

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

3 (67) 2019

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU



СТОМАТОЛОГИЯ

МЕД-ТЕКС.РФ
ВЫБОР ПРОФЕССИОНАЛОВ

+7 (812) 627-68-20
info@med-teks.com

Защитят ли стоматологические
матрасы установку?

Да! А также значительно повысят
уровень комфорта пациента
и удобство работы
стоматолога!



Читайте материал
на странице 30.



GRANULOTEC®

Лечение различных форм
периодонтита зубов,
включая апикальную
гранулему.

Инфицированные каналы?
Апикальная гранулема?
Периодонтит?
• РЕШЕНИЕ ЕСТЬ!



- Антисептическое воздействие
- Резорбция гранулемы
- Регенерация периапикальных тканей
- Исключение риска инфицирования
- Оптимальное использование времени и средств



Валлекс М

Эксклюзивный представитель в России — ООО «Валлекс М»
Москва, Старокалужское шоссе, д. 62; тел.: (495) 784-71-24;
e-mail: stom@vallexm.ru; www.vallexm.ru

Филиал ООО «Валлекс М»
Санкт-Петербург, Гражданский проспект, д. 24, оф. 6
тел.: (812) 240-47-10; e-mail: stom-spb@vallexm.ru

МЯГКАЯ ШИНА ПРИ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ПОЗВОЛЯЕТ:



ПРИЧИНЫ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС:

- Нарушение окклюзионной поверхности зубных рядов
- Реверсивное глотание со смещением нижней челюсти
- Бруксизм, ротовое дыхание
- Сжимающийся прикус
- Острый и хронический стрессы
- Микротравмы сустава (в атлетических видах спорта)

35 процентов населения, включая подростков, страдают дисфункцией ВНЧС, из них активно ищут лечения лишь 20%, но, переходя от врача к врачу, зачастую так и не получают реальной помощи...

- Снять избыточную компрессию ВНЧС-сустава
- Устранить напряжение мышц, окружающих ВНЧС
- Быстро снять боль и диагностировать проблему
- Ограничить бруксизм и стираемость зубов
- Снять боль и напряжение перикраниальных мышц шеи



Приёмы пальпации для диагностики дисфункции ВНЧС



ВИСОЧНЫЕ МЫШЦЫ



ЛАТЕРАЛЬНАЯ КРЫЛОВИДНАЯ



ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ



ГЛУБОКОКЛЮЗИОННО-СОСРЕДИТЕЛЬНЫЕ



ТРАПЕЦЕВИДНЫЕ



ВНЧС-СУСТАВЫ

РЕКОМЕНДУЕТСЯ НОСИТЬ ШИНУ 1-2 ЧАСА ДНЁМ И ВСЮ НОЧЬ.

TMJ-шина — это двухчелюстной аппарат, разработанный специально для быстрой диагностики и эффективного устранения симптомов дисфункции ВНЧС. Применение методов компьютерного моделирования в сочетании с удачно подобранными свойствами материала (прозрачный медицинский силикон) позволили создать единый универсальный размер TMJ-шины, подходящий большинству взрослых пациентов, что исключает от необходимости снятия слепков, лабораторного изготовления и припасовки аппарата. Уже в момент примерки шины пациент ощущает снижение болевых проявлений. Мягкая декомпрессия в области ВНЧС обеспечивается благодаря специальному утолщению в области моляров — запатентованному крыловидному основанию. TMJ-шина способствует эффективной релаксации шейных и лицевых мышц, что позволяет быстро снять боль и напряжение в области ВНЧС.

МНОГОЛЕТНИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПОДТВЕРДИЛ ВЫСОКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЧС ШИНЫ

www.myoresearch.com

Эксклюзивный представитель компании MRC
www.vallexm.ru (495) 933-73-73, (495) 784-71-24

Валлекс М



СТЕКЛОИОНОМЕРНЫЕ ЦЕМЕНТЫ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ

ЗАО «СТОМАХИМ» (Санкт-Петербург) с 1991 года работает в области разработки и серийного производства пломбировочных материалов, которые успешно используются в терапевтической и ортопедической стоматологии и особо эффективны в детской практике.

По техническим показателям стеклоиономерные цементы соответствуют международным стандартам и имеют следующие характеристики:

- высокая прочность
- герметичное краевое прилегание
- миграция ионов фтора в ткани зуба
- оптимальные эстетические показатели
- ограниченное препарирование кариозной полости
- простота манипуляций
- достаточное рабочее время.



ЗАО «СТОМАХИМ»

РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
И ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ



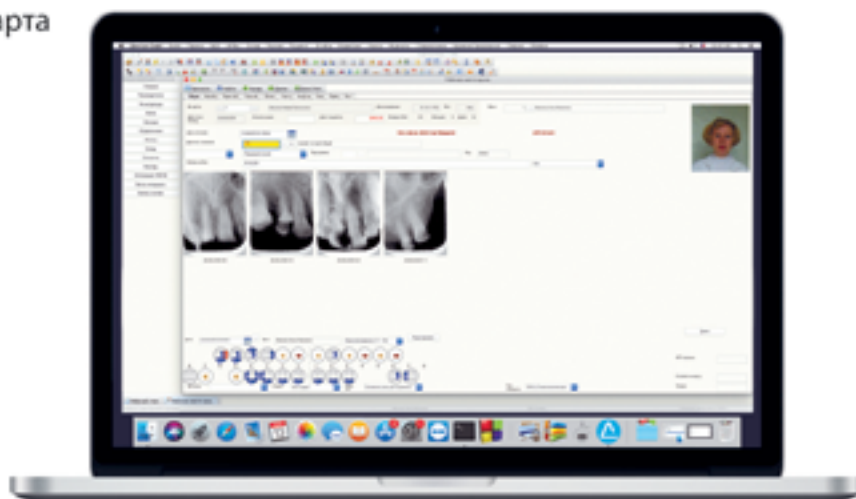
195043, Санкт-Петербург, ул. Челябинская, 95
тел./факс (812) 456 65 18, e-mail: stomahim@mail.ru
www.stomahim.ru



Дентал-Софт 2

Автоматизация в стоматологии

- электронная медицинская карта
043/У, 043-1/У, 003/У, 025/У
- запись на приём через сайт
- печать пакета документов
- история зуба
- маркетинг, проф. осмотры
- контроль качества врачей
- реестры ОМС, ДМС
- SMS-рассылка
- онлайн-касса Ф3-54



посетите наш сайт



v2.dental-soft.ru
info@dental-soft.ru
8 800 201-55-69

Поддержка следующих ОС:



Windows



Mac OS



Linux

357823, Ставропольский край, г. Георгиевск, ул. Чкалова 55

РЕКЛАМА

ХИМЛАБ

СТЕРИУС

Микроволновые установки
для обеззараживания медицинских отходов



до 6 кг в час



до 12,5 кг в час



до 25 кг в час

ООО "ХИМЛАБ" Россия, 190020, Санкт-Петербург, ул. Бумажная, д. 17
Телефон: (812) 380-93-10, (812) 320-67-03
E-mail: sterius@sterius.ru

www.sterius.ru

РЕКЛАМА

**Специализированный
медицинский журнал
«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»**

Крылова О. В. — учредитель и издатель

Крылова О. В. — главный редактор,
e-mail: krylova@akvarel2002.ru.

Редакционный совет:

Быковская Т. Ю. — министр здравоохранения
Ростовской области

Гаджибрагимов Д. А. — министр здравоохранения
Республики Дагестан

Кокоев В. Г. — начальник ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ

Мажаров В. Н. — министр здравоохранения
Ставропольского края

Маньшин В. П. — зам. министра здравоохранения
Республики Калмыкия

Филиппов Е. Ф. — министр здравоохранения
Краснодарского края

Цидаева Т. И. — зам. министра здравоохранения
Республики Северная Осетия — Алания

Редакционная коллегия:

Альников А. Б. — кандидат медицинских наук

Беловолова Р. А. — доктор медицинских наук

Гандылян К. С. — доктор медицинских наук

Гаража С. Н. — доктор медицинских наук

Дмитриев М. Н. — кандидат медицинских наук

Караков К. Г. — доктор медицинских наук

Карсанов А. М. — доктор медицинских наук

Куценко И. И. — доктор медицинских наук

Максюков С. Ю. — доктор медицинских наук

Новгородский С. В. — доктор медицинских наук

Петров Ю. А. — доктор медицинских наук

Пшеничная Н. Ю. — доктор медицинских наук

Росторгуев Э. Е. — кандидат медицинских наук

Шкурят Т. П. — доктор биологических наук

Адрес редакции и издателя:

344064, г. Ростов-на-Дону, ул. Вавилова, 54, оф. 404
т. (863) 223-23-25, моб. 8-991-366-00-67
по вопросам подписки т. 8-991-366-00-74

www.akvarel2002.ru, e-mail: info@akvarel2002.ru

Отпечатано в типографии «Лаки Пак», ИП Истратов С. В.
г. Ростов-на-Дону, ул. Мечникова, 112а

Тираж 3000 экз., заказ №818

Подписано в печать 14.05.2019 г., дата выхода 20.05.2019 г.

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору
в сфере связи, информационных технологий и массовых
коммуникаций

Регистрационный номер
ПИ № ФС 77-55311 от 11.09.2013 г.

Журнал входит в систему РИНЦ (Российский индекс
научного цитирования) на платформе elibrary.ru

Статьи, поступающие в редакцию, рецензируются.
За достоверность сведений, изложенных в статьях,
ответственность несут авторы.

В соответствии со ст. 38 закона РФ «О рекламе»
ответственность за содержание информации в рекламе
несет рекламодатель.

Распространяется бесплатно по линии МЗ

СОДЕРЖАНИЕ

Влияние условий труда на здоровье медицинских работников стоматологического профиля (обзор литературы)	4
Использование различных видов цементов в работе врача — стоматолога-ортопеда. Отчет о клинических случаях	11
Использование стекловолоконной ленты Interlig для шинирования зубов при лечении заболеваний пародонта	15
Эстетическая реабилитация улыбки при помощи керамических виниров	16
Стоматологические выставки	18, 40
Клинический результат использования геля, обладающего одновременно реминерализующим и противовоспалительным действием, при лечении заболеваний тканей пародонта	19
Раннее ортодонтическое лечение пациентов с частичной первичной адентией	21
Профилактика операционных и послеоперационных осложнений открытого синус-лифтинга у пациентов с патологией околоносовых пазух	27
Стоматологические матрасы — излишняя роскошь или насущная необходимость?	30
Немедленная имплантация, интраоперационное непосредственное протезирование — основной фактор успеха при стоматологической имплантат-протезной реабилитации пациентов	32
Экспресс-диагностика ВИЧ по слюне	38
Эффективность иммуностимулирующей терапии при лечении хронических воспалительных заболеваний пародонта	41
Внутренний контроль качества медицинской деятельности в стоматологии	43
Своевременное удаление временных зубов как профилактика зубочелюстных аномалий в постоянном прикусе	46

ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Е. Ю. Леонтьева, Т. Ю. Быковская, А. С. Иванов

Аннотация. Значительный процент медицинских работников врачебных специальностей составляют медицинские работники стоматологической направленности. Развитие и внедрение инновационных технологий, расширение аппаратных и медикаментозных методов лечения в стоматологии увеличило ряд вредных факторов труда специалистов этой области. Данные по гигиенической оценке условий труда и организации

трудового процесса медицинских работников стоматологического профиля требуют существенного дополнения и учета индивидуальных профессиональных рисков. Приведен обзор исследований российской и зарубежной литературы последних лет в базах РИНЦ, Scopus, Web of Science, Pubmed.

Ключевые слова: стоматологи, условия труда, медицинские работники, профессиональные вредности.

CURRENT STATE OF WORKING AND HEALTH CONDITIONS OF HEALTH WORKERS OF DENTAL SPECIALITY

E. Leontyeva, T. Bykovskaya, A. Ivanov

Annotation. To conduct a review of literature concerning current state of working and health conditions of health workers of dental speciality. Dental speciality is considered to be one of the largest medical specializations. Development and implementation of innovative technologies, expansion of apparatus and medicament treatment methods in dentistry increased the amount of harmful

factors in the workplace of the specialists of this sphere. Hygienic working conditions assessment and dental specialists' workflow organization data require significant addition and personal professional risk assessment. Review of the literature according to Russian and foreign literature of recent years in the RISC, Scopus, Web of Science, Pubmed is given.

Keywords: dentists, working conditions, medical workers, occupational hazards.

Среди медицинских работников врачебных специальностей доля специалистов стоматологического профиля достаточно многочисленна и по отношению к общей численности врачей других медицинских дисциплин составляет около 10% [1, 2, 3]. Исследования большого числа авторов свидетельствуют о том, что среди работников стоматологического профиля уровень заболеваемости выше, чем в целом у населения и, в частности, у медицинских работников [4–7]. По уровню профессиональной заболеваемости стоматологи занимают 3-е место после инфекционистов, фтизиатров и патологоанатомов [8], что актуализирует интерес специалистов медицины труда. Обращает на себя внимание тот факт, что за последние десятилетия в стоматологии внедрено и продолжает внедряться большое количество новых лечебных и диагностических технологий, современных аппаратов и медикаментов. Видоизменение и расширение спектра профессиональных вредностей в области стоматологии связано с внедрением новых материалов и технологий в процессе лечения [6, 9–12]. В связи с этим возрастает актуальность дополнения и учета индивидуальных профессиональных рисков с целью сохранения здоровья стоматологов и инициация интереса самих специалистов-стоматологов к их профессиональным вредностям [13].

Наиболее характерными физиолого-эргономическими нагрузками всех врачебных стоматологических специальностей являются нагрузки, связанные с длительным статическим напряжением мышц позвоночника и ротированного плечевого сустава в процессе работы. На тоническое напряжение затылочной и трапециевидной мышц, обусловленное вынужденной рабочей позой врачей-стоматологов, обратили внимание целый

ряд исследователей: Ю. Ю. Елисеев, В. А. Катаева, Н. С. Шляхетский, Ю. М. Федотова [8, 14, 15, 16]. По мнению Ю. Ю. Елисеева с соавт. [7, 8], развитию патологии позвоночника в различных его отделах способствует положение врача-стоматолога по отношению к креслу пациента. По данным О. В. Нефедова [11], вынужденное, по времени, положение тела врача — стоматолога-терапевта перед стоматологическим креслом составляет от 49%, до 65% — стоматолога-ортопеда. Врачи стоматологи-хирурги до 67% рабочего времени проводят в положении стоя, из которых 45% времени — в фиксированной рабочей позе. У врачей, работающих в такой позе, часто возникают головные боли и боли в шее, затруднено вращение в шейном отделе, наблюдаются симптомы плечелопаточного периартрита [7, 8]. А. А. Саханов [17], изучая особенности влияния вредных и опасных факторов в работе врача — стоматолога-терапевта, указал, что основным и ведущим фактором в развитии заболеваний костно-мышечной системы среди стоматологов данной специальности является продолжительность интервалов, в течение которых врач вынужден принимать неудобную фиксированную позу. Выявлено, что длительная статическая нагрузка на ограниченную группу мышц, при высокой плотности загрузки рабочей смены врача-стоматолога, вызывает нарушения кровообращения и трофики тканей и может привести к профессиональному миозиту [4]. Нагрузка на мышцы врача-стоматолога значительно увеличивается при наклоне туловища во время работы. Спокойная поза врача уменьшает от 4 раз (положение сидя с наклоном) до 10 раз (положение стоя с наклоном) нагрузку на мышцы [7, 8]. Рядом авторов отмечена статическая нагрузка на руки стоматолога, длительно удерживающего на весу вибрирующий наконечник, тонкие инструменты,

и одновременно совершающего стереотипные движения, что приводит к развитию синдрома запястного канала (СЗК) [8, 18, 19]. Выявлено, что интенсивность болевых симптомов зависит от профессионального стажа стоматологов: с возрастом частота СЗК увеличивается в 2–11 раз [19].

Следующим наиболее значимым из неблагоприятных и вредных производственных факторов условий труда медицинских работников стоматологического профиля является бактериальная обсемененность воздуха. Превышение нормативных значений уровня бактериальной обсемененности на рабочих местах стоматологов отмечено во всех работах, посвященных изучению условий труда медицинских работников данного профиля [20, 21]. В стоматологических кабинетах высок риск передачи инфекционных заболеваний как для пациентов, так и для врачей. Среди инфекционных заболеваний врачей стоматологических специальностей почти 50% обусловлены их профессиональной деятельностью. Многочисленные исследования указывают на значительный процент приобретения стоматологами ОРЗ от инфицированных больных [7, 8, 22, 23].

Остается высоким риск заражения в отношении таких заболеваний, как ВИЧ, гепатит В, С.

Разновидностью заболеваний, связанных с профессиональной деятельностью, являются «прионовые болезни», в частности, болезнь Кройцфельда-Джекоба, характеризующаяся накоплением приона — патологического белка, вызывающего поражение и гибель клеток головного мозга.

Стоматологи имеют потенциальный риск заражения при проведении процедур с кровью, слюной или десневой жидкостью, особенно при работе с пациентами высокого риска. Известно, что вирус СПИДа находится во всех жидких средах организма человека, в том числе в крови, слюне, десневой жидкости, что значительно увеличивает потенциальную возможность заражения врачей-стоматологов. Согласно исследованиям, проведенным А. А. Галиусовым, у ВИЧ-инфицированных пациентов установлена прямая зависимость вирусной нагрузки слюны от концентрации вируса в крови, что позволяет утверждать о постоянно действующем производственном биологическом факторе риска инфицирования ВИЧ в профессиональной деятельности стоматологов [22].

Штаммы микроорганизмов крови, слюны, полости рта являются основной причиной передачи инфекционных заболеваний. В ходе применения высокоскоростных вращающихся наконечников, охлаждаемых водой, образуются аэрозоли, инфицированные различными бактериями и вирусами, приводящие к распространению перекрестной инфекции на рабочем месте врачей-стоматологов. Бактериальное загрязнение воздуха в лечебных кабинетах подтверждается многими исследованиями [8, 22–25]. Так, наибольшая степень контаминации воздуха условно-патогенной микрофлорой установлена на расстоянии до 2 м от места приема пациентов. Из воздуха выделяются в большом количестве представители стафилококков, споровая аэробная палочка и др. [25]. По мнению А. А. Саханова, обсемененность воздуха в зоне дыхания врача стоматолога-терапевта является доминирующим фактором, по сравнению с общим уровнем запыленности, в развитии заболеваний дыхательной системы, более выражена по сравнению с таковой

в кабинете стоматолога-ортопеда. Показатель наличия в воздухе золотистого стафилококка зарегистрирован в кабинетах хирургического и пародонтологического профиля [17].

Кроме превышения норм общей бактериальной обсемененности, в воздухе стоматологических кабинетов обнаружено большое количество химических веществ [11]. Присутствие микрочастиц в атмосфере обусловлено обработкой пломбировочного материала и материала для протезирования у врачей стоматологов-ортопедов. По данным исследований О. И. Дьяченко, Я. А. Дундурс, В. К. Дзугаева [6, 26, 27], содержание таких веществ, как метилметакрилат, формальдегид, аммиак, ионы металлов, в плохо проветриваемых стоматологических кабинетах и зуботехнических лабораториях иногда находится выше границы нормы в 1–1,5 раза [26].

Метилметакрилат и его соединения, обнаруживаемые в воздухе стоматологических кабинетов, оказывают цитотоксическое и сенсибилизирующее действие.

Некоторые авторы отмечают, что отдельные стоматологические материалы не оказывают влияния на пациентов, однако вызывают аллергические заболевания у сотрудников стоматологических учреждений вследствие сенсибилизации [7, 8]. Химические вещества и компоненты, присутствующие в адгезивных системах и композитных материалах, по мнению многих авторов, являются активными аллергенами [1, 2, 5, 8]. Для сотрудников зуботехнических лабораторий сильными аллергенами являются сплавы никеля, кобальта, хрома, молибдена и бериллия. Частым профессиональным заболеванием данной категории работников является аллергия на никель [7, 8]. Многие используемые в стоматологии медикаменты, материалы и средства представляют серьезную опасность для здоровья медицинского персонала, вследствие прямого контакта в процессе работы [8, 28]. Значительно увеличилась распространенность «перчаточного» дерматита, обусловленного сенсибилизацией к латексу. По данным литературы, у врачей-стоматологов риск аллергических реакций на латекс составляет более 12%, и у 17% медицинских работников выявлена сенсибилизация к латексу [29]. Нормальное состояние кожного покрова рук отмечено только у 30% стоматологов.

К серьезным причинам заболеваний кожи рук стоматологов, в частности, профессиональных дерматозов, можно отнести постоянный контакт с влагой, гипсом, керамической пылью, композитными материалами [2, 11]. Выявлено, что наличие аллергологического фона в анамнезе сопровождается более частым выявлением сенсибилизации к указанным веществам по сравнению с теми, у кого этот фон отсутствовал [2]. Это необходимо учитывать при экспертизе профессиональной пригодности абитуриентов, избирающих стоматологию своей специальностью.

К разряду профессиональных заболеваний стоматологов относится силикоз. Болезнь под названием «силикоз» развивается при вдыхании мельчайшей зубной крошки и пыли, содержащей свободный кварц и соединения кремния. Керамические материалы, как правило, считаются инертными, но частицы пыли от этих материалов во время обработки, моделирования, припасовки и полировки представляют потенциальную угрозу для здоровья медицинского персонала [30, 31].

Комбинации агрессивных химических и аллергических агентов провоцируют возникновение тяжелых нарушений иммунной системы, выражающихся в изменениях на клеточном уровне уже после 5 лет работы (Н. О. Петренко [1]). Кроме того, отмечается, что условия труда стоматологов наиболее неблагоприятно сказываются на состоянии нервной системы, системы кровообращения и органов дыхания. Учитывая это, автор [1] предположила, что общесоматическая патология является следствием профессиональных вредностей и зависит от длительности трудовой деятельности.

Использование высокооборотных насадок для стоматологических установок и аппаратов повлекло за собой рост вибрационной нагрузки на руки врача-стоматолога [7, 8, 15]. Длительное воздействие вибрации, сочетающееся с целым комплексом неблагоприятных факторов в виде статических мышечных нагрузок, шума, токсического действия химических веществ, может приводить к стойким патологическим нарушениям и развитию вибрационной болезни [4]. С. А. Бабанов среди факторов, влияющих на состояние органов зрения, выделяет воздействие на врача-стоматолога локальной вибрации, под действием которой наблюдаются изменения в виде неравномерности калибра сосудов и их извитости, расширения вен, образования микроаневризм и геморрагий, помутнения хрусталика и деструкции стекловидного тела [32].

Активное применение в работе врачей-стоматологов всех специальностей ультразвуковых насадок увеличило риск возникновения вегетососудистых нарушений. Систематическое и длительное воздействие ультразвука вызывает изменения нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, слухового и вестибулярного анализаторов. Степень выраженности изменений зависит от интенсивности и длительности воздействия ультразвука. Значительное воздействие и нарушение возникает при наличии в спектре высокочастотного шума, при этом наблюдается выраженное снижение слуха. Нарушения вестибулярного аппарата отмечены более чем у 50% медицинских сестер и 75% врачей-стоматологов, использующих ультразвуковую аппаратуру в своей профессиональной деятельности [7, 8].

В условиях современного стоматологического кабинета на врача-стоматолога действует повышенная шумовая нагрузка, приводящая к сенсорной тугоухости. Источником широкополосного шума в рабочих кабинетах является стоматологическая установка. Наиболее опасный высокочастотный шум создают скоростные турбинные наконечники, при работе с которыми у врачей уже через 3 года могут наблюдаться явления односторонней тугоухости [11].

