ,
вице-президент Нижегородской
ассоциации стоматологов.

Е. А. Дурново, д.м.н., профессор,
зав. кафедрой хирургической
стоматологии и ЧЛХ ПИМУ.

О. А. Успенская, д.м.н., доцент,
зав. кафедрой терапевтической
стоматологии ПИМУ.

Е. Н. Жулев, д.м.н., профессор,
зав. кафедрой ортопедической
стоматологии и ортодонтии ПИМУ.

Л. Н. Казарина, д.м.н., профессор,
зав. кафедрой пропедевтической
стоматологии ПИМУ.

С. Ю. Иванов, д.м.н., профессор,
член-корреспондент РАН,
зав. кафедрой ЧЛХ и имплантологии
ФДПО ПИМУ.

С. Ю. Косюга, к.м.н.,
зав. кафедрой стоматологии
детского возраста ПИМУ.

И. Г. Федосеев,
главный стоматолог
г. Нижнего Новгорода.

И. Г. Гатин,
главный стоматолог г. Дзержинска.

Ф. Ф. Шакиров,
главный стоматолог г. Арзамаса.

С. И. Шестопапов,
к.м.н., врач-стоматолог, ортопед.

С. Н. Замятин,
член правления Нижегородской
ассоциации стоматологов.

«Обозрение. Медтехника» № 1 (93).

Стоматология

*Рекламно-информационное издание
для специалистов здравоохранения.*

Свидетельство о регистрации СМИ
ПИ № ФС77-21483 от 02 августа 2005 г.
выдано Федеральной службой
по надзору за соблюдением законода-
тельства в сфере массовых коммуника-
ций и охране культурного наследия.

Учредитель и издатель:
ООО «Альтернатива».

Директор/главный редактор:
Воловик И. Г.

Редактор: Чижова Е. А.

Адрес редакции и издателя:
603028, Н. Новгород,
Московское шоссе, 64а.

Тел./факс (831) **279-80-45**,
тел. (831) **279-80-10**.

E-mail: gazeta@sandy.ru

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламы
и предоставленных материалов.
Любое воспроизведение опублико-
ванных материалов допускается только
с письменного согласия редакции.

Номер отпечатан в типографии
ООО «Юнион Принт» (Н. Новгород,
Окский съезд, 2, тел.: (831) 4-160-168,
4-394-499, e-mail: info@upnn.ru).

Тираж 5000 экз. Цена свободная.

16+

Юбилей

Поздравляем с юбилеем
Ивана Михайловича Байрикова..... 6

К юбилею
Николая Гавриловича Аболмасова..... 6-7

Профессионал с большой буквы
(Татьяна Львовна Рединова) 8-9

События

Бал стоматологов 2018 4-5

Абилимпикс — олимпиада
по профессиональному мастерству
инвалидов различных категорий
в номинации «Зубной техник» 10

Первая межрегиональная
студенческая олимпиада
по терапевтической стоматологии..... 12

Via Scientiarum — путь к знаниям
(о юбилее стоматологического
факультета ИвГМА)..... 14-17

Полезное сотрудничество 17

Ассоциации стоматологов
Удмуртии — 20 лет 18-19

Имплантология

Клинический пример
комплексного лечения пациента
с применением имплантатов 20-21

заболевания пародонта и СОПР

Динамика морфофункционального
состояния тканей пародонта
при лечении больных хроническим
пародонтитом методом
аутосеротерапии 22-23

Влияние социальных факторов
на качество жизни пациентов
с заболеваниями пародонта,
проживающих
в Удмуртской Республике 26-27

мобильная стоматология

Передвижной медицинский комплекс
«Передвижная стоматология» 28

Эндодонтия

Повышение эффективности
эндодонтического лечения
хронического гранулирующего
пародонтита 29

Объективная оценка
в эндодонтической практике:
ошибки и осложнения,
рациональная тактика..... 30-31

хирургическая стоматология

Оказание неотложной
стоматологической
хирургической помощи:
портрет потенциального пациента
и степень неотложности..... 32

коммунальная стоматология

Возможно ли уменьшение кариеса
зубов в районах эндемического
флюороза?..... 34

Клинико-эпидемиологические
особенности кариеса зубов
у детского населения
сельской местности 35

Стоматология детского возраста

Оценка кариесрезистентных форм
слюны у школьников-подростков 37

Проблемы детской стоматологии
и пути их решения..... 38-39

ортопедическая стоматология

Адаптация к зубным протезам
при заболеваниях пародонта 41-42

Организация полноценного питания
у больных с травмой
челюстно-лицевой области 42-43

лекарственные средства

Бионокс 29

**инструменты,
оборудование, мебель**

ТД Ворсма 28

Крафтвэй Фарма 31

Марта Биотек 21

Юнидент 1, 3, 11, 13, 24-25, 40, 48

дезинфекция и стерилизация

Юнидент 33, 36



SIGER U200

Комплект оборудования

- ✓ Цена: 269 990 ₽
- ✓ Гарантия: 2 года *
- ✓ Бесплатная доставка по России



В комплекте

Светильник

Бестеновой светильник Siger LED светодиодного типа с сенсорной системой регулировки яркости.



Стул врача, Siger



Стул ассистента, Siger



Компрессор на 1 установку W-602, в кожухе, WuerWei

Производительность: 60 л/мин
Объем ресивера: 35 л



Встраиваемая полимеризационная лампа, Woodpecker



COXO

Турбинный наконечник CX207-F с генератором света



Угловой наконечник CX235-1B с внутренней подачей воды



Прямой наконечник CX235-2B с внутренней подачей воды



Микромотор CX-235-3B с внутренней подачей воды



Скалер с фиброоптикой, Woodpecker



* Кроме вращающегося инструмента



Эксклюзивный дистрибьютор
Siger в России

+7 (495) 434-82-47
+7 (965) 434-58-34

www.siger-pro.ru
siger@siger-pro.ru





Фото: Руслана Лобанова.



Поздравляем с юбилеем!

Без преувеличения можно сказать, что имя заведующего кафедрой челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Самарского государственного медицинского университета, Заслуженного работника высшей школы Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора **Ивана Михайловича БАЙРИКОВА** — одно из известных среди имен медицинской общественности Самары и Самарской области. Талантливая личность, видный ученый, искуснейший хирург, организатор науки, замечательный педагог — все это и еще многое другое сосредоточил в себе Иван Михайлович. 18 января 2018 года И. М. Байриков отметил славный 60-летний юбилей.

За период научной деятельности профессором И. М. Байриковым было опубликовано 312 научных работ, получено 64 патента РФ и авторских свидетельств, 117 рацпредложений. Под руководством и при консультации Ивана Михайловича защищены 1 докторская и 12 кандидатских диссертаций.

Будучи творческой личностью, И. М. Байриков проявил и талант инициативного ученого. Так, разработанные им имплантационные системы из нетканого титанового материала со сквозной пористостью широко внедряются в клиническую практику. В клинике применяются клеточные технологии, биоинженерные конструкции, навигационные системы, направленная костная регенерация, методы быстрого прототипирования.

Под его руководством на кафедре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии сформировался дружный коллектив единомышленников и высококлассных специалистов.

Профессор И. М. Байриков пользуется заслуженным уважением не только среди ближайших его коллег и учеников, но и среди многочисленных пациентов.

В свой 60-летний юбилей Иван Михайлович Байриков продолжает активно заниматься профессиональной деятельностью и не собирается останавливаться на достигнутом. Он человек с широким кругозором и активной жизненной позицией.



Глубокоуважаемый Иван Михайлович!

Примите самые искренние поздравления с юбилейной датой!

Мы высоко ценим Ваш профессионализм, настойчивость в достижении цели, ответственность и трудолюбие, восхищаемся Вашей жизненной энергией и энтузиазмом. Вы являетесь для нас примером творческого подхода к делу и бескорыстного служения медицине.

От всей души желаем Вам доброго здоровья, долгих лет активной профессиональной деятельности, семейного благополучия, теплоты и счастья!

Коллектив кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ.

К юбилею Николая Гавриловича Аболмасова

О. Ю. ЧЕБОТАРЕНКО, ассистент кафедры ортопедической стоматологии с курсом ортодонтии Смоленского государственного медицинского университета, заместитель председателя Ассоциации стоматологов Смоленской области (АССО), зав. организационно-методическим отделом Смоленской областной стоматологической поликлиники, г. Смоленск.



25 апреля 2018 года поздравления по случаю 80-летнего юбилея принимает Заслуженный врач России, доктор медицинских наук, профессор кафедры ортопедической стоматологии с курсом ортодонтии Смоленского государственного медицинского университета **Николай Гаврилович Аболмасов**. Его трудовая деятельность в медицине длится 62 года, из них 56 лет врачебного стажа.

Родился Николай Гаврилович Аболмасов в селе Вязовое Шигровского района Курской области, в крестьянской многодетной семье, где было восемь детей: 5 дочерей и 3 сына. За рождение седьмого ребенка его мать получила медаль материнской славы 3-й степени.

Босоное, голодное послевоенное детство. Из нищеты семью вытаскивал старший брат Алексей. Вернувшись с войны, он смог получить высшее юридическое образование и в 1949 году переехал в г. Елец Липецкой области, куда вскоре перевез и всю семью.

В 1954 году, окончив 8 классов средней школы, Николай Аболмасов поступил на фельдшерско-акушерское отделение Елецкого медицинского училища. Он хорошо учился, получал стипендию. Деньги небольшие, но и это была какая-то помощь многодетной семье.

В 1956 году Н. Г. Аболмасов успешно окончил училище, получив диплом с отличием, и начал свою трудовую деятельность фельдшером-акушером в здравпункте Донских каменных разработок на станции Дон Липецкой области. Николай познакомился и подружился с коллегами — врачами, профессионалами своего дела и понял, что хочет учиться дальше. В 1957 году он, за компанию со своим другом, не зная еще в то время, что такое стоматология, поступил на стоматологический факультет Калининского медицинского института (ныне Тверской государственный медицинский университет). В студенческие годы Н. Г. Аболмасов отличался трудолюбием и целеустремленностью, учился на «хорошо» и «отлично», занимался легкой атлетикой (бег на короткие дистанции: 100 м, 200 м и 400 м), вел активную комсомольскую общественную работу: был заведующим спортивным сектором в профкоме института, работал на уборке урожая в колхозе «Путь к коммунизму» и деревне Сабунды Целиноградской области (ныне Астанинская) в Казахстане.

После окончания вуза в 1962 году Н. Г. Аболмасов попал по распределению в Ржевскую ЦРБ Калининской области, где работал врачом-стоматологом в течение двух лет.

Н. Г. Аболмасову деканом стоматологического факультета Калининского медицинского института доцентом Екатериной Александровной Абакумовой была предложена целевая аспирантура по ортопедической стоматологии. Набрав на экзамене 15 баллов из пятнадцати возможных, он был принят. С 1964 по 1967 г. Н. Г. Аболмасов проходил аспирантуру в Калининском медицинском институте, где его научным руководителем по кандидатской диссертации был талантливый хирург-ортопед с большим практическим опытом, доктор медицинских наук, профессор Евгений Иванович Гаврилов. До сих пор Н. Г. Аболмасов с теплотой и благодарностью вспоминает своего Учителя.

С 1 сентября 1964 года и по настоящее время научно-педагогическая и лечебная деятельность Николая Гавриловича Аболмасова связана со Смоленским государственным медицинским институтом (в последующем — академией, университетом), где он прошел путь от ассистента до заведующего кафедрой ортопедической стоматологии с курсом ортодонтии. В 1967 году Н. Г. Аболмасов успешно защитил кандидатскую диссертацию



по теме «Зоны безопасности в твердых тканях передних зубов и их клиническое значение», а в 1981 году — докторскую «Этиология, патогенез, диагностика и лечение прогении».

В сферу его научных интересов входит изучение основных стоматологических заболеваний, их профилактика и лечение. Он опубликовал более 300 научных работ разного уровня, среди которых 2 монографии, 2 учебных пособия «Ортодонтия» и «Пропедевтика стоматологических заболеваний» и учебник «Ортопедическая стоматология» в соавторстве. Интересно отметить, что учебник «Ортопедическая стоматология» выдержал 10 изданий, последнее — юбилейное, вышло в этом, 2018 году.

Профессор Н. Г. Аболмасов является автором одного патента, 9 изобретений и 17 рационализаторских предложений в соавторстве.

Трудовой путь Николая Гавриловича Аболмасова заслуживает глубокого уважения и признания. В 1977 году по его инициативе в Смоленском медицинском институте была организована кафедра детской стоматологии, которой он затем и руководил 7 лет. В 1984 году Н. Г. Аболмасов был избран по конкурсу на должность заведующего кафедрой ортопедической стоматологии. В 2007 году к кафедре был присоединен курс ортодонтии. С 2008 года и по настоящее время Николай Гаврилович является вторым профессором кафедры.

Н. Г. Аболмасов — врач высшей категории и высококвалифицированный педагог. При опросах студентов нашего вуза его регулярно называют одним из лучших лекторов среди клинических кафедр. Николай Гаврилович щедро делится со студентами и молодыми специалистами своим богатым профессиональным опытом. Он воспитал не одно поколение врачей стоматологов-ортопедов, работающих не только в г. Смоленске и области, но и далеко за их пределами. Под его руководством защищено 7 кандидатских диссертаций.

Николай Гаврилович активно занимается и общественной работой: был партгором стоматологического факультета, членом парткома института, различных комиссий, членом ученых советов, главным детским стоматологом Смоленской области, депутатом областного Совета народных депутатов.

С 2011 по 2017 гг. профессор Н. Г. Аболмасов являлся председателем Ассоциации стоматологов Смоленской области (АССО). В этот период ассоциация плодотворно и активно работала: организовывались семинары, лекции, конференции для стоматологической общественности г. Смоленска и области; стали регулярно проводиться апробации результатов исследований, кандидатских диссертаций аспирантов и соискателей; были расширены профессиональные связи АССО с другими стоматологическими ассоциациями России.

Николай Гаврилович поражает нас своей работоспособностью, умением и желанием работать.

Долголетняя безупречная трудовая деятельность профессора Н. Г. Аболмасова оценена по достоинству. Он награжден медалью «За освоение целинных и залежных земель» (1958), значком «Отличник здравоохранения» (1976), медалью «Ветеран труда» (2001) и орденом «Георгий Победоносец» II степени (2005). Имеет многочисленные грамоты и благодарственные письма различного ведомственного уровня. В 2004 году Николай Гаврилович был удостоен почетного звания Заслуженный врач Российской Федерации.

Свидетельством большого авторитета профессора Н. Г. Аболмасова явилось избрание его в 2013 году Почетным профессором Смоленского государственного медицинского университета.



Николай Гаврилович Аболмасов стал родоначальником медицинской династии: его жена Зоя Афанасьевна Котикова много лет проработала врачом травматологом-ортопедом в больнице скорой медицинской помощи г. Смоленска, имеет 47 лет медицинского стажа; сын Николай — врач стоматолог-ортопед, выпускник нашего вуза, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии с курсом ортопедии Смоленского государственного медицинского университета. Связать свою жизнь со стоматологией решил и старший внук Николая Гавриловича — Игорь. В 2018 году он поступил учиться в Alma mater смоленских медиков на 1-й курс стоматологического факультета.

В общей сложности в многочисленной семье насчитывается 28 человек, связавших свою жизнь с медициной, и половина из них врачи-стоматологи.

Свободное от работы время Николай Гаврилович любит проводить на даче, расположенной на берегу Днепра, увлекается чтением книг (имеет хорошую библиотеку художественной и профессиональной литературы), регулярно посещает плавательный бассейн.

Свой юбилей профессор Н. Г. Аболмасов встречает в бодром здравии и активной работе вместе с сотрудниками родной кафедры.



Коллектив кафедры ортопедической стоматологии с курсом ортодонтии СГМУ, а также многочисленные ученики и пациенты сердечно поздравляют Николая Гавриловича со славным юбилеем и желают здоровья и неиссякаемой энергии на многие лета.

Дорогой Николай Гаврилович!

Примите наши поздравления с днем славного юбилея, днем мудрости, богатого профессионального и житейского опыта. Ваша трудовая деятельность всецело посвящена служению смоленской медицинской науке, высшей школе и практическому здравоохранению. Желаем Вам сохранить заряд бодрости и оптимизма. Здоровья Вам, активного долголетия и душевного тепла в доме!

Редакция журнала «Обозрение. Стоматология».

Профессионал с большой буквы

Ю. Г. ТАРАСОВА, д.м.н., декан стоматологического факультета, доцент кафедры;
Н. Р. ДМИТРАКОВА, к.м.н., ассистент кафедры.

Кафедра терапевтической стоматологии Ижевской государственной медицинской академии, г. Ижевск.

«Стоматология — моя жизнь» — именно это высказывание можно адресовать талантливому ученому, замечательному врачу-стоматологу, доктору медицинских наук, профессору, заведующей кафедрой терапевтической стоматологии Ижевской государственной медицинской академии **Татьяне Львовне Рединовой**, отметившей юбилей 22 декабря 2017 года.

Начало жизненного пути Татьяны Львовны связано с г. Иркутском, где она и родилась. Ее родители были простыми тружениками. Отец, Лев Евлампиевич Никифоров, участвовал в войне против японских милитаристов и был награжден медалью «За победу над Японией» в 1945 году. В мирное время он многие годы трудился токарем на предприятии «Ангарскоргнефтинтез» и за трудовые заслуги был удостоен ордена Трудового Красного знамени. Мама, Нелли Федоровна — финансовый работник, бухгалтер службы быта и хранительница домашнего очага, где всегда было светло, тепло и уютно. В семье царил атмосфера взаимопонимания и любви. В их хлебосольном доме всегда были рады гостям, родным и друзьям.

Еще в детстве любовь к будущей профессии Татьяне привила ее тетя, Тамара Михайловна, врач-стоматолог, которая каждое лето брала ее в студенческие лагеря. Здесь Татьяна «вживую» могла наблюдать за работой врача-стоматолога. На всю жизнь Татьяна Львовна сохранила в памяти и рассказы о медицинской профессии бабушки Доры, которая в годы Великой Отечественной войны работала хирургической медицинской сестрой в эвакуационных госпиталях г. Иркутска.

В 1970 году, после окончания средней школы, Татьяна поступила на стоматологический факультет Иркутского государственного медицинского института. Училась она на отлично и активно занималась общественной работой, а со второго курса являлась единственным на факультете Ленинским стипендиатом. В 1975 году Татьяна окончила вуз, получив диплом с отличием.

Клиническую ординатуру и аспирантуру Т. Л. Рединова проходила под руководством учеников Соломона Иосифовича Вайса (1886–1968), одного из видных стоматологов в Советском Союзе: заведующей кафедрой терапевтической стоматологии Иркутского ГМИ, д.м.н., профессора Евгении Андреевны Чулановой и заведующего кафедрой терапевтической стоматологии, д.м.н., профессора Казанского ГМИ Григория Давидовича Овруцкого.

После окончания ординатуры Татьяна Львовна осталась работать в г. Иркутске, в родном вузе, на кафедре терапевтической стоматологии в должности ассистента. Помимо учебной и учебно-методической работы, она занималась научными изысканиями. С 1979 по 1982 годы — учеба в аспирантуре Казанского государственного медицинского института на кафедре терапевтической стоматологии.

В 1982 году Т. Л. Рединова защитила кандидатскую диссертацию на тему «Процессы ре- и деминерализации у лиц с различным уровнем неспецифической резистентности организма».



Начиная с 1983 года профессиональная деятельность Татьяны Львовны связана с кафедрой терапевтической стоматологии Ижевской государственной медицинской академии, где она прошла путь от ассистента до заведующего кафедрой.

В 1991 году Т. Л. Рединова успешно защитила докторскую диссертацию на тему «Углеводный фактор в патогенезе кариеса зубов» на базе Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в г. Москве. Наставником и научным руководителем докторской диссертации Татьяны Львовны был доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН Валерий Константинович Леонтьев.

С 1999 года и по настоящее время доктор медицинских наук, профессор Т. Л. Рединова является бессменным заведующим кафедрой терапевтической стоматологии ИГМА.

Татьяна Львовна Рединова — высококвалифицированный специалист, опытный педагог и лектор. Она интересно и доходчиво излагает свой курс, ее речь легко воспринимается слушателями, поэтому лекции охотно посещаются студентами.

Профессор Т. Л. Рединова успешно сочетает лечебно-педагогическую работу с научной деятельностью. Результаты ее научно-практических исследований опубликованы в статьях, неоднократно докладывались на медицинских форумах (конференциях, съездах). Она опубликовала 275 научных работ, в том числе более 30 учебно-методических пособий для студентов, ординаторов и врачей-стоматологов.

Научные исследования, проводимые под руководством Т. Л. Рединовой, охватывают широкий спектр проблем и имеют большое практическое значение. Татьяна Львовна является одним из авторов КОСРЭ-теста (клиническое определение скорости реминерализации эмали), который внесен в учебники и многие монографии. Она имеет 10 авторских свидетельств на изобретения и около 40 рационализаторских предложений.

Под ее руководством защищено 26 кандидатских и одна докторская диссертация. В настоящее время на кафедре ведутся научные исследования еще одного докторанта Татьяны Львовны. Многие из ее учеников сегодня являются руководителями и заведующими отделениями терапевтической стоматологии в государственных и частных медицинских организациях не только в г. Ижевске, но и в других городах России, а также работают ассистентами и доцентами на стоматологических кафедрах медицинских вузов страны.

Начиная с 1998 года по инициативе и под руководством профессора Т. Л. Рединовой на кафедре терапевтической стоматологии организованы и проводятся циклы усовершенствования врачей. Ежегодно на циклах обучаются от 170 до 200 специалистов. Следует отметить, что систематическое проведение сертификационных циклов позволило укрепить материальную базу учебных клинических кабинетов и в 2001 году создать свою академическую стоматологическую поликлинику.



Встреча коллег в Перми.



С гостями и участниками научно-практической конференции по стоматологии в Ижевске.



Встреча с учителем — академиком РАН В. К. Леонтьевым на диссертационном совете.

Сегодня Татьяна Львовна Рединова — директор стоматологической поликлиники ИГМА, на базе которой успешно функционируют профильные стоматологические кафедры академии (терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии), проходят циклы повышения квалификации врачей, внедряются новые методы лечения, проводятся консультации сложных пациентов, совершенствуют свои практические навыки преподаватели кафедр, а также оказывается высококвалифицированная стоматологическая помощь населению.

В 2005 году на базе Стоматологической клиники Ижевской государственной медицинской академии при активном участии профессора Т. Л. Рединовой был создан новый фантомный класс на 30 рабочих мест, оснащенный портативными стоматологическими установками, а в 2007 году оборудованы учебно-лечебные стоматологические кабинеты для терапевтического приема на 8 кресел.

Т. Л. Рединова является ведущим специалистом по проблемам заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта в Удмуртской Республике. Ежегодно она консультирует более 500 пациентов, направляемых из различных профильных медицинских учреждений г. Ижевска и Удмуртии. Татьяной Львовной предложен комплекс профилактических мероприятий, способствующих снижению прироста кариеса, разработаны методические рекомендации союзного значения, издана монография «Кариес зубов».

В отдельные периоды (1992-1994 гг. и 2005-2015 гг.) профессор Т. Л. Рединова была деканом стоматологического факультета нашего вуза. В течение 7 лет — председателем государственной аттестационной комиссии стоматологического факультета, председателем проблемной и цикловой методической комиссии стоматологического факультета, членом центральной методической комиссии академии, редактором стоматологического раздела «Труды академии».

С 1983 по 1990 гг. Т. Л. Рединова возглавляла общество стоматологов Удмуртии. С 1996 года она — член врачебной аттестационной комиссии при Министерстве здравоохранения Удмуртской Республики. В настоящее время Татьяна Львовна является председателем секции по терапевтической стоматологии при Ассоциации стоматологов Удмуртии. При ее активном участии организовано и проведено более 50 научно-практических конференций различного уровня — межрегиональных, республиканских и городских. Профессор Т. Л. Рединова стала инициатором проведения чемпионатов по реставрации и эндодонтии в Удмуртской Республике.

Татьяна Львовна много лет является членом диссертационного Совета по дисциплине «Стоматология» при Пермском государственном медицинском университете им. акад. А. Е. Вагнера.

Ее высочайший профессионализм высоко ценят коллеги, ученики и пациенты. Они же ценят ее и за человеческие качества — отзывчивость, порядочность, доброжелательное отношение и умение находить компромиссные решения. Татьяна Львовна — человек творческий, увлекательный, общение с ней вселяет уверенность, заряжает энергией и желанием творить. Она интеллигентный и всесторонне образованный человек, прекрасно разбирающийся в искусстве, истории и литературе.

И все же основное увлечение Татьяны Львовны — стоматология. Постоянное самосовершенствование, рост профессионального мастерства занимают каждую свободную минуту. Благодаря высокой организованности, трудолюбию и целеустремленности, Татьяна Львовна добилась успеха и всеобщего признания, как в преподавательской и научной деятельности, так и во врачевании.



Т. Л. Рединова с учениками.