Такие симптомы, как заторможенность двигательных реакций на звук и свет, ослабление зрения и памяти, уменьшение концентрации внимания — следствие длительной шумовой нагрузки на рабочем месте [16]. Под влиянием шума страдает координация движений, изменяется точность оценки необходимой мышечной силы для применения в определенных ситуациях и операциях. По данным анкетирования, проведенного Л. А. Даллакян, 83% врачей-стоматологов отмечают чувство напряженности во время рабочего дня, к концу рабочего дня 70% врачей-стоматологов отмечают чувство утомляемости и 87% — утомление органов зрения [3].

Профессиональную деятельность врачей стоматологического профиля относят к зрительно-мануальной сфере. В течение всей рабочей смены врач-стоматолог любой специальности испытывает высокую нагрузку на глаза. Она обусловлена ограниченностью доступа к манипуляционному полю и его размерами, а также напряженностью цветоразличительной способности глаз. При этом создается значительная нагрузка на зрительный анализатор, что приводит к снижению остроты зрения и способности цветораспознавания. Свыше 80% трудовых манипуляций стоматологи выполняют под напряженным контролем зрения, начиная с осмотра пациента и заканчивая заполнением документации. К недостаткам условий труда стоматологов можно отнести постоянное применение общего или локального искусственного освещения. Среди вредных факторов условий труда довольно часто отмечается нерациональное и недостаточное освещение рабочего места стоматолога [8, 18, 33]. Значительную нагрузку на органы зрения медицинских работников стоматологического профиля оказывает световое излучение фотополимеризационных ламп, многократно применяемых в течение рабочего дня. Н. Б. Данилова при проведении гигиенической оценки современных технологий лечебного процесса врачей-стоматологов засвидетельствовала наличие достоверного риска возникновения фототравмы сетчатки глаза при использовании светополимерных материалов по сравнению с применением материалов прошлых поколений [34].

Средства оптического увеличения достаточно активно применяются в лечебных и диагностических процедурах на приеме у врача-стоматолога. В настоящий момент еще недостаточно изучено влияние данных аппаратов на здоровье врачей, однако имеются данные о том, что дополнительная подсветка всех оптических средств увеличения влияет на световую переадаптацию и значительно повышает зрительную нагрузку врача-стоматолога [35].

Имеются данные, указывающие на превышение уровня напряженности электромагнитного поля в кабинетах врачей-стоматологов терапевтического и ортопедического профиля. Обусловлено это появлением стоматологических установок с видеодисплейным терминалом, а также компьютеров на рабочих местах врачей-стоматологов и зубных техников [11]. Вредное влияние электромагнитного поля на организм человека зависит от интенсивности излучения, частоты и времени, в течение которого оно воздействует. Наиболее чувствительными являются нервная, сердечно-сосудистая, эндокринная, иммунная и половая системы [36].

Многими авторами отмечается напряженность трудового процесса у врачей-стоматологов как один из вредных факторов. Это обусловлено высокой ответственностью за результат собственной деятельности, необходимостью быстрого принятия решения, вероятностью совершения ошибки при решении сложных клинических задач и работой в условиях ограничения и дефицита времени. Имеются работы, подтверждающие достоверное влияние фактора напряженности производственного процесса на уровень профессионального стресса, выраженность синдрома эмоционального выгорания врачей-стоматологов [11, 12].

Важным показателем здоровья работников является заболеваемость с временной утратой трудоспособности

(ЗВУТ). Исследование по изучению здоровья медицинских работников стоматологического профиля, проведенное в нашей стране, показало, что уровень заболеваемости у данной категории работников достаточно высокий [5, 11, 12, 17, 24, 32, 37, 38]. Так, у врачей-стоматологов выявлена более высокая заболеваемость с временной утратой трудоспособности по заболеваниям, по числу дней и частоте случаев нетрудоспособности в сравнении с населением и медицинскими работниками других специальностей [37, 38].

По данным О. В. Нефедова, Н. П. Сетко, среднее число случаев нетрудоспособности было максимальным у стоматологов-терапевтов и составило 97 случаев на 100 врачей, тогда как у врачей-хирургов и ортопедов-стоматологов изучаемый показатель составил соответственно 65 и 69 случаев на 100 врачей. В структуре заболеваний преобладали заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата [11]. В ходе этого исследования также было отмечено, что 30–35% врачей-стоматологов имеют высокий уровень индивидуального профессионального риска, который находится в прямой зависимости от условий труда, стажа и состояния здоровья.

Критерии опасности и вредности, напряженности и тяжести труда медицинских работников стоматологического профиля, выявленные многими авторами, показали, что по гигиеническим критериям оценки условий труда и вредности факторов производственного процесса деятельность врачей-стоматологов можно отнести к вредным условиям труда, соответствующих 3-му классу [13]. По степени выраженности воздействия вредных факторов условий труда и трудового процесса у врачей-стоматологов могут занимать подкласс 3.3, при котором уровни воздействия вредных производственных факторов способны вызвать стойкие функциональные изменения, приводящие к появлению и развитию профессиональных заболеваний [13].

Таким образом, по имеющимся на сегодняшний день данным, труд медицинских работников стоматологических специальностей связан с целым спектром профессиональных вредностей, которые необходимо знать и учитывать. Разработка и организация профилактических мероприятий по созданию оптимальной производственной среды, определяющей жизнедеятельность и работоспособность врача-стоматолога, является актуальным направлением научных исследований.

ЛИТЕРАТУРА

- Петренко Н. О., Зубков Д. А. Анализ заболеваемости и комплексная оценка состояния здоровья медицинских работников стоматологического профиля // Сборник тезисов науч.-практ. конф., посвящ. 85-й годовщине образования гос. сан.-эпид. службы России. — Саратов, 2007. — С. 47–54.
- Лакшин А. М., Кич Д. И. Состояние здоровья и условия труда врачей-стоматологов: учеб.-метод. пособие. — М.: РУДН, 2001. — 41 с.
- Даллакян Л. А., Руснак А. В., Стрелялюк А. Р. Гигиенические аспекты работы врача-стоматолога // Здоровье и образование в XXI веке. — 2015. — №17 (1). — С. 64–67.
- Афоница Л. А. Профилактика основных профессиональных заболеваний врача-стоматолога // Международный студенческий научный вестник. — 2016. — №6; URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=16719> (дата обращения: 29.05.2018).
- Темуров Ф. Т. Частота заболеваемости медицинских работников стоматологического профиля // Клиническая стоматология. — 2016. — №1 (77). — С. 72–76.
- Сетко Н. П., Булычева Е. В. Современные проблемы условий труда и состояния здоровья детских стоматологов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2015. — 12—10: 1811–1814; URL: <http://www.applied-research.ru/ru/article/view?id=8387> (дата обращения: 07.02.2017).
- Елисеев Ю. Ю., Петренко Н. О. Снижение профессионального риска в труде врачей-стоматологов // Охрана труда и техника безопасности в учреждениях здравоохранения. — 2014. — №4. — С. 38–42.
- Елисеев Ю. Ю., Березин И. И., Петренко Н. О., Сучков В. В. Современное состояние условий труда врачей-стоматологов // Современная стоматология. — 2014. — №2. — С. 43–50.
- Юн О. П., Широков В. А. Условия труда и распространенность болевых синдромов шейно-плечевого области у стоматологов // Здоровье населения и среда обитания. — 2010. — №1 (202). — С. 34–36.
- Елисеев Ю. Ю., Петренко Н. О. Оценка влияния условий и характера труда на состояние здоровья врачей-стоматологов // Охрана труда и техника безопасности в учреждениях здравоохранения. — 2013. — №8. — С. 1–10.
- Нефедов О. В., Сетко Н. П., Булычева Е. В. Современные проблемы условий труда и состояния здоровья стоматологов (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2016. — 1—4: 533–536; URL: <http://applied-research.ru/ru/article/view?id=8597> (дата обращения: 07.06.2018).
- Субаев М. Н., Сетко Н. П. Физиолого-гигиеническая характеристика условий труда детских стоматологов // Здоровье населения и среда обитания. — 2015. — №2. — С. 17–20.
- Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. №426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» // Российская газета. — 2013. — №295 (6271).
- Катаева В. А. Труд и здоровье врача-стоматолога. — М.: Медицина, 2002. — 208 с.
- Шляхетский Н. С., Саханов А. А., Мороз Б. Т. Охрана труда врача-стоматолога на современном этапе // Оптимизация больничной среды средствами новых технологий. — 2004. — С. 173–175.
- Федотова Ю. М., Костюкова Ю. И. Профессиональные заболевания врача-стоматолога. Научное обозрение // Медицинские науки. — 2017. — №2: 19–21; URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=966> (дата обращения: 09.06.2018).
- Саханов А. А., Мороз Б. Т., Шляхетский Н. С. Исследование уровня запыленности и бактериальной обсемененности в зоне дыхания врачей — стоматологов-терапевтов и ортопедов // Институт стоматологии. — 2008. — №4 (41). — С. 70.
- Ожгихина Н. В., Ожгихина Ж. Э. Профессиональные вредности в работе врача-стоматолога. Психофизиологический фактор // Проблемы стоматологии. — 2013. — №1. — С. 63–66.
- Лупкина З., Крумина Г., Эглите М. Распространение ранних симптомов синдрома запястного канала среди стоматологов // Медицина труда и промышленная экология. — 2018. — №2. — С. 36–40.
- Петренко Н. О. Анализ заболеваемости инфекциями, передающимися гемоконтактным путем, у медицинского персонала стоматологического профиля // Материалы 66-ой научно-практической конференции студентов и молодых специалистов Саратовского государственного медицинского университета «Молодые ученые — здравоохранению региона». — Саратов, 2005. — С. 147–151.
- Стародубов В. И., Эйгин Л. Е., Новикова И. А., Калининская А. А., Шляфер С. И. Заболеваемость врачей-стоматологов и анализ факторов, на нее влияющих. Монография. — М.: ЦНИИОИЗ. — 2001. — 141 с. [Starodubov V. I., Eigin L. E., Novikova I. A., Kalininskaya A. A., Shlyaf S. I. Zabolevaemost' vrachej stomatologov i analiz faktorov, na nee vliyayushchih / Monografiya. — M.: CNII OIZ, 2001. — 141 p. (In Russ)].
- Галиусов А. А., Мартынов Ю. В. Оценка профессионального риска инфицирования ВИЧ врача-стоматолога // Эпидемиология, микробиология, инфекционные и паразитарные болезни. — 2008. — №4 (29). — С. 200–203.
- Филатов Н. Н., Храпунова И. А., Филиппов В. Ю. Основные факторы профессионального заражения медицинских работников гемоконтактными инфекциями // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. — 2005. — №2(21). — С. 41–45.
- Хафизов Р. Г., Хафизова Ф. А., Азизова Д. А., Зарипова Э. М., Хайрутдинова А. Р. Организация эргономического стоматологического кабинета. Учебно-методическое пособие. — Казань, 2014. — 25 с.

ЛИТЕРАТУРА

25. Мальковец О. Г., Терещенко Е. Н., Зайковская Е. И. Профилактика профессиональных заболеваний врача-стоматолога на лечебном приеме // Стоматолог. — Минск, 2016. — №3 (22). — С. 45—46.
26. Дьяченко О. Д. Некоторые аспекты качества жизни у врачей стоматологического профиля г. Воронежа // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2009; 5: 64—65. [Dyachenkova O. D. Some aspects of the life quality in physicians-stomatologists from Voronezh city. Medico-biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations. — 2009. — 5: 64—65. (In Russ., English abstract)].
27. Дундурс Я. А., Спруджа Д. Р., Баке М. Я., Аулика Б. В. Улучшение качества воздуха в стоматологических помещениях // Гигиена и санитария. — 2004. — №2. — С. 11—15.
28. Крюкова В. О. Профессиональные аспекты гигиены труда врача-стоматолога // Современные тенденции развития науки и технологий. — 2016. — №5—1. — С. 117—122.
29. Федотова Ю. М., Рейценштейн А. А. Меры профилактики контактного дерматита врача-стоматолога // Международный студенческий научный вестник. — 2016. — №6; URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=16666> (дата обращения: 11.06.2018).
30. Григорова Е. Ю., Сиротина О. А. Производственная пыль и ее влияние на здоровье зубного техника // Международный студенческий научный вестник — 2016. — №4—1; URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=15802> (дата обращения: 10.06.2018).
31. Максимова Е. М., Сирак С. В. Анализ рисков и мер по профилактике профессиональных болезней врачей-стоматологов // Фундаментальные исследования. — 2013. — №5—2. — 319—323; URL: <http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=31612> (дата обращения: 10.06.2018).
32. Бабанов С. А. Профессиональные заболевания органа зрения, связанные с воздействием физических факторов // РМЖ «Клиническая офтальмология». — 2015. — №2. — С. 89—94.
33. Жукова Е. В., Куренкова Г. В., Лемешевская Е. П. Гигиенические особенности профессиональной деятельности отдельных групп медицинских работников (хирургов, анестезиологов, стоматологов, терапевтов, физиотерапевтов): учебно-методическое пособие для студентов. — Иркутск: ИГМУ, 2017. — 32 с.
34. Нехорошев А. С., Данилова Н. Б. Характеристика условий труда врачей-стоматологов терапевтических стоматологических кабинетов // Медицина труда и промышленная экология. — 2006. — №1. — С. 41—43.
35. Рыжова Д. В., Фадеев Р. А. Влияние средств оптического увеличения на здоровье стоматологов по данным литературы // Вестник Новгородского государственного университета. — 2016. — №6(97). — С. 107—114.
36. Одинаев Ф. И., Одинаев Ш. Ф., Шафиев Ш. И., Шутова С. В. Электромагнитные излучения и здоровье человека // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. — 2015. — №20(6) — С. 1715—1717.
37. Демченко В. Г., Мехедова Е. А., Семенюк В. М., Тытарь Д. В. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности врачей стоматологов-ортопедов // Институт стоматологии. — 2011. — №3 — С. 32—33.
38. Бездетко Г. И., Бессонова Т. И., Шкатова Е. Ю., Попова О. П., Андреева А. А. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности врачей-стоматологов // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. — 2017. — №4. — С. 38—41.

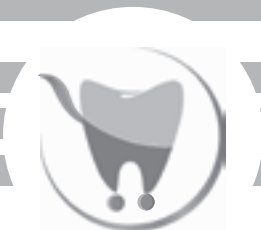
АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону

Леонтьева Елена Юрьевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии ФПК и ППС; e-mail: leont06@list.ru;

Быковская Татьяна Юрьевна — доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине; министр здравоохранения Ростовской области, e-mail: minzdrav@aaanet.ru;

Иванов Александр Сергеевич — кандидат медицинских наук, зав. кафедрой стоматологии ФПК и ППС.

**Стомпродукт**

Компания «Стомпродукт» оказывает широкий спектр услуг:

- ✓ Содействие в лицензировании стоматологической деятельности
- ✓ Дистанционные курсы по повышению квалификации и переподготовке медицинских работников
- ✓ Продажа расходных материалов для стоматологов и косметологов

• Высокий профессионализм • Системность • Непрерывность
С НАМИ ВЫ ДОСТИГНЕТЕ УСПЕХА!

г. Краснодар, ул. Гаражная, 59
Тел.: 8(953) 069-06-99, 8(861) 205-0-200
E-mail: stomproduct@mail.ru



ООО «ТехПромМед»

ООО «ТехПромМед» осуществляет изготовление
и поставку продукции медицинского назначения:



ШЛИФМАШИНА СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ШМ-1 МОДЕЛИ 677 С КОМПЛЕКТАЦИЕЙ

изготавливается по лицензии ПАО «Красногвардеец»
и в соответствии с ТУ 9452-036-07618878-2009.
Изделие имеет действующее регистрационное
удостоверение (ФСР 2009/05864) и декларацию о соответ-
ствии (РОСС RU.АГ81.Д21057)

**Мы производим гарантийный ремонт
и сервисное обслуживание данных изделий.
Гарантия на новые изделия составляет
18 месяцев с момента поставки.**

**ВЫСОКАЯ НАДЕЖНОСТЬ И КАЧЕСТВО ШЛИФМОТОРОВ ШМ-1
ПОДТВЕРЖДЕНО ВЕДУЩИМИ ОРТОПЕДАМИ РОССИИ!**

Юридический адрес: 175201, г. Старая Русса, Новгородская обл., ул. Красных Командиров, 69
Почтовый адрес завода: 175202, г. Старая Русса, Новгородская обл., ул. Степана Разина, 4
ИНН 5322014769 Тел./факс: (81652) 5-73-11 E-mail: techprommed@yandex.ru

РЕКЛАМА



ООО «Форма» —
российское предприятие,
специализирующееся
на выпуске продукции,
которая применяется
в стоматологии:
внутриканальных штифтов
и различных инструментов,
используемых для их
установки

Адрес:
152613, Ярославская обл.,
г. Углич, ул. Северная, д.15а,
а/я 36
Тел.: (48532) 5-34-75, 5-68-06,
9-24-55, 9-26-19, 9-25-33
E-mail: formau@mail.ru

Основная цель деятельности
предприятия — наполнение
российского рынка собствен-
ной продукцией взамен доро-
гостоящей импортной продук-
ции. Предприятие планирует
зарегистрировать в 2019 году
более 25 изделий-аналогов,
пользующихся спросом на рос-
сийском рынке.

Благодаря сочетанию каче-
ства и умеренной цены продук-
ция ООО «Форма» получила ши-
рокое применение во многих
стоматологических клиниках
нашей страны и стран ближне-
го зарубежья. Предлагаемый
предприятием модельный ряд
изделий позволяет стоматологу
подобрать оптимальное реше-
ние для каждого конкретного
клинического случая.



ДРИЛИ

РАСШИРИТЕЛЬНЫЕ ЧЕТЫРЕХГРАННЫЕ



ШТИФТЫ

ВНУТРИКАНАЛЬНЫЕ СТЕКЛОВОЛОКОННЫЕ



ШТИФТЫ

ВНУТРИКАНАЛЬНЫЕ ЛАТУННЫЕ ПОЗОЛОЧЕННЫЕ

РЕКЛАМА

В поисках надежной фиксации?



Fuji PLUS от GC.

Объединяет преимущества
стеклоиономерных цемента
с достоинствами композитных
материалов.

Надежное решение проблем,
связанных с послеоперационной
чувствительностью, окрашиванием
границ и дебондингом реставраций.

GC EUROPE N.V.

Tel. +385.1.46.78.474
Fax. +385.1.46.78.473
E-mail: info.eeo@gc.dental
info.russia@gc.dental

Официальный импортер и дистрибьютор
продукции компании Джи Си в России:
«Крафтвэй Фарма»



Москва, 3-я Мытищинская ул., д. 16,
www.kraftwaydental.ru, (495) 232-69-33
Новый номер: **8-800-100-100-9**
(бесплатные звонки из любого региона)



Since 1921
Towards Century of Health



Защищено от подделывания программой
«Проверка подлинности товара»



ПРОВЕРКА
ПОДЛИННОСТИ ТОВАРА
• На сайте: www.kraftwaydental.ru
• Или по телефону: 8-800-100-100-9



Обращайте внимание на наличие стикера на упаковке!
Подробная информация на www.kraftwaydental.ru

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЦЕМЕНТОВ В РАБОТЕ ВРАЧА — СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА. ОТЧЕТ О КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ

Emmanuel d'Incau, врач-стоматолог (Франция)

Не существует универсальных фиксирующих материалов, поскольку предъявляемые к ним требования многочисленны, а иногда и противоречивы. Как правило, этот перечень включает в себя: качество адгезии к твердым тканям зубов и к непрямым реставрациям, эстетические характеристики, биосовместимость, наличие анти-кариесогенных свойств, простоту использования, отсутствие послеоперационной чувствительности и, конечно, цену. Поэтому стоматологу необходимо иметь под рукой различные материалы для фиксации. У меня лично в клинике всегда есть три цемента:

— Модифицированный композитом стеклоиономерный цемент (МКСИЦ) Fuji PLUS компании GC, который я использую на регулярной основе, особенно в тех случаях, когда границы протеза располагаются ниже уровня десны и/или когда препарирование обеспечивает высокую степень ретенции. Это характерно для металлокерамических мостов или коронок, керамических коронок с циркониевым каркасом и некоторых керамических вкладок. Fuji PLUS, который доказал свою ценность на протяжении длительного времени, чрезвычайно прост в использовании и позволяет легко удалять излишки материала. Он также обладает уникальными свойствами, такими как превосходная биосовместимость, хорошая адгезия к влажным твердым тканям зуба и антикариесогенное действие, связанное с высвобождением ионов фторида. Вкратце, это материал, который легок в использовании, имеет простой протокол применения и относительно недорог.

— Композитный цемент, используемый с адгезивной системой. Он обладает высокой эстетикой и имеет хорошую адгезию к тканям зубов, однако протокол его применения довольно сложен и требует от врача точности. В частности, необходимо использование раббердама и фотополимеризатора. Поэтому я использую его для фиксации частичных реставраций из керамики или композита, таких как виниры, накладки или оверлеи.

— Самоадгезивный цемент, который не требует предварительного использования адгезивной системы. Это G-CEM LinkAce, который я применяю в тех ситуациях, когда препарирование обеспечивает невысокую ретенцию, а эстетические требования являются умеренными.



ДЛЯ КАКИХ ПОКАЗАНИЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ FUJI PLUS

Поскольку протокол Fuji PLUS довольно прост и нечувствителен к технике применения, я всегда использую его, когда это допускают клинические условия. В основном это периферийные коронки, мосты, литые культевые вкладки и штифты. В этих ситуациях, в отличие от адгезивных композитных цементах, границы конструкций могут располагаться субгингивально, поскольку материал является гидрофильным. Я также использую Fuji PLUS для цементирования протяженных мостов, так как удаление излишков материала проводится легко и эффективно — и все это при относительно низких затратах. Отличная «толерантность к пульпе» у этого материала в сочетании с его герметизирующими свойствами также служит доводом в пользу того, чтобы использовать его при работе с витальными зубами всегда, когда это

возможно. И наконец, я иногда использую его для цементирования вкладок из стеклокерамики, так как это сочетание обеспечивает превосходные долгосрочные результаты (Van Dijken J.W. Resin-modified glass ionomer cement and self-cured resin composite luted ceramic inlays. A 5-year clinical evaluation. Dent. Mater. 2003; 19 (7): 670—4.).

от первичной ретенции препарируемых единиц, эстетики, используемых материалов, расположения границ препарирования, размеров реставрации, простоты протокола, возможности изоляции десневой жидкости во время цементирования и, наконец, стоимости. Чтобы проиллюстрировать эти положения, далее я привожу два клинических случая.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1: ПОСТОЯННАЯ ФИКСАЦИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОГО МОСТА

Пациенту в возрасте 71 года требуется комплексная реабилитация полости рта. Первичный клинический осмотр (фото 1) демонстрирует многочисленные окклюзионные проблемы, связанные со значительным износом твердых тканей зубов, вполне вероятно, связанным с бруксизмом как во время сна, так и при бодрствовании (фото 2).