Труд профессора Т. Л. Рединовой высоко оценен государством. Свидетельством такого признания являются присвоение Татьяне Львовне почетных званий: Заслуженный врач Российской Федерации, Заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики и Заслуженный деятель науки Удмуртской Республики, она награждена медалью «Отличник стоматологии I степени». За успехи в работе Татьяна Львовна неоднократно поощрялась ректором Ижевской государственной медицинской академии.



Участие в Бессмертном полке 9 мая (с сыном, внуком и мужем).

Татьяна Львовна Рединова не только талантливый врач, педагог, но и любящая жена, заботливая и внимательная мама и бабушка, всегда готовая прийти на помощь, поддержать и дать мудрый совет. Ее муж, Иван Семенович Рединов — стоматолог-ортопед, доктор медицинских наук, профессор, с 1987 года по настоящее время возглавляет кафедру ортопедической стоматологии Ижевской государственной медицинской академии, Заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики. Со своим будущим мужем Татьяна Львовна познакомилась еще в студенческие годы. С тех пор они идут по жизни рука об руку и составляют достойную супружескую пару. У них крепкая и дружная семья.

К своему юбилею Татьяна Львовна Рединова подошла с весомым багажом опыта и мастерства, уважения коллег, студентов и благодарности пациентов.

Глубокоуважаемая Татьяна Львовна!

От всей души поздравляем Вас с юбилеем!

У Вас искренне любящее сердце. Вы восхищаете всех своим удивительным трудолюбием, согреваете своим душевным теплом, дарите радость, мудрость и надежду. Ваша душевная красота — пример того, каким должен быть настоящий человек.

Спасибо Вам за все, и дай Вам Бог крепкого здоровья, неиссякаемого оптимизма, бодрости духа и долгих лет жизни!

Пусть Ваша профессиональная жизнь будет наполнена новыми идеями и победами, а в Вашем доме царит любовь и благополучие!

Деканат стоматологического факультета и коллектив кафедры терапевтической стоматологии ИГМА.

Абилимпикс — олимпиада по профессиональному мастерству инвалидов различных категорий в номинации «Зубной техник»

Е. В. МАМЧИЦ, к.м.н., доцент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии Тюменского государственного медицинского университета, зав. ортопедическим отделением ГБУЗ ТО «Областная стоматологическая поликлиника», г. Тюмень.

Для успешной работы и конкурентоспособности зубной техник должен постоянно совершенствовать свои знания, навыки, внедрять новые технологии, повышать свое мастерство и квалификацию. Особенно это касается людей с ограниченными возможностями, которые постоянно доказывают свою профпригодность и возможности не только окружающим, но и самим себе.

Абилимпикс — это олимпиады по профессиональному мастерству инвалидов различных категорий, само название движения — это сокращение от английского Olympics of Abilities («Олимпиада возможностей»). С 1972 года подобные соревнования впервые стали проводиться в Японии. В 1981 году был проведен первый международный чемпионат Абилимпикс. На сегодняшний день в состав Международной федерации Абилимпикс (International Ability Federation) входит 46 стран, в том числе с 2014 года и Российская Федерация.

Для реализации в России международного движения Абилимпикс в ноябре 2014 был создан Управляющий совет, в который вошли руководители Всероссийского общества глухих, Всероссийского общества слепых, Всероссийского общества инвалидов, Российского клуба психиатров, фонда «Образование — обществу» и других авторитетных организаций, занимающихся на территории Российской Федерации поддержкой людей с ограниченными возможностями и с инвалидностью. В начале 2015 года создана Автономная некоммерческая организация по содействию в профориентации и социализации людей с инвалидностью «Абилимпикс». Позже, в 2016 году в Управляющий совет вошли представители образовательных организаций среднего и высшего профессионального образования в лице Российского государственного социального университета. Был выдержан главный принцип, закрепленный в ратифицированной Россией в 2012 году Конвенцией ООН о правах инвалидов, — «Ничего для нас без нас».

Развитие российского движения Абилимпикс было поддержано федеральными и региональными органами исполнительной власти, которые внесли значительный вклад в проведение региональных чемпионатов.

30-31 октября 2017 года состоялся второй Региональный чемпионат Абилимпикс Тюменской области, в котором было представлено 16 номинаций и впервые была предложена номинация «Зубной техник».

1-3 декабря 2017 года в Москве на базе медицинского колледжа № 4 прошёл третий Национальный чемпионат по профессиональному мастерству среди людей с инвалидностью. Конкурсантами



стали 8 человек с ограниченными возможностями по слуху, приехавшие из разных регионов нашей страны — Хабаровского края, Пензенской и Тюменской области, Москвы и Московской области.

Интересно отметить, что среди конкурсантов были не только зубные техники, уже имеющие стаж работы, но и студенты медицинских колледжей, которые не побоялись побороться за победу с опытными участниками.

Тюменскую область представляла **Ирина Елишева**, зубной техник ММАУ «Стоматологическая поликлиника № 1».

Конкурс оценивало жюри, в состав которого вошли квалифицированные специалисты, являющиеся главными экспертами на региональных этапах конкурса: О. И. Пузема (Хабаровск), Е. В. Мамчиц (Тюмень), А. В. Чемоданов и Д. В. Силуянов (Пенза), Т. А. Морозова и Н. М. Орехова (Москва) под руководством Ю. В. Саватеева, главного национального эксперта компетенции «Зубной техник».

В конкурсном задании входило: техника изготовления разборной и гипсовой модели, моделирование цельнолитого мостовидного протеза, починка полного съёмного протеза (простой перелом), соблюдение техники безопасности. Следует заметить, что сложность заданий остается неизменной для людей с инвалидностью. Адаптация конкурсных заданий заключается в увеличении времени на выполнение каждого задания.

Перед началом соревнований среди участников была проведена жеребьевка и присвоены номера.

Жюри оценивало итог работы каждого участника по следующим критериям: соответствие анатомической формы зуба в оральной, окклюзионной и вестибулярной нормах; наличие множественных контактов с зубами-антагонистами; свободное снятие композиции с гипсовой модели; соблюдение правил полимеризации; качество обработки и полировки протеза.

По итогам соревнования места распределились следующим образом: 1-е место занял С. С. Раковский (Пензенская область), 2-е место — И. С. Елишева (г. Тюмень), 3-е место — Р. Р. Султанов (Пензенская область). Им были вручены дипломы, медали и памятные подарки.

Подводя итог высказанному хочется подчеркнуть важность таких мероприятий, организация и проведение которых улучшает морально-психологическое состояние специалистов-инвалидов, способствует их социальной интеграции.



WUERWEI

КОМПРЕССОР W-602

100% ЧИСТЫЙ ВОЗДУХ
ДЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ



БЕСПЛАТНАЯ ГАРАНТИЯ 12 МЕСЯЦЕВ
И ВЫГОДНОЕ ПРОДЛЕНИЕ ДО 3-Х ЛЕТ



ШИРОКИЙ ДИАПАЗОН ВЫБОРА
МОЩНОСТИ КОМПРЕССОРА



ТИХАЯ РАБОТА ДВИГАТЕЛЯ

ПРОСТОТА ОБСЛУЖИВАНИЯ



«ЮНИДЕНТ» – ЭТО ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПАНИЯ

19 850 ₺

Первая межрегиональная студенческая олимпиада по терапевтической стоматологии

О. А. УСПЕНСКАЯ, д.м.н., доцент, зав. кафедрой; М. Л. ЖДАНОВА, к.м.н., доцент кафедры.
Кафедра терапевтической стоматологии Приволжского исследовательского медицинского университета, г. Нижний Новгород.

23 марта 2018 года в г. Нижнем Новгороде на базе кафедры терапевтической стоматологии Приволжского исследовательского медицинского университета (ПИМУ) состоялась Первая межрегиональная студенческая олимпиада по терапевтической стоматологии, в которой приняли участие студенты 4-5 курсов стоматологических факультетов из двух вузов: Приволжского исследовательского медицинского университета (г. Н. Новгород) — 50 чел.; Мордовского государственного университета им. Н. П. Огарева (г. Саранск) — 7 чел.

Олимпиада включала лекционную часть, мастер-класс и практическую часть. С лекциями по вопросам эстетической реставрации и отбеливания в терапевтической стоматологии выступили сотрудники кафедры терапевтической стоматологии ПИМУ к.м.н., доцент М. Л. Жданова и ассистент О. В. Трефилова.

Живой интерес у участников вызвал мастер-класс, проведенный М. Л. Ждановой на модели, «Реставрация и особенности моделирования боковой группы зубов». Затем в учебно-лечебных кабинетах кафедры терапевтической стоматологии ПИМУ конкурсанты перешли к практической части. В программе олимпиады были выделены 2 номинации: «Реставрация передней группы зубов» и «Реставрация боковой группы зубов у пациентов».

Конкурсанты прошли жеребьевку и приступили к решению клинических задач. За их работой следило профессиональное жюри под председательством зав. кафедрой терапевтической стоматологии ПИМУ, д.м.н., доцента О. А. Успенской. В состав жюри вошли сотрудники кафедры: доцент, к.м.н. М. Л. Жданова и ассистент О. В. Трефилова.

Работа конкурсантов оценивалась по нескольким критериям, среди которых: правильность заполнения медицинской документации; обследование пациента и сбор анамнеза; проведение обезболивания; использование изоляционных систем и окклюзионных регистраторов; препарирование и формирование полости; реставрация с использованием современных пломбирочных материалов.

Готовую реставрацию жюри оценивало по критериям качества реставрации: анатомическая форма, соответствие цвета и прозрачности, окклюзия, зеркальный блеск реставрации, краевое прилегание, использование современных средств (красок, смолы) при выполнении реставрации.

Следует отметить, что все конкурсанты справились с поставленной задачей, смогли показать не только уровень своей теоретической подготовки, но и проявить творческий подход. Перед жюри стояла непростая задача: выбрать из 17 участников лучших среди равных. После подсчета баллов каждого конкурсанта были объявлены имена победителей и проведена церемония награждения:

— диплом первой степени в реставрации передней группы зубов получила **Бархатова Елена Сергеевна** (студентка 5 курса ПИМУ);



— диплом первой степени в реставрации боковой группы зубов получила **Полетаева Анастасия Алексеевна** (студентка 4 курса ПИМУ);

— диплом второй степени получили две студентки ПИМУ: **Богомолова Юлия Борисовна** (4 курс) и **Кривдина Елизавета Сергеевна** (5 курс);

— диплом третьей степени вручен **Пуряевой Гульнаре Рустемовне** (студентка 5 курса ПИМУ).

Также поздравляем призеров из Мордовского государственного университета им. Н. П. Огарева: Валову Анну Михайловну, Трифонову Алексея Алексеевича, Амангельдыеву Дженнету Сердатовну, Курмышева Андрея Сергеевича, Мазова Яна Алексеевича и Катаеву Анастасию Ивановну.

Поздравляем победителей, призеров и всех, кто принял участие в олимпиаде и желаем успехов в учебе и развитии профессиональных навыков!

Анализ результатов прошедшей олимпиады показал существующий интерес со стороны студентов стоматологического факультета ПИМУ к участию в подобных мероприятиях. И это нас, как организаторов этого мероприятия, радует, т.к. участие студентов в олимпиадах и конкурсах профессионального мастерства дает им возможность оценить свои знания и навыки, получить опыт и яркие впечатления.

Студенческая олимпиада по терапевтической стоматологии проводится в нашем вузе второй раз, а в этом году в статусе межрегионального студенческого мероприятия — к нам приехали студенты из Мордовского государственного университета им. Н. П. Огарева под руководством к.м.н., доцента, зав. кафедрой стоматологии Е. В. Кондюровой.

И мы надеемся, что в следующем, 2019 году, к участникам олимпиады по терапевтической стоматологии присоединятся студенты стоматологических факультетов медицинских вузов из других российских городов.





A3 Plus, Cefla S.C. Италия.

Превосходя ожидания

Комплект оборудования

- ✓ Цена: **759 990 ₺**
- ✓ Гарантия: **2 года ***
- ✓ Доставка по России **Бесплатно**



В комплекте

Подготовка под влажную систему аспирации в комплекте с вакуумной помпой Tornado Mono, Werther, Италия

Производительность: 1330 л/мин



Модуль с бесщеточным электромотором i-MMr L, Anthos
Фиброоптика; 100-40 000 об./мин; 3,3 Нсм; съемный светодиод



Стул врача, Anthos

Вертикальное перемещение от 42 до 56 см

Горизонтальная регулировка поясничной опоры

Обивка бесшовная

Опорная база 5-ти колесная

Двойные колесики

Спицы из полированного алюминия



Турбинный наконечник Silent Power EVO 2L, Anthos
Фиброоптика; кнопка; керамические подшипники; 4-х точечный спрей; соединение Midwest; максимальная скорость 350 000 об./мин; уровень шума 57 дБ



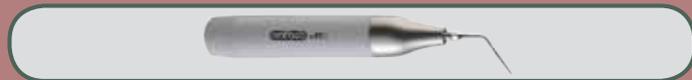
Компрессор на 1 установку

Объем ресивера: 35 л

Производительность: 60 л/мин



Пьезоэлектрический скейлер u-PZ6, Anthos
4 насадки стандарта EMS и динамометрический ключ



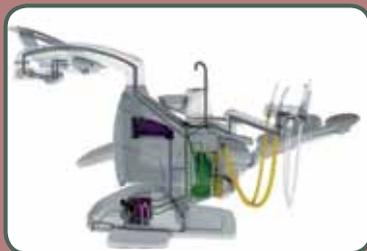
3-х функциональный пистолет вода/воздух из нержавеющей стали, Anthos



Опции



Светильник Venus Plus LED, Anthos



Система Flushing. Система Bioster. Система SHS.



Pressure Power Multifunction
Педаль управления Anthos

Система визуализации и другие инструменты опционально

* Кроме вращающегося инструмента



Эксклюзивный дистрибьютор
Anthos в России

+7 (499) 737-15-08
+7 (967) 107-95-55

www.anthos-pro.ru
anthos@anthos-pro.ru

Via Scientiarum — путь к знаниям (о юбилее стоматологического факультета ИвГМА)

О. В. ХОЛМОГОРСКАЯ, к.б.н., доцент; декан стоматологического факультета;
Ш. Ф. ДЖУРАЕВА, д.м.н., и.о. зав. кафедрой стоматологии № 1.
Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново.

Прошедший 2017 год для стоматологического факультета Ивановской государственной медицинской академии был богат на события, главным из которых является 10-летний юбилей факультета.

Необходимость создания стоматологического факультета в нашем вузе была продиктована значительным дефицитом врачей-стоматологов не только в Ивановской, но и соседних областях (Владимирской, Костромской, Вологодской), в которых укомплектованность кадрами не превышала 30%. Открытие факультета состоялось 1 сентября 2007 года по инициативе в то время ректора академии, Заслуженного деятеля науки РФ, профессора Р. Р. Шилева и при активной поддержке главного врача стоматологического центра «КРАНЭКС», к.м.н. В. М. Куксенко.

Первым деканом стоматологического факультета стал к.м.н., доцент В. А. Ломосков. В 2012 году его сменил к.м.н., доцент В. А. Горбунов. В настоящее время деканом является к.б.н., доцент О. В. Холмогорская.

Стоматологический факультет по праву является одним из самых приоритетных и перспективных подразделений Ивановской государственной медицинской академии, на развитие и модернизацию которого затрачиваются значительные материальные и интеллектуальные ресурсы. Клиническими базами являются стоматологические поликлиники № 1 и № 2, отделение челюстно-лицевой хирургии ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница», детская стоматологическая поликлиника. Базовая часть факультета включает 39 дисциплин, в том числе «Стоматология» состоит из 16 модулей, в вариативную часть которой входит 11 обязательных и 14 дисциплин по выбору, 7 дисциплин по практике и научно-исследовательской работе. Сегодня на стоматологическом факультете обучается более 180 студентов.

30 ноября 2017 г. в Ивановской государственной медицинской академии состоялся торжественный вечер, посвященный юбилею стоматологического факультета. Празд-

ник начался с поздравительных слов ректора академии, д.м.н., профессора Е. В. Борзова.

Евгений Валерьевич наградил грамотами тех, кто стоял у истоков создания факультета и внес вклад в его развитие: деканов стоматологического факультета В. А. Ломоскова, В. А. Горбунова, О. В. Холмогорскую, главного врача стоматологического центра «Кранэкс», заведующего кафедрой стоматологии № 1 (2008-2017) В. М. Куксенко, главного врача ОБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1» г. Иваново, президента Ассоциации стоматологов Ивановской области, председателя подкомиссии по аккредитации выпускников ИвГМА по специальности «Стоматология» Д. А. Баранова, заведующую детской стоматологической поликлиникой ОБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1» г. Иваново, председателя государственной экзаменационной комиссии по специальности «Стоматология» Т. Е. Докучаеву, заведующую ортопедическим отделением ОБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1» г. Иваново, заместителя председателя государственной экзаменационной комиссии по специальности «Стоматология» Т. А. Андрианову, а также всех сотрудников кафедр стоматологии № 1 и № 2. Кроме того, благодарности от деканата получили все преподаватели, ответственные за обучение студентов стоматологического факультета на кафедрах академии. Были зачитаны поздравительные телеграммы и просмотрены видеопоздравления от выпускников факультета разных лет.

Студенты стоматологического факультета не остались в стороне и подготовили концертную программу, состоящую из песен, танцев, юмористических номеров.

Вечер прошел в дружеской атмосфере и был наполнен теплыми воспоминаниями.

В юбилейный для стоматологического факультета ИвГМА год проводились различные мероприятия, в которых принимали участие преподаватели и студенты. Вот некоторые из них.

Акция «День здоровых улыбок». 1 ноября студенты посетили лицей № 21 и побывали

в 1А и 4Б классах. Вниманию первоклассников была представлена театрализованная постановка — сказка «Страна Зубного Королевства». Учеников четвертого класса студенты познакомили с базовыми правилами ухода за зубами. Неподдельный интерес вызвали у ребят муляжи, на которых студенты продемонстрировали навыки индивидуальной гигиены полости рта. Яркие эмоции и веселые искорки в глазах детей — верный знак того, что праздник удался и стал особым событием не только в жизни лицея № 21, но и для волонтеров — преподавателей и студентов стоматологического факультета Ивановской государственной медицинской академии.



Mens sana in corpore sano — В здоровом теле здоровый дух. Стоматологический факультет — самый молодой в академии, однако уже есть традиции, например, ежегодный фестиваль физкультуры и спорта студентов-стоматологов.

Впервые это мероприятие прошло в 2013 году по инициативе декана факультета, к.м.н., доцента В. А. Горбунова. В этот раз, 2 ноября 2017 года, в праздник впервые приняли участие все пять курсов, сборные команды которых боролись за победу в соревнованиях. Программа состязаний включала спортивные, интеллектуальные и развлекательные элементы. Ребята продемонстрировали хорошую физическую подготовку, умение работать в команде и креативный подход в решении интеллекту-





альных задач. Призовые места распределились следующим образом: I место — сборная команда 3 курса, II место — сборная команда 2 курса, III место — сборная команда 1 курса.



Нижний Новгород: место встречи. Одна из важных задач воспитательной работы в Ивановской государственной медицинской академии — это духовно-нравственное развитие личности студентов, воспитание у них интереса и уважения к историческому прошлому и традициям России.

Посещение памятных мест нами началось неслучайно с г. Нижнего Новгорода, именно там было организовано ополчение, изгнавшее осенью 1612 года интервентов из Москвы, а затем и страны.

И вот мы, группа студентов стоматологического факультета под руководством и.о. заведующей кафедрой стоматологии № 1, д.м.н. Ш. Ф. Джураевой, 4 ноября рано утром поехали впервые в Нижний Новгород, чтобы принять участие в меро-

приятнях, приуроченных к Дню народного единства.

Несколько часов пути. Нижний Новгород встретил нас прекрасной солнечной погодой. Нас ожидала насыщенная культурная программа: пешеходные экскурсии, посещение музея и выставок.

Сначала у нас была пешеходная экскурсия по маршруту: пл. Маркина — ул. Рождественская — пл. Народного единства — Нижегородский кремль — пл. Минина и Пожарского. Рамки журнальной публикации не позволяют нам более подробно описать все, что мы увидели и узнали во время интересной и познавательной экскурсии по маршруту.

Мы с интересом рассматривали каменные здания на ул. Рождественской, история которых начинается с середины XVIII века. Главной достопримечательностью улицы и одной из визитных карточек г. Нижнего Новгорода является церковь во имя Собора Пресвятой Богородицы, более известная как Рождественская (по названию улицы, на которой она находится), иногда ее называют Строгановской (по фамилии купца Г. Д. Строганова, на средства которого и была построена эта церковь). Это уникальный памятник — шедевр русского барокко. Здание богато украшено резьбой и лепниной. Церковь внутри небольшая, строилась, как домовая церковь для самих Строгановых и их близких знакомых. Когда мы подходили к церкви, раздался праздничный звон колоколов. Проникновенная мелодия колокольного звона заставила нас остановиться, чтобы послушать.



Мы приняли участие в церемонии возложения цветов к памятнику Кузьме Минину и Дмитрию Пожарскому. Интересно было узнать, что этот памятник, выполненный в мастерской Зураба Церетели, на 5 см ниже московского оригинала работы Ивана Мартоса. Чуть выше площади, на смотровой площадке — часовня-звонница с набатным колоколом весом 6 тонн и диаметром 2,5 метра. Колокол звонит один раз в год — 4 ноября, в День народного единства.

У нас была возможность посетить музей в Ивановской башне Нижегородского кремля, где вся экспозиция посвящена нижегородскому ополчению 1612 года. Мы увидели и сфотографировали предметы быта нижегородцев XVII века, воинское вооружение и орудия. Поразили нас представленные в музее миниатюры нижегородского художника В. Н. Величко, стилизованные под русскую книжную миниатюру XVI-XVII веков. В музее мы оставили о своем визите благодарную запись в книге отзывов.

Когда мы поднялись в Нижегородский кремль, приятно удивило, сколько там прогуливалось нижегородцев и гостей города. В Кремле мы увидели памятные места: гранитный обелиск, посвященный нижегородскому ополчению — самый старый монумент и единственный в форме обелиска, вокруг которого разбит Мининский сад; Михайло-Архангельский собор, построенный в редком стиле шатрового храма, — третье место упокоения праха Кузьмы Минина. Этот храм действующий.

Из Кремля мы вышли на центральную площадь Нижнего Новгорода — площадь Минина и Пожарского. Эта площадь тра-



диционно становится местом проведения городских собраний, митингов, военных парадов и ярмарок. И в наш приезд мы увидели развернутую на площади ярмарку ремесел и различных видов рукоделия. Не только для нижегородцев, но и гостей города была организована дегустация пирогов с горячим чаем.

На пл. Минина и Пожарского располагается главный корпус Нижегородской государственной медицинской академии (сегодня — Приволжский исследовательский медицинский университет), на фасаде здания которого установлены мемориальные доски известным ученым-медикам: академиком Н. Н. Блохину, Б. А. Королеву, Н. Н. Трапезникову, П. К. Анохину и Заслуженному деятелю науки РСФСР, профессору Н. П. Синицыну.

Недалеко от академии находится жилой дом — нижегородский вариант московского «Дома на набережной», построенный в 1937 году, а перед домом установлен бюст К. Минину. Рядом с площадью мы увидели улицу, носящую его имя.

На Нижневолжской набережной мы сели в свой автобус, отправились на Нижегородскую ярмарку. Нас поразили внешний вид Главного ярмарочного дома, у входа в который собралась длинная очередь нижегородцев и гостей города. Нам пришлось отстоять очередь, чтобы попасть на мультимедийную историческую выставку «Россия — моя история» именно в день ее торжественного открытия. И это того стоило. Выставка поразила своей масштабностью, она состоит из четырех основных экспозиций «Юриковичи», «Романовы», «От великих потрясений к Великой Победе», «Россия — моя история», которая охватывает период от Великой Отечественной войны до наших дней. Есть отдельная экспозиция, посвященная истории Нижегородского края, посмотрев которую мы убедились, что у нижегородцев достаточно поводов гордиться своей историей и достижениями. Особый интерес у нас вызвали сенсорные киоски, мультимедийные книги и интерактивные установки. После окончания увлекательного просмотра мы оставили запись со своими впечатлениями от увиденного в книге отзывов выставки.

Без знания прошлого нельзя понять настоящего и совершенно невозможно правильно представить себе будущее. И пока человек осознает связь поколений, он будет хранить память. Мы очень рады предоставленной возможности побывать в Нижнем Новгороде именно 4 ноября — в День народного единства. Здесь есть что посмотреть, чему удивиться. Мы смогли увидеть исторические места, достойные внимания и почитания, и современные достопримечательности города. Ощутили нижегородское радушие, с которым нас встретили. От всей души говорим: «Большое спасибо» нашему

добровольному гиду Е. А. Чижовой за проведение пеших экскурсий по городу, кремлю и музею Ивановской башни.

Нам не хотелось уезжать. В автобусе мы бурно обсуждали увиденное и делились впечатлениями. Мы провели замечательно время, и эта поездка надолго останется в нашей памяти. Уставшие, но переполненные впечатлениями и зарядом отличного настроения, уже под вечер мы вернулись домой, в г. Иваново.

Хотим выразить слова глубокой благодарности за организацию нашей поездки в Нижний Новгород: ректору Ивановской государственной медицинской академии, д.м.н., профессору Е. В. Борзову, проректору по воспитательной работе, д.м.н., доценту С. В. Диндяеву и декану стоматологического факультета, к.б.н., доценту О. В. Холмогорской.