После переноса ситуации в артикулятор и ее анализа (фото 3) принято решение выполнить коррекцию зубной дуги верхней челюсти с использованием металлокерамических мостов и коронок (с учетом их высокой прочности), в то время как съемный протез позволит воссоздать функциональную окклюзию. После установки литых культевых вкладок и штифтов (фото 4) требуется определенный период времени, который позволит уточнить новое соотношение верхней и нижней челюстей. После подтверждения новой окклюзии снимаются оттиски несъемных реставраций на верхней челюсти. Доступ к десневой борозде обеспечивается за счет использования методики двойной ретракционной нити (фото 5), затем с помощью поливинилсилоксанового материала (фото 6) выполняется двухэтапный оттиск с применением материалов различной вязкости. Далее перед установкой рабочей модели в артикулятор (фото 7) выполняются ее препарирование после регистрации центрального отношения (фото 8).

Выбор модифицированного композитом стеклоиномерного цемента делается с учетом различных параметров, которые зависят от типа реставрации и состояния полости рта, как то:

- первичная хорошая ретенция препарированных элементов,
- невозможность установки раббердама,
- присутствие десневой жидкости,
- состояние твердых тканей,
- риск развития кариеса.

РАССКАЖУ О СВОЕМ ОПЫТЕ РАБОТЫ С FUJI PLUS, ЧТО МНЕ ПРАВИТСЯ В ЭТОМ МАТЕРИАЛЕ

Более чем за 15 лет работы я зафиксировал на этот материал множество конструкций. Анализ клинической деятельности позволяет мне уверенно говорить, что система функционирует правильно, поэтому я полностью уверен в этом материале. Работать с Fuji PLUS приятно и комфортно — я могу легко добиться нужного количества цемента, вносимого в реставрацию, и необходимой толщины пленки (10 мкм), что гарантирует беспроблемную посадку реставраций. Рабочее время и время отверждения также хорошо подходят для установки протяженных мостов и позволяют легко удалять излишки цемента.

В КАКИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ FUJI PLUS

Выбор материала для фиксации должен быть обоснованным. Он, в свою очередь, диктуется рядом параметров, которые зависят

ПРЕИМУЩЕСТВА FUJI PLUS ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Он более устойчив к гидролизу и дегидратации, чем традиционный стеклоиномерный цемент. Это обеспечивает отличную герметизацию и, следовательно, хорошее клиническое поведение реставраций. Этот фактор является основополагающим для прогноза жизнеспособности ортопедических конструкций и дает определенную ясность относительно того, каковы могут быть ожидания пациентов.

Более чем за 15 лет работы я зафиксировал на Fuji PLUS множество конструкций. Я использую его на регулярной основе, особенно в тех случаях, когда границы протеза располагаются ниже уровня десны и/или когда препарирование обеспечивает высокую степень первичной ретенции. Fuji PLUS прост в использовании и нечувствителен к ошибкам при работе с ним.

После того, как в лаборатории изготовлены коронки и мосты, проводятся примерка и доработка протезов в стоматологической клинике (фото 9). Далее приходит черед важнейшего этапа — цементирования реставрации. В данном случае имеется ряд характеристик, которые делают Fuji PLUS подходящим материалом для фиксации:

- *первичная высокая ретенция в области препарирования* +
- *невозможность установки раббердама* —
- *наличие десневой жидкости* —
- *каркас протеза: сплав неблагородных металлов* +
- *риск возникновения кариеса* —

Протокол применения цемента рекомендует предварительно очистить области препарирования, а затем протравить их с помощью Fuji conditioner в течение 20 секунд (фото 10).

Использование кондиционера улучшает адгезию к тканям зуба. Затем зубы необходимо ополоснуть и высушить. Далее содержимое различных капсул, хранившихся до этого в холодильнике (для увеличения рабочего времени), последовательно встряхивают в течение 10 секунд для оптимального смешивания компонентов. Вслед за этим материал вносится в протез (фото 11) таким образом, чтобы минимизировать его излишки (слоя материала толщиной 1 мм достаточно) (фото 12). После этого в течение 30 секунд коронки должны быть зафиксированы в нужном положении. Примерно через минуту после установки, что соответствует фазе гелеобразования, излишки цемента должны быть удалены (фото 13). Заранее установленная зубная нить облегчает очистку участков вокруг pontиков мостовидных протезов. Изоляция должна сохраняться до окончательного отверждения цемента, которое происходит через 4 минуты (фото 14). Оставшиеся излишки цемента могут быть визуализированы с помощью рентгеновского снимка (фото 15); после их удаления пациент, наконец, может покинуть стоматологическую клинику (фото 16).

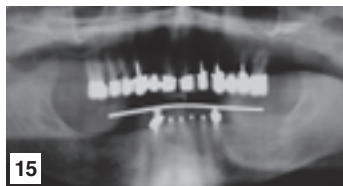


Фото 1. Первичный клинический осмотр демонстрирует серьезные окклюзионные проблемы.

Фото 2. Существенный износ твердых тканей зубов, вполне вероятно, связан с бруксизмом.

Фото 3. Перенос ситуации в артикулятор и анализ окклюзии.

Фото 4. Фиксация литых культевых вкладок и штифтов с помощью Fuji PLUS.

Фото 5. Установлены ретракционные нити.

Фото 6. Силиконовый оттиск — двухэтапный, с использованием двух материалов различной вязкости.

Фото 7. Рабочая модель верхней челюсти.

Фото 8. Определение центрального соотношения.

Фото 9. Примерка и коррекция окклюзии протеза.

Фото 10. Протравливание — нанесение Fuji conditioner на 20 секунд.

Фото 11. Внесение Fuji PLUS в дентальный протез.

Фото 12. Необходимо избегать появления излишков материала.

Фото 13. Удаление излишков цемента необходимо начинать по окончании фазы гелеобразования — это значительно упрощает задачу.

Фото 14. Изоляция должна поддерживаться до окончательного отверждения цемента (4 минуты).

Фото 15. Визуализация излишков цемента с помощью рентгеновского снимка.

Фото 16. Ситуация сразу после окончания лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2: ЦЕМЕНТИРОВКА ЦИРКОНИЕВОГО МОСТА

Молодая женщина в возрасте 22 лет нуждается в реконструкции верхней челюсти после дорожно-транспортного происшествия, которое произошло

8 лет назад. При ударе были утрачены два центральных резца и значительное количество костной ткани (фото 17). Она перенесла две операции по подсадке кости с целью дальнейшей установки имплантатов, но эти попытки оказались безуспешными. Теперь с ее согласия мы планируем

изготовление фиксированной реставрации с опорой на зубы (мост с циркониевым каркасом в области 13—23). Это вмешательство требует предварительной ортодонтической подготовки с тем, чтобы уменьшить расстояние между зубами 12 и 22 (фото 18), проведения нескольких трансплантаций соединительнотканых лоскутов (фото 19) и перебазировки временного моста (фото 20) для улучшения эстетической интеграции и обеспечения благоприятного прогноза функционирования мостовидного протеза. После окончательного восстановления мягких тканей (фото 21) снимается двухэтапный оттиск с использованием двух материалов различной степени вязкости (фото 22).

Проведение данных мероприятий позволяет далее использовать технологию CAD-CAM для изготовления каркаса из диоксида циркония (фото 23). После фрезерования каркаса выполняют его примерку и коррекцию в полости рта (фото 24), за чем следует проверка пассивности посадки с использованием Fit-Checker Advanced Blue (фото 25). Затем на циркониевый каркас выполняется послойное нанесение облицовочной керамики на основе полевого шпата (фото 26), после чего проводится примерка протеза в ротовой полости пациентки (фото 27). После выполнения одной, максимум двух, окклюзионных коррекций и полировки поверхности выполняется цементная фиксация реставрации.

В этом случае пациент имеет следующие характеристики, делающие Fuji PLUS материалом выбора в данной клинической ситуации:

- *первичная хорошая ретенция в области препарирования* +
- *невозможность установки раббердама* -
- *наличие десневой жидкости* -
- *материал каркаса: цирконий* +
- *риск возникновения кариеса* +

После анализа данных факторов принято решение выполнить

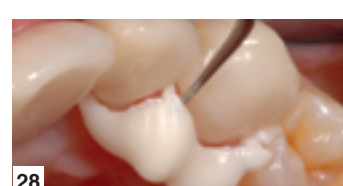
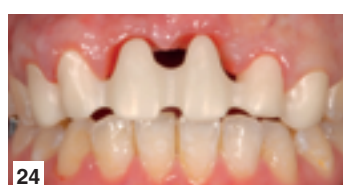


Фото 17. Исходная ситуация: отсутствуют зубы 11 и 21, наблюдается значительная потеря костной ткани.

Фото 18. Ортодонтическое лечение с целью улучшения окклюзионных параметров (Pr. MJ Boileau — CHU de Bordeaux).

Фото 19. Пересадка субэпителиального соединительнотканного лоскута с целью улучшения состояния пародонта (Dr. J.M. Marteau — CHU de Bordeaux).

Фото 20. Временный мостовидный протез, стимулирующий заживление мягких тканей. Опорные зубы оставлены витальными.

Фото 21. Заживление мягких тканей завершено.

Фото 22. Получение оттиска области препарирования.

Фото 23. Циркониевый каркас.

Фото 24. Проверка посадки ортопедической конструкции в пришеечной области.

Фото 25. Проверка пассивности посадки протеза с помощью Fit-Checker Advanced Blue (GC).

Фото 26. Готовый к фиксации мостовидный протез.

Фото 27. Примерка мостовидного протеза.

Фото 28. Удаление излишков Fuji PLUS.

Фото 29. Контрольный рентгеновский снимок.

Фото 30. Новая улыбка довольной пациентки.

цементировку реставрации с использованием Fuji PLUS. После кондиционирования твердых тканей зубов цемент вносится в протез в позиции зубов 12, 11, 21 и 22. Через одну минуту после установки конструкции излишки материала можно удалить (фото 28), после

чего рентгеновский снимок позволяет визуализировать оставшиеся незамеченными излишки цемента (фото 29). Работа окончена — довольная пациентка уходит, получив новую улыбку (фото 30).

Published in GC Get Connected 7 2016.
With courtesy of Dr Emmanuel d'Incau.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Emmanuel d'Incau получил квалификацию врача-стоматолога (DDS — Doctor of Dental Surgery) в 1998 году на стоматологическом факультете университета Бордо. С 2002 по 2006 гг. работал в качестве ассистента профессора ортопедического отделения. Одновременно занимался частной практикой до получения в 2012 г. степени кандидата медицинских наук (PhD), после чего занял позицию ассоциированного профессора. В настоящее время он сосредоточил свои усилия на трех направлениях: преподает окклюзию и несъемное протезирование на стоматологическом факультете в университете Бордо, проводит исследования в области износа стоматологических материалов в лаборатории PACEA (UMR 5199 CNRS) и работает на полную ставку в университетском госпитале Бордо.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТЕКЛОВОЛОКОННОЙ ЛЕНТЫ INTERLIG ДЛЯ ШИНИРОВАНИЯ ЗУБОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

А. Д. Садаева, Н. В. Хачатурян, Д. И. Писаренко

Аннотация. В статье на примере клинического случая рассмотрен вариант шинирования с помощью ленты Interlig, которое не только ограничивает подвижность зубов, но и способствует положительной динамике лечения заболеваний пародонта. Наблюдение в течение двух лет показало стабилизацию процесса, отсутствие обострений

воспалительных заболеваний пародонта и сохранность шинирующей конструкции.

Ключевые слова: стекловолоконная лента, лента Interlig, шинирование зубов, заболевания пародонта, подвижность зубов.

USE OF INTERLIG GLASS-FIBER TAPE FOR TREATING TEETH IN THE TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES

A. D. Sadayeva, N. V. Khachaturian, D. I. Pisarenko

Annotation. In the article, a variant of splinting using Interlig tape is considered as an example of a clinical case, which not only limits the mobility of teeth, but also contributes to the positive dynamics in treatment of periodontal diseases. The observation over the course

of two years has shown stabilization of the process, the absence of exacerbations of inflammatory periodontal diseases and the safety of the splinting structure.

Keywords: fiberglass tape, Interlig tape, splinting of teeth, periodontal disease, tooth mobility.

Воспалительные заболевания пародонта средней и тяжелой степени тяжести сопровождаются подвижностью зубов. Одной из составных частей комплексного лечения этих заболеваний является иммобилизация подвижных зубов с применением различных методов шинирования, что позволяет объединить зубы в общую систему, выступающую как единое целое. Стабилизация подвижных зубов, их объединение в блок при помощи шины позволяет устранить травматическую артикуляцию, нормализовать жевательную нагрузку, уменьшить подвижность зубов.

В настоящее время в качестве арматуры при шинировании используют два вида материалов в зависимости от их химического состава:

- на основе неорганической матрицы — стекловолокна (GlassSpan, Fiber splint);
- на основе органической матрицы — полиэтилена (Connekt, Ribbond).

На протяжении многих лет стекловолоконное шинирование зубов применяется в практике врачей-стоматологов на терапевтическом приеме в ГУП РО «ОХСП». Это один из самых эстетичных и надежных методов, который позволяет сохранять подвижные зубы. При проведении шинирования стекловолокном проводится щадящее препарирование зубов. На протяжении многих лет мы используем стекловолокно Interlig, которое представляет собой уже пропитанную жидким композитом ленту определенной ширины и диаметра, что является ее преимуществом перед другими стекловолоконными материалами.

Предлагаем рассмотреть конкретный клинический случай.

Пациентка М., 45 лет, обратилась в ГУП РО «ОХСП» с жалобами на подвижность зубов, кровоточивость

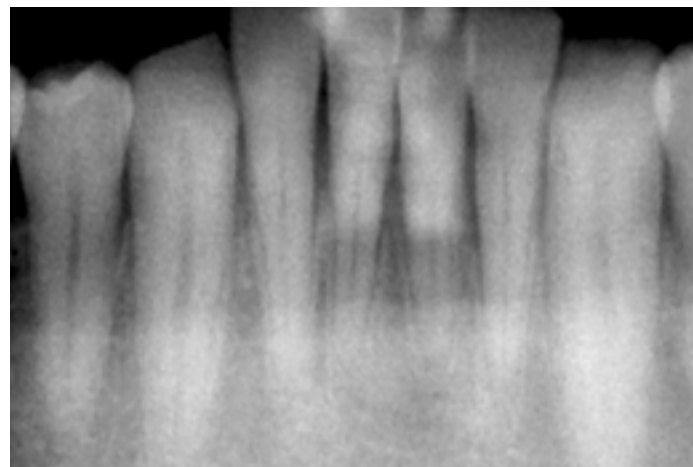


Фото 1. Рентгенологическое обследование в день посещения.

десен при чистке, дискомфорт при приеме пищи. Проведен предварительный осмотр и рентген-диагностика ротовой полости, в ходе которой выявлена подвижность нижних резцов 32, 31, 41, 42 I-II степени, усеченность вершин межальвеолярных перегородок (фото 1).

Определена необходимость провести профессиональную гигиену полости рта и зубов, местную и общую противовоспалительную терапию и шинирование фронтальных зубов, включая клыки 33, 43, в шину для обеспечения стабильности конструкции.

Алгоритм и особенности шинирования зубов стекловолоконной лентой Interlig:

- первым этапом проводим профессиональную чистку зубов от налета с помощью ультразвука, после чего полируем поверхности зубов пастой

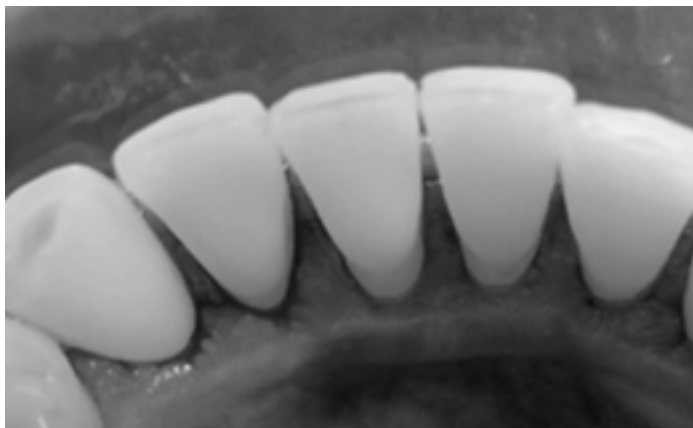


Фото 2. После проведения профессиональной гигиены полости рта и зубов.

Detartrine Z. При необходимости проводим противовоспалительную терапию (фото 2);

- изолируем зубы коффердамом. Стекловолоконную ленту Interlig подготавливаем заранее, отмеряем необходимый по длине участок ленты;
- определяем цвет жидкотекучего композита EsFlow для завершения шинирования;
- проводим препарирование горизонтальной борозды глубиной и шириной 1,5 мм с язычной поверхности шинируемых зубов с помощью алмазных боров;
- протравливаем отпрепарированные твердые ткани зубов в течение 15 секунд 37%-ной ортофосфорной кислотой, промываем и высушиваем их;
- наносим адгезивную систему и полимеризуем ее;
- укладываем стекловолоконную ленту Interlig, проводим полимеризацию и наносим жидкотекучий композит EsFlow для герметизации шинирующей конструкции;
- финишная обработка: шлифовка, полировка, удаление излишков материала (фото 3).



Фото 3. Окончательный вид шины.

После снятия коффердама проверяем гладкость поверхности шины и ее комфортность для пациента. Обучаем пациента гигиене полости рта, использованию ершиков и ирригаторов. Такая шина может носить как временный, так и постоянный характер. В случае необходимости она легко удаляется сошлифовыванием.

Контрольная явка через 6 месяцев показала стойкую ремиссию, подвижности зубов не отмечалось. Шинирование с помощью ленты Interlig не только ограничивает подвижность зубов, но и способствует положительной динамике лечения заболеваний пародонта.

Пациентка находилась под нашим наблюдением в течение двух лет, жалоб не предъявляла. Процесс стабилизировался, обострений воспалительных заболеваний пародонта не наблюдалось, целостность шинирующей конструкции не нарушена, сколов композитного материала не было.

Надеемся, что опубликованный материал заинтересует специалистов и поможет им в подобных практических ситуациях добиваться наилучшего результата.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ГУП РО «Областная хозрасчетная стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону, e-mail: gup.ohsp@gmail.com

Садаева Анна Давидовна — заместитель главного врача, врач стоматолог-терапевт высшей квалификационной категории.

Хачатурян Нелли Викторовна — врач стоматолог-терапевт второй квалификационной категории.

Писаренко Дарья Ивановна — врач стоматолог-терапевт второй квалификационной категории.

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ УЛЫБКИ ПРИ ПОМОЩИ КЕРАМИЧЕСКИХ ВИНИРОВ

О. О. Когос, С. В. Сокурено, Д. В. Никейцев

Аннотация. В статье на примере клинического случая освещаются особенности и преимущества микропротезирования керамическими винирами.

Ключевые слова: эстетическая реабилитация, микропротезирование, керамические виниры, одонтопрепарирование.

AESTHETIC REHABILITATION OF A SMILE WITH THE USE OF CERAMIC VENEERS

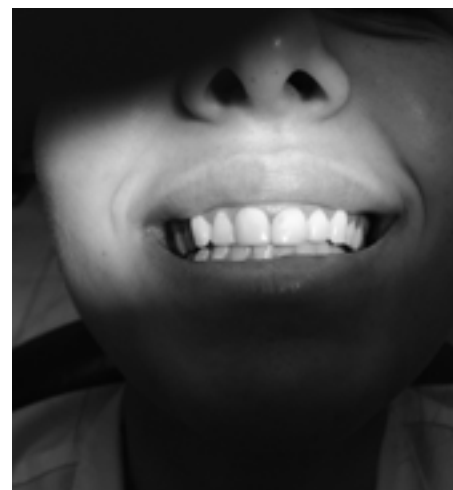
O. O. Kogos, S. V. Sokurenko, D. V. Nikeitsev

Annotation. The article highlights the features and benefits of microprosthetics with ceramic veneers on the example of a clinical case.

Keywords: aesthetic rehabilitation, microprosthetics, ceramic veneers, odontopreparation.

В настоящее время важной частью ортопедического лечения является не только восстановление функции жевания, но и формирование красивой улыбки. В вопро-

сах эстетики центральных зубов пациенты предъявляют повышенные требования и желают добиться результата, при котором зубы будут выглядеть максимально



естественно. Керамические виниры — это современный вид протезирования, который способствует сохранению максимального количества твердых тканей зуба и который относится к малоинвазивным методам лечения.

Предлагаем рассмотреть следующий клинический случай.

В ортопедическое отделение ГУП РО «ОХСП» обратилась пациентка с жалобами на наличие эстетического дефекта, обусловленного некачественными композитными реставрациями 12, 11, 21, 22 зубов, которые были деформированы и изменены в цвете. После проведения всех необходимых процедур обследования пациентке было предложено изготовить керамические виниры на фронтальную группу зубов.

Протезирование с помощью керамических виниров имеет определенные особенности, которые отличают его от традиционного протезирования с применением полных покрывных коронок. Это особенности:

- планирования лечения;
- одонтопрепарирования;
- получения рабочего оттиска;
- изготовления временных конструкций;
- постоянного цементирования.

Планирование лечения — один из важнейших этапов в протезировании. Как и большинство реставраций в центральном отделе, оно начинается с воскового моделирования (wax-up) и предварительной визуализации прототипа (mock-up). Переход к следующему этапу начинается только после того, как пациент одобрит вариант, разработанный врачом и зубным техником. Это психологический момент для пациента — ведь работа, которую мы должны выполнить, трудоемкая и недешевая. Здесь мы исходим из того, что каждый пациент предъявляет свои требования к красивой улыбке, и на этом этапе мы формируем его ожидания от конечного результата протезирования. При микропротезировании, одним из видов которого является изготовление керамических виниров, требуется особый подход к этапу одонтопрепарирования. Есть несколько основных вариантов препарирования, каждый из которых применяется в зависимости от клинической ситуации:

- минимальное препарирование — до 0,5 мм;
- консервативное препарирование — от 0,5 мм до 1 мм;
- классическое препарирование — от 1 мм до 1,5 мм.

Мы выбрали вариант классического препарирования. Для получения рабочих оттисков под керамические виниры мы использовали одноэтапный двухслойный оттиск. Ретракцию мягких тканей производили ретракционной нитью Gingi-pak только с вестибулярной стороны по методике одной нити. После этого для пациентки были изготовлены временные конструкции прямым методом из бис-акрилового материала Structur 2 SC. Особое внимание уделяется полировке временных виниров — их поверхность должна быть гладкой, без нависающих краев, чтобы исключить травмирующий фактор на мягкие ткани.

Фиксация виниров — один из самых трудоемких этапов и требует тщательного соблюдения адгезивного протокола. Конструкция крепится на композитный цемент. Подготовка керамического винира к фиксации заключается в обработке поверхности плавиковой кислотой и силанизации. Следует обратить внимание на материал, из которого изготовлен винир, и концентрацию плавиковой кислоты, так как эти факторы влияют на время протравливания. Чрезмерное протравливание может снизить адгезию цемента к керамической поверхности. Если полевошпатную керамику протравливают 5%-ной плавиковой кислотой около одной минуты, то дисиликат лития (e.Max, Ivoclar-Vivadent, Лихтенштейн) — только 20 секунд. Поверхность зуба подготавливают, учитывая рекомендации производителя, а также особенности выбранного цемента и совместимой адгезивной системы. При соблюдении всех правил изготовления керамических виниров нам удалось добиться желаемого результата в виде качественной реставрации, которая прослужит пациентке 10–15 лет.

Выводы: керамические виниры — это современный высокоэстетичный способ решения проблем эстетики улыбки, основным преимуществом которого является возможность сохранения большего количества собственных твердых тканей зуба.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Государственное унитарное предприятие Ростовской области «Областная хозрасчетная стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону, e-mail: gup.ohsp@gmail.com

Когос Олег Олегович — врач стоматолог-ортопед;

Сокурченко Сергей Викторович — врач стоматолог-ортопед, 2-я категория по специальности «Стоматология ортопедическая»;

Никейцев Дмитрий Викторович — врач стоматолог-ортопед, 2-я категория по специальности «Стоматология ортопедическая».

АНТИСЕПТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА
ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА
И ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА

ФТОРАСЕПТ

ЛЕЧЕНИЕ

- ◆ воспалительных процессов и кровоточивости десен, слизистой полости рта под съемным зубным протезом

ПРОФИЛАКТИКА

- ◆ кариеса зубов
- ◆ гиперестезии и гипоплазии
- ◆ некариозных повреждений

ВЛАДМИВА

Торговый Дом «ВладМиВа»,
308023, г. Белгород, ул. Садовая, 118
т./ф: (4722) 200-555; market@vladmiva.ru



www.vladmiva.ru



РЕКЛАМА

ХІХ ВСЕРОССИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА

СТОМАТОЛОГИЯ
СОВРЕМЕННАЯ

ДЕНТАЛ-ЭКСПО
РОСТОВ



**12-14
НОЯБРЯ**

ОРГАНИЗАТОРЫ:
РОСТОВ ЕХРО
www.rostovexpo.com

DENTALEXPO®
www.dental-expo.com

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

Спонсор:

**ivoclar
vivadent:**

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper Since 1888

**DENTAL
MAGAZINE**

**ЗДРАВЫЙ
ВРАЧ**

Генеральный информационный партнер
**Стоматология
БЕЛАЯ**

КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕЛЯ, ОБЛАДАЮЩЕГО ОДНОВРЕМЕННО РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩИМ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ДЕЙСТВИЕМ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Н. Б. Ванченко, К. Г. Караков, С. В. Новиков, В. И. Лавриненко, П. А. Савельев, Н. В. Коняхин, Э. М. Джафаров

Аннотация. В современном мире безусловным желанием и стремлением большинства людей является красивая и здоровая улыбка, так как она улучшает качество общения людей и позволяет добиться положительных результатов в личной и социальной сфере человека. А, как известно, красивая улыбка зависит не только от состояния твердых тканей зубов, но и от состояния тканей пародонта. Поэтому на сегодняшний

день в стоматологии заболеваниям тканей пародонта уделяется очень много внимания. Лечение заболеваний тканей пародонта — достаточно сложный процесс, который требует от врача-стоматолога комплексного подхода.

Ключевые слова: пародонт, хронический генерализованный пародонтит, противовоспалительная терапия, повышенная чувствительность зубов, реминерализующая терапия.

THE CLINICAL RESULT OF THE USE OF GEL, POSSESSING SIMULTANEOUS REMINERALIZING AND ANTI-INFLAMMATORY ACTION IN THE TREATMENT OF DISEASES OF PARODONTAL TISSUES

N. B. Vanchenko, K. G. Karakov, S. V. Novikov, V. I. Lavrinenko, P. A. Saveliev, N. V. Konyakhin, E. M. Jafarov

Annotation. In today's world the unconditional desire and aspiration of most people is a beautiful and healthy smile, as it improves the quality of people's communication and allows the achieving of positive results in personal and social spheres of a person. As known, the beautiful smile depends not only on the state

of hard tissues of the teeth, but also on the condition of parodontal tissues. Therefore, today in dentistry a great deal of attention is paid to parodontal tissue diseases. The treatment of parodontal tissue diseases is a rather complex process that requires comprehensive approach from the dentist.

Keywords: parodontal disease, chronic generalized parodontitis, anti-inflammatory therapy, tooth sensitivity, remineralizing therapy.

При лечении воспалительных изменений тканей пародонта обязательным условием является проведение реминерализующей терапии, так как лечение данных заболеваний очень часто сопровождается повышенной чувствительностью твердых тканей зубов, что очень сильно беспокоит данную категорию больных [1]. Лечение воспалительных изменений тканей пародонта возможно при соблюдении всех рекомендаций и советов врача-стоматолога [2].

Подавляющее большинство людей разного возраста страдают заболеваниями пародонта [3]. Хронические воспалительные изменения пародонта широко распространены среди населения разных стран [4]. По данным ВОЗ, 67% населения страдают хроническими воспалительными заболеваниями пародонта [5]. Однако нередко результаты лечения зависят не только от мастерства врача, но и от правильного выбора эффективной восстанавливающей терапии [6].

Нами было проведено лечение хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести с использованием препарата «ФторАсепт». После проведенного курса терапии была достигнута положительная динамика, как при лечении воспалительного процесса, так и при купировании повышенной чувствительности зубов, сопровождающей воспалительный процесс [7, 8].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение клинического эффекта при использовании препарата «ФторАсепт» для лечения больных

хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести в качестве основного терапевтического средства [9]. Нами была поставлена задача определения реминерализующего действия на твердые ткани зубов и противовоспалительного действия на ткани пародонта [10].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе кафедры терапевтической стоматологии СтГМУ было диагностировано и проведено лечение заболеваний пародонта у 28 пациентов. Возраст больных варьировался от 28 до 48 лет. Больные были разделены на две группы: основная (18 пациентов) и группа сравнения (10 пациентов). До лечения были применены гигиенические и пародонтальные индексы, которые указывали на выраженные воспалительные процессы тканей пародонта. В группе сравнения больным было проведено стандартное лечение хронического генерализованного пародонтита с применением комплексной чистки, назначением геля Метрогил-дента в течение 14 дней с последующим повторным курсом через 1 месяц. Пациентам основной группы назначался препарат «ФторАсепт».

В основной группе после снятия зубных отложений, остановки кровотечения с использованием перекиси водорода, дезинфицирующим орошением растворами хлоргексидина и фурацилина был проведен курс терапии препаратом «ФторАсепт». Данный препарат предназначен для лечения воспаления и кровоточивости десен, слизистой полости рта под съемным зубным

протезом, а также профилактики кариеса зубов, гиперестезии и гипоплазии, некариозных повреждений эмали зубов. Пациентам основной группы был проведен комплекс процедур следующим образом: наносили гель «ФторАсепт» 2 раза в день (утром и вечером) после чистки зубов в течение 10 дней. Через 20 дней комплекс процедур повторяли.

Входящий в состав геля «ФторАсепт» аминофторид — наиболее действенный носитель ионов фтора, обеспечивающий оптимальную концентрацию активного фтора на поверхности твердых тканей зубов и оказывающий противокариесное действие. Образуя на поверхности зуба высокостабильный защитный слой, предотвращающий потерю кальция, не растворяющийся в кислотах и устойчивый к действию слюны, аминофторид уменьшает проницаемость зубной эмали. Гель с аминофторидом воздействует на твердые ткани зубов эффективнее и быстрее, чем гели с другими источниками фтора. Обладая поверхностной активностью, аминофторид защищает твердые ткани зубов от образования зубного налета.

Хлоргексидин — антисептик, активный в незначительных концентрациях и обладающий широким спектром действия в отношении грамположительных, грамотрицательных бактерий и грибковой флоры. Благодаря остаточной активности он обеспечивает длительность бактерицидного эффекта на микроорганизмы, образующие зубной налет, способствующий предупреждению и лечению гингивитов, уменьшает воспаление десен.

Природный бетаин, входящий в состав геля, обладает свойствами защиты живых клеток, а также легко транспортирует воду для их увлажнения, что полезно для водного баланса слизистой оболочки полости рта и снятия симптома сухости во рту. Гель «ФторАсепт» обладает

приятными вкусовыми свойствами, его можно применять в домашних условиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После проведенного курса противовоспалительной терапии препаратом «ФторАсепт» у пациентов объективно отмечалось, что внешний вид десны, зубо-десневое прикрепление, цвет, тургор стали приближаться к норме. Субъективные ощущения пациентов также свидетельствовали об улучшении состояния, что подтверждает благоприятный терапевтический эффект применения препарата «ФторАсепт» для лечения данной группы больных. Становится очевидным тот факт, что препарат «ФторАсепт» действительно благоприятно влияет на динамику лечения хронического воспалительного процесса тканей пародонта. Включение в схемы лечения данного препарата оказало положительное влияние: отмечено снижение РМА на 61,8%, пародонтального индекса на 45,3% и гигиенического индекса Грин-Вермильона на 39,8%. Пролонгированное действие подтверждалось отсутствием воспалительных проявлений в течение длительного времени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, исходя из вышесказанного, можно заключить, что применение препарата «ФторАсепт» в проведенном лечении больных хроническим генерализованным пародонтитом доказывает свое превосходство над традиционной схемой лечения. Немаловажную роль играет тот факт, что период ремиссии был достаточно длительным (3—6 месяцев).

Рассматриваемый препарат можно рекомендовать практикующим врачам-стоматологам для включения в схему лечения заболеваний тканей пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пузин С. Н., Пряников И. В., Ванченко Н. Б., Караков К. Г., Шургая М. А. Медико-социальные аспекты хронического генерализованного пародонтита // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2018. — Т. 21. — №3—4. — С. 129—133.
2. Ванченко Н. Б., Абдулахова Д. А. Применение препарата «Имудон» и ультразвуковой стоматологической установки «Вектор» в комплексе лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2017. — №3. — С. 75—77.
3. Караков К. Г., Ванченко Н. Б., Абдулахова Д. А. Причины и патогенетические механизмы развития пародонтита (литературный обзор II часть) // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2017. — №3. — С. 91—97.
4. Абдулахова Д. А., Ванченко Н. Б., Караков К. Г. Применение лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки эффективности лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта у работников производств с особыми условиями труда // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2018. — №1. — С. 88—97.
5. Ванченко Н. Б., Сеираниду З. А., Абдулахова Д. А. [и др.] Анализ клинической эффективности комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести // Современные проблемы науки и образования. — 2018. — №2. — С. 40.
6. Зилов В. Г., Хадарцев А. А., Иляшенко Л. К., Еськов В. В., Миненко И. А. Экспериментальные исследования хаотической динамики биопотенциалов мышц при различных статических нагрузках // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. — 2018. — Т. 165. — №4. — С. 400—403.
7. Пузин С. Н., Шургая М. А., Меметов С. С., Шаркунов Н. П., Рукодадный О. В., Потапов В. Н., Говорушкина Н. С., Миненко И. А. Совершенствование медико-социальной помощи лицам пожилого возраста // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2018. — №1. — С. 25—28.
8. Зилов В. Г., Миненко И. А. Значение традиционных медицинских систем в концепции активного долголетия // Вестник восстановительной медицины. — 2017. — №1 (77). — С. 55—59.
9. Миненко И. А., Аль-Замил М. Х. Анальгезирующий эффект лабильного и стабильного способов высокочастотной электростимуляции // Клиническая неврология. — 2017. — №1. — С. 9—13.
10. Миненко И. А., Аль-Замил М. Х. Улучшение качества жизни пациентов с диабетическим нейропатическим болевым синдромом в результате комбинированного применения акупунктуры и электротерапии // Клиническая неврология. — 2017. — №2. — С. 33—38.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь
 Ванченко Нелли Борисовна — аспирант, ассистент кафедры терапевтической стоматологии, врач-стоматолог первой квалификационной категории, e-mail: nelli2626@mail.ru;
 Караков Карен Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии;
 Новиков Сергей Владимирович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии;
 Лавриненко Вячеслав Иванович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии;
 Савельев Павел Анатольевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии;
 Коныхин Никита Витальевич — студент 4-го курса стоматологического факультета;
 Джафаров Эльнур Матлаб оглы — студент 4-го курса стоматологического факультета.

РАННЕЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ ПЕРВИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ

В. В. Бавлакова, Р. А. Файзулина, М. М. Мамхягова

Аннотация. В статье представлены данные анализа историй болезней и аргументы в пользу раннего начала ортодонтического лечения пациентов с этой патологией. Позднее выявление патологии и обращение за ортодонтической помощью приводят к удалению молочных зубов вследствие осложнений кариеса, без попыток их сохранить, что в дальнейшем

приводит к нарушению положения соседних зубов и функциональной перегрузке некоторых из них, недоразвитию альвеолярного отростка, снижению высоты прикуса, эстетическим нарушениям.

Ключевые слова: зубные аномалии, адентия, ортодонтия, смена зубов, эджуайс-техника.

EARLY ORTHODONTIC TREATMENT OF PATIENTS WITH PARTIAL PRIMARY ADENTIA

V. V. Bavlakova, R. A. Fayzulina, M. M. Mamkhiagova

Annotation. The article presents data from the analysis of case histories and arguments in favor of the early onset of orthodontic treatment of patients with this pathology. Late detection of pathology and seeking for orthodontic care leads to the removal of milk teeth as a consequence of caries complications, without trying to preserve

them, which further leads to a violation of the position of adjacent teeth and functional overload of some of them, an underdevelopment of the alveolar process, a decrease in the height of the bite and to aesthetic disturbances.

Keywords: dental anomalies, adentia, orthodontics, tooth change, edgways technique.

ВВЕДЕНИЕ

Зубочелюстные аномалии, занимающие третье место в структуре стоматологических заболеваний после кариеса и заболеваний пародонта являются одними из наиболее распространенных заболеваний у детей и подростков. Они снижают способность к пережевыванию пищи, неблагоприятно влияют на желудочно-кишечный тракт, приводят к нарушениям речи, оказывают значительное влияние на качество жизни и социальную адаптацию, а также являются эстетическим недостатком, приводя к трудностям при выборе профессии и реализации человеческого потенциала.

Одной из наиболее сложных форм зубочелюстно-лицевых аномалий является первичная частичная адентия, так как она представляет трудности в восстановлении морфологии и функции жевательного аппарата.

Наблюдения свидетельствуют, что у людей, проживающих в различных географических условиях, и у представителей разных рас частота адентии неодинакова — она колеблется от 0,15% (Канада) до 10,4% (Норвегия) [1].

Адентия отдельных зубов встречается у 21,5% пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью.

Чаще наблюдается адентия вторых премоляров (24%), боковых резцов (18%), третьих постоянных моляров (16%) [1].

В статье представлены данные анализа историй болезни пациентов с ранней адентией и оценка эффективности лечения, проведенного с помощью эджуайс-техники.

В связи с необходимостью длительного и дорогостоящего лечения пациенты с частичной первичной адентией нуждаются в раннем ортодонтическом лечении [2].

Врач-ортодонт, своевременно наблюдая пациента, должен выбрать метод и определить время начала лечения, его продолжительность, эффективность и полученный результат.

Несвоевременное выявление патологии и обращение за ортодонтической помощью приводит к удалению молочных зубов вследствие осложнений кариеса, без попытки их сохранения, что в дальнейшем приводит к нарушению положения соседних зубов и функциональной перегрузке отдельных из них, недоразвитию альвеолярного отростка, снижению высоты прикуса, эстетическим нарушениям [1, 3].

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ

Целью данной работы является раннее выявление первичной

частичной адентии зубов (ПЧАЗ), сохранение молочных зубов на длительный срок, контроль резорбции корней, диспансерное наблюдение и сохранение места для постоянных зубов или протеза для дальнейшего протезирования.

Основными задачами лечения пациентов с ПЧАЗ являлось сохранение молочных зубов, создание места для постоянных зубов, зубного имплантата или зубного протеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было проанализировано 4 истории болезни ортодонтических пациентов, находящихся на лечении в клинике «Стоматология» Волгоградского государственного медицинского университета.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациент А.

Ортодонтическое лечение начато с 13-летнего возраста с 2014 года, диагноз: «Множественная адентия 1.2, 1.4, 2.2, 2.4, 2.5, 3.5, 4.5». Произведено исследование ОПТГ, получение оттисков с обеих челюстей, изготовление гипсовых моделей, их антропометрические расчеты, консультация стоматолога-хирурга по поводу имплантации отсутствующих зубов. Произведено лечение



Рис. 1. Пациент А.



Рис. 2. Пациент А.



Рис. 3. Пациент В.

эджуайс-техники для создания места под дальнейшее протезирование (рис. 1, 2).

Пациент В.

Ортодонтическое лечение с 8-летнего возраста с 2016 года, диагноз: «Частичная первичная адентия 1.5, 2.5, 3.5, 4.5». Удаление отдельных зубов вследствие наличия очагов деструкции в периапикальных тканях. Проведено все необходимое ортодонтическое обследование. Произведено лечение съёмными ортодонтическими аппаратами с винтами для сохранения места для проведения дентальной имплантации отсутствующих зубов после окончания роста костного скелета (рис. 3).



Рис. 4. Пациент С.



Рис. 5. Пациент С.

Пациент С.

Ортодонтическое лечение с 18-летнего возраста с 2016 года, диагноз: «Частичная первичная адентия 1.2, 1.4, 1.5, 2.2, 2.4, 2.5, 3.5, 4.5». Удаление отдельных зубов по ортодонтическим показаниям. Произведено лечение эджуайс-техники для создания места под дентальные имплантаты отсутствующих зубов. Произведена постановка дентальных имплантатов (рис. 4, 5).



Рис. 6. Пациент Д.



Рис. 7. Пациент Д.

Пациент Д.

Ортодонтическое лечение с 10-летнего возраста, диагноз: «Частичная первичная адентия 1.4, 1.5, 2.4, 2.5, 3.4, 3.5, 4.4, 4.5». Удаление отдельных зубов по ортодонтическим

показаниям было 2 года назад в 8-летнем возрасте. Ортодонтическое лечение было начато несвоевременно, за 2 года произошла дистализация 1.3 и 2.3 на места отсутствующих премоляров. Произведено лечение эджуайс-техники для создания места для проведения дентальной имплантации отсутствующих зубов после окончания роста костного скелета (рис. 6, 7).

на длительный период, что позволяет сократить финансовые расходы на протезирование отсутствующих постоянных зубов.

Другим преимуществом своевременного ортодонтического лечения является предотвращение появления значительных нарушений положения соседних зубов, которые затруднительно вернуть в первоначальное состояние.

Раннее ортодонтическое лечение в комплексе с лечением у других специалистов уменьшает риск появления рецидива и не отягощает общее состояние организма.

ВЫВОДЫ

Одним из преимуществ раннего начала ортодонтического лечения является сохранение молочных зубов

ЛИТЕРАТУРА

1. Акодис З. М., Арсенина О. И. Руководство по ортодонтии. Под ред. Ф. Я. Хорошилкиной. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1999. — С. 351—352.
2. Легович М., Новосел А., Легович А. Изучение ортодонтических аномалий в молочном и постоянном прикусе во временном аспекте // Стоматология. — 2001. — №5. — С. 54—56.
3. Персин Л. С. Стоматология детского возраста. В 3 ч. Часть 3. Ортодонтия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — С. 111.
4. Афанасьева В. В. Хирургическая стоматология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — С. 761.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

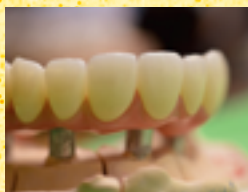
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, стоматологический факультет, г. Волгоград
Бавлакова Виктория Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортодонтии, e-mail: bavlakova60@mail.ru;
Файзулина Регина Александровна — клинический ординатор 1 года кафедры ортодонтии, e-mail: faizulinar90@gmail.com;
Мамхягова Мадина Мурадиновна — клинический ординатор 1 года кафедры ортодонтии, e-mail: Madina.mamkhyagova@bk.ru.



- ◆ **ВИНИРЫ**
- ◆ **3D ПЕЧАТЬ**
- ◆ **ALL-ON-FOUR NOBEL**
- ◆ **ЦИРКОН КАТАНА (ЯПОНИЯ)**



Вишняк Игорь Евгеньевич, Вишняк Анжелика Сергеевна



ТОТАЛЬНЫЕ РАБОТЫ, ЛУЧШИЕ ИЗ РАВНЫХ!



Тел. 8-918-499-83-20, администратор Наталья
Мастерская «ГошА» | e-mail: goshayeti@mail.ru

РЕКЛАМА

Delo
dental laboratory

Лаборатория «DELO»

Хорошая зуботехническая лаборатория – это высокотехнологичные техники и современное оборудование. Мы выполняем все виды зуботехнических работ на основе новейших технологий. Наша лаборатория работает на оборудовании фирмы Sirona и imes-core, которое предоставляет нам практически безграничные возможности в изготовлении безметалловых конструкций - каркасов, Балок, замковых креплений, вкладок «инлей/онлей», виниров и металлокерамики. Также мы изготавливаем бюгельные протезы, нейлоновые и акриловые протезы. Тесное сотрудничество врачей-стоматологов и зубных техников гарантирует высокое качество всех видов работ.

Лаборатория «DELO» - это многолетний опыт, передовые технологии, качество исполнения и индивидуальный подход к каждой работе. Когда-то в штате лаборатории было всего два техника, сегодня в штате 26 высококлассных профессионалов своего дела. Ежегодно мы принимаем участие в стоматологических выставках, где мы обмениваемся опытом, делимся своими достижениями.

Мы с большой радостью окажем вам услуги по выполнению всех зуботехнических работ. Выбирая лабораторию "DELO", вы получаете качество и надежность в кратчайшие сроки. Развитие нашей лаборатории способствует расширению возможностей, а также повышению качества работы.



МЫ ЖДЕМ ВАС В НАШЕЙ ЛАБОРАТОРИИ «DELO»

Доставка по городу, а также в любой регион России.
По вопросам заказа курьера вы можете обратиться к нашему администратору по тел. (988) 114-31-11.

Тел. (988) 114-31-11  [eduard_ilchenko](https://www.instagram.com/eduard_ilchenko)

РЕКЛАМА

УЛЬТРАСОВРЕМЕННЫЙ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ
КОМПЬЮТЕРНЫЙ ТОМОГРАФ

NEWTOM VGI EVO

ц е н а

12 000 000 руб.

РАССРОЧКА • АРЕНДА



**ТОЛЬКО
ДЛЯ НАСТОЯЩИХ
СПЕЦИАЛИСТОВ!**

NewTom VGI Evo — аппарат, который сможет воплотить ваши желания и представления о современном КЛКТ-аппарате. Теперь все необходимые функции, ранее представленные в разных аппаратах, объединились в одном сверхмощном КЛКТ-аппарате Newtom VGI Evo. Один детектор заменит три аппарата!



Томограф Newtom VGI Evo — аппарат, который объединил в себе несколько функций. Он позволяет осуществлять конусно-лучевые трехмерные, панорамные и цефалометрические исследования. Это настоящая революция в диагностике от компании Newtom.