К высокой цели. В 2017 году проходил конкурс «Лучшая группа ИвГМА 2017 года», в финал которого вышли 17 группа 6 курса лечебного факультета, 3 группа 6 курса педиатрического факультета и 2 группа 5 курса стоматологического факультета.

14 ноября состоялись состязания по проверке практических навыков, в ходе которых конкурсанты продемонстрировали свои знания и умения по оказанию экстренной медицинской помощи, осмотру больного, препарированию полостей зуба, оформлению медицинской документации. По итогам выполнения трех заданий лучший результат показали студенты 3 группы 6 курса педиатрического факультета (28,67 балла). Совсем немного от лидеров отстали стоматологи — 28,39 балла, а студенты 17 группы 6 курса лечебного факультета набрали 27,66 балла.

16 ноября в финальных состязаниях конкурса «Лучшая группа ИвГМА 2017 года» студенты продемонстрировали презентацию о своей группе «Почему мы лучшие!» и ответили на вопросы викторины по истории академии.

По итогам всех состязаний победителем стала 2 группа 5 курса стоматологического факультета, на 2-м месте — 17 группа 6 курса лечебного факультета, а 3 группа 6 курса педиатрического факультета заняла 3-е место.

Utile dulci — Полезнее с приятным. С 6 по 8 декабря 2017 г. в Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И. П. Павлова (ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова) проходил VII Международный медицинский конгресс «Санкт-Петербургские научные чтения-2017». Возрастной контингент участников был самый разнообразный: студенты, ординаторы, врачи, аспиранты и молодые ученые. В программе конгресса было организовано 45 секций, из них три по стоматологии: ортопедическая, терапевтическая и хирургическая.

Впервые в работе конгресса приняли участие представители стоматологического факультета Ивановской государственной медицинской академии: и.о. зав. кафедрой стоматологии № 1, д.м.н. Ш. Ф. Джураева и студентка 5 курса М. С. Солонько.

На секции «Терапевтическая стоматология» было заслушано 16 докладов из медицинских вузов Волгограда, Кирова, Иваново, Твери, Москвы, Санкт-Петербурга, а также Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. Мария Солонько выступила с докладом «Состояния эндодонтической помощи и практические аспекты ошибок и осложнений» с использованием мультимедийной презентации.

Работа секции проходила открыто и свободно, чтобы каждый присутствующий в аудитории мог быть вовлечен в процесс обсуждения актуальных вопросов терапевтической стоматологии. Гости и зрители вступали в диалог с докладчиками, обсуждая результаты исследований. Чувствовалась настоящая состязание знаний и опыта. Интересно проходила дискуссия, живая и насыщенная.

Подведение итогов, торжественное закрытие конгресса и награждение участников и их научных руководителей состоялось в последний день, 8 декабря. М. С. Солонько получила 2 сертификата и памятные подарки от спонсоров конгресса, а ее научный руководитель — д.м.н. Ш. Ф. Джураева была удостоена благодарственного письма и личного памятного подарка от председателя жюри, президента Пародонтологической ассоциации «РПА», вице-президента Стоматологической ассоциации Санкт-Петербурга, д.м.н., профессора, зав. кафедрой стоматологии терапевтической ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Людмилы Юрьевны Ореховой в виде авторской монографии «Трудно ли быть педагогом-стоматологом?».

В целом поездка на такой масштабный форум оставила у нас положительное впечатление. Участие в подобных мероприятиях дает возможность познакомиться с современными достижениями отечественной стоматологической науки, установить профессиональные контакты с молодыми специалистами из других российских городов.

В рамках культурной программы мы вместе с другими участниками конгресса совершили обзорную экскурсию по основным достопримечательностям Санкт-Петербурга, вечером посетили академический театр им. Ленсовета, где посмотрели спектакль по пьесе А. П. Чехова «Дядя Ваня». Самостоятельно погуляли по Невскому проспекту, осмотрели Казанский собор и зашли в Дом компании Зингер, известный также как «Дом книги».



Docendo discimus — Обучая, мы учимся сами. Профессии врача присущи гуманность, желание бескорыстной помощи людям и любовь к своему делу. Все эти качества формируются и в результате волонтерской деятельности, преумножающей духовно-нравственные качества обучаемых, способствующей приобретению профессиональных навыков и умений для дальнейшей работы в области стоматологии и медицины в целом, совершенствованию мастерства общения, в частности с детским контингентом.

Наша академия активно взаимодействует с общеобразовательными школами г. Иваново по формированию культуры здоровья. Так, волонтерская группа студентов-стоматологов приступила к реализации проекта «Школа здоровых зубов» среди детей-воспитанников интерната «Международный центр образования «Интердом» им. Е. Д. Стасовой».

19 декабря 2017 года студенты 4 курса 3 группы под руководством и.о. зав. кафедрой стоматологии № 1, д.м.н. Ш. Ф. Джураевой выступили с развернутой программой профилактики стоматологических заболеваний среди 100 детей 1-4 классов. Студенты провели интегрированные комплексные уроки стоматологического здоровья, изобразительного искусства, театрализованное представление, игровые занятия, где дети — активные участники процесса, а не просто слушатели. Цель мероприятия — формирование здоровых привычек гигиенического воспитания детей с правильным уходом за полостью рта.

В доступной игровой форме студенты рассказали школьникам о гигиене ротовой полости как составляющей здоровья всего организма, о болезнях зубов и десен, современных методах профилактики заболеваний полости рта, правильном питании, новейших технологиях в стоматологии, а также о том, как интересно и увлекательно быть врачом-стоматологом.

Для более эффективного внедрения программы и лучшего усвоения материала, а также с целью развития творческого потенциала студентов в программу добавили занимательные занятия с докладами-презентациями и интеллектуальные игры. Каждому ребенку подарили альбом и набор цветных карандашей и объявили конкурс рисунков по пройденному уроку стоматологического здоровья.

Дети нас приятно удивили своей любознательностью, «живым» интересом к проводимому мероприятию. Со всех сторон студентам «сыпались» вопросы: «Почему у меня зубки кривые?» (1 класс), «Какая зубная щетка лучше очищает зубы: электрическая или обычная?» (2 класс), «Сколько раз надо менять зубные щетки?» (3 класс), «Как стать стоматологом?» (4 класс). Очень отраднo, что проводимая работа отозвалась в сердцах маленьких пациентов искренней заинтересованностью, а благое дело наших студентов принесло пользу.

Хвала студентам! С поставленной задачей справились на все 100%. Устроили настоящий незабываемый стоматологический праздник для детей, увлеченно и с энтузиазмом провели работу, показали не только свои знания и навыки, но и имеющийся потенциал! Словом, программа была насыщенной и запоминающейся.

Благодарим руководство «МЦО «Интердом» им. Е. Д. Стасовой» за сотрудничество и возможность реализации программы профилактики. Особая благодарность директору стоматологической клиники «Радент» М. А. Солодкову за оказанную спонсорскую помощь в проведении мероприятия.

При подготовке статьи использованы материалы открытых источников: isma.ivanovo.ru; sovetsno.spb.ru.



Полезное сотрудничество

О. В. ПИКСЕНДЕЕВА, к.б.н., доцент кафедры биохимии;
Ш. Ф. ДЖУРАЕВА, д.м.н., и.о. зав. кафедрой стоматологии № 1.
Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново.

26 декабря 2017 года в Ивановской государственной медицинской академии (ИвГМА) состоялась межкафедральная конференция, организованная кафедрами биохимии и стоматологии № 1 на тему: «Кариез зуба: биохимические, патогенетические и эпидемиологические аспекты». В работе конференции приняли участие студенты стоматологического факультета ИвГМА и учащиеся старших классов химического лицея при Ивановском государственном химико-технологическом университете (ИГХТУ) и средней школы № 26 с углубленным изучением предметов естественнонаучного цикла, желающие в будущем посвятить свою профессиональную деятельность медицине.

Конференцию открыла проректор по научной работе и международному сотрудничеству, д.м.н., профессор И. К. Томилова. В приветственном слове Ирина Константиновна подчеркнула важность таких мероприятий для приобретения навыков научно-исследовательской работы и расширения кругозора не только у студентов академии, но и учащихся старших классов общеобразовательных учреждений.

В прозвучавших на конференции докладах была представлена современная информация:

- о биохимических аспектах патогенеза и профилактики кариеса зубов, о факторах, определяющих кариесрезистентность;
- роли активности амилазы и минерального состава слюны;
- распространенности кариозных поражений зубов у детского населения сельской местности;
- методах диагностики активности кариозного процесса и эффективности методов профилактики.

Следует заметить, что междисциплинарные конференции уже стали доброй традицией в нашей академии. Работы, выполненные на стыке нескольких дисциплин, отличаются детальным изучением причин возникновения кариеса и диагностики этого заболевания, ведь зуб — один из элементов зубочелюстной системы, а сама система является подсистемой или структурным компонентом организма в целом.

Доклады носили научный характер в области фундаментальной и клинической медицины, интегрируя знания и достижения стоматологов и биохимиков. Обсуждались следующие вопросы:

1. *Патогенез кариеса.* Докладчики — В. А. Чайкин, Х. М. Бийсолтанов, студенты стоматологического факультета 2-го курса (научный руководитель — к.б.н., доцент О. В. Пиксендеева).

2. *Оценка кариесрезистентных свойств слюны у школьников-подростков.* Докладчики — Н. В. Гришин, ученик 10 класса химического лицея при ИГХТУ; А. Х. Гусейнова, ученица 10 класса СШ № 26 с углубленным изучением предметов естественнонаучного цикла (научный руководитель — к.б.н., доцент О. В. Пиксендеева).

3. *Клинико-эпидемиологические особенности кариеса зубов у детского населения сельской местности.* Докладчик — А. В. Иконникова, студентка 5-го курса стоматологического факультета (науч.ный руководитель — и.о. зав. кафедрой стоматологии № 1, д.м.н. Ш. Ф. Джураева).

После выступления докладчиков участниками конференции было продолжено обсуждение основных проблем, поставленных в научных работах, в форме дискуссии и живого обмена мнениями. Дискуссия получилась плодотворной, были высказаны предложения и в дальнейшем развивать данное направление и проводить совместные научные работы и конференции.

Каждый из докладчиков был награжден сертификатом участника научной конференции и подарком — двухтомником книги д.б.н. А. В. Маркова «Эволюция человека».



Ассоциации стоматологов Удмуртии – 20 лет

Е. А. ЩЕГОЛЕВА, заместитель главного врача по организационно-методической работе АУЗ УР «Республиканская стоматологическая поликлиника МЗ УР», ответственный секретарь РОО «Ассоциация стоматологов Удмуртии», г. Ижевск.

28 апреля 2018 года исполняется 20 лет со дня создания Республиканской общественной организации «Ассоциация стоматологов Удмуртии» — регионального общественного объединения Стоматологической ассоциации России (СтАР). За этот период пройден большой путь, накоплен немалый опыт.

Главной целью работы Ассоциации является содействие профессиональной и научной деятельности специалистов стоматологического профиля, снижение заболеваемости населения и укрепление его здоровья, развитие медицинской науки и практики в области стоматологии и смежных дисциплин; защита социальных и профессиональных прав и интересов своих членов.

За 20 лет существования Ассоциации изменялся количественный и качественный состав ее членов. В настоящее время членами Ассоциации являются 425 человек, представители 39 медицинских организаций различных форм собственности и четырех профильных кафедр Ижевской государственной медицинской академии. С 2016 года Ассоциация стоматологов Удмуртии — корпоративный член ОО «Медицинская палата Удмуртской Республики по защите прав и интересов медицинских работников».

Инициатором создания регионального объединения Стоматологической ассоциации России на территории Удмуртской Республики стал **Евгений Самуилович Пластинин**. На протяжении 22 лет он осуществлял руководство Республиканской стоматологической поликлиникой. Евгений Самуилович смело вводил новые методики управления, проводил модернизацию, заботился о техническом оснащении поликлиники и постоянном повышении квалификации медицинского персонала.

Е. С. Пластинин был президентом Ассоциации стоматологов Удмуртии с 1998 по 2008 год. В течение пяти последующих лет Ассоциацией руководила Галина Германовна Комарова.

С 9 апреля 2013 года Ассоциацию стоматологов Удмуртии возглавляет главный врач Республиканской стоматологической поликлиники, главный внештатный специалист по стоматологии Министерства здравоохранения Удмуртской Республики **Анвар Мухаметович Богданов**. Его стиль работы отличает нестандартный и принципиальный подход к решению проблем стоматологической службы в республике, постоянное стремление к повышению ее имиджа. Он создал команду

единомышленников-профессионалов и многое делает для того, чтобы деятельность Ассоциации стала четкой и системной.

А. М. Богданов имеет неоспоримый авторитет в среде стоматологической общественности Удмуртии, и это послужило поводом для переизбрания Анвара Мухаметовича на пост президента Ассоциации в 2017 году и продления его полномочий на новый срок.

Ассоциация стоматологов Удмуртии под руководством А. М. Богданова переживает второе рождение. Активно работают 5 комиссий: по клиническим и экспертным вопросам, науке, нормотворчеству, детству и наградам. Регулярно проводятся научно-практические конференции, посвященные актуальным вопросам современной стоматологии и междисциплинарного взаимодействия. В организации таких конференций участвуют Министерство здравоохранения Удмуртской Республики и Ижевская государственная медицинская академия. Это позволяет проводить мероприятия на высоком уровне, с привлечением лекторов и специалистов из ведущих научных стоматологических школ России, повышать профессиональный уровень членов Ассоциации, формировать единые взгляды на диагностику, лечение и профилактику стоматологических заболеваний.

Для проведения обучающих семинаров ежеквартально организуются выезды в районы республики.

Ассоциация успешно провела первичную аккредитацию выпускников стоматологического факультета Ижевской государственной медицинской академии в 2016 и 2017 годах. Совет Ассоциации неоднократно выходил в Минздрав Удмуртии с предложением о предоставлении Ассоциации возможности самостоятельно проводить аттестацию специалистов стоматологического профиля на присвоение квалификационных категорий в рамках экспертной группы по стоматологии в соответствии с приказом Минздрава России от 23 апреля 2013 г. № 240н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории». Кто, если не профессиональное сообщество может объективно оценить квалификацию и умение того или иного специалиста?! Однако данная инициатива пока не находит поддержки в регионе.

Между членами Ассоциации — специалистами различных стоматологических специаль-





ностей поддерживается атмосфера взаимопонимания, стремление к получению новых знаний, желание общаться, делиться своими проблемами. Все это обогащает, повышает профессиональный уровень врачей-стоматологов в Удмуртской Республике.

Ассоциация ежегодно организует и проводит многоэтапные конкурсы профессионального мастерства среди специалистов стоматологической службы. Финалы конкурсов проходят в канун Дня медицинского работника.

Для формирования корпоративных традиций у представителей стоматологического сообщества стало традиционным проведение Спартакиад в честь Международного дня стоматолога. Соревнования по мини-футболу, волейболу, боулингу, дартсу — это еще один праздник большой стоматологической семьи, праздник спорта и дружбы.

Ассоциация активно участвует в проводимых в республике массовых мероприятиях для населения. Сегодня, благодаря СтАР, зарождается новая традиция — проведение Всероссийского дня стоматологического здоровья на территории Удмуртии.

Информация об Ассоциации, ее членах, мероприятиях систематически публикуется в различных периодических изданиях, в том числе корпоративной газете «Стоматология Удмуртии».

20-летний юбилей Ассоциации стоматологов Удмуртии — это знаменательное событие, благодаря которому мы имеем возможность выразить огромную признательность, уважение и благодарность каждому, кто трудится ради сохранения стоматологического здоровья населения в нашей республике.

Обращение ко всем членам Ассоциации стоматологов Удмуртии

Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

От имени Совета Ассоциации и от меня лично примите слова искренней благодарности за ваш благородный труд и профессионализм. В дни юбилея Ассоциации особые слова признательности и уважения ветеранам стоматологической службы, щедро передающим свой опыт и секреты мастерства молодым специалистам.

От всей души хочется пожелать всем нам комфортных условий труда, уверенности в сегодняшнем и завтрашнем дне, терпения, счастья и здоровья!

Давайте будем оставаться верными стоматологии, работать с полной отдачей, и пусть на это всегда хватает сил!

А. М. БОГДАНОВ,
президент РОО «Ассоциация стоматологов Удмуртии»,
главный врач АУЗ УР «Республиканская стоматологическая поликлиника МЗ УР», главный внештатный специалист стоматолог Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, Заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики.



Клинический пример комплексного лечения пациента с применением имплантатов

Е. Е. ЩЕПЕТНОВА, к.м.н., врач стоматолог-ортопед, зав. стоматологическим отделением клиники «Александрия»;
Н. В. ЛОГИНОВА, врач стоматолог-хирург ООО «Клиника кремлевская»;
А. А. ЩЕПЕТНОВ, студент стоматологического факультета
Приволжского исследовательского медицинского университета, г. Нижний Новгород.

Пациентка Ф., МКСБ № 1278, 45 лет обратилась в клинику с жалобами: на расцементировку коронок и перелом мостовидного штампованного протеза в области зубов нижней челюсти слева (протез изготовлен 22 года назад), на отсутствие зубов на нижней челюсти справа, на недостаточную длину верхних передних зубов (из под губы не видны).

Объективно: Верхняя челюсть — зубы 17, 16, 14, 23, 24 восстановлены пломбами, занимающими 2/3 окклюзионной поверхности, вторичный кариес. Отсутствуют: 18, 12, 22, 25, 28. Мезиальное смещение — 17, 16, 26, 27, диастема (2 мм). Повышенная стираемость режущего края 13, 11, 21, 23 зубов.

Нижняя челюсть — отсутствуют зубы 48, 47, 46, 45, 36, 38, расцементировка опор мостовидного штампованно-паянного протеза 35-37 и его перелом, 44, 45 — мостовидный штампованно-паянный протез с односторонней опорой, 43-33 — стираемость режущего края, 42, 41, 31, 32 — восстановлены пломбами, занимающими всю вестибулярную поверхность, вторичный кариес.

Прикус прямой. Снижение межальвеолярной высоты на 2-3 мм.

Слизистая бледно-розовая. Альвеолярный гребень в области отсутствующих зубов хорошо выражен, имеет пологую форму, слизистая прикреплена у основания ската.

Диагноз: частичная потеря зубов верхней челюсти II класса по Гаврилову; частичная потеря зубов нижней челюсти III класса по Гаврилову; повышенная стираемость I степени по Гаркуше; дефект твердых тканей 16, 15, 14, 23, 24; первичная адентия 12, 22; укорочение верхнего зубного ряда.

План комплексного лечения:

- 1) санация полости рта;
- 2) имплантация дополнительных опор в области зубов 45, 46, 47;
- 3) протезирование верхней челюсти металлокерамическими коронками 16, 15, 14, 24; протезирование 12, 11, 21, 23 — непрямыми винирами из керамики, с восстановлением межальвеолярной высоты;
- 4) протезирование нижней челюсти металлокерамическим мостовидным протезом с опорой на 35, 37; 44 — металлокерамической коронкой с восстановлением межальвеолярной высоты;
- 5) ортопедическое лечение с опорой на имплантаты в области 47, 46, 45 зубов.

В процессе консультативного осмотра хирурга и изучения ортопантограммы установлено: ширина альвеолярной части от 6 до 8 мм; качество костной ткани нижней челюсти I-II типа; кортикальная пластинка в области отсутствующих зубов сохранена; расстояние до н/челюстного канала в области 45-го зуба — 12-13 мм, в области 46-го — 13 мм, в области 47-го — 11-12 мм. Принято решение: установить три имплантата XIVE: 3,8×9,5 в области 45-го, 4,5×9,5 — в области 46-го, 4,5×9,5 — в области 47-го зубов.

Перед операцией были назначены анализы крови на ВИЧ, гепатиты, RW. Результаты анализов отрицательны.

После санации полости рта и изготовления хирургического шаблона пациентка, по плану лечения, явилась на установку дентальных имплантатов XIVE.



Рис. 2. Металлокерамические коронки на 16, 15, 14, 24, 44, 35-37.



Рис. 3. Керамические виниры на 12, 11, 21, 23.



Рис. 4. Установлены формирователи десны.



Рис. 6. Индивидуальная открытая ложка.



Рис. 7. Снятие оттиска с нижней челюсти.



Рис. 8. Оттиск нижней челюсти со слепочными модулями.



Рис. 9. Литой каркас мостовидного протеза на имплантатах.



Рис. 10-11. Металлокерамические коронки в полости рта.





Рис. 1. Ортопантограмма до лечения.

Общее состояние удовлетворительное, жалоб нет. АД — 120/80 мм рт. ст. За 30 мин. до операции введено внутримышечно: 1) Кетонал 100 мг — 1 мл; 2) Дицинон 12,5% — 2 мл; 3) Дексаметазон 4 мг — 1 мл; 4) Линкомицин 30% — 2 мл.

Проведена антисептическая обработка лица, полости рта; анестезия Sol. Ultracaini DS forte 1,7x3; разрез по гребню альвеолярного отростка от 44 до 48, скелетирование, формирование ложа по шаблону; установка имплантатов XIVE в области 45-го зуба — 3,8x9,5; 46-го — 4,5x9,5; 47-го — 4,5x9,5. Антисептическая обработка, швы Vicryl 5,0 наглухо. Поверх швов уложен альвожилье, Солкосерил дентальный, Диплен дента с Солкосерилом. Холод местно.

Назначено: Амоксиклав 500 мг по 1 табл. 2 раза в день (5 дней), Кестин 20 мг по 1 табл. 1 раз в день (5 дней), Кетонал 100 мг по 1 табл. при болях, Линекс форте 50 мг по 1 табл. 1 раз 5 дней. Местно: ванночки — Мирамистин 0,01% по 2 мин. 3 раза в день (7 дней), аппликации — Метрогил Дента и Солкосерил дентальный (7 дней).

Через 14 дней швы сняты. Рана зажила первичным натяжением.

В течение месяца после операции проведено протезирование верхней и нижней челюсти с восстановлением межальвеолярной высоты (рис. 2, 3).

Раскрытие имплантатов проведено через 4 мес. после операции (рис. 4, 5).

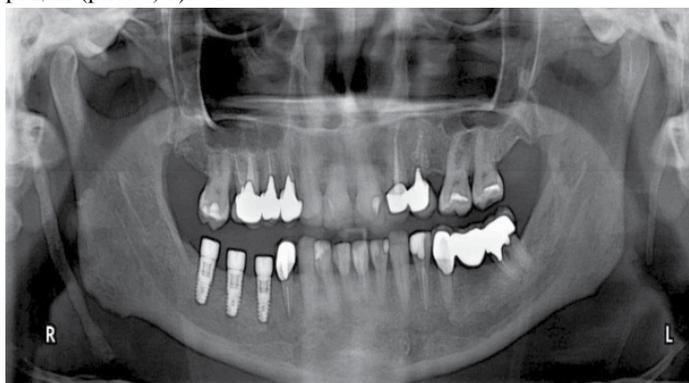


Рис. 5. Ортопантограмма через 4 мес. после операции.

С помощью индивидуальной открытой ложки сняты оттиски А-силиконовым материалом (рис. 6-9).

Изготовлены цементируемые коронки на имплантаты. Фиксация коронок на Tempro Bond в полости рта (рис. 10-11).



Рис. 12. Ортопантограмма после протезирования.



Марта
биотек

Geistlich Biomaterials



Биоматериалы №1 в мире
Непревзойденное качество
Уникальная биофункциональность



ИМПЛАНТАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ
ведущих европейских производителей



Учебный центр «МАРТА ИНСТОМ»

- Актуальные темы мероприятий
- Лучшие лекторы России и зарубежья
- Современная учебная аудитория
- Высокое качество организации

Нижний Новгород, ул. Медицинская, 1А
8 (831) 278-90-89, 415-80-24, 415-80-54
marta.implant@gmail.com | www.martainstom.ru

Динамика морфофункционального состояния тканей пародонта при лечении больных хроническим пародонтитом методом аутосеротерапии

В. А. РУМЯНЦЕВ¹, Е. Н. ЕГОРОВА¹, Е. И. БУДАШОВА¹, Ш. Л. ШИМАНСКИЙ²,
Ю. И. ЮСУПОВА¹, С. А. ДОНСКОВ¹, И. Е. МАРКИН³.

¹ — Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь.

² — Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова, г. Москва.

³ — ГБУЗ ТО «Областной клинический перинатальный центр им. Е. М. Бакуниной», г. Тверь.

В развитии хронического генерализованного пародонтита (ХГП), как и любых других воспалительных заболеваний, важная роль принадлежит клеточным механизмам защиты. Это, прежде всего, фагоцитирующие клетки — макрофаги и нейтрофилы. Их активностью, главным образом, определяются интенсивность и характер воспалительного процесса в тканях пародонта [1, 2]. В последние годы сформировалось представление о способности макрофагов проявлять как про-, так и противовоспалительную активность [3]. Выделяют два полярных типа активированных макрофагов: M1 и M2. Классически в очаге воспаления под воздействием провоспалительных факторов формируется фенотип M1 [4]. Такие макрофаги поддерживают Th1-зависимый иммунный ответ. Открыта и альтернативная активация макрофагов в фенотип M2 под влиянием IL-1 β , IL-4, IL-10, IL-13 и иммунных комплексов. Макрофаги фенотипа M2 поддерживают Th2-зависимый иммунный ответ, подавляя воспалительную реакцию и способствуя восстановлению ткани [5, 6].