NewTom VGI Evo

является топовой моделью в сегменте конусно-лучевых компьютерных томографов премиум-класса

Купив этот томограф в рассрочку, вы сможете достойно выдерживать конкуренцию на рынке стоматологических услуг

БЛАГОДАРЯ САМОМУ БОЛЬШОМУ РАЗМЕРУ ПОЛЯ СКАНИРОВАНИЯ, СОСТАВЛЯЮЩЕМУ 24X19 CM, СПЕЦИАЛИСТУ ДОСТОВЕРНО ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ:

- ✓ Шейный отдел позвоночника
- ✓ Подъязычная кость
- ✓ Шиловидный отросток
- ✓ Нижняя и верхняя челюсти
- ✓ Височно-нижнечелюстной сустав
- ✓ Придаточные пазухи носа (клиновидная, клетки решетчатого лабиринта, лобные)
- ✓ Сосцевидные отростки

ХАРАКТЕРИСТИКИ

Детектор	Плоская панель на основе аморфного кремния
Излучатель	Рентгеновская трубка с вращающимся анодом
Размер вокселя	от 100 мкм до 300 мкм
Вес	377 кг. Control Box 95 кг.
Размер	Высота 223 см, Ширина 128,5 см, Глубина 63,9 см
Время сканирования	15 с
FOV	24x19, 16x16, 15x12, 15x5, 12x8, 10x10, 8x8, 8x5, 5x5
Размер фокусного пятна	0.3 мм
Время экспозиции	1.8—4.3 с
Полученное изображение	КЛКТ технология и одиночное сканирование
Расположение пациента	Сидя/стоя
Серая шкала	16 бит
Время реконструкции	менее 1 мин.
Программное обеспечение	NNT
Питание	15A @100/115В, 12A @200В, 10A @220/230В, 50/60Гц
Получение изображений в динамике Cіnex	1—36 с, серийная рентгенография, поле сканирования 18x19 см (ШхВ)
Типы экспозиции	SafeBeam для уменьшения облучения в зависимости от телосложения пациента



8-800-775-04-87
www.amicort.ru

Костнозамещающие материалы для стоматологии

Гранулы, гели, мембраны, пластины, губки



ООО "НПК ПОЛИСТОМ"



105094, Москва, Семеновская набережная, дом 2/1, стр. 1
Тел.: 8(495) 737-68-92; (499) 922-35-36. E-mail office@polystom.ru

ПРОФИЛАКТИКА ОПЕРАЦИОННЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТКРЫТОГО СИНУС-ЛИФТИНГА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

С. Ю. Максьюков, Н. В. Бойко, К. Д. Пилипенко, Е. С. Максьюкова, Ш. Г. Кипиани, И. А. Демидов

Аннотация. В ходе работы были обследованы 134 пациента с атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти и дефектами зубных рядов перед проведением синус-лифтинга и дентальной имплантации. На этапе подготовки к синус-лифтингу дополнительно были предприняты эндоскопическая риноскопия и компьютерная томография верхней челюсти с включением остиомеатального комплекса и околоносовых пазух. Изучена связь исходных результатов клинического, томографического и эндоскопического исследований с развитием осложнений интра- и послеоперационного периодов. Установлено, что к факторам риска перфорации слизистой дна верхнечелюстной пазухи (ВЧП) при открытом синус-

лифтинге относятся деформация ВЧП в виде костных септ, анамнестическое указание на эндоназальную гайморотомию, функциональная эндоскопическая риносинусхирургия, предшествующая синус-лифтингу за 6–8 месяцев. Для развития послеоперационного гнойного синусита значимыми факторами риска являются патология крючковидного отростка с сужением соустья ВЧП и отеком слизистой оболочки остиомеатального комплекса, одонтогенный синусит, гайморэтноидит на дооперационном этапе.

Ключевые слова: дентальная имплантация, синус-лифтинг, осложнения, факторы риска, верхнечелюстная пазуха.

PREVENTION OF OPERATIVE AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF OPEN SINUS-LIFTING IN PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE PARANASAL SINUS

S. Yu. Maksyukov, N. V. Boiko, K. D. Pilipenko, E. S. Maksyukova, Sh. G. Kipiani, I. A. Demidov

Annotation. During the study 134 patients with atrophy of the alveolar process of the upper jaw and defects of the dentition were examined before performing sinus-lifting and dental implantation. At the stage of preparation for sinus-lifting, additional endoscopic rhinoscopy and computed tomography of the upper jaw with the inclusion of the ostiomeatal complex and the paranasal sinuses were undertaken. The relationship of the initial results of clinical, tomographic and endoscopic studies with the development of complications of the intra- and postoperative period was studied. It has been established that risk factors for perforation of the mucous

membrane of the maxillary sinus floor (MS) with open sinus-lifting include MS deformity in the form of bone septa, anamnestic indication of endonasal sinusotomy, functional endoscopic rhinosinus surgery, prior to sinus-lifting, after the procedure, after the sinus-lifting, the procedure is followed by a 5% lifting procedure. For the development of postoperative purulent sinusitis, the significant risk factors are the pathology of the hooked process with narrowing of the anastomosis of the MS and edema of the mucous membrane of the ostiomeatal complex, odontogenic sinusitis, and maxilloethmoiditis in the preoperative stage.

Keywords: dental implantation, sinus-lifting, complications, risk factors, maxillary sinus.

На настоящий момент установлено, что перед синус-лифтингом подготовка больного должна осуществляться в рамках тесного межколлегального сотрудничества стоматолога и отоларинголога [1]. Однако исследование сопряжения патологии верхнечелюстной пазухи (ВЧП) и осложнений синус-лифтинга ведется с позиций сравнительного анализа частотных показателей без привлечения принципов доказательной медицины и расчета относительных величин риска [3]. Данное обстоятельство затрудняет объективную оценку риска возникновения осложненного течения субантральной аугментации, поскольку величина доли зависит от общего объема выборки и при ее малой величине искажает истинную картину [2]. В связи с вышеизложенным, целью работы явилась оценка встречаемости патологии ВЧП на дооперационном этапе подготовки к синус-лифтингу с определением относительных величин риска послеоперационных осложнений субантральной аугментации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе работы были обследованы 134 пациента с атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти и дефектами зубных рядов (ДЗР) перед проведением синус-лифтинга и дентальной имплантацией. На этапе подготовки к синус-лифтингу, наряду со стандартными стоматологическими и рентгенологическими исследованиями, дополнительно были предприняты эндоскопическая риноскопия и компьютерная томография верхней челюсти с включением остиомеатального комплекса и околоносовых пазух. В случае патологии ВЧП у пациентов при выполнении хирургических манипуляций на ВЧП осуществлялась эндоскопическая риносинусоскопия.

Критериями включения больных в клиническую группу были:

- дефект зубных рядов в дистальных отделах верхней челюсти,
- планирование ортопедического лечения путем дентальной имплантации,

- недостаточный для дентальной имплантации объем костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти,
- наличие показаний к проведению синус-лифтинга,
- возраст больных до 75 лет включительно,
- информированное согласие пациента на участие в исследовании.

В клинической группе больных средний возраст соответствовал $59,1 \pm 2,1$ года. Число женщин превышало число мужчин: процентное соотношение между мужчинами и женщинами в клинической группе составило 41,8% и 58,2% соответственно.

Для получения изображения зубоальвеолярного комплекса выполнялась ортопантомография с использованием ортопантомографа «Planmeca ProMax 3D» (Planmeca Intra, Финляндия). Конусно-лучевая и мультиспиральная компьютерная томография (КЛКТ) позволяла получить высокозначимую по объему информацию о состоянии околоносовых синусов

и зубо-альвеолярного комплекса. КЛКТ (дентальная объемная томография) проводилась на томографе «NewTom 3G» (Италия). Мультиспиральную томографию осуществляли на установке Aquilion Toshiba 32 (толщина среза 0,5 мм) с последующей обработкой изображения на рабочей станции Vitrea.

После проведения открытого синус-лифтинга у больных клинической группы было изучено течение раннего и отдаленного (через 6 мес.) послеоперационного периода. Контрольные осмотры проводились каждый месяц.

На следующем этапе была изучена связь исходных результатов клинического, томографического и эндоскопического исследования с развитием осложнений интра- и послеоперационного периода. В результате были выявлены факторы риска интраоперационных и послеоперационных осложнений синус-лифтинга.

В ранний послеоперационный период эндоскопическую картину в области остиомеатального отверстия оценивали через 7–8, 14–15, 21–22 и 28–29 дней после операции синус-лифтинга по методу W. J. Lund and D. W. Kennedy.

Статистический анализ результатов проводили путем построения многовходовых таблиц сопряженности (способ кросс-табуляции). Множественное сравнение между долями осуществлялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона (χ^2) с поправкой Мантеля-Хэнзеля на правдоподобие. Критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05. При статистическом анализе результатов использовали программу STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., США).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты эндоскопической риноскопии позволили установить частую встречаемость искривления перегородки носа (33,6%), отека слизистой оболочки в области остиомеатального комплекса (30,6%) (табл. 1). Выявленные ринит с патологическим отделяемым в полости носа (17,9%), патология носовых раковин (11,2%) могли затруднять естественное дренирование ВЧП через соустье с полостью носа (табл. 1).

По итогам томографического исследования патология ВЧП была выявлена в 45,5% случаев (табл. 2). При этом утолщение слизистой оболочки дна ВЧП от 3 до 5 мм имело место в 9% случаев. Затемнение («снижение пневматизации») ВЧП было

Результаты эндоскопической риноскопии у больных с атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти и ДЗР перед синус-лифтингом (n=134), абс. (%)

Патология	Количество	
	Абс.	%
Искривление перегородки носа	45	33,6
Патология носовых раковин (отек, патологическое отделяемое, деформация)	15	11,2
Отек слизистой оболочки в области остиомеатального комплекса	41	30,6
Синехии полости носа	1	0,7
Гиперемия, кровоизлияния слизистой оболочки полости носа	10	7,5
Аденоидные вегетации 1–2 ст.	1	0,7
Ринит с патологическим отделяемым в полости носа	24	17,9
Полипы в полости носа	6	4,5

обнаружено в 14,2% случаев: из них патологическое образование занимало до 1/3 объема пазухи в 7,5% случаев, от 1/3 до 1/2 объема — в 3,7% и более 1/2 объема — в 3% случаев. Инородное тело ВЧП, связанное с ранее проведенными стоматологическими вмешательствами, обнаружено в 4,5% случаев. В 6% случаев были выявлены дефекты ВЧП в виде костных перегородок. Костные перегородки во время синус-лифтинга являются фактором риска перфорации слизистой дна ВЧП, поэтому их обнаружение было клинически значимым (табл. 2).

Патология крючковидного отростка встречалась среди больных с атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти и ДЗР с высокой частотой в 45,5%. При этом у 22,4%

пациентов было обнаружено плотное прилегание крючковидного отростка к орбитальной стенке. Гипертрофия и пневматизация крючковидного отростка, которые могут затруднить отток содержимого из ВЧП после операции, выявлены у 14,9% больных. Слепой карман ввиду прикрепления отростка к орбитальной стенке (0,7%), наличие втяжения крючковидного отростка в ВЧП (7,5%) также затрудняли послеоперационный дренаж синуса. Патология крючковидного отростка, выявленная при компьютерной томографии, сочеталась с отеком в области остиомеатального комплекса при эндоскопической риноскопии, что по совокупности суживало естественное соустье полости носа с ВЧП.

Таблица 2

Результаты томографического исследования у больных с атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти и ДЗР перед синус-лифтингом (n=134), абс. (%)

Патология	Количество	
	Абс.	%
Искривление перегородки носа	43	32,1
Деформация средней носовой раковины	9	6,7
Затемнение («снижение пневматизации») ячеек решетчатого лабиринта	12	9,0
Патология ВЧП	61	45,5
Инородное тело в ВЧП	6	4,5
Наличие максилло-этмоидальных клеток (клеток Галлера)	3	2,2
– в т. ч. с сужением соустья ВЧП	2	1,5
Утолщение слизистой оболочки дна ВЧП до 5 мм	12	9,0
Дефекты ВЧП (костные перегородки)	8	6,0
Гипоплазия ВЧП	4	3,0
Увеличенный объем ВЧП	7	5,2
Затемнение («снижение пневматизации») ВЧП до 1/3 объема	10	7,5
Затемнение («снижение пневматизации») ВЧП от 1/3 до 1/2 объема	5	3,7
Затемнение («снижение пневматизации») ВЧП более 1/2 объема	4	3,0

По итогам обследования были сформированы клинические диагнозы: у 45,5% пациентов протекал гайморит, из них в 9% случаев — гайморозтмоидит. По форме поражения чаще наблюдали хронический кистозный синусит (14,2%), хронический катаральный синусит (10,4%), хронический полипозный синусит (8,2%), хронический пристеночно-гиперпластический синусит (7,5%). Кисты ВЧП разных размеров обнаружены у 14,2% больных.

Часто поражения ВЧП сочетались с патологическими изменениями полости носа и других околоносовых синусов. У 41% от всего числа больных клинической группы отмечался множественный характер поражения. У 90% больных от всего числа пациентов с поражением ВЧП имело место сочетание с патологическими изменениями полости носа и других околоносовых синусов. Чаще всего поражение ВЧП сочеталось с патологическими изменениями в полости носа (28,4%) и решетчатом лабиринте (5,4%).

Все пациенты с патологией лор-органов получили специализированное консервативное лечение, которое осуществляли при отеке слизистой носовой полости, особенно в зоне ОМК, из-за аллергического или инфекционного ринита, при хроническом катаральном верхнечелюстном синусите. Открытый синус-лифтинг выполняли через 2—4 недели после окончания лечения. Пристеночно-гиперпластический синусит не требовал какого-либо лечения перед синус-лифтингом. Функциональную эндоскопическую риносинусхирургию (ФЭРСХ) осуществляли при полипозных риносинуситах со снижением пневматизации пазухи более чем на 1/3, одонтогенных синуситах, вызванных инородным телом, кистах ВЧП, хроническом верхнечелюстном синусите с формированием ороантрального соустья, хроническом гайморозтмоидите, искривлении носовой перегородки, гипертрофии нижних носовых раковин,

дефектах крючковидного отростка, связанных с образованием патологических карманов и гипертрофией.

После проведения синус-лифтинга была выявлена структура интра- и послеоперационных осложнений. У 9 (6,7%) пациентов при выполнении синус-лифтинга наблюдалось интраоперационное осложнение в виде перфорации слизистой дна верхнечелюстного синуса. У 3 (2,2%) пациентов в ранний послеоперационный период были выявлены гематомы в области слизистой оболочки переходной складки, а также в области кожи на щеке в нижнем отделе на стороне вмешательства. Случай выхода остеотропного материала за пределы кости был единичным (0,7%). Проникновение имплантата в полость пазухи также было единичным (0,7%). Послеоперационный гнойный синусит развивался в 11,2% случаев. По итогам эндоскопической картины в области остиематального отверстия через 7—8, 14—15, 21—22 и 28—29 дней после операции синус-лифтинга было установлено, что регресс отека слизистой оболочки полости в области естественного соустья верхнечелюстной пазухи и отделяемого из синуса в клинической группе наблюдался к 28—29 дню после операции, а гиперемии — к 21—22 дню после синус-лифтинга.

Далее в ходе работы были объективизированы факторы риска интра- и послеоперационных осложнений синус-лифтинга. Наличие костных септ в ВЧП является причинно-определяющим фактором перфорации слизистой дна ВЧП ($\chi^2=75,4$ при $p<0,001$). Открытая гайморотомия является абсолютным противопоказанием для проведения синус-лифтинга. Однако эндоскопическая гайморотомия также негативно влияет на развитие интраоперационного осложнения с умеренно выраженным сопряжением, что позволяет отнести данный факт анамнеза к относительно противопоказанию выполнения открытого синус-лифтинга. Так, сопряжение между указанием

на эндоскопическую гайморотомию и перфорацией дна слизистой оболочки ВЧП было статистически значимым ($\chi^2=15,5$ при $p<0,001$) с умеренной по силе теснотой ассоциации (коэффициент контингенции 0,322).

При проведении ФЭРСХ важно учитывать продолжительность периода времени между проведением ФЭРСХ и открытым синус-лифтингом. Если ФЭРСХ выполняется за 1,5—2 мес. до синус-лифтинга, то влияние ее на перфорацию слизистой дна ВЧП отсутствует ($\chi^2=0,16$ при $p=0,69$). При удлинении этого периода до 6—8 мес. формируется статистическая значимая связь между предшествующим проведением ФЭРСХ и интраоперационным осложнением ($\chi^2=12,35$ при $p=0,0004$). Для развития послеоперационного гнойного синусита факторами риска являлись отек слизистой оболочки ОМК, одонтогенный синусит, гайморозтмоидит на дооперационном этапе, патология крючковидного отростка, сопровождающаяся сужением естественного соустья пазухи с полостью носа ($\chi^2=34,4$ при $p<0,0001$).

Таким образом, в результате исследования были объективизированы факторы риска интра- и послеоперационных осложнений синус-лифтинга.

ВЫВОДЫ

1. К факторам риска перфорации слизистой дна ВЧП при открытом синус-лифтинге относятся деформация ВЧП в виде костных септ ($p<0,001$), анамнестическое указание на эндоназальную гайморотомию ($p<0,001$), функциональная эндоскопическая риносинусхирургия, предшествующая синус-лифтингу за 6—8 мес. ($p<0,001$).

2. Для развития послеоперационного гнойного синусита значимыми факторами риска являются патология крючковидного отростка с сужением соустья ВЧП и отеком слизистой оболочки остиематального комплекса ($p<0,0001$), одонтогенный синусит ($p<0,0001$), гайморозтмоидит на дооперационном этапе ($p<0,0001$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гольдштейн Е. В., Козицына С. И., Грицай И. Г. Осложнения операции имплантации и их профилактика // Институт стоматологии. — 2015. — №4. — С. 105—107.
2. Козицына С. И., Гельштейн К. Б., Обухов Э. В., Чибисова М. А. Стандарты в ортопедической стоматологии, разработанные в отделе стоматологии Системы клиник МЕДИ (Часть I) // Институт стоматологии. — 2015. — №4. — С. 36—39.
3. Чибисова М. А., Козицына С. И., Гельштейн К. Б., Грицай И. Г. Стандарты применения конусно-лучевой компьютерной томографии в ортопедической стоматологии. Особенности применения КЛКТ при протезировании на имплантатах // Стоматолог-практик. — 2016. — №4. — С. 26—33.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону

Максюков Станислав Юрьевич — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой стоматологии №2, e-mail: kafstom2.rostgmu@yandex.ru;

Бойко Наталья Владимировна — доктор медицинских наук, профессор кафедры болезней уха, горла, носа, e-mail: nvboiko@gmail.com; Пилипенко Константин Дмитриевич — аспирант кафедры стоматологии №2;

Максюкова Екатерина Станиславовна — аспирант кафедры стоматологии №3, e-mail: sunny1611@mail.ru;

Кипиани Шалва Гураимович — аспирант кафедры стоматологии №3, e-mail: kito777@yandex.ru;

Демидов Игорь Анатольевич — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней №2, e-mail: alald@inbox.ru

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАТРАСЫ —

ИЗЛИШНЯЯ РОСКОШЬ ИЛИ НАСУЩНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ?

Сегодня нас окружает множество технологичных вещей как в быту, так и в профессиональной деятельности. В надежде сохранить свое имущество мы всячески стараемся защитить его от негативных воздействий окружающей среды. Так, мы приобретаем чехлы для телефонов или устанавливаем источники бесперебойного питания для компьютеров и оргтехники. Со временем нам стало недостаточно одного обеспечения сохранности, и мы узнали, что защитные средства могут стать не только стильными, но и функциональными. Производители различных отраслей стараются удовлетворить потребности своих клиентов и привнести в их быт и профессиональную деятельность то, что облегчит их досуг и труд.

Давайте разберемся, какие изделия приготовили производители в сфере стоматологии, на примере одной из ведущих торговых марок по производству стоматологических матрасов — «МЕД-ТЕКС.РФ».

ДЛЯ ЧЕГО НУЖНЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАТРАСЫ?

При создании стоматологических матрасов (топперов) важно учесть максимальную функциональность и пользу. Мы постарались охватить пять основных составляющих, необходимых в работе современного стоматолога:

- **Комфорт пациента.** На протяжении всего периода лечения обеспечивается правильная анатомическая поддержка пациента, что позволяет ему находиться в расслабленном состоянии.
- **Удобство врача.** Когда вашему пациенту удобно, то он может находиться в состоянии покоя продолжительное время, что особенно важно при длительных процедурах.
- **Защита кресла.** Поверхность кресла стоматологической установки надежно защищена от истирания, пятен (например, от джинсовой ткани) или порезов (например, от заклепок на одежде), поэтому вы можете быть спокойны за сохранность вашего дорогостоящего оборудования.
- **Экономия.** Топпер избавляет от необходимости использования одноразовых чехлов или перетяжки сиденья стоматологической установки.
- **Статус.** Качественный стоматологический матрас — это не только комфорт, удобство, защита и экономия, но и статусный аксессуар, который подчеркивает высокий уровень клиники: используя продукцию профессионального уровня, вы показываете уважение своим пациентам, сотрудникам и своей работе в целом, что, безусловно, сказывается на желании пациента вновь доверить свое здоровье именно вам.

ПРЕИМУЩЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТРАСОВ «МЕД-ТЕКС.РФ»

Для производства нашей продукции мы используем европейские специализированные материалы, которые обладают уникальными характеристиками и соответствуют высоким европейским стандартам.

Одним из наиболее важных параметров стоматологических матрасов является наполнитель. Топперы серии «Профессионал» комплектуются вязко-эластичным пенополиуретаном с памятью формы высокой плотности — 80 кг/м³. Он обладает большим количеством ячеек относительно стандартного наполнителя с плотностью 50 кг/м³ (серия

«Старт»). Это обеспечивает, в значительной степени, более эффективную работу материала, уровень комфорта и его долговечность. Дополнительное преимущество высокоплотного наполнителя — наличие антибактериальной обработки.

Не менее важным параметром стоматологических матрасов является защитный чехол. Съёмный чехол матраса выполнен из медицинского полиуретанового покрытия, биосовместимого с кожей человека. В отличие от ПВХ тканей и кожзаменителей, в медицинском полиуретане отсутствуют вредные для человека компоненты. Благодаря современным технологиям в материале сочетаются все необходимые свойства: водонепроницаемость, «дышащий» эффект и биэластичность. Включенные в состав материала антибактериальная и огнеупорная обработки соответствуют высоким требованиям к изделиям медицинского назначения. Гигиеническая чистота может обеспечиваться дезинфекционными средствами, машинной стиркой до 95°C и автоклавом до 130°C.

АССОРТИМЕНТ ПРОДУКЦИИ

Мы предлагаем широкий спектр продукции. При выборе стоматологического матраса и аксессуаров наши клиенты могут руководствоваться простым правилом трех составляющих:

1) Форма. Мы готовы предложить стоматологические матрасы различных форм: от простых прямоугольных до сложных дизайн-моделей с отстрочкой борта. Все модели универсальны, крепятся к креслу при помощи трех строп-лент, регулирующих по длине, с защелками типа фастекс. Вы также можете дополнить стоматологические матрасы нашими подголовниками и аксессуарами.

2) Наполнитель. Любая модель стоматологического матраса может быть выполнена в бюджетной и премиальной сериях наполнителя. Вам остается сделать выбор и отдать свое предпочтение более доступному или передовому продукту.

3) Защитный чехол. Наружный чехол предлагается из различных медицинских материалов, которые отличаются между собой плотностью и цветом.

Это правило трех составляющих облегчает понимание различий и ценообразования нашего продукта и простоту конфигурации желаемого матраса для наших клиентов.

НАДЕЖНОСТЬ ПОКУПКИ

Приобретая продукцию торговой марки «МЕД-ТЕКС.РФ», наши клиенты могут быть уверены в своей покупке.

Вся линейка продукции для стоматологии имеет сертификат соответствия и отвечает требованиям технических регламентов и стандартизации (ГОСТ 19917—2014).

Мы дорожим взаимоотношениями с нашими клиентами и предоставляем расширенную гарантию в течение 12 месяцев на весь наш ассортимент.

ИЗЛИШНЯЯ РОСКОШЬ ИЛИ НАСУЩНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ?

Подводя итог, мы можем утверждать, что стоматологические матрасы и аксессуары благоприятно воздействуют на рабочий процесс стоматолога. И даже если они не являются насущной потребностью сегодняшнего дня, то, по меньшей мере, незаменимы для специалистов, заботящихся о качестве предлагаемых услуг, качестве своей работы, сохранении своего оборудования и стремящихся соответствовать профессиональному уровню стоматологов современности.