Значимыми клеточными факторами и маркерами воспаления тканей пародонта тяжелой степени являются нейтрофилы. Однако представляется очевидным, что нейтрофилы — клеточные факторы врожденного иммунитета, не могут не реагировать при менее выраженной воспалительной реакции тканей пародонта. Оценка их функционального состояния в ротовой жидкости (РЖ) и кровеносном русле может оказаться информативным тестом для определения эффективности проводимого лечения и прогнозирования течения пародонтита.

Проведенные ранее экспериментальные исследования на животных показали, что подслизистое введение аутологичной сыворотки (аутосеротерапия) в области челюстей способствует увеличению пропорции M2 фенотипа макрофагов в тканях пародонта [7], что должно приводить к снижению воспалительной реакции. Такая сыворотка содержит в себе ряд факторов перепрограммирования макрофагов в фенотип M2 (IL-4, IL-10, IL-13, TGF- β , CSF-1). На этом фоне можно ожидать положительных изменений в морфофункциональном состоянии тканей пародонта.

Целью исследования явилось проведение у больных до и после лечения ХГП средней степени тяжести методом аутосеротерапии сравнительного гистоморфологического исследования мукогингивальных препаратов и биохимической оценки функциональной активности нейтрофилов крови и ротовой жидкости.

Материал и методы. В исследовании участвовали 56 больных ХГП средней степени тяжести (24 мужчины и 32 женщины в возрасте от 35 до 44 лет — средняя возрастная группа ВОЗ). При этом у 44 из них проводили курс аутосеротерапии (основная группа), а у 12 — традиционное показанное в каждом случае консервативное пародонтологическое лечение (группа сравнения). Последнее включало в себя периодическую ирригацию пародонтальных карманов растворами антисептиков и использование лечебных повязок. Диагноз больным ставили на основании клинического («Florida probe», рис. 1) и рентгенологического (ортопантомограмма) обследований.

Все исследования проводили до начала комплексного пародонтологического лечения. У больных в вакуумные пробирки забирали по 5 мл венозной крови, центрифугировали ее в течение 10 мин. при 3000 об/мин. Отделившуюся плазму набирали в шприц и вводили ее подслизисто в области переходной складки по 1 мл на уровне верхних премоляров слева и справа. Инъекции проводили трехкратно с интервалом 7-10 суток.



Рис. 1. Состояние тканей пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести.

Биопсийные образцы тканей пародонта, а также венозную кровь и смешанную слюну забирали до аутосеротерапии и спустя 30 суток от начала лечения этим методом. При этом биопсийные образцы до лечения забирали в области премоляров справа, а после лечения — слева.

В исследовании участвовали 36 биоптатов, забранных у больных, соответственно по 18 до и после лечения. Морфологический материал был разделен на три группы:

1. Материал от больных обеих групп до лечения.
2. Материал от больных основной группы после курса аутосеротерапии.
3. Материал от больных группы сравнения после традиционного лечения.

Иссекали биоптаты многослойного плоского неороговевающего эпителия десны с подлежащими тканями. После этого их фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина (pH=7,2), затем проводили в изоприловом спирте с добавлением IsoPrep и заливали в гомогенизованную парафиновую среду HISTOMIX, формируя блоки. Из парафиновых блоков изготавливали гистологические препараты толщиной 5-6 мкм и окрашивали гематоксилином и эозином. Кроме этой методики применяли гистохимическую окраску по Вейгерту-Ван-Гизону. Микроскопическое исследование, фоторегистрацию и морфометрические исследования проводили с применением: исследовательского тринокулярного микроскопа «Nikon Eclipse 50i», специализированной цифровой фотокамеры «Nikon DS-Fi2», персонального компьютера с операционной системой Windows 7, специализированных морфометрических программ NIS-Elements и Bio Vision Professional. При этом определяли плотность воспалительного инфильтрата (путем подсчета количества клеток в гистологических препаратах в 10 полях зрения при увеличении микроскопа $\times 400$), состав клеточного инфильтрата с каждого микропрепарата с подсчетом нейтрофильных лейкоцитов, лимфоцитов, фибробластов, фиброцитов, плазматических клеток и макрофагов (в %) в 10 полях зрения при увеличении микроскопа $\times 40-400$. При изучении микроскопических препаратов оценивали динамику изменений воспалительной реакции и особенности регенерации тканей.

В крови и РЖ определяли количество эластазы нейтрофилов методом иммуноферментного анализа с применением тест-системы производства «Bender MedSystems GmbH» (Австрия), в крови микроскопически оценивали результаты иммуноцитохимического теста с нитросиним тетразолием (НСТ-тест): % формазан-позитивных клеток (НСТ+) и индекс активации нейтрофилов (ИАН) в спонтанном и индуцированном тестах. Для оценки референсных значений показателя провели дополнительное обследование 10 практически здоровых добро-

вольцев того же возрастного диапазона, не имеющих признаков воспаления в тканях пародонта.

Статистическую обработку результатов провели с применением критерия *t*. Все исследования реализованы на кафедре пародонтологии, одобрены Этическим комитетом ТГМУ.

Результаты. Морфологические изменения в тканях пародонта. До лечения в многослойном плоском неороговевающем эпителии наблюдали акантоз и паракератоз. В ряде наблюдений отмечали истинные эрозивные дефекты с тканевым детритом на поверхности. В подлежащей соединительной строме наблюдали выраженную воспалительную инфильтрацию, выявляли отек, полнокровные сосуды и очаговые кровоизлияния. Плотность клеточного инфильтрата составляла $483 \pm 12,4$ клетки в поле зрения (нейтрофильные лейкоциты — $37,7 \pm 1,61\%$, лимфоциты — $41,1 \pm 1,22\%$, плазматические клетки — $11,7 \pm 0,84\%$, фибробласты — $8,1 \pm 0,31\%$ и макрофаги — $1,4 \pm 0,40\%$).

После проведенного лечения методом аутосеротерапии (основная группа) патологических изменений в многослойном плоском неороговевающем эпителии не выявляли. В подлежащей строме воспалительная инфильтрация не наблюдалась. При окраске по Вейгерт-Ван-Гизону выявлялись зрелые коллагеновые волокна и фиброциты. На рис. 2 приведены примеры результатов микроскопического исследования препаратов тканей пародонта до и после аутосеротерапии.

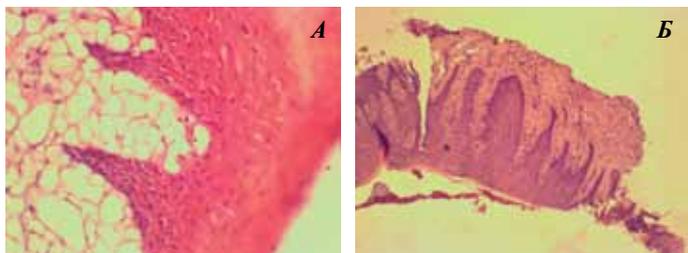


Рис. 2. Гистопрепараты тканей пародонта до (А, ув. $\times 400$) и после (Б, ув. $\times 40$) аутосеротерапии у больного К. 38 лет с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести (гематоксилин-эозин).

Плотность клеточного инфильтрата составляла $85 \pm 2,7$ клетки в поле зрения (нейтрофильные лейкоциты — $3,7 \pm 0,91\%$, лимфоциты — $25,9 \pm 1,13\%$, плазматические клетки — $1,5 \pm 0,30\%$, фибробласты — $12,9 \pm 1,07\%$, фиброциты — $49,4 \pm 1,96\%$, макрофаги — $6,6 \pm 0,44\%$).

После лечения традиционным методом в строме под многослойным плоским неороговевающим эпителием выявляли полнокровные сосуды и гиперкератоз эпителия, а также лимпоз в подлежащей строме. В ряде случаев наблюдали замедление созревания соединительной ткани, в строме отмечали только формирование грануляционной ткани с умеренной воспалительной реакцией и выраженной васкуляризацией (рис. 3).

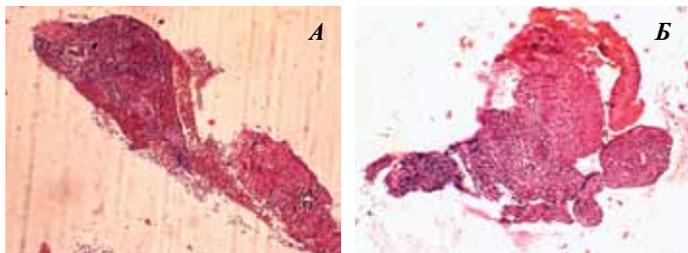


Рис. 3. Гистопрепараты тканей пародонта до (А, ув. $\times 40$) и после (Б, ув. $\times 40$) традиционного консервативного пародонтологического лечения у больной Г. 44 лет с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести (гематоксилин-эозин).

Статистический анализ полученных цифровых результатов показал наличие значимых различий между показателями до и после лечения во всех случаях ($p < 0,0001$).

Изменения функционального состояния нейтрофилов. В крови концентрация эластазы нейтрофилов до лечения у больных хроническим пародонтитом в среднем составила $38,9 \pm 7,31$ нг/мл и практически не отличалась от значений у здоровых добровольцев — $35,1 \pm 11,15$ нг/мл ($p > 0,05$). При этом в РЖ концентрация эластазы нейтрофилов была достоверно повышена в среднем до $466,2 \pm 58,42$ нг/мл по сравнению

с таковыми показателями у лиц без патологии пародонта: $223,4 \pm 82,44$ нг/мл ($p < 0,02$).

Проведенное лечение методом аутосеротерапии выявило достоверное снижение концентрации эластазы нейтрофилов РЖ до $245,6 \pm 91,83$ нг/мл ($p < 0,05$), то есть мы практически достигли значений, характерных для здоровых лиц. Показатели спонтанного НСТ-теста до лечения были достоверно выше референсных значений, а после проведенного курса лечения снизились: %НСТ+ клеток в среднем с $17,0 \pm 1,42\%$ до $13,2 \pm 1,00\%$ ($p < 0,04$) и ИАН с $0,18 \pm 0,022$ ед. до $0,12 \pm 0,014$ ед. ($p < 0,03$). Показатели индуцированного НСТ-теста: %НСТ+ клеток и ИАН до лечения соответствовали референсным значениям и после проведенного лечения достоверно не изменились (НСТ+ $61,6 \pm 2,73\%$ и $60,2 \pm 2,33\%$, $p > 0,05$; ИАН с $0,72 \pm 0,040$ ед. и $0,74 \pm 0,033$ ед., соответственно, $p > 0,05$).

В группе сравнения, где использовали традиционное лечение, также наблюдали снижение показателей концентрации эластазы нейтрофилов РЖ до $401,3 \pm 69,45$ нг/мл, но не достоверное статистически ($p > 0,05$). %НСТ+ клеток у них в среднем уменьшился с $17,5 \pm 1,72\%$ до $15,6 \pm 1,22\%$ ($p > 0,05$) и ИАН с $0,18 \pm 0,061$ ед. до $0,14 \pm 0,034$ ед. ($p > 0,05$). Показатели индуцированного НСТ-теста также достоверно не изменились.

Выводы. После лечения пародонтита методом аутосеротерапии гистологически наблюдается отсутствие изменений со стороны эпителия, стихание воспалительной реакции, полное созревание соединительной ткани с формированием полноценного соединительнотканного матрикса в подлежащей строме. При развитии хронического пародонтита функциональное состояние нейтрофилов повышается, что может быть выявлено с помощью определения показателей спонтанного НСТ-теста в крови. При этом наблюдается достоверное нарастание концентрации эластазы нейтрофилов в РЖ, но не в крови. Функциональная активность нейтрофилов в РЖ под влиянием курса аутосеротерапии снижается в отличие от традиционного консервативного лечения, что подтверждается достоверным уменьшением концентрации эластазы нейтрофилов. Эта находка говорит о нормализации под влиянием аутосеротерапии местного клеточного иммунитета в полости рта и о том, что аутосеротерапия способна снижать воспалительную реакцию пародонта и восстанавливать его структуру. По-видимому, это происходит под влиянием перепрограммирования тканевых макрофагов пародонта из фенотипа М1 в фенотип М2, уменьшения продукции провоспалительных цитокинов.

Литература:

- Будашова Е. И., Румянцев В. А., Федотова Т. А., Серик Д. В. Аутосеротерапия в лечении больных хроническим пародонтитом // Материалы республиканской конференции стоматологов «Актуальные вопросы стоматологии». — Уфа. — 2016. — С. 196-198.
- Мальшева Е. В. Репрограммирование клеточных ответов макрофагов: новая стратегия управления воспалительным процессом / Дисс... д.м.н. — М. — 2007. — 175 с.
- Лямина С. В., Круглов С. В., Калиш С. В., Малышев И. Ю. Репрограммирование альвеолярных макрофагов — новая возможность управления иммунным ответом // Вестник ВолГМУ. — 2011. — № 4 (40). — С. 42-46.
- Шиманский Ш. Л., Чиликин В. Н., Малышев И. Ю., Суворова И. А., Румянцев В. А., Денис А. Г. Фагоцитарная защита пародонта и способы ее активации (обзор литературы) // Стоматология. — 2013. — № 5. — С. 60-65.
- Шишкина В. С. Роль про- и противовоспалительных макрофагов М1 и М2 в развитии атеросклеротического поражения / Автореф. дисс... к.б.н. — М. — 2014. — 22 с.
- Будашова Е. И., Юсупова Ю. И., Шиманский Ш. Л., Румянцев В. А. Аутосеротерапия при лечении больных хроническим пародонтитом: клиническая и иммунологическая эффективность // Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста: материалы III Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов / ред. кол.: Р. Е. Калинин, И. А. Сучков, Е. В. Филиппов; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. — Рязань: ООП УИТТиОП, 2017. — С. 48-50.
- Шиманский Ш. Л., Суворова И. А., Чиликин В. Н., Малышев И. Ю., Румянцев В. А. Роль фенотипа и пластичности макрофагов в развитии воспалительной реакции при экспериментальном гингивите у мышей разных генетических линий // Dental Forum, 2015. — № 1 (56). — С. 21-24.

Комплект оборудования:

1. Панорамный рентген
- Hyperion MRT
2. Рентген аппарат
- RXDC eXTend
3. Радиовизиограф - Zen-X

eXTend



Система рентгеновского оборудования для стоматологической клиники

HYPERION MRT



Цена за комплект
1 248 650 руб.



Влияние социальных факторов на качество жизни пациентов с заболеваниями пародонта, проживающих в Удмуртской Республике

Ю. Г. ТАРАСОВА, д.м.н., доцент кафедры; Н. Р. ДМИТРАКОВА, к.м.н., ассистент кафедры.
Кафедра терапевтической стоматологии Ижевской государственной медицинской академии, г. Ижевск.

Одной из задач современного общества является повышение качества жизни больных с различными хроническими заболеваниями (КЖ) [2, 3, 4].

Изучение показателей КЖ позволяет дать количественную оценку многокомпонентных характеристик жизнедеятельности человека — совокупности физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанной на его субъективном восприятии, в контексте его культурной среды и системы жизненных ценностей [5]. John M. T. с соавт. (2003) утверждают, что на КЖ влияет возраст, пол, социально-экономическое положение, характер трудовой деятельности, тип темперамента и другие факторы [8]. КЖ изменяется во времени и с возрастом в зависимости от состояния пациента, обусловленного рядом экзогенных, характеризующих степень развития общества, и эндогенных, зависящих от самой личности, факторов.

Известно, что воспалительные заболевания пародонта доставляют человеку физические и психологические неудобства, являясь основной причиной ранней потери зубов, снижения функциональных возможностей зубочелюстной системы, а также развития соматической патологии, очагов хронической инфекции и сенсibilизации организма [4, 6, 7].

Для оценки влияния стоматологического здоровья на качество жизни человека применяются специальные стоматологические тесты, оценивающие степень влияния проблем в полости рта на функциональное и социально-психологическое благополучие [1]. Одним из наиболее полных и многопрофильных тестов для измерения степени влияния стоматологического статуса на КЖ является опросник «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-РУ [9].

Целью исследования явилось изучение влияния социальных факторов на КЖ пациентов с заболеваниями пародонта, проживающих в Удмуртской Республике, с помощью опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-РУ.

Материалы и методы. Проведено обследование 182 пациентов в возрасте $40,7 \pm 7,2$ года с диагнозом «Хронический генерализованный пародонтит» (ХГП) разной степени тяжести (106 женщин и 76 мужчин), проживающих на территории Удмуртской Республики.

Обследование пациентов включало клинические и рентгенологические методы, а также интервьюирование.

Критериями включения пациентов в исследование были: верифицированный диагноз хронический генерализованный пародонтит легкой, средней или тяжелой степени; отсутствие лечения пародонтита в предшествующие 6 месяцев до начала исследования; постоянное проживание на территории Удмуртии; наличие несъемных ортопедических конструкций (одиночные искусственные коронки, мостовидные протезы).

Критерии исключения: другие воспалительные и дегенеративные заболевания полости рта; соматическая патология, требующая стационарного лечения и диспансерного наблюдения; предшествующее лечение пародонтита менее чем за 6 месяцев до начала исследования; наличие съемных ортопедических конструкций.

Для отбора 182 пациентов, отвечавших критериям включения/исключения, нами было обследовано 294 человека.

При анкетировании регистрировались следующие социальные характеристики пациентов: возраст, пол, образование, трудовая занятость, уровень доходов, социальное положение, семейное положение, вредные привычки.

В качестве инструмента для оценки КЖ у пациентов с ХГП была использована русскоязычная версия опросника ОНП-14-РУ.

«Профиль влияния стоматологического здоровья ОНП-14» — специальный опросник качества жизни, состоящий из 14 вопросов, включает 7 основных шкал, оценивающих наиболее существенные стоматологические параметры нарушений КЖ: ограничение функции (ОФ), физический дискомфорт (ФД-Б), психологический дискомфорт (ПД), физические нарушения (ФН), психологические расстройства (ПР), социальные ограничения (СО), ущерб (У).

Ответы на вопросы опросника ОНП-14 построены по типу Ликертовской шкалы, ранжированы по 5 баллам соответственно ответам: «никогда», «редко», «часто», «очень часто» и «постоянно». Процедура расчета индекса предполагает суммирование баллов по отдельным шкалам (пошкаловые показатели) и по опроснику (интегральный показатель ОНП-14-РУ) в целом. Высокие значения индекса соответствуют низким показателям КЖ. Диапазон баллов по суммарному показателю ОНП-14-РУ варьирует от 0 до 70 баллов.

Предварительно была проведена валидация опросника КЖ ОНП-14-РУ и доказана его надежность, конструктивная валидность и чувствительность применительно к группе пациентов с ХГП, проживающих в Удмуртской Республике.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи электронных таблиц Microsoft Excel 2007 и включала расчет (в баллах) «пошкаловых» показателей (средняя величина M с учетом ошибки отклонения m) и их суммирование с расчетом интегрального индекса ОНП-14-РУ ($M \pm m$). Сравнение двух и более групп оценивали с помощью критерия Стьюдента. Различия считали достоверными начиная с $p < 0,05$.

Для изучения механизмов взаимосвязи параметров применялся корреляционный анализ. При оценке величины и направленности корреляционной зависимости применяли коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты исследования. Сравнение показателей КЖ в зависимости от возраста больных ХГП показало, что интегральные показатели КЖ ОНП-14-РУ в возрастной группе до 40 лет ($n=103$) достоверно не отличались по сравнению с показателями КЖ пациентов в возрасте старше 40 лет ($n=79$) ($29,43 \pm 1,03$ против $31,75 \pm 1,25$, $p > 0,05$).

При детальном пошкаловом анализе показателей ОНП-14-РУ (рис. 1) установлено, что с возрастом у больных ХГП достоверно более значимо снижено КЖ по показателям «Физического дискомфорта и боли» и «Физических расстройств» (снижение КЖ соответственно на 56,1%, и 49,3% у лиц в возрасте старше 40 лет). Так, лица старше 40 лет чаще отмечали наличие болевого симптома в полости рта, вызывающего затруднения при приеме пищи, разговоре, испытывали сложности в артикуляции, связанные с подвижностью и смещением зубов. В связи с физическим дискомфортом в полости рта, вызванным заболеванием тканей пародонта, пациенты вынуждены были изменять привычный пищевой рацион.

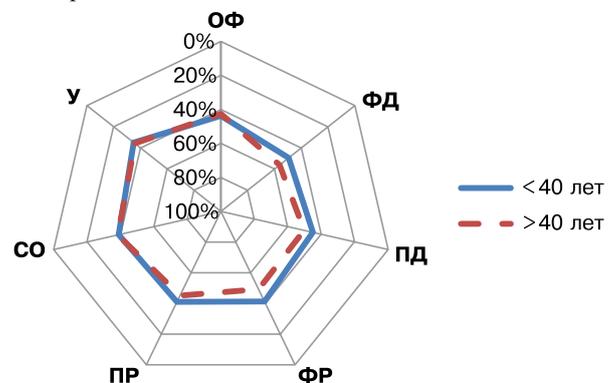


Рис. 1. Внутривекторный (пошкаловый) анализ показателей КЖ ОНП-14-РУ у пациентов с ХГП в зависимости от возраста.

При сравнении средних пошкаловых показателей между разными возрастными группами пациентов получена достоверная разница по шкалам «ФД» ($2,80 \pm 0,11$ против $2,46 \pm 0,10$, $p < 0,05$) и «ФН» ($2,50 \pm 0,10$ против $2,06 \pm 0,10$, $p < 0,05$).

Однако проведенный корреляционный анализ выявил довольно низкие взаимосвязи между КЖ и возрастом больных ХГП (r ОНП-14-РУ = 0,11).

При гендерном анализе стоматологических показателей качества жизни пациентов отмечено, что женщины более остро

ощущали утрату качества жизни в связи с наличием патологии тканей пародонта. Показатели КЖ по всем шкалам опросника у мужчин с воспалительными заболеваниями пародонта были выше, чем у женщин, однако статистически значимые отличия нами получены только по шкалам «Психологический дискомфорт» и «Психологические расстройства» ($2,62 \pm 0,12$ против $2,00 \pm 0,12$, $p < 0,01$ и $2,37 \pm 0,11$ против $1,81 \pm 0,12$, $p < 0,01$). Снижение КЖ по этим шкалам у женщин наблюдалось на 52,5% и 47,5%, тогда как у мужчин на 40,0% и 36,3% соответственно. Данную тенденцию можно объяснить тем, что женщины более требовательны к своему здоровью и внешнему виду. Заболевания пародонта, невозможность открыто улыбаться, запах изо рта, некрасивые зубы создают не только эстетическую проблему, но и сказываются на коммуникативных отношениях, часто ставят в неловкое положение в общении с людьми, приводят к психологическим проблемам, которые в свою очередь отражаются на жизненной активности пациентов.

Однако тесных корреляционных взаимосвязей между полом и показателями КЖ нами не выявлено. Коэффициенты корреляции по интегральному показателю и по шкалам КЖ с полом были очень низкими ($0,04 - 0,25$).

Стоматологические показатели КЖ ОНIP-14-RU в зависимости от семейного положения не выявили достоверной разницы в интегральном показателе КЖ между пациентами, имеющими и не имеющими семьи ($p > 0,05$). Однако при пошкаловом анализе средних показателей КЖ ОНIP-14-RU установлено, что не имеющие семьи пациенты имели достоверно более низкое КЖ по шкале «Психологический дискомфорт» по сравнению с семейными респондентами ($2,28 \pm 0,11$ против $2,66 \pm 0,15$, $p < 0,05$) (снижение КЖ на 45,0% у семейных пациентов и на 50,1% у пациентов, не имеющих семьи). Проблемы в полости рта, связанные с патологией тканей пародонта, у неженатых мужчин и незамужних женщин чаще вызывали неудобства и чувство стеснения при общении с людьми.

Коэффициенты корреляции шкал опросника ОНIP-14-RU с семейным положением обследуемых пациентов с ХГП также были крайне низкими и колебались по разным шкалам от 0,003 до 0,09.

Установлено, что показатели КЖ у пациентов с ХГП, имеющих высшее образование, были достоверно ниже, чем у лиц со средним образованием. Так, интегральный показатель ОНIP-14-RU у лиц с высшим образованием составил $32,2 \pm 1,15$ против $28,30 \pm 1,03$ у пациентов, имеющих среднее образование ($p < 0,05$). Внутрискруктурный анализ показателей КЖ ОНIP-14-RU выявил наиболее существенное снижение КЖ у лиц с высшим образованием по шкалам «Физический дискомфорт» на 56,0%, «Функциональные расстройства» на 48,4%, «Психологический дискомфорт» на 49%, «Социальная нетрудоспособность» и «Ущерб» на 41,0% и 38,45 ($p < 0,05$). Пациенты со средним образованием менее «остро» воспринимают значимость психологических и социальных проблем, связанных с патологией тканей пародонта, испытывают меньшую тревогу по поводу состояния своей зубочелюстной системы. Однако корреляционный анализ выявил крайне низкую положительную связь КЖ и уровня образования (r ОНIP-14-RU = 0,18). Коэффициенты корреляции шкал опросника с уровнем образования составили от 0,02 по шкале «ОФ» до 0,16 по шкале «У».

При анализе взаимосвязи социального положения пациентов с ХГП и уровнем их КЖ установлено достоверная разница в показателях ОНIP-14-RU между служащими и рабочими ($33,14 \pm 1,35$ против $27,16 \pm 0,97$, $p < 0,01$), а также рабочими и безработными респондентами ($27,16 \pm 0,97$ против $37,38 \pm 2,24$, $p < 0,05$). Однако между безработными пациентами с ХГП и служащими достоверных различий в показателях КЖ не выявлено ($37,38 \pm 2,24$ против $33,14 \pm 1,35$, $p > 0,05$). Внутрискруктурный анализ показателей ОНIP-14-RU (рис. 2) выявил наиболее существенное снижение КЖ у безработных по сравнению с рабочими по шкалам «Психологические расстройства» на 17,97%, «Социальная нетрудоспособность» на 16,73%, «Физический дискомфорт» на 15,91%, «Физические расстройства» на 15,48% и «Психологический дискомфорт» на 13,95%, тогда как по сравнению со служащими по шкалам «Ограничение функций» на 11,18% и «Физические расстройства» на 10,72%. Полученные данные свидетельствуют о том, что служащие и безработные пациенты с патологией тканей пародонта более «четко» фиксируют свои ощущения и больше внимания уделяют физическим, психологическим и социальным составляющим КЖ по сравнению с рабочими. Однако корреляционные взаимосвязи между стоматологическими показателями КЖ ОНIP-14-RU и социальным положением пациентов с ХГП были низкими и имели отрицательную направленность (r ОНIP-14-RU = -0,15), коэффициенты корреляции колебались от -0,005 (по шкале «ПР») до -0,21 (по шкале «ПР»).

У пациентов с ХГП, оценивающих свои доходы как «средние» и «высокие» показатели КЖ по всем шкалам, кроме шкалы «Ограничение функций» были существенно хуже, чем у респон-

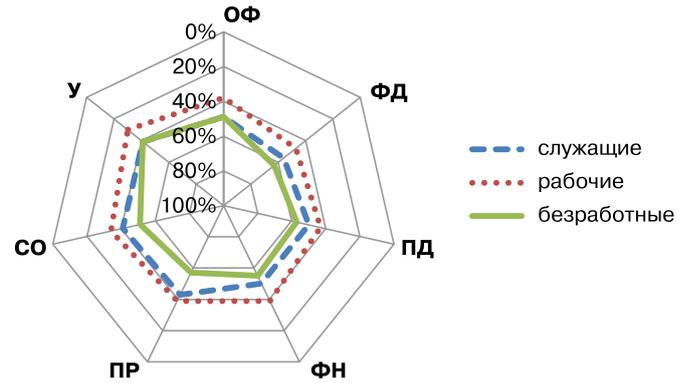


Рис. 2. Внутрискруктурный (пошкаловый) анализ показателей ОНIP-14-RU в зависимости от социального положения.

дентов с «низким» уровнем доходов ($p < 0,05$). При детальном пошкаловом анализе показателей ОНIP-14-RU установлено, что у больных ХГП с доходами «средними» и «высокими» достоверно более значимо ($p < 0,05$) снижено КЖ по шкалам «Физического дискомфорта» ($2,87 \pm 0,14$) и «Психологического дискомфорта» ($2,81 \pm 0,17$) (снижение КЖ соответственно на 57,3% и 56,2%), а также по шкалам «Физические нарушения» ($2,54 \pm 0,16$) и «Психологические расстройства» ($2,47 \pm 0,16$) (снижение КЖ на 51,5% и 49,2% соответственно). Проведенный корреляционный анализ выявил низкую отрицательную корреляционную связь между КЖ и уровнем доходов респондентов с ХГП (r ОНIP-14-RU = -0,26; от -0,08 по шкале «ОФ» до -0,31 по шкале «У»).

Достоверных различий в стоматологических показателях КЖ в зависимости от вредных привычек (курения) у пациентов, страдающих ХГП, в рамках заданного исследования выявлено не было. Так, интегральный показатель ОНIP-14-RU у курящих и некурящих пациентов с ХГП был практически одинаковым и составил $30,32 \pm 1,24$ и $30,56 \pm 1,02$ балла ($p > 0,05$). Коэффициенты корреляции показателей КЖ с вредными привычками пациентов, страдающих ХГП, тоже были крайне низкими (r ОНIP-14-RU = 0,007).

Заключение. Таким образом, проведенное исследование не выявило существенной корреляционной связи между показателями КЖ ОНIP-14-RU и социальными характеристиками обследованных респондентов, тем самым доказав, что независимо от пола, уровня доходов, образования и других социальных факторов, у лиц с ХГП наблюдается ухудшение КЖ. Хотя, полученные в результате сравнения данные позволяют отметить, что КЖ в большей степени ниже оценивают женщины, служащие, а также лица, не имеющие семьи, с высшим образованием и с высоким материальным доходом, что согласуется с данными других отечественных исследователей [3, 4].

Литература:

- Барер Г. М., Гуревич К. Г., Смирнягина В. В., Фабрикант Е. Г. Использование стоматологических измерений качества жизни // *Стоматология для всех.* — 2006. — № 2. — С. 4-7.
- Круглова Н. В. Влияние комплексного лечения на качество жизни пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта // *Международный журнал экспериментального образования.* — 2015. — № 5-1. — С. 31-32.
- Лунин Н. А., Великая О. В., Кунин В. А. Качество жизни больных с воспалительными заболеваниями пародонта и туберкулезом легких // *Туберкулез и социально-значимые заболевания.* — 2014. — № 1-2. — С. 100-101.
- Микляев С. В., Леонова О. М., Глазьев В. К., и соавт. Изучение качества жизни у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями пародонта // *Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки.* — 2017. — № 1. — С. 187-192.
- Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по использованию качества жизни в медицине. — СПб.: ИД «Нева», 2007. — 320 с.
- Смирнягина В. В. Возможность использования критерия качества жизни для оценки эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести // *Автореф... дис...канд. мед. наук.* — М., 2007.
- Фабрикант Е. Г., Смирнягина В. В., Гуревич К. Г. Динамика изменения качества жизни при лечении хронического генерализованного пародонтита // *Институт стоматологии.* — 2008. — № 4(41). — С. 25-27.
- John M. T., LeResche L., Koepsell T. D., et al. Oral health-related quality of life in Germany // *Eur. J. Oral Sci.* — 2003. — Vol. 111, № 6. — P. 483-491.
- Slade G., Spencer J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile // *Community Dent. Health.* — 1994. — Vol. 11, № 1. — P. 3-11.

606120, г. Ворсма Нижегородской обл.,
ул. Гагарина, д. 66, оф. 1,
тел.: (83171) 6-59-77, 6-63-33, 6-63-24,
тел./факс (83171) 6-57-00,
e-mail: tdvorsma@yandex.ru

ТОРГОВЫЙ ДОМ
ВОРСМА
www.tdvorsma.ru
www.amkmed.ru

606108, г. Павлово Нижегородской обл.,
ул. Чапаева, д. 43, корп. 3, оф. 127,
тел.: (83171) 3-49-90, 3-51-51,
тел./факс (83171) 3-49-00,
e-mail: vmkbus@mts-nn.ru

ООО «Торговый дом «Ворсма» активно работает в направлении создания передвижных медицинских комплексов на базе отечественных автобусов. Всего разработано и сертифицировано более 50 типов передвижных медицинских комплексов, отвечающих требованиям современного рынка. Богатый опыт, накопленный за годы плодотворной работы, помогает решать бизнес-задачи любой сложности и предлагать самые современные технологические решения.

Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология» ВМК-3033-04; ВМК-30331-04



Назначение

Передвижные медицинские комплексы «Передвижная стоматология» ВМК-3033-04 на базе автобуса ПАЗ-32053 и ВМК-30331-04 на базе автобуса ПАЗ-4234 предназначены для оказания терапевтической и хирургической стоматологической помощи пациентам вне стационарных стоматологических лечебных учреждений.

Современное медицинское оборудование позволяет:

- проводить профилактику и диагностику дентальных заболеваний с применением дентального рентгеновского аппарата и системы компьютерной дентальной радиовизиографии;
- получать рентгеновские дентальные снимки на экране персонального компьютера в режиме реального времени;
- печатать рентгеновские снимки на бумагу с помощью цветного принтера и сохранять снимки в компьютерной базе данных;
- пломбировать зубы с применением различных пломбировочных материалов, проводить хирургические стоматологические операции;
- дополнительно установленное вспомогательное кресло позволяет проводить весь комплекс работ по протезированию зубов.

Установленное медицинское оборудование, возимый запас медикаментов, расходных и вспомогательных материалов обеспечивают автономную работу передвижного медицинского комплекса в течение длительного времени.

Основное медицинское оборудование:

- стоматологическая установка: инструментальная панель на 3-4 выхода, гидроблок с плевательницей, светильник, стоматологическое кресло, столик врача, стул врача, набор наконечников;
- компрессор стоматологический безмасляный в шумозащитном кожухе;
- радиовизиограф в комплекте с рентгеновским аппаратом, компьютером типа ноутбук, лазерным принтером;
- стул стоматологический (стул медицинской сестры);
- лампа полимеризационная;
- стерильная камера для инструментов;
- суховоздушный стерилизатор, объем рабочей камеры 10 л;
- лампа бактерицидная настенная (потолочная) — 2 шт.;
- набор наконечников.

Варианты исполнения комплекса

Специалисты нашего предприятия готовы предложить вашему вниманию одну или несколько компоновочных схем планировки салона, размещения основного оборудования, мебели и т.д.

Вариант 1. Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология» с одной стоматологической установкой. В этом случае в качестве транспортной базы используются автобусы ПАЗ-32053 (с карбюраторным или дизельным двигателем) и ПАЗ-3206 (повышенной проходимости, колесная формула 4×4). В пассажирском салоне комплекса установлены индивидуальные комфортабельные сидения для выезда врачей бригады, столик, двухсекционный шкаф для верхней одежды. В лечебном отсеке комплекса установлены стоматологическая установка, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф с ноутбуком, стерилизационное и вспомогательное оборудование, рабочие столы-тумбы, шкафы для расходных материалов, медицинский инструмент, рабочий стол-мойка, шкаф-пенал для рабочей одежды.

Вариант 2. Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология» с двумя стоматологическими установками. В качестве транспортной базы используется автобус ПАЗ-4234. В лечебном салоне комплекса установлены 2 стоматологические установки, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф с ноутбуком, стерилизационное и вспомогательное оборудование, рабочие столы-тумбы, шкафы для расходных материалов, медицинский инструмент, рабочий стол-мойка, шкаф-пенал для рабочей одежды.

Все передвижные медицинские комплексы «Передвижная стоматология», в которых установлен дентальный рентгеновский аппарат, оборудованы встроенной радиационной защитой.

Вы всегда можете рассчитывать на помощь консультантов компании в выборе необходимого оборудования на выгодных и удобных для вас условиях и грамотном оформлении договора поставки. Воспользуйтесь услугами электронного запроса на сайте amkmed.ru или сделайте свой заказ по телефону горячей линии (83171) 33-1-55.

Мы готовы трудиться для вас. Мы стремимся к долгосрочному взаимовыгодному сотрудничеству.



Повышение эффективности эндодонтического лечения хронического гранулирующего периодонтита

О. И. АРИХБАЕВА, к.м.н. Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, г. Душанбе.

Актуальность проблемы лечения хронического гранулирующего периодонтита определяется не только высокой распространенностью данной патологии, ее ролью в возникновении острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, но также неблагоприятным влиянием на иммунологическую реактивность организма. Установлено, что при хронических одонтогенных процессах имеет место снижение не только местного, но и общего иммунитета.

Одонтогенные воспалительные процессы протекают по всем закономерностям развития хронического воспаления. Нарушения функциональной активности местных факторов иммунитета способствуют поддержанию хронического вялотекущего воспалительного процесса в тканях периодонта, а также индуцируют процессы резорбции корня и альвеолярной кости.

Установлено, что при традиционном лечении хронических периапикальных патологий без использования иммуномодулирующих препаратов имеющиеся у больных нарушения иммунитета по некоторым параметрам (соотношения Т-хелперов/Т-супрессоров, активность гранулоцитов, содержание циркулирующих иммунных комплексов) в большинстве случаев сохраняются, а в некоторых усугубляются.

Хронический гранулирующий периодонтит (ХГП) рассматривается как самая благоприятная форма периодонтальных поражений в отличие от гранулематозного периодонтита, радикулярной кисты. По сей день имеются случаи неэффективности консервативного лечения зубов с хроническими периапикальными поражениями (по различным данным от 3 до 70% случаев). В то же время хирургическое вмешательство не является абсолютной альтернативой консервативной терапии: хирургические дефекты после резекции верхушки корня в 45% случаев требуют от 1 до 10 лет для полного восстановления костной ткани; в 30% требуется более продолжительный срок, в 25% полного восстановления не происходит.

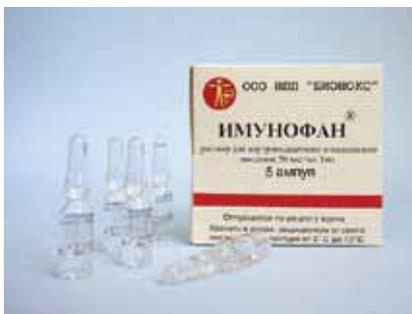
В соответствии с современными представлениями ответом организма на сенсibilизацию микроорганизмами и их токсинами является типичная иммунная реакция. Для ее развертывания в периодонте имеются все необходимые компоненты: наличие макрофагов, лимфоцитов, плазматических, полиморфоядерных и тучных клеток подтверждает постоянное поступление антигенов из корневого канала, доказывая таким образом патогенное формирование и влияние стоматогенного очага на развитие гетеро- и аутосенсibilизации организма.

Хронический верхушечный периодонтит всегда приводит к развитию очагово-обусловленного заболевания, которое имеет затяжное торпидное, как правило, осложненное течение. Доказано существование неблагоприятного влияния стоматогенного очага на течение раневого процесса и заживление мягких тканей и кости.

Одонтогенный очаг сопровождается вторичным иммунодефицитным состоянием в виде ослабленного клеточного звена иммунитета. При хронических пульпитах и периодонтитах показана витальная экстирпация, полноценная обработка канала и пломбирование канала пастами на основе гидроксида кальция или оксида цинка с эвгенолом. Активное, непрерывное и длительное воздействие, а также резкое уменьшение эндодонтического пространства обеспечивается большой массой и нетвердеющим состоянием материала, выделяющего в систему канала в периапикальные ткани ионы и ионизированные молекулы.

Несмотря на высокую эффективность указанных препаратов, такая терапия почти не оказывает воздействия на клеточный иммунитет околоворхушечных тканей. Эффективность традиционной терапии можно оценивать не ранее 3-6 месяцев (в основном, рентгенологически), а состояние сенсibilизации может сохраняться от 4-6 месяцев до 3-4 лет. Поэтому у больных с вторичными иммунодефицитными состояниями уместно применение эндоканально иммунокорректирующих препаратов.

Необходимость иммуномодулирующей терапии при хронических периапикальных очагах воспаления, сопряженных с устранением болевых симптомов, сопровождающих обострение хронического процесса, вынуждает изыскивать новые лекарственные препараты и способы их применения, в совокупности с традиционными, для достижения успеха консервативной терапии хронического гранулирующего периодонтита.



Целью настоящего исследования явилось достижение наиболее эффективных результатов эндодонтического лечения хронического гранулирующего периодонтита с применением иммунокорректирующих и остеотропных препаратов в сравнении с традиционной методикой.

Задачи исследований:

- 1) экспериментально исследовать влияние Куриозина и Имунофана в сочетании с сорбентами, противовоспалительными и остеотропными препаратами на заживление мягких тканей и восстановление костных структур в очаге повреждения в сравнительной динамике;
- 2) изучить динамику клинических показателей пациентов с ХГП после внутриканальной терапии с применением Куриозина и Имунофана в сочетании с вышеуказанными препаратами в сравнении с монотерапией гидроксилом кальция;
- 3) определить эффективность воздействия эндодонтической терапии с применением Имунофана на динамику иммунологических показателей пациентов с ХГП в сравнении с эндодонтической терапией той же категории пациентов без применения иммунокорректора, а также в сравнении со здоровыми донорами;
- 4) разработать оптимальную схему эффективного эндодонтического лечения ХГП с применением иммунокорректирующих и остеотропных препаратов.

Выводы

1. Введение Куриозина и Имунофана в сочетании с сорбентом, бактерицидным и остеотропным препаратами в состав эндодонтической пасты при ее имплантации в экспериментальный очаг повреждения способствует ликвидации воспалительно-деструктивных явлений, стимулирует естественные процессы регенерации мягких тканей и костных структур.
2. Применение эндоканально Куриозина и Имунофана в сочетании с вышеуказанными препаратами положительно влияет на динамику клинических показателей пациентов с ХГП, как в ближайшие, так и в отдаленные сроки лечения. Показатели клинических признаков воспаления исследуемой группы, где применяли Куриозин и Имунофан, достоверно выше показателей контрольной группы, в которой для эндодонтического лечения в виде внутриканальной obturation использовали монотерапию официальной пастой гидроксида кальция.
3. Иммунологические показатели основной группы пациентов с ХГП до лечения, имеющих схожий характер аналогичных показателей с контрольной группой, в которой не применяли иммунокорректирующей терапии, после эндодонтического лечения с применением Имунофана достоверно улучшились.
4. Включение Куриозина и Имунофана в комплекс лечения хронического гранулирующего периодонтита способствовало улучшению клинико-рентгенологических показателей, а также показателей, отражающих функциональное состояние факторов общего и местного иммунитета, и снижению сенсibilизации организма.

Практические рекомендации

Применение препарата Куриозин в виде эндоканальных аппликаций у пациентов с ХГПО, а также в составе эндодонтической лечебной пасты для временного пломбирования в сочетании с сорбентами, антисептическими и остеотропными препаратами способствует ускоренной ликвидации острых воспалительных явлений в тканях периодонта.

Использование иммунокорректора Имунофана в терапии ХГП повышает эффективность воздействия, усиливая терапевтическое воздействие антибактериальных препаратов, а также индукторов остеогенеза.

Включение Куриозина и Имунофана в комплекс эндодонтического лечения ХГП и ХГПО, как в виде моноаппликаций, так и в составе эндодонтической лечебной пасты для временной obturation канала в сочетании с сорбентами, бактерицидными и остеотропными препаратами, способствует предотвращению обострения воспалительного процесса после пломбирования канала и оптимизирует отдаленные результаты лечения хронического гранулирующего периодонтита.

Подготовлено по материалам диссертации.

Объективная оценка в эндодонтической практике: ошибки и осложнения, рациональная тактика

Ш. Ф. ДЖУРАЕВА, д.м.н., и.о. зав. кафедрой; М. С. СОЛОНЬКО, студентка.
Кафедра стоматологии № 1 Ивановской государственной медицинской академии, г. Иваново.

Актуальность. Распространенность кариеса зубов и эндодонтических осложнений среди взрослого населения России [1, 2, 4, 5, 7] достаточно велика, колеблясь от 60% до 100%. По данным литературы [1, 4, 10], пульпит и периодонтит составляют не менее 45-50% всех стоматологических заболеваний, а воспалительный процесс в периодонте у лиц старше 50 лет является причиной удаления зубов более чем в 50% случаев.

Перелечивание в эндодонтии достаточно тяжелая процедура, требующая многих часов, наличия сложного оборудования и хороших мануальных навыков. Клиницисты на разных этапах эндодонтического лечения сталкиваются со сложностями [3, 5, 7-9].

По мнению М. Соломонова [6, 11], первостепенное значение имеет внутриканальная инфекция (*intraradicular infection*) и экстрарадикулярная инфекция (*extraradicular infection*). Это связано с проблемами и ошибками на этапах шейпинга, клининга и obturation. К развитию осложнений приводят такие факторы, как сломанные инструменты в инфицированном канале, сложная анатомия (С-образные каналы, дополнительные каналы, которые не нашли, пропущенные каналы и корни, каналы, которые просто не удалось пройти), внутренние резорбции.

Еще в 2003 году S. Friedman [10] предложил классификацию прогнозирования результата эндодонтического лечения, которой до сих пор пользуются большинство эндодонтистов. Согласно этой квалификации первый вариант результата лечения — когда заболевание полностью прошло и в итоге полное заживление: *healed*; второй — идущее заживление: *healing* и третий — эндодонтическое заболевание после лечения: *post treatment endodontic disease*.

Целью настоящего исследования явилась аналитическая оценка по результатам изучения эндодонтического лечения осложненных форм кариеса.

Материал и методы исследования. Обследовано 100 пациентов (56 мужчин и 44 женщины) в возрасте от 20 до 40 лет, обратившихся с жалобами после стоматологического лечения. Всего 117 зубов.

Обследование пациентов проводили по определенному плану, состоящему из основных и дополнительных методов исследования. При обследовании больных использованы общеклинические, стоматологические, рентгенологические, клинико-лабораторные и статистические исследования. У обследованных больных не было признаков сопутствующей патологии, изменяющей состояние зубов и пародонтальных тканей.

С целью оценки состояния окружающих зуб тканей, изменений в структуре челюстных костей было проанализировано 20 ортопантограмм и 98 прицельных снимков исследуемых пациентов.



Рис. 1. Ортопантограмма. Неполная obturation корневых каналов.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ структуры ошибок и осложнений показал, что наиболее значимыми являются: неполная obturation корневых каналов — 51,64%, невыявление корневых каналов — 18,85%, непроходимость корневых каналов — 8,2%, несостоятельность коронковой реставрации — 5,74%, аномалия строения корневых каналов — 4,1%, выведение пломбирочного материала за пределы корня — 2,57%, перфорация — 2,35%, фрагментация инструмента — 2,46%, резорбция корня в апикальной части — 2,45%, полное пломбирование с изменениями в периодонте — 1,64%.

Проанализировав структуру ошибок и неблагоприятных исходов при эндодонтическом лечении, мы выявили, что наиболее частой ошибкой является неполная obturation корневых каналов (рис. 1), она встречается в 51,64% случаев и в 31,97% случаев приводит к деструктивным воспалительным изменениям в периодонте.

Во фронтальной группе зубов данная ошибка зафиксирована только в 4,1% случаев, что привело к возникновению деструктивных изменений в периодонте. В жевательной группе зубов данный показатель достоверно ($p < 0,001$) увеличился в 11,2 раза и составил 45,9%, деструктивные изменения при этом возникли в большинстве случаев, а именно в 27,87%. Неполная obturation встречалась практически в каждом втором из некачественно леченых зубов и повторялась практически в каждом канале многоканальных зубов.

В передней группе зубов резорбция корня зуба (рис. 2) составила 2,45% случаев. Причем чаще она встречается именно в области корней зубов верхней челюсти. Резорбция корня в боковой группе зубов не зафиксирована.

Невыявление корневых каналов при эндодонтических вмешательствах чаще зафиксировано в молярах (17,21%) и реже в премолярах (1,64%) верхней и нижней челюстей, в то время как в центральных и боковых резцах обеих челюстей — не встречалось. Из общего числа зафиксированных случаев выведения пломбирочного материала за верхушку корня зуба в 2,46% наблюдались изменения в тканях периодонта.

Еще одним препятствием на пути качественной obturation корневых каналов является непроходимость корневых каналов (рис. 3) в результате образования петрификатов (8,2%), из них в 100% случаев в молярах верхней и нижней челюстей.

Аномалия строения корневых каналов зафиксирована в 4,92% случаев, из них в основном в премолярах верхней челюсти — 3,28%, а в молярах нижней челюсти — в 1,64%.

Выведение пломбирочного материала за пределы апикального отверстия преимущественно отмечается на верхней челюсти с деструктивными изменениями периодонта и без патологических изменений в периапикальной области так-



Рис. 2. Резорбция корня зуба, в результате выхода пломбирочного материала за его пределы.



Рис. 3. Непроходимость корневых каналов в результате образования петрификатов с деструктивными изменениями в периодонте.



Рис. 4. Фрагментация инструмента в корневом канале зуба.



Рис. 5. Перфорация дна зуба.

же в равной степени (1,37% и 1,91%). Фрагментация инструмента (рис. 4) и перфорация дна или стенки зуба (рис. 5) чаще всего зафиксированы у клыков и премоляров верхней челюсти (2,46% и 0,82%).

Несостоятельность коронковой реставрации наиболее часто встречается в молярах (4,1%) и в премолярах (1,64%), в основном на верхней челюсти.

Выводы. Высокий процент ошибок и осложнений на этапах эндодонтического лечения диктует необходимость клиницистам сосредоточиться на основополагающих принципах, приводящих к успеху. Некачественная obturation корневого канала прежде всего связана с ошибками на этапе инструментальной и медикаментозной обработки канала. Совершенно очевидно, что необходимо соблюдать пошаговый алгоритм инструментальной обработки корневого канала, с последующей адекватной obturation до верхушки корня с учетом естественной анатомии канала, что повысит качество и благоприятный прогноз лечения.