GoldiDent



Ваш поставщик стоматологического оборудования

ПРОДАЖА. ДОСТАВКА. МОНТАЖ. ОБУЧЕНИЕ

Наша организация поможет Вам максимально быстро
и качественно запустить свою стоматологическую
клинику в работу.

**Все этапы по запуску от поставки оборудования,
ремонта вплоть до маркетинга:**

- создание бизнес-плана
- проверка помещения на соответствие основным нормам
- разработка проектной документации
- строительные и ремонтные работы
- поставка стоматологического оборудования, боров и материалов
- получение лицензии
- обучение персонала и внедрение системы управления (CRM)
- маркетинговое исследование Ваших конкурентов
- сопровождение после запуска клиники.

МЫ ОПРАВДАЕМ ВАШЕ ДОВЕРИЕ!

На правах рекламы



г. Москва,
2-ой Котляковский переулок,
дом 1 стр. 6/бн
Метро: Варшавская

пишите:
info@goldident.ru
выбирайте:
www.goldident.ru

звоните:
8 (495) 989-51-98
8 (800) 775-41-98
8 (929) 642-53-05 (WhatsApp)

НЕМЕДЛЕННАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ, ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ — ОСНОВНОЙ ФАКТОР УСПЕХА ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИМПЛАНТАТ-ПРОТЕЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

В. А. Путь, М. Харалампос, Е. А. Ильичев

Аннотация. По протоколу интраоперационного непосредственного протезирования (ИНП) обеспечивается немедленная функциональная нагрузка временными ортопедическими конструкциями. Протокол значительно сокращает время лечения и необходимость проведения предпротезных методов предпротезной восстановительной хирургии — пересадки кости, а также позволяет обходить зоны, где трансплантаты являются неэффективными. Максимально упрощается ортопедический протокол. Реализуется

возможность протезирования без использования цементной фиксации протезов. Протоколы интраоперационного непосредственного протезирования при имплантат-протезной реабилитации пациентов требуют прототипирования и проектирования результатов лечения.

Ключевые слова: одномоментная имплантация, имплантат-протезная реабилитация, интраоперационное непосредственное протезирование, предпротезная восстановительная хирургия.

IMMEDIATE IMPLANT PLACEMENT AND INTRAOPERATIVE DIRECT PROSTHETICS ARE THE KEY SUCCESS FACTORS IN DENTAL IMPLANT PROSTHETIC REHABILITATION OF PATIENTS

V. A. Put', M. Haralampos, E. A. Il'ichev

Annotation. The protocol significantly reduces the time of treatment, and the need of advanced techniques for preprosthetic reconstructive surgery — a bone transplant and bypass the area where the transplants are not effective. The prosthetic protocol is maximally simplified. The possibility of prosthesis without using

cement fixation of prostheses is realized. Protocols of intraoperative immediate prosthetics in implant-prosthetic rehabilitation of patients require prototyping and design of treatment results.

Keywords: one-stage implantation, implant-prosthetic rehabilitation, intraoperative immediate prosthetics, preprosthetic reconstructive surgery.

ВВЕДЕНИЕ

Основы непосредственной имплантации, как самостоятельный протокол, несколько десятилетий назад (1989) впервые разработал и успешно применил П. И. Бранемарк. Клиническое и научное междисциплинарное направление «интраоперационное непосредственное протезирование с опорой на имплантаты» (ИНП) развивается более 30 лет в 40 странах мира. Этот протокол, как социальную программу помощи остро нуждающимся незащищенным слоям населения, активно используют врачи-добровольцы из разных стран в ЮАР, Китае, Бразилии, Чили и других странах. Накоплен значительный клинический опыт и опубликовано большое число научных публикаций, базирующихся на принципах доказательной медицины, в том числе российскими врачами [2, 3, 4, 8]. Для решения поставленных задач применяются методы предпротезной восстановительной хирургии (preprosthetic reconstructive surgery) [1, 4.]. Большинство специалистов, к сожалению, рассматривают ИНП как вынужденную меру и используют данные протоколы исключительно в эстетически значимых зонах, как правило, с опорой на 1—2 имплантата. Протезирование при этом часто проводится с уровня имплантатов. Множество факторов: социальных, психологических, материальных и, в первую очередь, временных, а также современные требования к качеству жизни пациентов мотивируют специалистов оптимизировать

протоколы, в первую очередь во времени, и, конечно, в качестве жизни пациента.

Протокол имплантации с интраоперационным немедленным протезированием в область отсутствующих и в лунки удаляемых зубов сокращает сроки лечения до времени окончания хирургической процедуры и наиболее востребован среди пациентов. Пациенты начинают пользоваться протезами сразу после операции имплантации. Разработаны методики и стандарты, клинические протоколы [6]. В данной статье предложен авторский протокол ИНП планирования и реабилитации пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью данного исследования является оптимизация протокола планирования и стандартизация протоколов интраоперационного непосредственного протезирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено клиническое обследование и лечение группы из 87 человек с использованием протоколов ИНП, разработанных как стандартные в клинике. Материалами данного исследования является сравнительный анализ методов ИНП, разработка методик и критериев оценки протоколов, с позиции прогноза полученного результата — полноценной функциональной реабилитации пациентов.

Состояние вопроса: в нашем исследовании мы рассматриваем методы и технологии предпротезной восстановительной хирургии, которые наиболее широко и часто встречаются в стоматологической практике при немедленной имплантации и включают в себя:

- Операцию по удалению зуба, цистэктомии и немедленную имплантацию в лунку;
- Установку имплантатов с одновременной костной пластикой;
- Операции на мягких тканях, применяемые одномоментно при имплантации и костной пластике;
- Интраоперационное непосредственное протезирование с опорой на устанавливаемые имплантаты.

Трудности в проведении таких операций, с одной стороны, заключаются в сопутствующей атрофии костной ткани и хронических воспалительных процессах, в том числе и в периапикальной зоне зубов, подлежащих удалению, а также в различных формах пародонтита — и это наиболее существенно; с другой стороны, существуют трудности организационного характера, «привязывающего» расписание врача-ортопеда к расписанию врача-хирурга, выделение места для немедленной ортопедической реабилитации (с ортопедическими материалами и инструментами) на территории операционного блока или наоборот, выделение места для проведения хирургической операции, зачастую с привлечением анестезиологической службы, в непосредственной близости от места ортопедического приема.

Лечение осуществляется как под местной анестезией, так и под комбинированным обезболиванием — сбалансированной седацией и местной анестезией. Показанием к седации является выраженная дентофобия пациента, соматическая патология в стадии компенсации и декомпенсации, объем и длительность проводимого вмешательства (проводилась дополнительная комплексная подготовка пациентов). Основанием для принятия решения о проведении седации является безопасность лечения и возможность ускорения хирургических протоколов [8]. Также следует отметить, что при проведении хирургических вмешательств длительностью более полутора часов без анестезиологического пособия пациенты испытывают дискомфорт, устают, что затрудняет или делает невозможным дальнейшее одномоментное временное протезирование.

Термин «**непосредственная имплантация**» означает установку имплантатов в лунку удаленного зуба или одновременную установку имплантатов при проведении операций костной пластики. При этом расположение имплантата и угол его наклона определяются наличием объема костной ткани, обеспечивающей установку и первичную стабильность имплантата, по возможности, в обход анатомических образований — верхнечелюстного синуса или нижнечелюстного канала, исключая необходимость выполнения традиционных

процедур синус-лифтинга, трансплантации костных блоков и латерализации *n.mandibularis* [9, 11].

Основное направление ИНП — установка имплантатов с ортопедической платформой конических винтовых абатментов (уни-абатмент, мульти-юнит, компактный конический абатмент, direct-абатмент и т. д.) для транс-окклюзионной фиксации к двум и более имплантатам и временным абатментом с антиротационным элементом, а также трансокклюзионной фиксации на одиночно устанавливаемые имплантаты с минимизацией проведения аугментационных процедур.

Клинический опыт, накопленный в течение последних лет, показал, что имплантаты с ортопедическим интерфейсом «наружный и внутренний шестигранник», «конус» обеспечивают успешную остеоинтеграцию при немедленном протезировании даже на костном ложе небольшого размера. Начало ремоделирования костной ткани вокруг имплантатов начинает происходить непосредственно с процессом остеоинтеграции. Данные методики позволяют достичь полноценной первичной стабильности имплантата от 25 до 55 Н/см², что позволяет одновременно проводить непосредственную функциональную нагрузку временными протезными супраструктурами в полости рта. При этом максимально обеспечивается немедленная функциональная нагрузка временными ортопедическими конструкциями [10, 12]. Реализуется возможность установки заранее приготовленных ортопедических конструкций в полости рта или операционной ране — **интраоперационное немедленное протезирование**. Если ортопедическая конструкция фиксируется в раннем послеоперационном периоде в течение до 72 часов после операции, мы говорим об **интраоперационном непосредственном протезировании**. Однако это условная классификация.

Рассмотрим три основных протокола ИНП.

Первый протокол — клинический: интраоперационное непосредственное протезирование (привязано к хирургическому протоколу и уровню сложности вмешательства) в клинике подразумевает изготовление временного мостовидного протеза сразу после установки имплантатов. Непосредственно в ране к имплантатам фиксируются конические абатменты с ортопедической платформой 200. При выборе высоты абатмента его уровень основания (ортопедическая платформа) не должен быть в эстетически значимой зоне погружен ниже уровня мягких тканей более чем на 1–1,5 мм, в боковых участках допускается позиционировать основание абатмента на уровне десны. Следует также учитывать послеоперационный отек тканей и последующую рецессию слизистой оболочки полости рта в зоне приживления имплантатов. На винтовые конические абатменты фиксируются с помощью винта титановые или пластиковые цилиндры. Слизисто-надкостничные лоскуты мобилизуются и ушиваются вокруг цилиндров. Операционная рана перекрывается коффердамом для изоляции от применяемых в дальнейшем ортопедических материалов. Далее проводится либо адаптация ранее изготовленного мостовидного протеза

в соответствии с окклюзией, либо изготовление такого протеза *extempora*, с помощью заранее изготавливаемой в вакуумформере — по результатам планирования — оттисковой каппы. Цилиндры фиксируются к протезу композитом, акрилатами и т. д. Трансоклюзионные винты откручиваются, и протез извлекается из полости рта для коррекции, обработки и полировки. Протез проверяют на возможность проведения гигиенических процедур вокруг имплантатов, после чего происходит фиксация протеза к имплантатам в полости рта. Шахты винтов закрываются временным пломбировочным материалом для возможного быстрого и безопасного демонтажа всей конструкции [5, 6, 7].

Второй протокол — гибридный (комбинированный): интраоперационное непосредственное протезирование (привязано к хирургическому протоколу и уровню сложности вмешательства) в клинике. Зубной техник обрабатывает и корректирует конструкцию протеза (комбинированный-гибридный).

Третий протокол — международный стандарт изготовления временного винтового протеза: интраоперационное непосредственное протезирование (48–72 часа, слепки, окклюзия, эстетическая и функциональная внутриротовая коррекция «три в одном»). Данный метод подразумевает интраоперационную установку слепочных трансферов и получение оттисков методом закрытой или открытой ложки, определение центральной окклюзии, установку заживляющих колпачков на конические абатменты или формирователи десны при использовании временных абатментов. В лаборатории зубной техник изготавливает или адаптирует ранее изготовленные мостовидные конструкции на титановые цилиндры по вышеуказанной методике. На следующие сутки протез фиксируется винтами в полости рта.

Клинический пример: пациент К., 66 лет, обратился в клинику с жалобами на частичное отсутствие зубов в жевательной области со всех сторон, стираемость сохранившихся зубов, неудовлетворительную функцию жевания и эстетику (рис. 1).

После получения согласия пациента на лечение в артикуляторе на моделях была проведена коррекция окклюзионной плоскости. Пациенту проведено диагностическое проектирование и прототипирование будущей конструкции. Далее был изготовлен операционный шаблон-ориентир и слепочный прикусной модуль из прозрачной пластмассы *empty-prosthesis* [11].

По ходу операции удалены все зубы на верхней челюсти: 14, 13, 21, 22, 23, 24, установлены 2 трансскуловых имплантата *Zygoline* в область 15 и 25 зубов. Далее во фронтальном участке в лунки удаленных зубов установлены 6 имплантатов *Radix-Oston* диаметром 4.2 мм и длиной 12 мм. На всех имплантатах получена первичная стабильность более 50 Н/см², за исключением одного со стабильностью около 20 Н/см². В имплантаты установлены конические винтовые *direct*-абатменты, с усилием 25 Н/см², в область трансскуловых имплантатов установлены абатменты мульти-юнит с углом 40° (рис. 2).

Далее на винтовые абатменты винтами были зафиксированы защитные колпачки, которые одновременно выполняют роль слепочных модулей для закрытой ложки. Щелевидные пространства около имплантатов, устанавливаемых в лунки удаленных зубов и участки костных узур, заполняются аутокрошкой. После коррекции и мобилизации слизисто-надкостничные лоскуты укладываются вокруг абатментов с защитными колпачками, прикрепленными винтами, и ушиваются. Проведено снятие слепков А-силиконом, с одновременной фиксацией центральной окклюзии слепочным-прикусным модулем *empty-prosthesis*.

В лаборатории методом литья изготовлен каркас будущего протеза, который был вклеен в полость рта на титановые цилиндры композитом (рис. 3), проверен и адаптирован на модели в зуботехнической лаборатории (рис. 4).

Далее изготовлен временный винтовой протез — ВВП — в количестве 14 единиц с использованием композитных зубов и акриловой облицовки (рис. 5).

Протез зафиксирован винтами в полости рта (рис. 6).

Шахты для винтов в пластиковых цилиндрах изолируют силиконом. Пациент удовлетворен протезом, однако отметил, что в дальнейшем хочет уменьшить объем верхней губы за счет постоянного протеза.

С устранением необходимости дополнительных аугментационных процедур травматизм проводимых оперативных вмешательств понизился, сроки лечения уменьшились, обеспечивая более комфортные условия для пациента. Методики интраоперационного протезирования значительно расширяют возможности непосредственной реабилитации пациентов при имплантации, в том числе и при удалении зубов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Группе пациентов из 87 человек на протяжении двух лет было установлено в общей сложности 278 имплантатов. Всем пациентам проводилось интраоперационное немедленное протезирование с опорой на имплантаты. У 70 пациентов проведено интраоперационное немедленное протезирование по n3 протоколу, у 12 — по гибриднему и у 5 — по клиническому. В первые 14 суток не было утрачено ни одного имплантата. На протяжении в общей сложности одного года фиброостеоинтеграция произошла в области 9 установленных имплантатов. В 6 случаях проведена успешная реплантация.

В данной публикации не обсуждается цементная фиксация и протезирование временной коронкой на одиночном имплантате, так как данные методики широко описаны в литературе и, по нашему мнению, не представляют сложности для изучения. Непосредственная имплантация включает в себя такие понятия, как: интраоперационное непосредственное протезирование, интраоперационное позиционирование оси интерфейса имплантат — абатмент. Данные термины используются как в РФ, так и за рубежом, однако недостаточно известны широкому кругу стоматологов и челюстно-лицевым



Рис. 1. Состояние полости рта до лечения.



Рис. 2. Скриншот КЛКТ после установки имплантатов и винтовых конических абатментов.



Рис. 3. Этап вклеивания каркаса в полость рта для создания пассивной посадки конструкции протеза.



Рис. 4. Этап адаптации каркаса на зуботехнической модели с коррекцией положения аналогов (при необходимости).



Рис. 5. Внешний вид изготовленного протеза.



Рис. 6. Протез зафиксирован в полости рта с помощью винтов.



RADIX

implants for professionals



Radix ZygoLine

Скуловой имплантат Radix ZygoLine применяется при выраженной атрофии костной ткани в дистальных отделах верхней челюсти, которая делает невозможным установку обычных винтовых имплантатов без предварительной костной пластики.

Radix Balance

Radix Oston

Долгосрочный эстетический эффект
Переключение платформ
Немедленная нагрузка
Уникальная первичная стабильность
Титан класса Grade 4

Radix DM

Имплантация в узкий альвеолярный гребень

Винтовая или цементная фиксация
Титан класса Grade 4

Radix iCort

Поликортикальный имплантат
Немедленная нагрузка
Имплантация в узкий альвеолярный гребень
Винтовая фиксация
Миниатюрный абатмент 3,7 мм

Radix I

Имплантация в узкий альвеолярный гребень

Временное протезирование
Надежная первичная фиксация
Титан класса Grade 4

Radix Mini

Дополнительная опора при ортодонтическом лечении

ООО «Проекция»
222114, Республика Беларусь
г. Минск, ул. Филимонова, 53-264
тел./факс: +375 17 369 86 57

Информация о представителях
на сайте radix.by

хирургам. В статье представлены стандартные протоколы непосредственной имплантации и интраоперационного протезирования как альтернатива аугментации и направленной регенерации кости при удалении зубов и атрофии альвеолярных отростков. Винтовые конические абатменты с углом наклона ортопедической платформы дают возможность устанавливать имплантаты в различных анатомических условиях, обходя опасные, с точки зрения осложнений, анатомические образования — нижнечелюстной нерв и верхнечелюстной синус. Эстетика во фронтальной зоне, где имплантаты наиболее часто устанавливаются в лунку удаленного зуба, требует, чтобы ортопедический интерфейс имплантата максимально соответствовал анатомической оси зуба. Этого можно добиться, применяя **интраоперационное ортопедическое позиционирование оси интерфейса «имплантат — абатмент»**. Происходит максимальное упрощение ортопедического протокола. В абсолютном большинстве случаев реализуется возможность непосредственного протезирования. Приоритетным является планирование, прогнозирование получаемого результата и реабилитационная целенаправленность работы членов команды.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Следует отметить, что проведение пациенту двух и более аугментационных процедур в одной зоне

снижает регенеративные возможности тканей и смещает ортопедические ориентиры, необходимые для установки имплантатов в рациональном положении в челюсти. На первое место, с точки зрения методологии и стандартизации протоколов ИНП, выходит опыт работы бригады специалистов, слаженность действий на этапе непосредственного протезирования. Необходим не только опыт работы в челюстно-лицевой хирургии, но и достаточная квалификация ортопедической составляющей — врача-ортопеда и зубного техника. Ортопедическое планирование до этапа хирургической помощи дает представление о результатах окончательной работы и сокращает время проведения непосредственного протезирования в день операции. Умение работать в команде, комбинируя различные методы предпротезной восстановительной хирургии, гарантирует получение прогнозируемого результата. Требуется обучение протоколам ИНП всей бригады специалистов. Применение винтовых конических и угловых конических абатментов для трансокклюзионной фиксации ортопедических конструкций позволяет сократить сроки стоматологической реабилитации и уменьшает травматизм проводимых операций. Использование обоих протоколов (первый: врач-хирург — врач-ортопед без снятия слепков, и второй: врач-хирург — врач-ортопед — техник) упрощает, формализует и стандартизует методику ИНП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов С. Ю., Мураев А. А., Солодкий В. Г., Ямуркова Н. Ф. Современные методы реконструкции альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти при стоматологической имплантации // Сб. научных трудов X Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Новые технологии в стоматологии и имплантологии». — 2010. — С. 80—84.
2. Алимский А. В., Долгоаршинных А. Я. Дентальная имплантация как лучшая альтернатива традиционным методам ортопедического лечения лиц подросткового и юношеского возраста // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2008. — Т. 7. — №3. — С. 52—54.
3. Путь В. А., Митрошенков П. Н., Кумачков Д. А. Предпротезная восстановительная хирургия, ангулярная имплантация, регенеративные технологии и роль биоконпозиционных материалов в челюстно-лицевой области // Сборник работ Всероссийской научно-практической конференции «Применение композиционного материала коллапан в костной хирургии». — М., 2013. — С. 56—64.
4. Масис Г. И. Благотворительная акция в Московском челюстно-лицевом госпитале для ветеранов войн // Стоматология сегодня. — 2011. — №8 (108). — С. 39.
5. Путь В. А., Теплов Е. В., Спиридонов А. М., Ефименко К. В. Возможности стоматологической реабилитации с использованием имплантатов у пациента старческого возраста. Реплантация в условиях дискредитированной кости // Дентальная имплантология и хирургия. — 2012. — №2 (7). — С. 79—82.
6. Иванов С. Ю., Олесова В. Н., Угрин М. М., Широков Ю. Е. Стандарты дентальной имплантологии — путь к созданию системы управления качеством проводимого лечения // Клиническая стоматология. — 2004. — №4. — С. 56—59.
7. Солодкий В. Г. (НижГМА). Основные аспекты протезирования с опорой на имплантатах. Клинические примеры // X Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы стоматологии — 2011». — Ростов на Дону, 23 ноября 2011.
8. Путь В. А., Калашникова О. Ю., Кумачков Д. А. Безопасность и эффективность в амбулаторной стоматологии, седация — ключевой фактор программы стоматологической реабилитации. Материалы I междисциплинарного конгресса по заболеваниям головы и шеи «Медицина XXI века: междисциплинарный подход к патологии органов головы и шеи» // Онкохирургия. — 2013. — Т. 5. — Спецвыпуск №1. — С. 6.
9. Путь В. А., Саянц С. А., Садовский В. В. Простое решение в сложном клиническом случае, принцип «четверки» Zygomatic 550 с учетом анатомии пазух. Клинический случай // Маэстро стоматологии. — 2013. — №2 (50). — С. 10—14.
10. Путь В. А., Солодкий В. Г. Непосредственное интраоперационное протезирование с опорой на имплантаты: хирургические и ортопедические аспекты // DentalMarket. — 2014. — №2. — С. 41—47.
11. Путь В. А., Солодкий В. Г., Святославов Д. С. Практика применения протоколов трансскуловой, ангулярной и поликортикальной имплантации у пациентов с экстремальной атрофией верхней челюсти // Главный врач Юга России. — 2018. — Май (61). — С. 26—29.
12. Hall J. A. G., Payne A. G. T., Purton D. G., Torr B. A. Randomised, Controlled, Clinical Trial of Conventional and Immediately Loaded Tapered Implants with Screw-retained Crowns // Int J Prosthodont. — 2006. — 19:1; 17—19.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Путь Владимир Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии, радиотерапии и пластической хирургии, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва, e-mail: pout-prof@mail.ru;
Харалампос Мавидис — аспирант хирургической кафедры ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва, e-mail dr.mavidis@hotmail.com;
Ильичев Евгений Александрович — челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Главного военного госпиталя Черноморского флота им. Н. И. Пирогова, г. Севастополь.

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ВИЧ ПО СЛЮНЕ

Одним из самых страшных заболеваний XXI века является ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

ВИЧ — это ретровирус из рода лентивирусов, вызывающий медленно прогрессирующее заболевание — ВИЧ-инфекцию. После заражения он начинает разрушать иммунную систему, поражая ее клетки (CD4). При ослаблении иммунной системы человек становится уязвимым для различных болезней, особенно инфекционных (например, туберкулез и пневмония). По снижению количества клеток CD4 судят о стадии заболевания: когда у ВИЧ-инфицированного человека диагностируют одно или несколько из оппортунистических заболеваний и/или уровень CD4 снижается до определенного уровня, ему ставят диагноз «СПИД». Поэтому так важна своевременная диагностика ВИЧ: чем раньше начато лечение, тем больше шансов на успех — ведь сегодняшняя медицина позволяет поддерживать организм ВИЧ-инфицированного в оптимальном состоянии, что существенно увеличивает продолжительность его жизни.