Литература:

1. Березин К. А. Клинико-иммунологическая оценка эффективности эндодонтического лечения апикального периодонтита // Автореф. дис. ... канд. мед. наук: — Казань, 2015. — 144 с.
2. Винниченко Ю. А., Соловьева О. А., Винниченко А. В. Влияние размера эндодонтического машинного никель-титанового инструмента на его механические свойства при обработке корневых каналов зубов // Вестник Медицинского стоматологического института. — 2015. — № 3. — С. 20-21.
3. Володина Е. В. Клинические аспекты использования безэвгенольного материала для постоянной obturation инфицированных корневых каналов // Эндодонтия Today. — 2017. — № 2. — С. 18-21.
4. Гильмияров Э. М., Глушенко В. П., Радомская В. М. Дифференциально-диагностические признаки сочетанных поражений периапикальных тканей // Стоматология. — 2013. — № 1. — С. 17-20.
5. Макеева И. М. и соавт. Современные методы механической и медикаментозной обработки корневых каналов зубов. Методические рекомендации. — М., 2006. — 32 с.
6. Соломонов М. Прорыв в инструментации корневого канала // Endodontia (Russia). — 2010. — Том IV, № 1-2. — С. 19-22.
7. Терапевтическая стоматология: Учебник / Под ред. Ю. М. Максимовского. — М.: Медицина, 2002. — 640 с.
8. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е. В. Боровского. — М.: «Медицинское информационное агентство», 2003. — 840 с.
9. Тронстад Л. Клиническая эндодонтия. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 288 с.
10. Friedman S., Abitbol S. Treatment outcome in endodontics: the Toronto study. Phase 1: initial treatment // Journal of Endodontics. — 2003. — № 29 (12). — P. 787-793.
11. Solomonov M., Paque F., Kaya S. Self-adjusting files in retreatment: a high-resolution micro-computed tomography study // Journal of Endodontics. — 2012. — № 38 (9). — P. 1283-1287.

MANI

Боры и эндодонтические инструменты
высшего качества



На каждой упаковке оригинальных боров и файлов Мани есть стикер с проверочным кодом. Вводите проверочный код на сайте kraftwaydental.ru, проверяйте подлинность товара и выигрывайте призы!



Peeso Reamers Mani
корневые дрельборы машинные

Стоматологический центр Крафтвэй



Москва, 3-я Мытищинская ул., 16

Тел.: (495) 232-69-33,

8-800-100-100-9

E-mail: dental@kraftway.ru

www.kraftwaydental.ru

Оказание неотложной стоматологической хирургической помощи: портрет потенциального пациента и степень неотложности

Н. В. ПОВОЛОЦКАЯ, главный врач; С. М. МОРОЗОВА, заместитель главного врача по медицинской части.
БУЗ УР «Стоматологическая поликлиника № 3 МЗ УР», г. Ижевск.

Одним из основных принципов охраны здоровья является доступность медицинской помощи (Федеральный закон № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» глава 2, ст. 4, п. 6). Для обеспечения доступности медицинской помощи в нашем учреждении — Стоматологической поликлинике № 3 г. Ижевска — предусмотрены следующие возможности: предварительная запись через регистратуру при личном обращении; по телефону; через информационно-коммуникационные системы (интернет).

Пациенты с острой зубной болью обслуживаются в течение двух часов с момента обращения в медицинское учреждение, согласно Территориальной программе госгарантий (ТПГГ). Приказом МЗ УР определен перечень нозологических форм, требующих неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях. К ним относятся: острая зубная боль, воспалительные процессы ЧЛЮ (острые и в стадии обострения), травмы и кровотечения.

Целью нашего исследования являлось:

- Определение возрастного состава и социального статуса граждан, обратившихся за неотложной помощью в Стоматологическую поликлинику № 3.

- Изучение наиболее распространенных диагнозов при обращении и оснований для неотложной хирургической стоматологической помощи пациентам.

- Анализ причин обращений граждан за неотложной стоматологической помощью.

Нами были разработаны анкеты для пациентов, включавшие следующие **вопросы**:

1. Пол.
2. Возраст.
3. Образование.
4. Род занятий.
5. Уровень дохода.
6. Состояние здоровья.
7. Образ жизни.
8. Как часто вы посещаете стоматолога?
9. Причина редкого посещения стоматолога.
10. Причина, по которой вы обратились сегодня.
11. Кто должен заботиться о вашем здоровье?

В добровольном анкетировании приняло участие 100 респондентов, обратившихся за неотложной хирургической стоматологической помощью.

Результаты анкетирования:

1. Среди пациентов 51 женщина (51%) и 49 (49%) мужчин.

2. 36% респондентов в возрасте 26–35 лет, 16% — от 46–55 лет, 15% — старше 60 лет,

12% — лица 36–45 лет, 6% — лица в возрасте 18–25 лет.

3. У большей части пациентов среднее образование — 32%, далее следуют лица со средним специальным образованием — 30%, 26% имеют высшее образование, 12% — незаконченное высшее образование.

4. По роду занятий 29% составили пенсионеры, 26% — работники коммерческих организаций, 20% — безработные с домохозяйками, 17% — работники бюджетной сферы, 4% — студенты и 4% респондентов не дали ответа на этот вопрос анкеты.

5. 66% опрошенных относят себя к людям со средним достатком, 41% — с низким, 1% — с высоким, 2% оставили этот вопрос без ответа.

6. 40% опрошенных считают себя здоровыми людьми, 23% имеют заболевания желудочно-кишечного тракта, 14% — сердечно-сосудистой системы, 3% — эндокринной системы, 3% — нервной системы, 9% — прочее и 6% — без ответа.

7. 37% опрошенных ведут здоровый образ жизни, 29% часто курят, 7% регулярно занимаются спортом.

8. 53% респондентов посещают стоматолога в случае возникновения боли, 10% не помнят, когда в последний раз посещали стоматолога, 26% опрошенных посещают стоматолога 1 раз в год, 11% — 2 раза в год.

9. 28% респондентов считают невнимание к своему здоровью основной причиной редкого посещения стоматолога, 23% отмечают большую занятость, 21% — боязнь боли, 20% — страх, 6% — лень, 2% — без ответа.

10. Основной причиной, по которой респондент сегодня обратился за неотложной хирургической стоматологической помощью в 39% случаев указаны боли в течение недели, 34% — не спали ночь, 25% — зуб болел месяц и 2% зашли в поликлинику случайно.

11. 96% респондентов отметили, что должны сами заботиться о своем здоровье, 3% опрошенных считают, что об их здоровье должен заботиться врач, 1% — их дети и близкие люди. Ни один респондент не указал страховую медицинскую организацию.

Таким образом, за неотложной хирургической стоматологической помощью чаще обращаются женщины (51%), лица в возрасте либо 26–35 лет (36%), либо старше 56 лет (30%), лица со средним образованием (32%), это либо пенсионеры (29%), либо работники коммерческих организаций (26%), имеющие средний уровень дохода (66%), имеющие соматическую патологию в 54% случаев, посещающие стоматолога в случае возникновения боли (53%), считающие основной причиной возникновения боли

— невнимание к своему здоровью (28%), обратившихся в 39% случаев по причине того, что боли беспокоят в течение недели, но в 96% случаев опрошенные считают, что должны сами заботиться о своем здоровье.

В таблице представлено распределение пациентов по возрасту, гендерному признаку и в зависимости от установленного стоматологического диагноза, код заболевания указан по МКБ-10. В числителе отмечены случаи, требующие неотложной хирургической стоматологической помощи, в знаменателе — случаи, не требующие незамедлительного оказания помощи.

Основными причинами обращений являются осложненные формы кариеса и воспалительные заболевания ЧЛЮ. Всего 79 случаев (79%), требующих неотложной хирургической стоматологической помощи. 21 обращение (21%) не требовало неотложной помощи.

Выводы:

1. За неотложной стоматологической помощью практически одинаково обращаются мужчины и женщины, в возрасте либо 26–35 лет, либо старше 56 лет, работники коммерческих организаций или пенсионеры. Это лица со средним образованием, средним уровнем дохода, имеющие соматическую патологию, посещающие стоматолога в случае возникновения боли по причине невнимательного отношения к своему здоровью, но считающие, что они сами должны заботиться о своем здоровье.

2. Основными причинами обращений ввиду запущенности являются осложненные формы кариеса — обострение хронического периодонтита, острый гнойный периостит.

3. В 21% случаев неотложная помощь не потребовалась, пациенты не хотели пользоваться предварительной записью, считали, что лечение должно оказываться «здесь и сейчас».

4. Возрастает нагрузка на хирурга-стоматолога, так как помимо плановых пациентов врач принимает внеплановых, при норме приема на одного пациента (утвержденной в нашем учреждении на основании хронометрических исследований) 15 минут, уменьшается время приема планового пациента.

5. Низкая мотивация пациентов к сохранению своего соматического здоровья, в частности стоматологического.

Результаты анкетирования свидетельствуют, что до сих пор актуальна профилактика стоматологических заболеваний среди различных возрастных групп населения, а также не подлежит сомнению истина: бережное отношение к своему здоровью, в том числе стоматологическому, следует прививать с самого рождения.

Таблица.

| Диагноз по МКБ | 18-25 лет | | 26-35 лет | | 36-45 лет | | 46-55 лет | | 56-60 лет | | Старше 60 лет | | Итого |
|--|-----------|---|-----------|---------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|--------|---------------|--------|-------|
| | М | Ж | М | Ж | М | Ж | М | Ж | М | Ж | М | Ж | |
| K10.2 Острый гнойный периостит | 1 | 1 | 3 | 1 | | | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 17 |
| K04.4 Обострение хронического периодонтита | | 2 | 10 | 13 | 3 | 4 | 2 | 4 | | 6 | 3 | 2 | 49 |
| K05.3 Пародонтит | | | | | | | 1 | 1 | /1 | /2 | 1 | /2 | 3/5=8 |
| K05.2 Перикоронит | | 1 | 2/1 | 1 | | | | | | | | | 4/1=5 |
| S00.5 Рана | | | 1 | | 1 | | 1/1 | | | | | | 3/1=4 |
| K01.0 Дистопия | | | | /1 | /1 | /1 | | 1 | | | | | 1/3=4 |
| L02.0 Фурункул | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| K04.8 Радикулярная киста | | | | | | | 1 | | | | | /1 | 1/1=2 |
| K07.6 Артрит | | | | /1 | | | | | | | | | /1=1 |
| K04.5 Хронический периодонтит | | | /2 | | /2 | | /1 | /1 | | | | /1 | /7=7 |
| K10.8 Экзостоз | | | | | | | | | | | | /1 | /1=1 |
| D00.0 Новообразование | | | | | | | | | | /1 | | | /1=1 |
| Итого: | 2 | 4 | 16/3=19 | 15/2=17 | 4/3=7 | 4/1=5 | 7/2=9 | 7/1=8 | 3/1=4 | 7/3=10 | 5 | 5/5=10 | 79/21 |
| | 6 | | 36 | | 12 | | 17 | | 14 | | 15 | | 100 |

YOUJOY

Комплект - 89 750 ₺



Комплект:

1. Автоклав BES-12L-B-LED
2. Дистиллятор
3. УЗ.Ванна CLEAN 2800. 0.55л



UNIDENT

Эксклюзивный дистрибьютор
YouJoy в России

+7 (495) 434-82-47
+7 (903) 756-09-07

www.youjoy-rus.ru
youjoy-rus@youjoy-rus.ru

Возможно ли уменьшение кариеса зубов в районах эндемического флюороза?

П. А. ЛЕУС, д.м.н., профессор 2-й кафедры терапевтической стоматологии
Белорусского государственного медицинского университета, г. Минск.

Да. Анализ опубликованных данных эпидемиологических исследований стоматологической заболеваемости среди населения России показал, что очаги эндемического флюороза зубов имеются во многих регионах Российской Федерации: Карелии, Удмуртии, Чувашии, Читинской, Московской, Нижегородской, Рязанской и Тверской областях. Следовательно, проблема флюороза зубов реально существует. При этом следует обратить особое внимание на доказательность взаимосвязей повышенной концентрации фтора в питьевой воде и сравнительно низкой интенсивности кариеса зубов в большинстве исследованных районах РФ [2–5]. В Нижегородской области, по данным Косюги С. Ю., Балабиной Т. С. и соавт., 2015 [2], при оптимальной концентрации фтора в питьевой воде в г. Арзамасе средний КПУ зубов 12-летних детей был 0,7 (как в Германии [6]), что в 1,5–2 раза меньше, чем в других местностях области [1]. Однако при повышенном содержании фтора в питьевой воде интенсивность кариеса зубов у детей может быть больше, что очевидно на примере данных исследований в Шахунском районе, пос. Сява Нижегородской области [3]: $F = 3,18$ р.р.м., $KPU = 1,04$, т.е. на 30% больше, чем в г. Арзамасе. Таким образом, интенсивность кариеса зубов у детей, проживающих в районах с повышенным содержанием фтора, может быть выше, чем возможности первичной профилактики кариеса. Следовательно, в районах эндемического флюороза профилактика кариеса зубов также необходима, как и в иных местностях.

Целью настоящей работы было обоснование комплекса мероприятий для профилактики кариеса зубов в районах эндемического флюороза с учетом возможного риска избыточного поступления фтора в организм при использовании фторсодержащих зубных паст.

Методы. Проведен мета-анализ данных международной научной стоматологической литературы по опыту рационального использования фторсодержащих зубных паст для профилактики кариеса зубов и определены параметры безопасных концентраций фтора. Обоснован комплекс профилактических мероприятий и рациональные организационные подходы при разработке и практической реализации программ первичной профилактики кариеса зубов у детей, проживающих в районах эндемического флюороза.

Результаты и обсуждение. Согласно почти столетнему международному опыту, профилактика кариеса зубов базируется на рациональном, по дозам и формам, использовании фторидов. Однако полного «спасения» от кариеса методами фторирования не происходит и, более того, в районах, где природа подарила населению достаточно фтора в окружающей среде, наряду с кариесом, развивается эстетически неприемлемый флюороз зубов, или его деструктивные формы. Такая ситуация почти полностью исключает применение фторидов для профилактики кариеса. Другие методы разработаны недостаточно.

При разработке программ первичной профилактики кариеса зубов в районах эндемического флюороза, точно так же, как и для местностей без него, следует исходить из доказательных факторов риска развития кариозной болезни: наличие кислотообразующих бактерий зубного налета и субстрата для образования кислот, а также недостаточная структурная резистентность зубов. Основными доказательными методами первичной профилактики кариеса зубов являются:

- Уменьшение микробного зубного налета путем регулярной, 2 раза в день, чистки зубов с раннего детства всю жизнь.
- Ограничение доступности в зубном налете углеводов для кислотообразующей функции микроорганизмов, путем уменьшения частоты приема пищи и сладких напитков.
- Повышение резистентности эмали зубов.

Важно заметить, что возможности повышения резистентности зубов к кариесу путем системного или местного назначения фторидов в районах флюороза практически исчерпаны. Следовательно, необходимы другие методы, которые рекомендуются ниже.

Чистка зубов. Как известно, большую часть зубной пасты дети проглатывают, поэтому количество зубной пасты, выдавливаемой на зубную щетку, должно быть не более 5 мм (размером с горошину). Необходимо также учитывать концентрацию активного фторида в зубной пасте, чтобы не допустить поступления в организм ребенка большого количества фтора. В эндемических районах детям до 6 лет зубные пасты, содержащие фтор, не рекомендуются. Вместо них для профилактики кариеса можно применять минерализующие детские зубные пасты без фтора.

Режим питания. Основные рекомендации можно свести к четырем тезисам, приведенным ниже. Три из четырех рекомендаций имеют специфические особенности, нацеленные на предотвращение избыточного поступления фтора в организм ребенка:

— пищевые продукты — избегать продуктов, содержащих большие концентрации фтора (например, некоторые сорта чая, морская рыба);

— питьевая вода — употреблять бутилированную питьевую воду с низким содержанием фтора: не более 0,1 мг/л; информацию на этикетке следует проверить;

— пищевая соль не должна содержать фтор (при покупке продукта необходимо посмотреть информацию на упаковке);

— углеводистая пища — не чаще 5–6 раз в день, включая напитки. Не рекомендуются напитки типа кока-кола, лимонад и др. с низкой рН.

Фториды. В районах эндемического флюороза фториды поступают в организм с питьевой водой. Поэтому необходимо исключить или уменьшить дополнительное поступление фтора из пищевых продуктов и, особенно, из зубных паст, так как и без этого имеется риск развития флюороза. Для ситуационного анализа возможных рисков избыточного поступления фтора рекомендуется использовать схему, представленную ниже.



Рекомендации по контролю избыточного поступления фтора в организм:

• Фторированная пищевая соль не должна быть доступной в эндемических районах флюороза.

• Бутилированная питьевая вода — не допускать в продажу воду с содержанием фтора выше 0,1–0,2 мг/л.

• Регулярные эпидемиологические обследования детей — определение КПУ постоянных зубов, выявление флюороза зубов (распространенность более 10–15%).

• Мониторинг экскреции фтора с мочой — в рамках программы научных учреждений и/или центров здоровья; при концентрации фтора в моче 0,1 мг и больше на кг веса ребенка имеется риск развития флюороза.

К дополнительным методам профилактики кариеса зубов в районах эндемического флюороза относятся противокариозных препараты в виде полосканий рта, жевательные резинки с ксилитом, герметики для «запечатывания» фиссур постоянных зубов, профессиональная гигиена рта, включающая комплекс индивидуальных методов профилактики.

Выводы:

1. Профилактика кариеса зубов в районах эндемического флюороза необходима.

2. Рекомендуются общепринятые для профилактики кариеса методы, исключая фториды для детей.

3. Следует учитывать суммарное поступление фторида в организм при назначении зубных паст и советах по питанию.

4. Для повышения структурной резистентности зубов к кариесу возможно использование минерализующих препаратов и зубных паст.

Литература:

1. Казарина Л. Н., Пурсанова А. Е. Оценка факторов риска и развития кариеса зубов у школьников // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2015. — Т. XIV, № 3 (54). — С. 45–46.

2. Косюга С. Ю., Балабина Т. С. и соавт. Стоматологический статус детского населения, проживающего в районе с оптимальным содержанием фтора в питьевой воде // Dental Forum (Россия). — 2015. — № 4 (59). — С. 41–42.

3. Кузьмина Э. М. Стоматологическая заболеваемость населения России. — СПб ВОЗ, МГМСУ, М., 1999, — 228 с.; 2009, — 236 с.

4. Леус П. А. Профилактика кариеса зубов в эндемических районах флюороза // Профилактика today (РФ). — 2015. — № 19. — С. 10–13.

5. Леус П. А. Обоснование методов профилактики кариеса в районах эндемического флюороза зубов // ДентАрт (Украина). — 2017. — № 3 (88). — С. 52–57.

6. Schiffner U. et al. Oral health in German children, adolescents, adults and senior citizen in 2005 // Community Dental Health. — 2009. — V. 26. — P. 18–22.

Клинико-эпидемиологические особенности кариеса зубов у детского населения сельской местности

А. В. ИКОННИКОВА, студентка 5-го курса стоматологического факультета
Ивановской государственной медицинской академии, г. Иваново
(научный руководитель — Ш. Ф. ДЖУРАЕВА, д.м.н., и.о. зав. кафедрой стоматологии № 1).

Болезни зубов являются наиболее распространенными среди всех стоматологических заболеваний. По данным ВОЗ, в некоторых регионах Российской Федерации распространенность кариеса составляет 60-80% среди детей и 98-100% среди взрослого населения.

С учетом изложенного, в условиях высокой поражаемости зубов кариесом эпидемиологические исследования являются неотъемлемой частью стоматологической практики. Знание этиопатогенетических концепций и эпидемиологических особенностей кариозного процесса позволяет лечащему врачу составить оптимальный план лечения и профилактики заболеваний твердых тканей зубов у детей.

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности, интенсивности и особенностей клинического течения заболеваний твердых тканей зубов у детей сельской местности для разработки эффективной системы профилактики.

В своем исследовании мы поставили следующие задачи:

1. Провести клинико-инструментальное обследование ротовой полости детей.

2. Изучить гигиеническое состояние полости рта у детей.

3. Провести анкетирование детей в возрасте 12, 15 лет.

Наиболее информативными в эпидемиологических исследованиях являются возрастные группы 12, 15, 35-44 года. Поэтому в соответствии с целью и задачами было обследовано 100 детей и подростков в возрасте 12 лет (мальчиков — 23, девочек — 27) и 15 лет (мальчиков — 24, девочек — 26), обучающихся в Мстерской средней общеобразовательной школе (Владимирская область, Вязниковский район, поселок Мстера). Все дети практически здоровы, без отягощенного соматического статуса.

Обследование пациентов велось по специальной программе, включающей в себя углубленное изучение анамнестических данных, клиники и одонтологии. На каждого обследованного заполнялась карта для оценки стоматологического статуса детей (ВОЗ, 2013) и специально разработанная нами карта с вопросами анкеты.

Для изучения особенностей течения заболеваний были отобраны субъективные методы: свободное интервьюирование (уровень стоматологической просвещенности анализировали по результатам проведенного анкетирования среди учащихся — 14 вопросов).

Объективные методы: клинико-инструментальное обследование ротовой полости, расчет индекса КПУ, УИК и упрощенного индекса гигиены полости рта — ИГР-У (ONI-S) J. C. Green, J. K. Vermillion (Oral Hygiene Indices Simplified).

Результаты исследования показали, что в возрастной группе 12 лет у детей зафиксирован средний уровень распространенности кариеса (60%), среди подростков 15 лет — высокий уровень (97%).

Соответственно среднецифровое значение индекса КПУ, который определяет интенсивность кариеса зубов в обследованных группах составило 2,73 (компонент «К» — 1,42, «П» — 1,12, «У» — 0,19) — средний и 4,26 (компонент «К» — 2,56, «П» — 1,37, «У» — 0,33) — высокий.

Оценка активности кариеса по УИК (уровень интенсивности кариеса зубов) для обследованных групп дала следующие результаты: 0,4 в обеих возрастных группах 2,73/12-5=0,4 (средний), 4,26/10=0,4 (средний).

Среднецифровые показатели индекса гигиены в возрастной группе лиц 12 лет составили $1,58 \pm 0,04$, уровень гигиены — средний. Среди 15-летних подростков зафиксирован также средний уровень гигиены, что составило $1,19 \pm 0,07$.

Следует отметить, что кариозные полости в большинстве случаев выявлены на жевательной поверхности моляров и премоляров.

Скопления зубного налета локализуются преимущественно в пришеечной и на контактной областях зубов.

Анализ результатов анкетирования в обеих возрастных группах учащихся показал довольно высокий уровень стоматологической просвещенности (соответственно 76,6% и 86,7%). При опросе выяснилось, что 83% (12-летние дети) и 90% (15-летние подростки) опрошенных чистят зубы ежедневно. При этом о необходимости чистки зубов 2 раза в день (утром после завтрака и вечером перед сном) знали практически все школьники. Анализ знаний о предметах и средствах гигиены полости рта показал следующее: 40% и 54% опрошенных знали о том, что для чистки зубов кроме зубной пасты и щетки необходимо пользоваться зубными флоссами.

Несмотря на достаточные гигиенические знания, выяснился факт частого употребления в пищу углеводов между приемами основной пищи, постоянных перекусов в течение дня и наличия вредных привычек, особенно среди 15-летних подростков (43,3%). Как известно, преобладание в рационе питания легкоферментируемых углеводов и сахаров способствует увеличению образования зубных отложений, способствует сдвигу pH ротовой жидкости в кислую сторону, что способствует деминерализации эмали. Табакокурение может также увеличить риск образования кариеса. Некоторые марки бездымного табака содержат большое количество сахара, увеличивая подверженность кариесу.

Выяснилось, что подростки часто используют жевательную резинку. Опрошенные 15-летние подростки в большинстве случаев (56,7%) используют жевательную резинку для освежения дыхания, редко для очистки полости рта. Небольшой процент опрошенных 12-летних детей (36,7%) использует жевательную резинку для того, чтобы «просто пожевать или надувать пузыри». При длительном нахождении жевательной резинки в полости рта снижается микротвердость эмали, что также способствует разрушению тканей зуба.

Кроме того, большинство опрошенных в обеих группах школьников (93%) знают о том, что необходимо посещать стоматолога 2 раза в год. Однако не посещают врача до тех пор, пока у них не заболит зубы. Поэтому возникает необходимость выработки мотивации к регулярному посещению стоматолога.

Выводы. Анализ стоматологической заболеваемости выявил высокую распространенность и интенсивность поражений твердых тканей зубов среди 15-летних подростков, по сравнению с группой 12-летних детей. Возможно, это связано с недавней сменой прикуса, а также постоянным контролем со стороны родителей.

Поражаемость зубов кариесом в возрасте 12 лет и состояние пародонта в 15 лет позволяют судить об эффективности профилактических мероприятий. В данных группах профилактическую работу необходимо направить на устранение вредных привычек, коррекцию питания учащихся.

Стоматологическая просвещенность детей сельской местности подтверждает привитые и усвоенные гигиенические навыки. Однако следует отметить, что необходимо внедрение комплекса санитарно-просветительской работы. Мы придерживаемся мнения, что для работы в организованных школьных коллективах наиболее действенна трехэтапная санитарно-просветительская работа. На первом этапе необходимо проводить беседу с преподавателями и медицинскими работниками данного учреждения для объяснения цели и задач профилактики в стоматологии, времени и условий их осуществления, роли слушателей в их проведении. Далее аналогичная беседа с родителями. На третьем этапе — занятия с детьми, например, в виде уроков здоровья с теоретической и практической частями.



Switzerland

ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ САЛФЕТКИ DENTIRO® WIPES. 120 ШТ В БАНКЕ



395 ₺



UNIDENT

Эксклюзивный дистрибьютор
ОСС в России

+7 (499) 737-30-48

www.occussia.ru
info@occussia.ru

Оценка кариесрезистентных свойств слюны у школьников-подростков

Н. В. ГРИШИН, учащийся 10 класса химического лицея

при Ивановском государственном химико-технологическом университете, г. Иваново.

А. Х. ГУСЕЙИНОВА, учащаяся 10 класса

МБОУ «СШ № 26 с углубленным изучением предметов естественнонаучного цикла», г. Иваново.

(научный руководитель — О. В. ПИКСЕНДЕЕВА, к.б.н, доцент кафедры биохимии

Ивановской государственной медицинской академии, г. Иваново).

Кариес является в настоящее время основной причиной появления дефектов зубов и даже их преждевременной утраты и потому стал самой изучаемой стоматологической патологией. Кариес — это прогрессирующая деминерализация и разрушение кальцинированных зубных тканей кислотами, вырабатываемыми из сахаров пищи бактериями зубного налета. Кариесвосприимчивость (или кариесрезистентность) в каждом конкретном случае у каждого конкретного человека определяется целым рядом факторов, среди которых немаловажная роль принадлежит активности амилазы и минеральному составу слюны.

Амилаза — фермент класса гидролаз, осуществляющий гидролиз крахмала и обеспечивающий субстратами микроорганизмы ротовой полости. Именно они являются основным продуцентами кислот, вызывающих деминерализацию эмали.

Минеральный состав слюны, а именно ионы кальция и фосфатов, обеспечивают возможность минерализации в случае минимальных повреждений и препятствуют выходу таких же ионов из эмали. Причем важным является не столько количество ионов, сколько их оптимальное соотношение.

Целью данной работы явилась оценка факторов кариесрезистентности слюны у школьников 14-15 лет при различных видах углеводной нагрузки.

В ходе исследования необходимо было определить pH слюны, концентрацию ионов кальция и фосфатов, соотношение данных ионов и активность амилазы слюны:

- до начала углеводной нагрузки;
- через 10 минут после приема сладкой воды;
- через 30 минут после приема хлебобулочных изделий.

Материалом для исследования являлись 48 проб слюны 12 подростков 14-15 лет, не имеющих жалоб стоматологического профиля.

Сбор слюны проводился по методике Зырянова (2013), измерение pH — потенциометрическим методом, количественное определение ионов — фотокolorиметрическим методом по методике Строева.

Статистическая обработка материала проведена методом описательной статистики. В ходе работы были получены следующие результаты.

Углеводы хлеба — полисахариды — вызывают больший сдвиг pH в кислую сторону (рис. 1). Это является неблагоприятным фактором, т.к. низкие значения pH (кислотности) ротовой жидкости вызывают эффект деминерализации — вымывания минералов из эмали зуба.

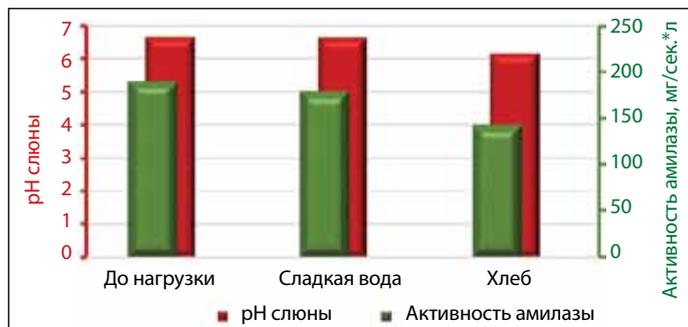


Рис. 1. Изменение pH слюны и активности амилазы при различных видах углеводной нагрузки у подростков 14-15 лет.

Использование хлеба как варианта углеводной нагрузки предполагало увеличение активности амилазы, т.к. ферменты пищеварительного тракта относятся к адаптивным ферментам, но в нашем случае отмечается резкое снижение активности амилазы (рис. 1). Возможно, это обусловлено именно снижением pH ротовой жидкости, т.к. известными условиями для проявления активности амилазы является pH, равная 7,2. И в нашем случае снижение активности амилазы

является плюсом в системе кариесрезистентных свойств слюны, ведь чем ниже активность амилазы, тем меньше субстратов получают микроорганизмы, населяющие зубную поверхность, тем меньше образуется кислот, тем ниже риск развития кариеса.

Определение концентрации основных минералообразующих ионов эмали дало нам следующую картину (рис. 2).



Рис. 2. Изменение концентрации ионов кальция и неорганических фосфатов при различных видах углеводной нагрузки в слюне подростков 14-15 лет.

Концентрация ионов кальция после приема хлеба увеличилась почти в 2 раза, что обусловлено вымыванием их с поверхности кристаллов гидроксиапатита в условиях кислой среды.

Однако количество ионов фосфата, тоже выходящих вместе с кальцием из эмали, резко снижается, что обусловлено, вероятно, тем, что микроорганизмы, активировавшиеся в условиях доступа большого количества субстратов, начали интенсивно поглощать фосфаты для синтеза АТФ.

Это является нехорошим прогностическим критерием, так как фосфаты являются компонентом одной из мощных буферных систем слюны, теперь ее активность резко снижается, и мы отмечаем ранее снижение pH.

Кроме этого, снижение фосфатов в ротовой жидкости приводит к еще большему вымыванию их из эмали по градиенту концентрации. Это доказывается и расчетом соотношения кальций/неорганические фосфаты (табл. 1).

Таблица 1.

Соотношение ионов кальция и неорганических фосфатов в слюне подростков 14-15 лет

| | Соотношение Ca ²⁺ /фосфаты |
|------------------------|---------------------------------------|
| Оптимальное | 1 : 4 |
| До углеводной нагрузки | 1 : 4,9 |
| Сладкая вода | 1 : 4,05 |
| Хлеб | 1 : 1,87 |

Оптимальные условия для поддержания ионного баланса эмали создаются при соотношении 1:4. И если до углеводной нагрузки этот баланс был приближен к оптимальному, то после приема хлеба наблюдается резкое изменение соотношения, что является свидетельством отсутствия условий для реминерализации эмали и в значительной степени повышает риск развития кариеса.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволили нам сделать следующие выводы:

1. Кариесрезистентные свойства слюны школьников-подростков 14-15 лет по отношению к сахаросодержащим жидкостям выражены достаточно хорошо, и сладкая вода не является фактором, провоцирующим развитие кариеса в данном возрасте.

2. Кариесрезистентные свойства слюны школьников 14-15 лет по отношению к твердой углеводсодержащей пище снижены вследствие недостатка работы буферных систем и невозможности обеспечения оптимального ионного баланса.



Справка: В Георгиевском городском округе Ставропольского края проживает более 169 тысяч человек, в т.ч. около 34 тысяч детей. В городе 9 СОШ и 18 детских садов. Детское население города обслуживается в ГАУЗ «Георгиевская стоматологическая поликлиника». Обеспечение врачебными кадрами и оснащение школьных кабинетов производится за счет штатов и средств поликлиники. Детское отделение поликлиники составляют 3 кабинета в поликлинике, ортодонтический кабинет с зубопротезной лабораторией, анестезиологический кабинет с палатой на 2 койки, 7 стоматологических кабинетов в средних учебных заведениях. 2 передвижных стоматологических кабинета на базе автомобилей «КАМАЗ» и «ПАЗ» используются для санации детей дошкольных учреждений города. Стерилизация медицинского инструментария и утилизация медицинских отходов из кабинетов, расположенных вне поликлиники, проводится централизованно. В стоматологической поликлинике города занято 11,75 ставки детских стоматологов. С 2006 года поликлиника является инновационным центром СтАР. В 2017 году поликлиника победила в номинации «Лучшая детская стоматология» в краевом конкурсе «Бренд Мед».

В сельской местности стоматологическая служба представлена 11 врачебными кабинетами. В округе 18 сельских средних школьных и 27 дошкольных учреждений, стоматологические кабинеты в них отсутствуют. Сертификат по детской стоматологии имеют 4 сельских стоматолога. Транспортная доступность к поликлинике от 1 до 60 км.

Содержание фтора в питьевой воде городского округа составляет 0,1 мг/л. Необходимы разработка и введение в кратчайшие сроки местной Программы фторирования питьевой воды или молока.

Проблемы детской стоматологии и пути их решения

Г. Е. ЛЕОНТЬЕВА, заместитель главного врача по медицинской части; П. А. КОВАЛЕВ, зав. детским отделением. ГАУЗ СК «Георгиевская стоматологическая поликлиника», г. Георгиевск.

За последние 30 лет в России интенсивно развивается стоматология для взрослого населения. Много достижений в вопросах эстетического, анатомического и функционального восстановления зубов, методах лечения кариеса и заболеваний пародонта. А вот детская стоматология мало изменилась с 70-80-х годов прошлого века.

Проблемы современной детской стоматологии системны и многосторонни, очень часто взаимно обусловлены. Одной из них является низкий уровень внедрения новых технологий, методов и препаратов, применяющихся для лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей. Этому мешает отсутствие оплаты новых технологий в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) и стимулов для внедрения новых технологий. Для лечения маленьких пациентов применяются устаревшие методы и материалы. Например, в детской стоматологии мало применяется витальная ампутация пульпы, продолжается пломбирование корневых каналов постоянных сформированных зубов пастой, пломбирование кариозных полостей низкоэффективными материалами. Тормозится внедрение новых технологий в практику. Отечественное производство стоматологических материалов не предлагает препаратов для инфильтрации кариеса, узок выбор профилактических средств, и в результате отмечается невысокая эффективность стоматологического лечения детей, а у врачей-стоматологов растет чувство неудовлетворенности своей работой. Решение этой проблемы требует улучшения финансирования детской стоматологии, введение в ОМС технологий, наиболее выгодных по показателю «цена — качество», введение материальных стимулов за применение в практике новых технологий.

Из-за недостатка рентгенологического, физиотерапевтического, другого оборудования в кабинетах, расположенных вне поликлиники, и на основании требований Порядка оказания стоматологической помощи детям все осложненные формы кариеса лечатся в условиях поликлиники; врачи не заинтересованы материально и профессионально работать вне кабинетов поликлиники из-за невостребованности уровня своей квалификации.

В передвижных кабинетах стоматологические услуги оказываются детям дошкольных учреждений. Содержание автомобилей, на базе которых базируются эти кабинеты, не предусмотрено тарифами ОМС, поэтому проводится за счет платных услуг. Остро стоит вопрос отношения руководителей детских дошкольных уч-

реждений к оказанию помощи передвижными стоматологическими кабинетами из-за установленных лимитов по электроэнергии. Не решен вопрос электронной связи передвижных и школьных стоматологических кабинетов с локальной информационной сетью поликлиники.

Серьезной проблемой является недостаточная кадровая обеспеченность детской стоматологии. Расчет ставок детских стоматологов согласно приказу Минздрава России от 13.11.2012 г. № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» и изучение занятости ставок показало, что в сельской местности округа дефицит детских стоматологов составляет 63%, в городе — 10%. В поликлинике дефицит частично устранили за счет зубных врачей, которые занимают ставки детских стоматологов. Но это не решает проблему, так как до 38% детских посещений составляют сельские жители. Итогом этого является недостаточный охват сельских детей стоматологической помощью.

Другой аспект этой проблемы — подготовка кадров для детской стоматологии. За последние 5 лет только 1 выпускница вуза





пришла в поликлинику с желанием работать на детском приеме. Введение с 2016 года двухлетней ординатуры для подготовки ортодентов и детских стоматологов из числа выпускников является серьезным препятствием в обеспечении квалифицированными кадрами стоматологии детского возраста. Профилактическую стоматологическую помощь детям могут оказывать стоматологические гигиенисты, однако эта профессия еще более дефицитна. Во всем городском округе всего один гигиенист стоматологический оказывает профилактическую помощь взрослым и детям, работая в поликлинике. В результате отмечается низкая эффективность труда врачей-стоматологов. Для улучшения ситуации необходимы организация стоматологических кабинетов в сельских средних учебных заведениях, изменение кадровой политики, повышение личной ответственности руководителей медицинских учреждений, в состав которых входят стоматологические кабинеты, за 100% охват прикрепленного детского населения профилактической и лечебной стоматологической помощью, введение существенных льгот и доплат детским стоматологам, привлечение стоматологов общей практики к оказанию стоматологической помощи детям.

Еще одна проблема — это недостаточная квалификация детских стоматологов. В детском отделении поликлиники 42% врачей не аттестованы из-за отсутствия необходимого стажа работы. Отмечается низкая заинтересованность врачей-стоматологов в повышении своей квалификации и приобретении новых знаний. Научно-практические конференции и выставки, семинары и мастер-классы по детской стоматологии, проводимые в крае, посещают немногие из врачей-стоматологов детских. Возможно, новая система последипломной подготовки поможет изменить эту ситуацию к лучшему.

Другая проблема стоматологического здоровья детей обусловлена противоречиями и несогласованностью юридических норм и законов в вопросах здравоохранения порядком, стандартам и протоколам оказания стоматологической помощи детям. Не учитываются потребности пациентов, не согласуются права пациентов и обязанности врачей, и те, и другие не защищены в сложных ситуациях. Яркий тому пример — добровольное информированное согласие законных представителей ребенка на медицинское вмешательство детям в возрасте до 15 лет. Нередко детей на прием в стоматологическую поликлинику приводят бабушки и дедушки, а иногда и соседи, не имея права представлять интересы ребенка. Отказ от планового приема воспринимается ими как отказ в оказании медицинской помощи, и возникают конфликты. Или родители не подписывают согласие на лечение ребенка в школе и детском саду.

Дети не получают ни профилактической, ни лечебной стоматологической помощи, что в конечном итоге приводит к ухудшению стоматологического здоровья. Возникающие между родителями и персоналом стоматологических учреждений конфликты могут наносить вред здоровью ребенка. Результатом становится ухудшение стоматологического здоровья детей. За последние 3 года показатель КПУ + КП у детей 10-12 лет вырос с 2,6 до 2,8, 12-14 лет — с 2,4 до 3,0, 14-16 лет — с 3,5 до 4,4 и только в группе детей 8-10 лет этот показатель снизился с 3,5 до 2,3. Решение проблемы состоит в проведении образовательных стоматологических программ для родителей, стимулировании мотивации и ответственности родителей за сохранение стоматологического здоровья детей. Не менее важно повышать уровень знаний детских стоматологов в области медицинского права, детской психологии и биоэтики. Необходимо введение санитарной пропаганды в перечень бесплатных услуг в рамках обязательного медицинского страхования.

Не менее сложная проблема связана с особенностями детского возраста. Многие стоматологические заболевания возникают в раннем возрасте, ежедневно детские стоматологи сталкиваются с проблемой оказания детям неотложной помощи и лечения раннего детского кариеса, оказания стоматологической помощи детям с ограниченными возможностями. Возрастает количество детей с сочетанной стоматологической и соматической патологией, увеличивается степень сложности диагностики и лечения заболеваний органов и тканей полости рта в детском возрасте. Уже при первом посещении стоматолога у ребенка определяются признаки страха перед стоматологическим вмешательством, а у школьников они выражены в большинстве случаев.

У нас нет безопасных и эффективных препаратов, разрешенных для местного обезболивания у детей в возрасте младше 3-4 лет. Для решения этих вопросов в поликлинике с 1979 года организован анестезиологический кабинет лечения заболеваний зубов под общим обезболиванием и премедикацией. С 2015 по 2017 годы количество наркозов в год увеличилось с 570 до 918, из них детям — с 86 до 88%. Количество детей, принятых в анестезиологическом кабинете от всех посещений по поликлинике в целом, за последние три года возросло в 2 раза (с 5,8 до 11,3%). Программой ОМС финансирование анестезиологического пособия не предусмотрено, не определен тариф на оказание этого вида помощи, кабинет продолжает функционировать за счет оказания анестезиологических услуг детям старше трех лет на платной основе. Стоматологическое лечение детей в условиях седации возможно только в 2-3 частных клиниках края. Результатом этого является низкий уровень санации полости рта, прежде всего у детей раннего возраста и дошкольников, высокий уровень стоматофобии, что впоследствии негативно отражается на стоматологическом здоровье взрослых.

Решение задач по улучшению качества и доступности стоматологической помощи детям лежит в изменениях кадровой политики и законодательных документов, подготовке специалистов, в создании приоритета профилактической работы детских стоматологов, внедрении инновационных технологий и просветительских стоматологических программ для будущих родителей и родителей детей, профилактических программ для детей различных возрастных групп. Необходимо создать условия для предпочтительного введения неинвазивных и малоинвазивных методов лечения кариеса у детей, расширения перечня материалов для профилактики заболеваний твердых тканей зубов и современных технологий в системе ОМС. ввести программу многоуровневой стоматологической помощи, включая оказание детям неотложной и плановой стоматологической помощи в условиях стационара.

В статье использованы материалы научной работы «Системные проблемы в работе детского врача-стоматолога» (авторы Е. Е. Маслак, М. Л. Яновская, В. С. Галкин, В. Г. Коноваленко).



Большие возможности при малых размерах

PORT-X II

Портативный рентген-аппарат

Высокочастотный портативный рентген-аппарат Port-X II является полноценным рентген-аппаратом, при этом для диагностики не требуется отдельного помещения. Его размеры позволяют хранить его в шкафу или ящике стола и делать высококачественные снимки, не выходя из кабинета.



Рентген-аппарат Port-X II работает от мощной батареи емкостью 1250 мА/час. Полностью заряженной батареи хватает на 400 снимков. Время зарядки составляет 3,5 часа.

Он работает как с самопроявляющейся пленкой, так и всеми моделями радиовизиографов.

Полученные изображения отличаются резкостью, контрастностью и четкостью всех деталей.

136 750 ₺

Гнездо для фотографического штатива позволяет делать снимки с максимально точным позиционированием. Врачу не надо держать рентген-аппарат в руках.



UNIDENT

Эксклюзивный дистрибьютор
Genoray в России

+7 (495) 434-82-47

www.genoray-pro.ru
genoray@genoray-pro.ru

Адаптация к зубным протезам при заболеваниях пародонта

Е. Н. ЖУЛЕВ, д.м.н., профессор, зав. кафедрой¹; Е. Е. ЩЕПЕТНОВА, к.м.н., ассистент кафедры¹,
А. Н. МАСЛЕНИКОВА, врач-стоматолог², А. А. ЩЕПЕТНОВ, студент¹.

¹ Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

Приволжского исследовательского медицинского университета, г. Нижний Новгород.

² Советский филиал ГАУЗ НО «Областная стоматологическая поликлиника», г. Нижний Новгород.

Болезни пародонта относят к числу наиболее распространенных стоматологических заболеваний. При протезировании съемными ортопедическими конструкциями встает вопрос о длительности процесса адаптации, а в случае поражения пародонта он ощущается наиболее остро.

Процесс адаптации к протезу происходит постепенно и выражается в восстановлении нарушенных функций речи, жевания, глотания. Зубной протез в первое время ношения ощущается как раздражитель. Исчезновение восприятия протеза как инородного тела через некоторое время ношения надо рассматривать как проявление коркового торможения.

Цель работы: сравнительная характеристика периодов адаптации к дуговому протезу в полости рта при заболевании пародонта.

Задачи исследования:

1. Оценить эффективность ортопедического лечения при заболеваниях пародонта с помощью съемного дугового протеза.

2. На основании данных анкетирования сравнить периоды адаптации слизистой оболочки полости рта к дуговому протезу.

Материалы и методы. На примере одного пациента (пациент С., МКСБ № 0-3673, 56 лет) были исследованы периоды адаптации к зубному протезу при заболевании пародонта и проведено сравнение с периодами адаптации при здоровом пародонте (данные Е. И. Гаврилова). Проведено анкетирование больного, анамнез жизни, анамнез заболевания, оценка индекса РМА, индекса кровоточивости Мюллемана, индекса CRITV, индекса деструкции костной ткани и анализ ортопантомограммы (индекс обнажения корня [Goldberg et al., 1976], индекс Fuch).

Результаты исследования: пациенту С. был поставлен диагноз хронический пародонтит тяжелой степени.

Индекс РМА = 89,5%, индекс CRITV = 3; индекс кровоточивости десен по Мюллеману = 3 балла, наличие пародонтальных карманов на верхней челюсти (4-5 мм), на нижней челюсти (2-3 мм), подвижность зубов верхней челюсти (I-III степень), нижней челюсти (I-II степень).

Индекс деструкции костной ткани и анализ ортопантомограммы: индекс обнажения корня = 5,5, индекс Fuch = 0,6. Такие данные показывают, что деструкция костной ткани у пациента достигает максимальных размеров. Тип слизистой оболочки: 3-й тип слизистой по Суппле.

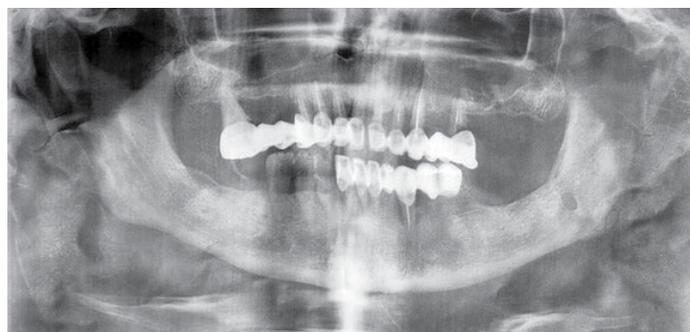


Рис. 1. Ортопантомограмма до лечения.

Пациенту С. проведено комплексное лечение: терапевтическое, хирургическое, ортопедическое. Был установлен съемный дуговой протез. Диагноз: хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести.

Пародонтальные индексы после лечения: индекс РМА = 66,6%, индекс CRITV = 2; индекс кровоточивости десен по Мюллеману = 1 балл, глубина пародонтальных карманов на верхней челюсти и нижней челюсти составляет 2-4 мм.

Индекс деструкции костной ткани и анализ ортопантомограммы: индекс обнажения корня = 4,0; индекс Fuch = 0,5.

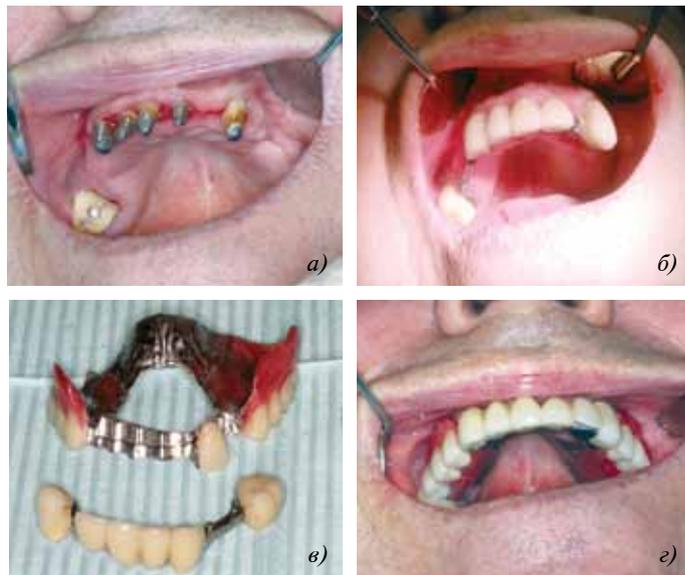


Рис. 2.

- а) Вид зубных рядов после лечения.
- б) Металлокерамические коронки, объединенные балками.
- в) Дуговой протез с балочной системой крепления и металлокерамические коронки.
- г) Дуговой протез в полости рта.

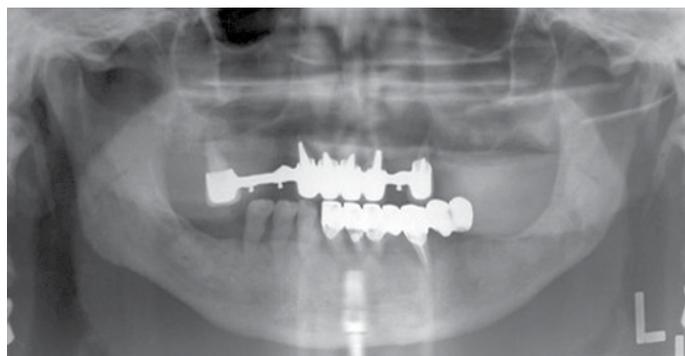


Рис. 3. Ортопантомограмма после лечения.