Существуют различные способы ВИЧ-диагностики. Экспресс-определение ВИЧ и СПИД еще совсем недавно использовалось только в экстренной медицине, сегодня этот метод стал общедоступным. **Экспресс-тест на ВИЧ — это не замена лабораторным тестам, но дополнительный инструмент, который позволяет пройти предварительную проверку на ВИЧ-инфекцию быстро, в домашних условиях и сохраняя полную конфиденциальность и анонимность.** Современные методы экспресс-диагностики ВИЧ позволяют вовремя обратиться к врачу и начать соблюдать меры предосторожности, чтобы исключить возможные пути дальнейшего распространения инфекции.

Ситуации, связанные с повышенным риском заражения ВИЧ:

- секс (вагинальный, оральный или анальный) с разными партнерами;
- секс с партнером, имеющим положительный ВИЧ-статус, или с тем, чей ВИЧ-статус вы не знаете;
- гомосексуальный секс;
- употребление инъекционных наркотиков и стероидов;

- общие иглы или шприцы;
- контакт с ВИЧ-инфицированной кровью (при уколе иглой, порезе риск заражения в среднем составляет приблизительно 0,3%; риск инфицирования после попадания ВИЧ-инфицированной крови на неповрежденные слизистые составляет примерно 0,09%).

Как видим, диапазон ситуаций широк и охватывает не только группы риска. Смена половых партнеров у молодежи в современном обществе происходит достаточно часто, и это само по себе создает благоприятную среду для распространения инфекций. Как часто необходимо проходить тестирование на ВИЧ, зависит от обстоятельств. Каждый должен пройти проверку, по крайней мере, один раз. Международный опыт диагностики ВИЧ-инфекции показывает, что тестирование на ВИЧ лучше проходить ежегодно, если вы совершаете действия, которые могут привести к заражению ВИЧ-инфекцией (см. перечень выше). Если с момента возможного заражения прошло хотя бы 3 месяца, и вы правильно следовали инструкциям, то ваш статус, скорее всего, ВИЧ-отрицательный. Как и с другими тестами, существует вероятность ошибочного результата: 8 из 96 ВИЧ-инфицированных сообщили об отрицательном результате данного теста. Для уменьшения вероятности ошибочного результата необходимо проводить тестирование правильно, внимательно следуя инструкции.

Если результат вашего теста отрицательный, но вы вовлечены в ситуации с повышенным риском заражения, тестироваться нужно регулярно. Знайте, что ваш отрицательный ВИЧ-статус означает, что вы должны предпринимать определенные шаги, чтобы он таким и оставался.

В случае положительного результата ВИЧ-теста крайне важно понимать, что этот результат должен подтвердить врач, клиника или соответствующий специалист. Вот несколько вещей, которые вы должны помнить о ВИЧ:

КРАТКАЯ СПРАВКА

По данным Роспотребнадзора, на конец 2017 г. уже более трети территории России, где проживает 49,5% населения страны, было охвачено ВИЧ-инфекцией (инфицировано более 0,5% населения). Больше всего зараженных среди мужчин в возрастной группе 30–44 года — 3,3%. Заболевание не только вышло за пределы групп риска (53,5% выявленных в 2017 г. заражений произошло гетеросексуальным путем), но и сдвинулось в старшие возрастные группы: 22,6% новых случаев — люди в возрасте 40–50 лет. Одновременно растет смертность: в 2017 г. умерло 31898 больных ВИЧ-инфекцией (на 4,4% больше, чем в 2016 г.), их средний возраст составлял 38 лет.

- **Вы не одни!** Существует множество сообществ, подробную информацию можно найти на таких порталах, как o-spide.ru (официальный портал Минздрава РФ о профилактике ВИЧ в России);
- современное медицинское лечение в состоянии помочь ВИЧ-инфицированным людям прожить долгую жизнь;
- то, что у вас ВИЧ, не означает, что у вас разовьется СПИД.

Начните соблюдать меры предосторожности, чтобы не допустить дальнейшего распространения инфекции. ВИЧ передается через действия, при которых происходит контакт с кровью, спермой, вагинальными выделениями. Постарайтесь исключить такие действия из своей жизни до того, как врач установит ваш ВИЧ-статус точно, даже если вы уверены, что результат теста был ложноположительным.

В случае если ваш ВИЧ-статус останется отрицательным, соблюдайте меры профилактики ВИЧ-инфекции, избегайте ситуаций, связанных с повышенным риском инфицирования, делитесь полученной информацией с близкими людьми.

Защитите себя знаниями! Понимание того, как можно заразиться ВИЧ, важно для вашей защиты и защиты вашего партнера. Своими ответственными действиями вы можете остановить ВИЧ-инфекцию.

В случае возникновения вопросов, пожалуйста, звоните по тел. +7 (499) 138-00-79 или обращайтесь к сайту www.будьте-уверены.рф за дополнительной информацией!

ЭКСПРЕСС-ТЕСТ НА ВИЧ по СЛЮНЕ

WWW.БУДЬТЕ-УВЕРЕНЫ.РФ

15%

**СКИДКА ПРИ ЗАКАЗЕ
ЧЕРЕЗ САЙТ**

Тест OraQuick Advance HIV 1/2

**20 МИНУТ
ДО РЕЗУЛЬТАТА**

Тест OraQuick – это тест по слюне для in vitro диагностики ВИЧ (1 и 2 типа) в домашних условиях. Этот тест показывает наличие в организме антител к ВИЧ. Положительный результат является предварительным и необходимо подтверждающее тестирование. До получения результатов подтверждающего тестирования необходимо соблюдать меры предосторожности для того, чтобы исключить возможное дальнейшее распространение инфекции.



Интернет-магазин www.будьте-уверены.рф - официальный интернет-магазин ООО «МЕД-ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА». Здесь вы найдете не только диагностические экспресс-тесты «Будьте уверены», но и экспресс-тесты на ВИЧ и гепатит С по слюне производства OraSure Technologies и глюкометры Сателлит.

V СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА

РЕСПУБЛИКА КРЫМ | Г. СИМФЕРОПОЛЬ
УЛ. НАБЕРЕЖНАЯ, 75В | МФК «ГАГАРИНСКИЙ»

10-12
октября
2019

КРЫМ
Стоматология

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР



ОРГАНИЗАТОР



CRIMEASTOMATOLOGIYA | EXPO@STAKK.RU
7 (978) 742-11-92 | WWW.STAKK.RU



Volga Dental Summit

2-4
ОКТАБРЯ
2019

7 Научно-практический всероссийский форум по стоматологии



- конференции
- симпозиумы
- мастер-классы
- аллея брендов

ВОЛГОГРАД
ЭКСПОЦЕНТР
пр. Ленина, 65 А

Официальная поддержка:



Комитет
здравоохранения
Волгоградской области



Волгоградский
Государственный
Медицинский
Университет



Стоматологическая
ассоциация России



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

DENTALEXPO®

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



ВРАС Волгоградская Региональная
Ассоциация Стоматологов



РОСИ - Ассоциация
«Стоматологическая
индустрия»

НИКАМС

Национальный институт
информатизации анализа и
маркетинга в стоматологии

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Н. Б. Ванченко, И. В. Пряников, С. Н. Пузин, И. А. Миненко, Г. А. Карабахцян, В. С. Доценко, Ф. З. Аджигова

Аннотация. Красивая улыбка — одна из основных составляющих привлекательности человека, которая позволяет улучшить качество общения с окружающими в личном и социальном аспекте. Здоровье зубов напрямую зависит от состояния пародонтального комплекса. В связи с этим перед врачом-стоматологом ставятся задачи по лечению воспалительных заболеваний тканей пародонта. В статье представлены результаты лечения хронического генерализованного

пародонтита средней степени тяжести с использованием препарата, который обладает иммуномодулирующим и противовоспалительным эффектом. После курса проведенного лечения индексные показатели отражали достижение положительной динамики.

Ключевые слова: пародонт, хронический генерализованный пародонтит, противовоспалительная терапия, иммуномодулирующий эффект.

EFFICIENCY OF IMMUNE MULTIMULATING THERAPY IN THE TREATMENT OF CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF PARODONT

N. B. Vanchenko, I. V. Pryanikov, S. N. Puzin, I. A. Minenko, G. A. Karabakhtsyan, V. S. Dotsenko, F. Z. Adzhigova

Annotation. A beautiful smile is one of the main components of human attractiveness, which allows one to improve the quality of communication with other people in personal and social aspects. Dental health depends on the state of the periodontal complex. In this regard, a dentist is tasked with treating inflammatory diseases

of periodontal tissues. The article presents results of the treatment of chronic generalized periodontitis of moderate severity with the use of a drug, which has immunomodulating and anti-inflammatory effects. After the course of treatment, the index indicators reflected the achievement of positive dynamics.

Keywords: parodontal disease, chronic generalized parodontitis, anti-inflammatory therapy, immunomodulating effect.

Подавляющее большинство людей разного возраста страдают заболеваниями пародонта и обращаются за стоматологической помощью [1, 2, 5]. Заболевания пародонта широко распространены среди населения разных стран [6]. Значительная распространенность, неблагоприятное влияние очагов пародонтальной инфекции на организм, большая потеря зубов обуславливают как медицинскую, так и социальную значимость данной проблемы [3].

Успехи современной стоматологии в профилактике и лечении заболеваний пародонта обусловлены разработкой и внедрением в практику новых современных технологий [4]. Организм человека — единое целое, и при каких-либо воспалительных изменениях в полости рта всегда необходимо искать этиологические и патогенетические факторы в общем соматическом статусе пациента [7]. Иммунная система человека на клеточном уровне всегда организовано влияет на течение и исход всех воспалительных процессов, как в общесоматическом статусе, так и, в частности, в полости рта [8]. Мы сочли необходимым провести курс иммуностимулирующей терапии больным с хроническим генерализованным

пародонтитом средней степени тяжести [9]. После проведенного курса терапии была достигнута положительная динамика [10].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Нами поставлена цель определить клиническую эффективность иммуностимулирующей терапии при проведении лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести [11].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе кафедры терапевтической стоматологии СтГМУ у 38 пациентов были диагностированы заболевания пародонта и проведено их лечение. Возраст больных варьировался от 35 до 60 лет. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (24 пациента) и группа сравнения (14 пациентов). До лечения были применены гигиенические и пародонтальные индексы, которые указывали на выраженные воспалительные процессы тканей пародонта. В группе сравнения больным было проведено стандартное лечение хронического генерализованного пародонтита с применением комплексной чистки, назначением геля, содержащего метронидазол и хлоргексидин,

в течение 14 дней с последующим повторным курсом через 1 месяц. Пациентам основной группы назначался препарат иммуностимулирующего действия.

В основной группе после снятия зубных отложений, остановки кровотечения с использованием перекиси водорода, дезинфицирующим орошением растворами хлоргексидина и фурацилина был проведен курс терапии препаратом, обладающим выраженным иммуностимулирующим и противовоспалительным действием. Основное действующее вещество препарата — аминоксидигидрофталазиндион натрия. Это синтетически полученное соединение, оказывающее иммуномодулирующий и противовоспалительный эффект. Механизм его действия связан со следующими свойствами: активацией функции макрофагов — клеток, способных нейтрализовать патогенные микроорганизмы. Нормализация функционального состояния макрофагов приводит к восстановлению антигенпредставляющей и регулирующей функции макрофагов, снижению уровня аутоагрессии; влияет на выработку цитокинов — соединений, играющих важную роль в развитии

воспалительных процессов в организме; обладает эффектом увеличения синтеза неспецифических факторов защиты — интерферонов, повышающих сопротивляемость к инфекционным заболеваниям; восстанавливает функции Т-лимфоцитов, повышает клеточный иммунитет; стимулирует фагоцитоз и повышает микробицидную функцию нейтрофильных гранулоцитов; усиливает выработку специфических защитных факторов — антител, синтезирующихся против конкретного возбудителя при возникновении заболевания; оказывает антиоксидантный эффект и гепатопротекторное действие. Основные фармакологические эффекты наблюдаются в течение 72 часов.

Назначали препарат сублингвально по следующей схеме: по 1 таблетке 4 раза в день в течение 10 дней, затем по 1 таблетке 4 раза в день с интервалом 72 часа, курсом до 4-х недель.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После проведенного курса противовоспалительной терапии у пациентов объективно отмечалось, что внешний вид десны, зубо-десневое прикрепление, цвет, тургор стали приближаться к норме. Субъективные ощущения пациентов также свидетельствовали об улучшении состояния, что подтверждает благоприятный терапевтический эффект применения данного препарата для лечения указанной группы больных. Становится очевидным тот факт, что иммуностимулирующая терапия действительно благоприятно влияет на динамику лечения хронического воспалительного процесса тканей пародонта. Включение в схемы лечения данного препарата оказало положительное влияние: отмечено снижение РМА на 61,8%, пародонтального индекса на 45,3% и гигиенического

индекса Грин-Вермильона на 39,8%. Пролонгированное действие подтверждалось отсутствием воспалительных проявлений в течение длительного времени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о преимуществах применения комплекса лечебных мероприятий перед традиционной схемой лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести. Достигнуто более благополучное состояние тканей пародонта у пациентов, которым проведен комплекс процедур.

Резюмируя вышеизложенные данные, целесообразно рекомендовать иммуностимулирующую терапию практикующим врачам-стоматологам для включения в схему лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пузин С. Н., Пряников И. В., Ванченко Н. Б., Караков К. Г., Шургая М. А. Медико-социальные аспекты хронического генерализованного пародонтита // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2018. — Т. 21. — №3—4. — С. 129—133.
2. Ванченко Н. Б., Абдулахова Д. А. Применение препарата «Имудон» и ультразвуковой стоматологической установки «Вектор» в комплексе лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2017. — №3. — С. 75—77.
3. Караков К. Г., Ванченко Н. Б., Абдулахова Д. А. Причины и патогенетические механизмы развития пародонтита (литературный обзор, II часть) // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2017. — №3. — С. 91—97.
4. Абдулахова Д. А., Ванченко Н. Б., Караков К. Г. Применение лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки эффективности лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта у работников производств с особыми условиями труда // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2018. — №1. — С. 88—97.
5. Ванченко Н. Б., Сеираниду З. А., Абдулахова Д. А. [и др.] Анализ клинической эффективности комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести // Современные проблемы науки и образования. — 2018. — №2. — С. 40.
6. Евсеева М. Е., Еремин М. В., Фурсова Е. Н., Русиди А. В., Кошель В. И. Фенотипы дисплазии соединительной ткани и профилактический скрининг молодежи // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2017. — №1—1. — С. 178—179.
7. Евсеева М. Е., Еремин М. В., Кошель В. И., Францева В. О. Соединительнотканная дисплазия как важный элемент скрининга ресурсов здоровья студенческой молодежи // Медицинская профилактика, реабилитация и курортная медицина на рубеже III-го тысячелетия. Сборник статей международной научно-практической конференции. — 2016. — С. 120—121.
8. Евсеева М. Е., Еремин М. В., Кошель В. И., Сергеева О. В., Фурсова Е. Н. Скрининг и протекция ресурсов здоровья студентов: проблемы и пути их решения // Здоровье нации — основа процветания России. Материалы X Всероссийского форума. Общероссийская общественная организация «Лига здоровья нации». — 2016. — С. 328—330.
9. Кошель В. И., Сирак А. Г., Кошель В. И., Кучерявый В. С. Лечение хронического фаринголарингита, осложненного одонтогенным верхнечелюстным синуситом // Кубанский научный медицинский вестник. — 2016. — №2 (157). — С. 98—100.
10. Кошель В. И., Сирак С. В., Щетинин Е. В., Кошель В. И., Дыгов Э. А. Перфорация верхнечелюстного синуса при удалении зуба: хирургические аспекты и использование биоматериалов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2015. — №3—4. — С. 630—633.
11. Кучерявый В. С., Кошель В. И., Сирак А. Г. Диагностика и лечение хронического фаринголарингита на фоне одонтогенного гайморита // Современные проблемы науки и образования. — 2014. — №6. — С. 10—12.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Ванченко Нелли Борисовна — аспирант, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь, врач-стоматолог первой квалификационной категории, e-mail: nelli2626@mail.ru;

Пряников Игорь Валентинович — доктор медицинских наук, профессор; заместитель директора по научной и клинической работе ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии» (ФНКЦ РР), г. Москва;

Пузин Сергей Никифорович — доктор медицинских наук, профессор; заведующий кафедрой гериатрии и медико-социальной экспертизы РМАПО; профессор кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации ПМГМУ имени И. М. Сеченова; ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет); ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии» (ФНКЦ РР); ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва;

Миненко Инесса Анатольевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры восстановительной медицины ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва;

Карабахян Гретта Арамовна — студентка 3-го курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь;

Доценко Виктория Сергеевна — студентка 3-го курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь;

Аджигова Фатима Зурабовна — студентка 3-го курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь.

ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СТОМАТОЛОГИИ

В. В. Киреев, Т. Ю. Быковская, Е. Ю. Леонтьева

Аннотация. Организация и контроль качества медицинской деятельности (экспертизы качества медицинской помощи) регламентируются совокупностью имеющихся федеральных законов и подзаконных нормативно-правовых актов (НПА). Внутренний контроль качества и безопасности медицинской

деятельности обязана проводить каждая медицинская организация, независимо от формы собственности.

Ключевые слова: контроль и критерии качества медицинской помощи, порядки и стандарты оказания медицинской помощи, клинические рекомендации.

INTERNAL QUALITY CONTROL OF MEDICAL ACTIVITIES IN STOMATOLOGY

V. Kireev, T. Bykovskaya, E. Leontyeva

Annotation. The organization and control of the quality of medical activity (examination of the quality of medical care) are regulated by a combination of the existing federal laws and sub-legal regulatory

acts. Internal medical quality control and safety of medical activities must be carried out by each medical organization, regardless of the form of ownership.

Keywords: monitoring the quality of medical care, clinical and medical care standards recommendations.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности (ВКК и БМД) подразумевает такой вид контроля, который проводят сами органы и учреждения систем здравоохранения различных форм собственности в порядке, установленном их руководством. Интересными, на наш взгляд, являются вопросы ВКК в медицинской сфере, такой как стоматология, в которой имеются много недочетов с точки зрения организации контроля и недостаточное количество нормативно-правовой базы в этом направлении.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ имеющейся на данный момент нормативно-правовой базы при проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в стоматологии.

В настоящее время регулирование организации и контроля качества медицинской деятельности (экспертизы качества медицинской помощи) регламентируется совокупностью имеющихся федеральных законов и подзаконных нормативно-правовых актов (НПА).

Правовые основания для налаживания внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливает ст. 87 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323-ФЗ [1].

В соответствии с данной статьей контроль качества и безопасности медицинской деятельности проводится в следующих формах: государственный контроль, ведомственный и внутренний контроль.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности обязана проводить каждая медицинская организация независимо от формы собственности. Он направлен, прежде всего, на организацию обеспечения прав пациентов, на получение необходимого объема и соответствующего качества медицинской помощи, согласно установленным стандартам и порядкам.

При проведении внутреннего контроля качества медицинской деятельности, в первую очередь, оценивается

соблюдение установленных порядков оказания медицинской помощи, или стандартов медицинской помощи. В этой связи важным является понимание как действующих законодательных основ, так и имеющихся порядков и стандартов оказания медицинской помощи, действующих клинических рекомендаций, а также критериев оценки качества медицинской помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За основу исследования были взяты действующие законодательные основы: федеральные законы, приказы МЗ РФ, международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), официальный сайт Федеральной электронной медицинской библиотеки МЗ РФ, электронный рубрификатор клинических рекомендаций.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Организация оказания медицинской помощи в Российской Федерации регулируется, в первую очередь, Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 29.11.2011. В течение уже более 6 лет в редакцию данного закона вносилось 38 изменений, что свидетельствует о его важности. Из имеющихся в законе в настоящее время 101 статьи как минимум 10 посвящены непосредственно вопросам организации и контроля медицинской деятельности, экспертизы качества медицинской помощи.

В первую очередь, это статья 10 «Доступность и качество медицинской помощи». В ней указано, что доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются совокупностью факторов и условий, в том числе использованием порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

Статья 37 непосредственно посвящена порядкам и стандартам медицинской помощи. В ней, в частности, отмечено, что медицинская помощь формируется и осуществляется в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, неукоснительна для выполнения

на территории Российской Федерации лечебными учреждениями и на основе стандартов медицинской помощи. Дано понимание того, что включают в себя порядки и стандарты оказания медицинской помощи.

В настоящее время утверждено всего 58 порядков оказания медицинской помощи, в том числе по различным видам медицинской деятельности, также почти 800 стандартов медицинской помощи. Утвержденные стандарты можно разделить на 3 группы по формам медицинской помощи (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, скорая медицинская помощь).

Непосредственно стоматологии касаются два порядка и семь стандартов первичной медико-санитарной помощи, утвержденные соответствующими приказами. Так, приказом МЗ и СР РФ от 07.12.2011 №1496н утвержден Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях [2], приказом МЗ РФ от 13.11.2012 №910н утвержден Порядок оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями [3].

Имеющиеся стандарты первичной медико-санитарной помощи в стоматологической практике также утверждены соответствующими приказами. Это приказ МЗ РФ от 24.12.2012 №1490н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при приостановившемся кариесе и кариесе эмали», приказ МЗ РФ от 24.12.2012 №1496н «Об утверждении стандарта при остром некротическом язвенном гингивите» [4] и приказ МЗ РФ от 24.12.2012 №1526н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при кариесе дентина и цемента» [5].

При этом в действующей международной классификации болезней, травм, причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10) в разделе «Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей» (K00-K14) имеется значительно большее количество заболеваний стоматологического профиля — всего 108.

В статье 58 дано понятие медицинской экспертизы и определено, что одним из 6 видов проводимых в установленном порядке медицинских экспертиз является экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП). ЭКМП посвящена статья 64, в которой, в том числе, указаны цели проведения экспертизы и критерии оценки качества медицинской помощи.

Целью проведения ЭКМП определено обнаружение несоблюдения при оказании медицинской помощи, в том числе оценка оказания ее вовремя, правомерность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, уровень успеха запланированного результата.

На официальном сайте Федеральной электронной медицинской библиотеки МЗ РФ в настоящее время опубликованы 1202 клинические рекомендации (протоколы лечения) в статусе «Национальные клинические рекомендации». Из общего количества клинических рекомендаций 15 посвящены специальности «Стоматология». Это протоколы ведения больных такими заболеваниями, как кариес, болезни пульпы зуба, болезни периапикальных тканей, пародонтит, частичная вторичная адентия,

полная вторичная адентия, гингивит (в том числе острый некротический язвенный), лейкоплакия, эритроплакия, лейкодема, перелом нижней челюсти, перикоронит, периостит, альвеолит.

Электронный рубрикатор клинических рекомендаций, опубликованных на официальном сайте Минздрава РФ, в классе по МКБ-10 K00-K93 «Болезни органов пищеварения», к которым в соответствии с МКБ-10 отнесены «Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей» (K00-K14), содержит клинические рекомендации «Кариес зубов» (утверждены Стоматологической ассоциацией России в 2014 г.).

Полный перечень действующих клинических рекомендаций (15 клинических рекомендаций) по стоматологическим заболеваниям опубликован на официальном сайте Стоматологической ассоциации России. Критерии оценки качества медицинской помощи применяются в целях оценки своевременности осуществления медицинской помощи, обоснованности подбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени успеха запланированного результата. Критерии качества утверждены приказом МЗ РФ от 10.05.2017 №203н [6]. Определено применение критериев качества на предмет оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных моментов) и в соответствии с группами заболеваний (состояний).

Согласно приказу №203н к критериям качества медицинской помощи в амбулаторных условиях подпунктами «ж» и «и» пункта 2.1 отнесены: установление клинического диагноза, выполнение коррекции плана обследования и плана лечения на основе стандартов медицинской помощи, а также клинических рекомендаций по проблемам оказания медицинской помощи.

Из 15 клинических рекомендаций по стоматологическим заболеваниям, опубликованных на официальном сайте Стоматологической ассоциации России, только по трем нозологиям на данный момент имеются критерии оценки качества оказания медицинской помощи. Это критерии оценки качества при группе нозологий или состояний «кариес зубов».

Критерии оценки качества медицинской помощи взрослым при болезнях: кариес эмали, стадия «белого (мелового) пятна» [начальный кариес]; приостановившийся кариес зубов (коды по МКБ-10: K02.0, K02.3); критерии оценки качества оказания медицинской помощи к клиническим рекомендациям (протоколам лечения) при диагнозе «Перикоронит» и третий критерий относятся к клиническим рекомендациям при диагнозе «Перелом нижней челюсти».

Контроль и организация оказания медицинской помощи со стороны страховых компаний в Российской Федерации регулируются несколькими приказами. Ее организация и проведение регламентированы ФЗ №326 и приказом №230 от 1 декабря 2010 г., изданным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

За основу взят Федеральный закон об обязательном медицинском страховании №326-ФЗ от 24.11.2010 [7].

Контроль качества в стоматологии осуществляется благодаря медико-экономическим экспертизам, экспертизам качества, о которых речь пойдет ниже.

Медико-экономический контроль позволяет установить, насколько сведения об оказанных медицинских услугах соответствуют реальности. Счета, предоставленные к оплате медицинским учреждением, должны соответствовать территориальной программе обязательного медицинского страхования и стандартам тарифов.

Медико-экономическая экспертиза позволяет установить, соответствуют ли фактические сроки оказания помощи, объем предъявленных к оплате услуг записям, внесенным в документацию, в том числе учетно-отчетную.

Экспертиза качества медицинских услуг позволяет выявить нарушения, в том числе своевременность/несвоевременность оказания помощи, верность подобранных способов диагностики, лечения, профилактики, степень достижения результата.

Целевые значения показателей доступности и качества медицинской помощи для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), определены в территориальных программах субъектов Российской Федерации. Однако они не отражают в достаточном объеме большинство требований к понятию «качество медицинской помощи в стоматологии».

Так, в Ростовской области, в том числе для стоматологических организаций, к критериям доступности и качества медицинской помощи на плановый период 2018 г. могут быть отнесены лишь несколько критериев:

- 1) удовлетворение населения медицинской помощью от числа опрошенных,
- 2) количество правомерных апелляций, в том числе на несогласие, в оказании медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий,
- 3) продуктивность работы лечебных учреждений, в том числе расположенных в городской и сельской

местности (на основе котировки исполнения обязанностей врачебной должности, показателей рационального и целевого расходования коечного фонда).

ВЫВОДЫ

Таким образом, в настоящее время оказание медицинской помощи врачами стоматологических специальностей регламентировано 2 порядками оказания медицинской помощи, 3 стандартами медицинской помощи и 13 национальными клиническими рекомендациями, в которых имеются только три критерия оценки качества оказания медицинской помощи. Контроль качества оказания медицинской помощи в стоматологии со стороны территориального фонда обязательного медицинского страхования осуществляется благодаря медико-экономическим экспертизам, экспертизам качества.

Согласно статье 90 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. порядок проведения процедур внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается руководителем медицинской организации самостоятельно.

В целях реализации полномочий руководителя в части организации проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности им разрабатываются и утверждаются внутренние (локальные) документы, регламентирующие процедуру внутреннего контроля в медицинской организации.

В локальных актах должны найти отражение порядок использования критериев оценки качества медицинской помощи согласно приказу №203н от 10.05.2017 г., перечень стандартов, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по профилю специальности.

Согласно сложившейся практике, в медицинских организациях, оказывающих стоматологическую помощь, используют стандарты, утвержденные Стоматологической Ассоциацией России, клинические рекомендации (протоколы лечения).

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. — № 263(5639). — 23 ноября 2011 г.
2. Приказ МЗ и СР РФ от 07.12.2011 №1496н «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» // Российская газета. — №61. — 21 марта 2012 г. (опубликован без Приложений №4—13 к Порядку).
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2012 г. №910н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями». URL: e-stomatology.ru/kalendar/2013/sochi_18june_pr.htm (дата обращения: 17.04.2018).
4. Приказ МЗ РФ от 24.12.2012 №1496н «Об утверждении стандарта при остром некротическом язвенном гингивите» // Российская газета (специальный выпуск). — №125/1. — 13 июня 2013 г.
5. Приказ МЗ РФ от 24.12.2012 №1526н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при кариесе дентина и цемента» // Российская газета (специальный выпуск). — №128/1. — 17 июня 2013 г.
6. Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 №46740) // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 17.04.2018).
7. Федеральный закон от 29.11.2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета. Федеральный выпуск. — № 274(5353). — 3 декабря 2010 г.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» (РостГМУ), г. Ростов-на-Дону

Киреев Владимир Владимирович — ассистент кафедры стоматологии ФПК и ППС РостГМУ, e-mail: dr.kireev-v.v@yandex.ru;

Быковская Татьяна Юрьевна — доцент, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине;

Леонтьева Елена Юрьевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии ФПК и ППС РостГМУ.

СВОЕВРЕМЕННОЕ УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ КАК ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ

В. В. Бавлакова, С. Д. Тюнин, А. А. Литвинова, А. Д. Зонина

Аннотация. Данная статья посвящена проблеме несвоевременного удаления временных зубов у детей. Авторами статьи проведен сравнительный анализ клинических случаев пациентов, у которых отмечались различные зубочелюстные аномалии, вызванные поздним удалением молочных зубов. На его основании сделан вывод о влиянии несвоевременной смены зубов на развитие зубочелюстных аномалий,

необходимости знания врачом-стоматологом анатомии и морфологии временных зубов и их своевременного удаления для предупреждения зубочелюстных аномалий в постоянном прикусе.

Ключевые слова: удаление молочных зубов, временный прикус, зубочелюстные аномалии, смена прикуса.

TIMELY REMOVAL OF DECIDUOUS TEETH, PREVENTION OF DENTAL ANOMALIES IN THE PERMANENT DENTITION

V. V. Bavlakova, S. D. Tyunin, A. A. Litvinova, A. D. Zonina

Annotation. This article is devoted to a problem of untimely removal of temporary teeth in children. The authors of the article conducted a comparative analysis of clinical cases of patients who had various dentoalveolar anomalies caused by late removal

of milk teeth. On its basis, the conclusion is made about the need for knowledge of anatomy and morphology of temporary teeth by a dentist and their timely removal to avoid dentoalveolar anomalies in permanent occlusion.

Keywords: removal of milk teeth, temporary occlusion, dental anomalies, change of occlusion.

ВВЕДЕНИЕ

Прорезывание зубов — это один из этапов развития зубов младенца. Этот период обусловлен ростом и развитием младенца и рассматривается как физиологический процесс, который находится в тесной связи не только с общим состоянием здоровья, но и с его конституцией [1, 2, 3].

По данным литературы, несвоевременно удаленные молочные зубы встречаются с частотой от 12 до 34% случаев среди детского населения, что приводит к зубочелюстным аномалиям (ЗА) у 87% детей [6].

Физиологическая смена зубов — неотъемлемая часть роста и развития организма. Однако как ранняя потеря молочных зубов, так и задержка их выпадения может негативно сказаться на формировании постоянного прикуса у ребенка [5].

В связи с этим важной задачей родителей является регулярное посещение врача-ортодонта, а задача врача, в свою очередь, — профилактировать развитие ЗА, регулируя сроки выпадения молочных и прорезывания постоянных зубов, а также их морфологическое отличие [3, 4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать влияние несвоевременной смены зубов на развитие ЗА, необходимость своевременного удаления молочных зубов для профилактики зубочелюстных аномалий в постоянном прикусе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были изучены истории болезней 6 пациентов, обратившихся в клинику стоматологии ВолгГМУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациент М. (фото 1).

При анализе ОПТГ выявлена задержка прорезывания 1.3; 1.4; 1.5; 2.3 вследствие своевременно не удаленных 5.3; 5.4; 5.5 и 6.3.

Пациент С. (фото 2).

Задержка выпадения второго молочного моляра (5.5) — как следствие, недостаток места и задержка прорезывания 1.4; 1.5. Также при осмотре полости рта данного пациента выявлено вестибулярное прорезывание 1.3 и 2.3.

Пациент В. (фото 3).

Не удаленные, сросшиеся 8.1; 8.2 (1) и язычное прорезывание 3.1; 4.1 (2).

Пациент П (фото 4).

Причина вестибулярного положения 2.3 (3) — несвоевременно удаленный молочный 6.3 (4).

Пациент Л. (фото 5).

Несвоевременно удаленный 6.3 послужил причиной неправильного положения и затрудненного прорезывания 2.3.

Пациент Н. (фото 6).

Несвоевременное удаление 6.2; 6.3 послужило причиной ретенции 2.2; 2.3.

ВЫВОДЫ

В ходе анализа историй болезней пациентов установлено, что несвоевременная смена зубов послужила причиной развития ЗА во всех случаях. Знание анатомии и сроков прорезывания молочных и постоянных зубов необходимо для практикующего врача-стоматолога. Своевременное удаление молочных зубов является обязательным условием для формирования постоянного прикуса и профилактики зубочелюстных аномалий и деформаций.

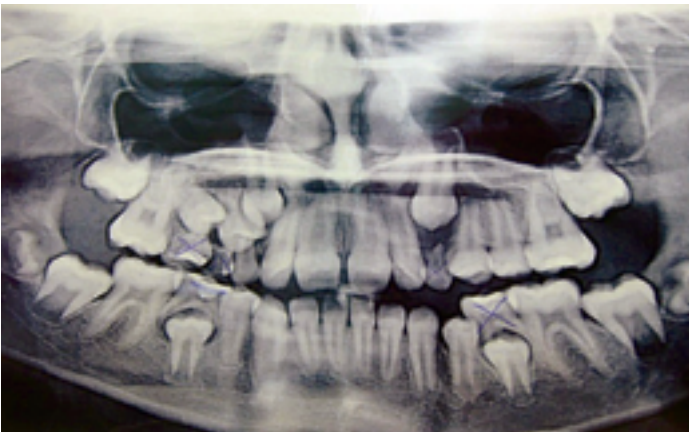


Фото 1.

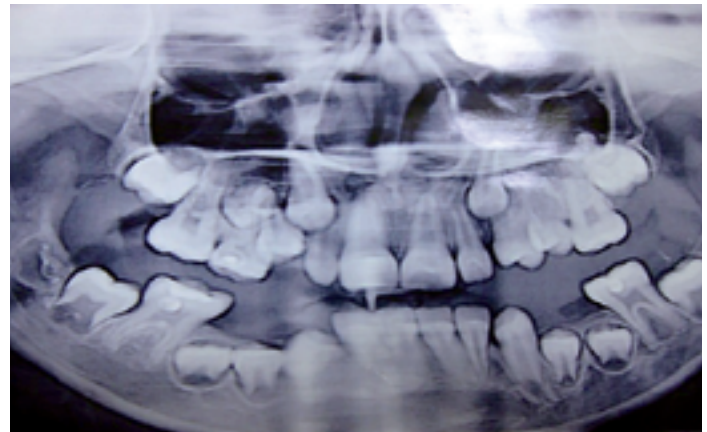


Фото 2.



Фото 3.



Фото 4.

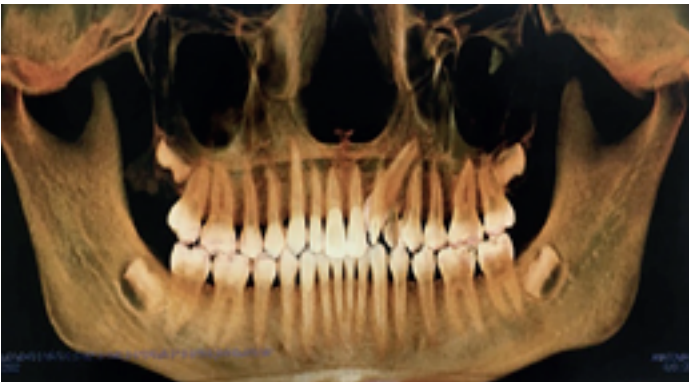


Фото 5.

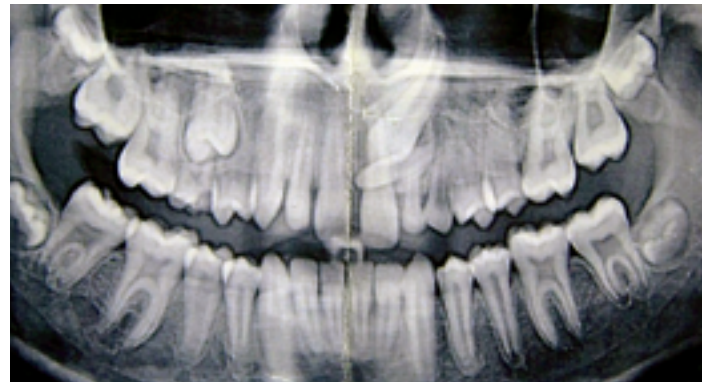


Фото 6.

ЛИТЕРАТУРА

1. Таточенко В. К. Педиатру на каждый день. 6-е изд., перераб. и доп. — М., 2012. — 272 с.
2. Детская терапевтическая стоматология: национальное руководство / Под ред. Леонтьева В. К., Кисельниковой Л. П. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 896 с.
3. Персин Л. С., Елизарова В. М., Дьякова С. В. Стоматология детского возраста. 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2003. — С. 43—45.
4. Гайворонский И. В., Петрова Т. Б. Анатомия зубов человека. Учебное пособие. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2014. — 56 с.
5. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение / Ф. Я. Хорошилкина. — М.: ООО «МИА», 2006. — 541 с.
6. Луцкевич О. В. Профилактика возможных деформаций зубных рядов у подростков при раннем удалении постоянных зубов: Автореферат дисс. канд. мед. наук. (14.00.21). — М., 2002. — 24 с.: илл.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград
 Бавлакова Виктория Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортодонтии, клиника стоматологии Волгоградского государственного медицинского университета, e-mail: bavlakova60@mail.ru;
 Тюнин Станислав Дмитриевич — клинический ординатор кафедры ортодонтии,
 e-mail: tunin.stas61@mail.ru;
 Литвинова Анна Алексеевна — клинический ординатор кафедры ортодонтии,
 e-mail: 12gruppa1@mail.ru;
 Зонина Анжелика Дмитриевна — студентка 5 курса стоматологического факультета, e-mail: likazonina96@gmail.com.

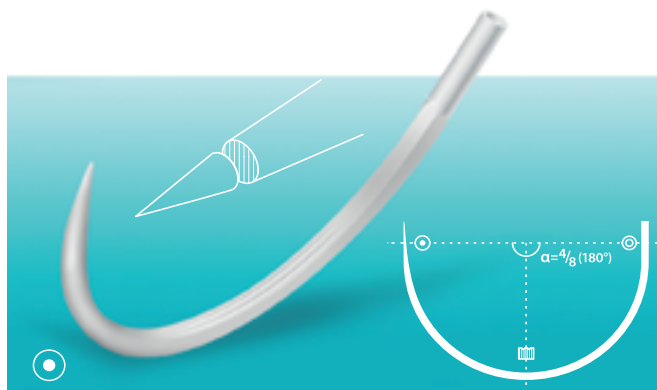
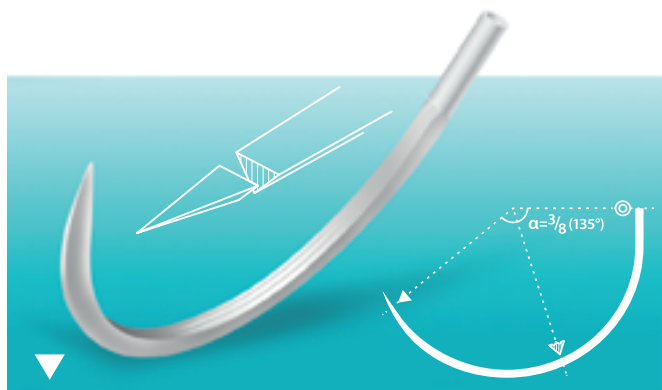
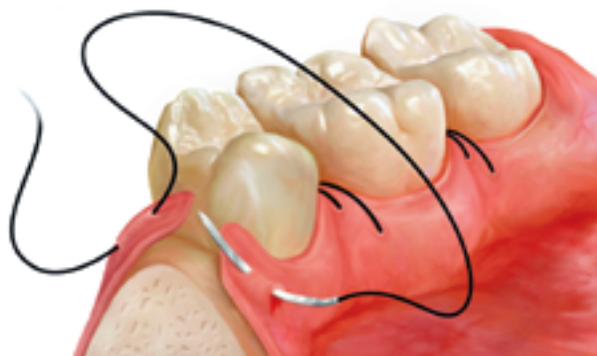


ШОВНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ СТОМАТОЛОГИИ

от производителя

Что получает стоматолог при выборе шовного материала ООО «МГиК»:

- **Иглу с превосходными колющими-режущими свойствами:** она не тупится, не деформируется, сохраняет первоначальную форму в ходе операции, – оптимально подобранную по размеру (применима для любых операций в стоматологии).
- **Уверенность при манипуляциях:** прочность нитей на разрыв превышает максимальные показатели, предусмотренные ГОСТ.
- **Положительный исход операции:** показатели прочности узлов превосходят прочность раны на всех этапах её заживления.
- **Быстрое заживление, отсутствие осложнений:** нить является продолжением иглы, разница между диаметром иглы и нити минимальна.



Применяемые нити



Кетгут

USP 5/0–2/0



Полипропилен

USP 6/0–3/0



Полиамид

USP 6/0–3/0



Нейлон

USP 6/0–3/0



Полиэстер плетёный

USP 5/0–3/0



Удобная пластиковая упаковка с прямым доступом к игле позволяет быстро и без запутывания извлечь нить, предотвращая «эффект памяти» мононитей.

ООО «Микрохирургия глаза» и «Контур»

Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. Короленко, 4
тел. +7 (8352) 31-12-24, 31-13-18, 31-16-44 факс: +7 (8352) 31-12-44
mgik@gc-kontur.ru | mgikchts@yandex.ru | www.medarticle.ru



ООО «МГиК»
Поставка шовного материала
для всех видов хирургии

ВЫБОР СТОМАТОЛОГОВ МИРА



TheraCal™ LC КАЛЬЦЕВАЯ ВЫСТИЛКА ДЛЯ ЗАЩИТЫ ПУЛЬПЫ



- Обеспечивает прямое и не прямое покрытие пульпы
- Используется в качестве защитной, модифицированной смолой, выстилки перед использованием композита/цемента и пр.
- Выделяет кальций. Способствует заживлению, стимулирует формирование вторичных дентинных мостиков в течение 28 дней
- Обладает свойствами светоотверждения, влагостойкости, нерастворимости, рентгеноконтрастности

ALL-BOND UNIVERSAL™ УНИВЕРСАЛЬНЫЙ СВЕТОТВЕРЖДАЕМЫЙ АДГЕЗИВ



- Три в одном: протравка, праймер и бонд
- Совместим с материалами светового, двойного и химического отверждения
- Обеспечивает высокую адгезию прямых реставраций. Соединяется с дентином, препарированной и не препарированной эмалью
- Обеспечивает высокую адгезию не прямых соединений, включая металл, керамику, стеклокерамику, цирконий, алюминий, дисиликат лития
- Не требует дополнительных активаторов. Гидрофобная формула обеспечивает стабильную связь
- Минимальная толщина пленки – менее 10 микрон

ПРИГЛАШАЕМ ВАС НА ВЫСТАВКИ

■ «Дентима Краснодар»
22 – 24 мая 2019
стенд В321

■ «Дентал-Экспо Уфа»
8 – 10 октября 2019

Denco СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ
Официальный дистрибьютор BISCO (США)

8 (800) 333 72 80
(бесплатный звонок по России)
denco@denco.pro www.denco.pro

ПРОВЕРКА
ПОДЛИННОСТИ
ТОВАРА



▲
мобильная
версия



MANI

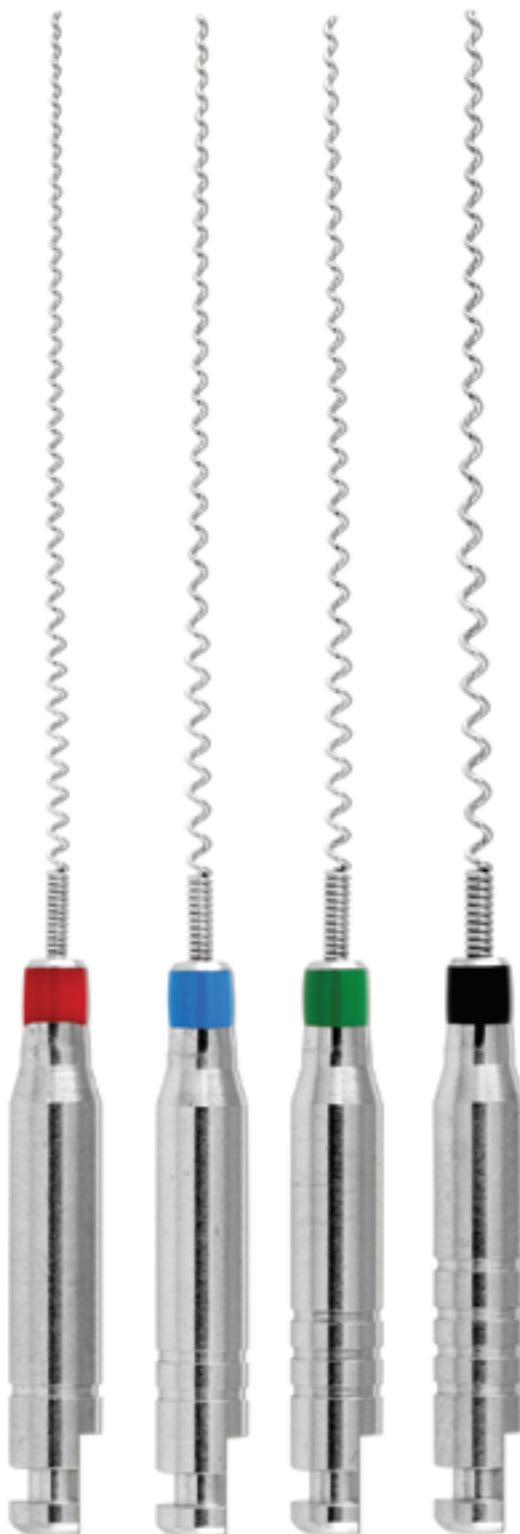
ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ И БОРЫ

Информация от производителя:
На каждой упаковке оригинальных
боров и файлов Mani есть стикер
с проверочным кодом.



Боры и файлы Mani
без стикера на упаковке — подделка!

Проверьте подлинность товара
на www.kraftwaydental.ru
или отсканируйте QR код телефоном
и загрузите мобильную версию проверки



Москва, 3-я Мытищинская 16, Тел.: 8-800-100-100-9 (бесплатные звонки из любых регионов)