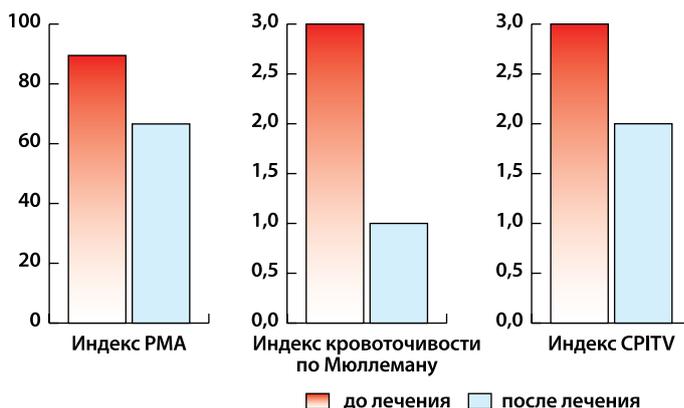


Рис. 4. Анализ динамики пародонтальных индексов до лечения и после.

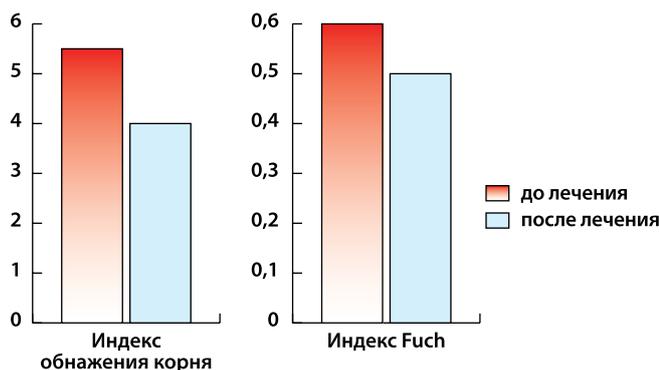


Рис. 5. Анализ динамики индекса деструкции костной ткани.

Такие данные показывают, что деструкция костной ткани у пациента уменьшилась.

На следующий день после установки ортопедической конструкции было проведено анкетирование. Полученные данные: пациент отмечает слабую болезненность во время функции, при приеме пищи, при снятии и надевании протеза. Отмечается слабое увеличение слюноотделения. На изменение функции речи постановка конструкции повлияла незначительно. Стало удобнее жевать, но присутствует дискомфорт.

Через 5 дней после установки конструкции данные анкеты: отсутствие боли при ношении протеза, при снятии и надевании протеза, отсутствие боли при приеме пищи, отсутствие рвотного рефлекса, улучшение жевания и глотания в лучшую сторону. Слюноотделение не изменилось по сравнению с состоянием до протезирования. Наблюдаются нарушения в произношении звуков «в, ф, ч, ш».

Через месяц проведено повторное анкетирование: пациента ничего не беспокоит, нет появления боли во время функции, при приеме пищи. Слюноотделение не изменилось по сравнению с состоянием до протезирования. Не отмечается появление рвотного рефлекса. На функцию речи ношение протеза не влияет. Жевание и глотание изменилось в лучшую сторону.

Организация полноценного питания у больных с травмой челюстно-лицевой области

П. Ю. СТОЛЯРЕНКО, к.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Самарского государственного медицинского университета, г. Самара.

В отличие от больных с повреждением других костей большой с переломом челюсти не может принимать обычную жесткую по консистенции пищу, с кусками больших размеров, откусывать и пережевывать ее. Это затрудняет нормальное протекание репаративных процессов костной ткани в связи с недостаточностью поступления в организм белков, жиров, углеводов, микроэлементов, витаминов, а также нарушает деятельность желудочно-кишечного тракта. Любые движения нижней челюстью, особенно в первые дни после травмы, причиняют боль. Чтобы меньше провоцировать болевые ощущения, пациенты часто отказываются есть или принимают пищу в недостаточном количестве. Организация полноценного питания больных с переломами челюстей — одна из главных задач, от правильного решения которой зависит исход лечения.

Различают несколько способов кормления. Физиологическое пероральное питание является лучшим способом. Если больной может открывать рот, то прием пищи осуществляется обычным способом с использованием ложки, вилки и чашки. При межчелюстной фиксации отломков, а также при повреждениях с органическими дефектами кормления производят с помощью поильника с резиновой или тефлоновой трубкой, длиной узкой ложечки, а также зонда, введенного обычно через нижний носовой ход в желудок. Резиновая трубка поильника может быть введена через дефект зубного ряда на месте отсутствующего зуба. При наличии всех зубов трубку вводят в промежутки за последним моляром. Пищу из поильника, подогретую до температуры 45–50 °С, подают многократно мелкими порциями до чувства насыщения больного. Если при этом не расходуется весь объ-

ем пищи, ее следует ввести после небольшого перерыва. Врач должен обучить пациента самостоятельно принимать пищу с помощью поильника или ложечки, так как в дальнейшем, после выписки из стационара, он будет сам осуществлять трубчатое питание. Процесс приема пищи не должен вызывать у больного отвращения или неприязни из-за различных технических сложностей, только в этом случае процесс питания будет эмоционально приятен.

Питание через желудочный зонд осуществляет врач или медицинская сестра. Как правило, зонд вводят в желудок через нижний носовой ход. Оставшаяся его наружная часть должна быть достаточной длины для фиксации к голове пациента. Пищу небольшими порциями вводят через зонд с помощью шприца Жане или воронки не реже 4 раз в сутки: в 9.00, в 13.00–14.00, в 18.00 и за час до сна. При этом ее количество распределяют таким образом: на завтрак рекомендуется прием 30% суточного объема пищи, на обед — 40%, на ужин — 20–25% и на второй ужин — 5–8% объема [Афанасьев В. В., Останин А. А., 2009].

Кормление с помощью желудочного зонда производят обычно в течение 10–14 суток, редко 3–4 недели. Это зависит от состояния больного и тяжести повреждений. После извлечения зонда переходят на кормление больного из поильника. Сначала это делает медицинский персонал, затем — самостоятельно пациент, который обучился этому.

Бессознательное состояние больного и затруднение глотания являются показанием для проведения парентерального питания. Парентеральное питание — способ введения питательных веществ в организм путем внутривенной инфузии, в обход же-

Результаты

1. Протезирование пациента съемной ортопедической конструкцией, которая выполняла роль шины для оставшихся зубов и в то же время замешала отсутствующие зубы, удаленные на фоне далеко зашедшего заболевания пародонта, будет иметь хорошие отдаленные результаты. Это можно предположить на основании данных, полученных от пациента в ближайшие от протезирования сроки.

2. Восприятие протеза как инородного тела исчезает по мере привыкания и полной адаптации к нему больного.

3. Данные анкетирования позволяют нам сделать вывод о том, что сроки адаптации к съемным протезам при заболеваниях пародонта короче, чем при здоровой слизистой. Вероятно, это связано с особенностями строения слизистой оболочки и изменениями, происходящими в ней при воспалительном процессе.

Заключение

Данное исследование позволило нам сделать вывод о том, что сроки адаптации к съемному протезу у данного пациента были короче, чем при здоровом пародонте (данные Е. И. Гаврилова). Исходя из этого, можно предположить, что сроки адаптации при заболевании пародонта не только не увеличились, но даже уменьшились благодаря особенности строения слизистой оболочки.

Список литературы:

1. Грудянов А. И. Диагностика в пародонтологии. — М.: МИА, 2004. — 104 с.
2. Жулев Е. Н. Клиника, диагностика и ортопедическое лечение заболеваний пародонта. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003. — 276 с.
3. Иванов В. С. Заболевания пародонта. — М.: МИА, 2001. — 300 с.
4. Копейкин В. Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. — М.: Триада-Х, 2004. — 174 с.
5. Заболевания пародонта / Под общей ред. Л. Ю. Ореховой. — М.: ПолиМедиа Пресс, 2004. — 432 с.
6. Жулев Е. Н. Частичные съемные протезы (теория, клиника и лабораторная техника). — М.: МИА, 2011. — 418 с.

лудочно-кишечного тракта. Может быть частичным и полным. Применяется при невозможности пациента самостоятельно принимать пищу. Парентеральное питание — неотъемлемая часть комплексной терапии пациента в тех случаях, когда он не может принимать или усваивать пищу через рот. Для этого используют специальные питательные составы, которые вводят внутривенно капельно. В случае необходимости парентерального питания пострадавшего для внутривенного введения используют смеси простейших полипептидов и аминокислот. Дополнительно вводят 5% раствор глюкозы, 0,9% раствор натрия хлорида и витаминные препараты.

Введение глюкозы в организм оказывает специфическое белково-сохраняющее действие, способствуя включению аминокислот в тканевые белки. Этот анаболический эффект глюкозы сохраняется и при введении аминокислот при парентеральном питании.

Для парентерального питания используют 5% растворы глюкозы, 1 л которой дает около 200 ккал. Однако для уменьшения гидратации больного и повышения калорийности вводимого препарата в настоящее время используют 10–20% растворы глюкозы, 1 л которых дает 400–800 ккал. Обязательно добавление в эти растворы инсулина из расчета 1 ЕД на 2–5 г глюкозы. При необходимости введения меньшего объема жидкости на фоне повышенных энергетических потребностей используют растворы для гипералиментации, в состав которых входит 40% раствор глюкозы.

Жировые эмульсии позволяют обеспечить до 30% энергетической потребности организма. Они не раздражают интиму сосуда, поэтому их можно вводить внутривенно как в центральные, так и в периферические вены. Вводить жировые эмульсии надо медленно — не более 0,2 мл/(кг×ч), так как при быстром вливании могут возникнуть посттрансфузионная гиперлипемия и повышение содержания эмульгатора в крови, вызывающие реакцию на переливание.

Суточный объем питательных смесей составляет в среднем 1–1,5 л. Их вводят 2–3 раза в сутки капельно очень медленно (20–25 капель в 1 мин.). Быстрое введение этих смесей (30–50 капель в 1 мин.) очень часто приводит к сильному ознобу, тошноте и рвоте.

При составлении пищевого рациона для пострадавшего необходимо учитывать два момента: пища должна быть жидкой или кашцеобразной консистенции, содержать полный набор необходимого суточного объема белков, жиров, углеводов, витаминов и быть богатой клетчаткой.

Авторы некоторых работ установили, что длительная иммобилизация нижней челюсти при ее переломе угнетает сократительную функцию желчного пузыря [Маслина Н. М. и соавт., 1990]. Поэтому для стимуляции его моторной функции в пищевой рацион необходимо включать желчегонные продукты: жиры, яйца, желчегонные препараты.

Средняя суточная потребность человека в белках составляет 1,5 г на 1 кг массы тела. Суточная потребность человека в углеводах равняется 300–600 г, в жирах — 0,7 г на 1 кг массы тела.

В настоящее время пищевой рацион больных с челюстно-лицевой травмой в стационарных условиях включает первую и вторую челюстную диеты (стол), отличающиеся по консистенции входящих в нее пищевых компонентов. *Первый челюстной стол (трубчатый)*: пища имеет консистенцию сливок. Его назначают больным с нарушением функции жевания и глотания (при двучелюстном шинировании), нуждающимся в зондовом питании на весь срок иммобилизации. Суточная энергетическая ценность первого челюстного стола составляет 3000–4000 ккал. *Второй челюстной стол*: пища консистенции густой сметаны, назначают пациентам, у которых используются методы иммобилизации, позволяющие открывать рот во время приема пищи (при большинстве методов хирургической иммобилизации и некоторых видах консервативной), а также после снятия резиновой тяги и в первые 2 суток после снятия шин. Эта диета является как бы переходной к общему столу. В специализированных клиниках имеются специальное меню и суточные раскладки челюстных столов.

Можно использовать *энтеральные смеси*, в составе которых собран богатый набор полезных компонентов (витаминов, аминокислот, микро- и макроэлементов, питательных веществ). Удобство такого специального питания еще и в том, что употреблять смеси можно и в положении лежа (ведь именно в таком состоянии чаще находится пострадавший в период лечения). Энтеральные смеси продаются в виде сухого порошка,

который перед употреблением разбавляется кипяченой водой, или в виде жидкости, готовой к употреблению. Существенных противопоказаний к употреблению таких смесей нет. Лучше всего совмещать энтеральный продукт с обычной едой.

Особенно важно обсудить с больным варианты приготовления домашней пищи при выписке его из стационара. Пища должна быть жидкой и высококалорийной, включать белки, жиры, углеводы и витамины. Можно предложить три жидкости, которыми разбавляют (разводят) любую пищу: молоко; овощной бульон; мясной бульон. Ими разводят вареные протертые овощи (картофель, морковь, обязательно свеклу, зелень, помидоры, капусту, сладкий перец и др.), протертые макаронные изделия и хорошо разваренные крупы (особенно полезны гречка и овсяные хлопья), творог и другие продукты. Для получения достаточного количества белков в мясном бульоне разводят дважды пропущенное через мясорубку, а иногда (при плотном контакте зубных рядов) еще и протертое через сито вареное мясо.

Кроме этого, можно использовать уже готовые к употреблению продукты: сырые яйца, сметану, сливки, молоко, кефир, соки или фруктовые пюре, лучше из свежих фруктов. Некоторые авторы не рекомендуют больным принимать цельное молоко, так как оно вязко, легко свертывается и делает слюну тягучей. Лучше принимать молоко в смеси с чаем или кофе. Обязательно употребление растительного масла во всех блюдах, так как оно содержит много ненасыщенных жирных кислот, которые оказывают благотворное влияние на регенерацию костной ткани. При запорах, которые часто случаются у людей физического труда вследствие резкого снижения двигательной активности и отсутствия грубой пищи, можно рекомендовать прием одной столовой ложки растительного масла натощак, свекольный сок и др.

Пищу принимают в теплом виде 5–6 раз в сутки. При плотном контакте зубных рядов пищу можно вводить с помощью поильника с надетой на его носик толстой резиновой трубкой, которую вводят в полость рта за последний зуб. Больной либо сам приподнимает поильник и вливает достаточное для проглатывания количество пищи, либо, приподняв поильник, сдвигает трубку пальцами и таким образом дозирует количество жидкости. То же может выполнять медицинская сестра. Однако, как показывает практика, больные через 1–2 дня отказываются от поильника, так как пища, принимаемая таким непривычным образом, кажется им невкусной и они предпочитают засасывать ее со столовой ложки. При этом происходит значительная ретенция пищевых масс в преддверии рта в области шины и проволочных лигатур. Вот почему рекомендуется тщательное протирание пищи для ее прохождения через небольшие пространства, которые имеются между сомкнутыми зубами. В противном случае большое количество твердых частиц остается на шинах и зубах. Это плохо не только потому, что больной остается голодным и худеет, но и потому, что остающаяся на зубах и шинах пища должна каждый раз удаляться с целью поддержания гигиены полости рта [Швырков В. В. и соавт., 1999].

При наличии дефекта зубного ряда его используют для введения пищи через трубку поильника или с помощью ложки. Таблетки растирают и растворяют в столовой ложке теплой воды, а драже дробят и вводят через поильник.

Врач должен категорически запретить больному прием алкоголя; объяснить, что при таком неполноценном питании алкоголь быстро всасывается, вызывает сильное опьянение и может спровоцировать рвоту; предупредить, что при межчелюстной фиксации больной не в состоянии самостоятельно открыть рот и может захлебнуться своими рвотными массами.

Пациентам не рекомендуется говорить по мобильному телефону, во-первых, это для них болезненно, во-вторых, из-за того, что говорить им трудно («сквозь зубы»), речь их непонятна для окружающих. В этот период лучше перейти на сотовую связь по СМС.

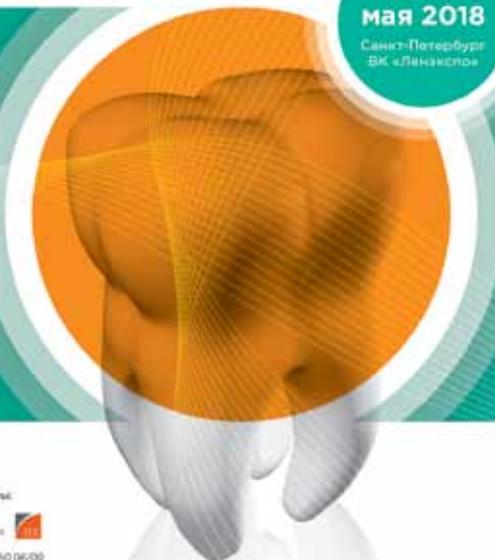
Литература:

1. Афанасьев В. В., Останин А. А. Военная стоматология и челюстно-лицевая хирургия: учебное пособие. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 240 с.
2. Столяренко П. Ю. Вклад Северина Тигерштедта в развитие челюстно-лицевой травматологии (к 100-летию создания универсальной военно-полевой системы шинирования): монография. — Самара: Офорт; СамГМУ Минздрава России, 2017. — 175 с.
3. Швырков М. Б., Афанасьев В. В., Стародубцев В. С. Негнестрельные переломы челюстей: руководство для врачей. — М.: Медицина, 1999. — 336 с.

СТОМАТОЛОГИЯ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

21-я Международная выставка оборудования, инструментов, материалов и услуг для стоматологии

15-17 мая 2018
Санкт-Петербург
ВК «Ланэкспо»



Организаторы:
primeexpo
+7 (812) 369 60 06/00
dental@primeexpo.ru
stomatology-expo.ru

DENTALEXPO®
+7 (499) 707 23 07
region@dental-expo.com
dental-expo.com/stomatology

Генеральный информационный партнер:
Саммиты.ру

Забронируйте стенд
stomatology-expo.ru

12+

23-25 мая 2018

Краснодар
ул. Конгрессная, 1
ВКК «Экспоград Юг»

ДЕНТИМА
КРАСНОДАР

18-я Стоматологическая выставка



Разделы выставки

- Стоматологическая практика
- Зуботехническая лаборатория
- Инфекционный контроль и обслуживание
- Услуги

Научная программа выставки

- 8-я Специализированная конференция «Наука и практика в стоматологии»
- 13-я Международная конференция зубных техников

Генеральный информационный партнер:
DENTAL MAGAZINE

www.dentima.su

Организаторы:
ITE
+7 (861) 200-12-34 доб. 151, 140
dentima@krasnodarexpo.ru

Информационный партнер:
МАСТРО

VDS

Volga Dental Summit

6 научно-практический форум по стоматологии



- конференции
- симпозиумы
- мастер-классы
- аллея брендов

3-5 ОКТЯБРЯ 2018

ВОЛГОГРАД ЭКСПОЦЕНТР
пр. Ленина, 65А

Организаторы:
DENTALEXPO®

Комитет здравоохранения Волгоградской области
Стоматологическая ассоциация России
Волгоградский Государственный Медицинский Университет
Волгоградская Региональная Ассоциация Стоматологов

ВЦ «ВолгоградЭКСПО»
Тел./факс: (8442) 93-43-03
E-mail: stom@volgogradexpo.ru
www.volgogradexpo.ru

ВК «ДЕНТАЛЭКСПО»
Тел./факс: (499) 707-23-07
E-mail: region@dental-expo.com
www.dental-expo.com

De ДЕНТИМА
НОВОСИБИРСК
ДЕНТАЛ-ЭКСПО

Выставка оборудования, инструментов и материалов для стоматологии



Разделы выставки

- Стоматологическая практика
- Зуботехническая лаборатория
- Инфекционный контроль и обслуживание
- Сопутствующие услуги

Новосибирск
Станционная, 104

10-12 октября 2018
Место проведения:
МВК «Новосибирск Экспоцентр»

Забронируйте стенд
www.dentimaexpo.ru

Организаторы:
ITE
ITE Сибирь
+7 (383) 363-00-63
dentima@itdial.ru

De ВК «ДЕНТАЛЭКСПО»
+7 (499) 707-23-07
region@dental-expo.com
www.dental-expo.com

Генеральный информационный партнер:
МАСТРО

10-12 ОКТЯБРЯ
2018 года

Экспо Центр

Выставка
СТОМАТЭКС
СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

- Стоматологическое оборудование и инструменты
- Стоматологические материалы
- Материалы и инструменты для костной пластики и челюстно-лицевой хирургии
- Системы и инструменты дентальной имплантологии
- Диагностическое оборудование
- Зуботехническое оборудование
- Ортодонтическая продукция
- Оборудование и материалы для дезинфекции
- Мебель для стоматологических кабинетов
- Медицинская одежда

ЕЖЕГОДНО ВЫСТАВКУ ПОСЕЩАЮТ БОЛЕЕ 3 000 ЧЕЛОВЕК, среди них:

- руководители стоматологических учреждений;
- практикующие врачи-стоматологи, зубные техники, ортопеды, ортодонты, пародонтологи, детские стоматологи;
- представители фирм-трейдеров

НАЙДИТЕ СВОИХ КЛИЕНТОВ!

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ЗУБОТЕХНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ ИНВЕСТИЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ

XVII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ – 2018»

Ростов-на-Дону, пр. Нагибина, 30
Тел. (863) 268-77-68, www.stomateks.ru

Партнерский сайт в соц. сетях

De
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

ДЕНТАЛ-ЭКСПО
Санкт-Петербург

11-я Международная выставка оборудования, инструментов, материалов и услуг для стоматологии

30 октября – 1 ноября 2018
Санкт-Петербург, Экспоцентр

Организаторы:
DentalExpo®
+7 (812) 380 60 06/00
dental@pmexpo.ru
+7 (499) 707 23 07
region.dental-expo.com

Забронируйте стенд
dentalexpo-spb.ru
dental-expo.com/spb

De
УФА

19-я специализированная выставка

ДЕНТАЛ ЭКСПО.
СТОМАТОЛОГИЯ
УРАЛА - 2018

10-12 октября

г. Уфа
Республиканский выставочный комплекс ВДНХ Экспо

БЕЛГОРОДСКАЯ
ТОРГОВО-ПРОМЫШЛЕННАЯ ПАЛАТА
БЕЛЭКСПОЦЕНТР

7-9
ноября
2018

XVII МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
ВЫСТАВКА

СТОМАТОЛОГИЯ

Тел.: (4722) 58-29-65, 58-29-66, 58-29-41
www.belexpocentr.ru; e-mail: belexpo@mail.ru
г. Белгород, ул. Победы, 147А



**ДЕНТАЛ
ЭКСПО**
НИЖНИЙ НОВГОРОД

21-23 ноября 2018 г.
НИЖЕГОРОДСКАЯ ЯРМАРКА

 СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
ВЫСТАВКА

 НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ



 НИЖЕГОРОДСКАЯ
ЯРМАРКА +7 (831) 277-56-86
elena_s@yarmarka.ru www.yarmarka.ru

DENTALEXPO® +7 (499) 707-23-07
region@dental-expo.com www.dental-expo.com

ВЫСТАВКА
**ДЕНТАЛ-ЭКСПО
САМАРА**
2018
7-9 НОЯБРЯ



 ДЕНТАЛ-ЭКСПО
САМАРА

21-я межрегиональная
специализированная
выставка-форум

 **ЭКСПО-ВОЛГА**
организатор выставок с 1986 г.

ул. Мичурина, 23а
тел.: (846) 207-11-39
www.expo-volga.ru



**ДЕНТАЛ-ЭКСПО
ЕКАТЕРИНБУРГ**

9-Я СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА

8-Й МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС
«СТОМАТОЛОГИЯ БОЛЬШОГО УРАЛА»

2-Й МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ
«РЕВОЛЮЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ»

4-6 ДЕКАБРЯ 2018
МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: Г. ЕКАТЕРИНБУРГ, «ДК УРАЛ»,
УЛ. СТУДЕНЧЕСКАЯ, 3

ОРГАНИЗАТОРЫ:

DENTALEXPO®
ВЫСТАВОЧНАЯ КОМПАНИЯ ДЕНТАЛЭКСПО
www.dental-expo.com

EXPO
УРАЛЭКСПОЦЕНТР
ЕвроАзиатский выставочный холдинг
www.uralex.ru

 ОСТАС

ПАРТНЕРЫ ВЫСТАВКИ:

ИНФОРМАЦИОННЫЙ
ПАРТНЕР:

DENTAL TRIBUNE

XVIII ВСЕРОССИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА

СТОМАТОЛОГИЯ
СОВРЕМЕННАЯ

**ДЕНТАЛ-ЭКСПО
РОСТОВ**  **2018**

**14-16
НОЯБРЯ**

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:
РОСТОВ-НА-ДОНУ
Дворец спорта, пер. Халтуринский, 103

ОРГАНИЗАТОРЫ:
DENTALEXPO®
www.dental-expo.com

www.rostovexpo.com
+7 (863) 201-74-65/66/67
+7 (499) 707-23-07

 **DENTAL
MAGAZINE**  **DENTAL TRIBUNE**

44-й Московский
международный
стоматологический
форум и выставка



Дентал-Экспо

24-27 сентября 2018

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

На правах рекламы, 6+



www.dental-expo.com

Устроитель:

DENTALEXPO®

Стратегический
партнер



S.T.L.dent - спонсор выставки,
исключительно представляет

Septanest®

Генеральный
информационный
партнер

СТОМАТОЛОГИЯ
СЕНТЯБРЬ

Генеральный
научно-информационный
партнер

DENTAL TRIBUNE

СОХО®



Подходит ко всем типам пневматических установок
Не требует оснащения блоком и шлангом фиброоптики

 **UNIDENT**

Эксклюзивный дистрибьютор продукции Сохо в России | 119571, г. Москва, Ленинский проспект, 156
Телефон: +7 (495) 434-1027 | Телефон: +7 (495) 434-4601 | Горячая линия: +7 (965) 434-2962
E-mail: ornt@unident.net | www.unident-online.ru