

ОБОЗ

рение

№ 1 (72)

9 февраля 2011 г.

СТОМАТОЛОГИЯ



ЖНВ

*Предметы
инфекционного
контроля*

www.medical-jnb.ru

**торговый дом
МЕДТЕХНИКА**
603093, Н. Новгород, ул. Родилица, д. 180В,
т. (831) 432-56-58, 432-57-26, 432-59-98, 436-43-82
e-mail: tdmed@yandex.ru, www.tdmodan.ru

Продукция

CHIRANA DENTAL
3M
TOP BM
KerrHawe
VOCO
DMG
BlonAir

Новинки

SDR™ (Dentsply)
«умный» заменитель
дентина, перфый
и единственный композит
для реставрации боковых зубов.
Установка **HARMONY DC-70 (Stomadent)**.

Спецпредложение

VISTEO (Owens) —
радиовизиограф со съемным
датчиком — **169 999 руб.**

Услуги

- Лицензированная сервисная служба.
- Инженерно-техническая помощь.
- Оборудование в рассрочку.
- Доставка до клиники.

Более 50 лет на рынке медицинской техники

**Государственное предприятие
Нижегородской области
МЕДТЕХНИКА**

- Комплексное оснащение
- Доставка.
- Сервисное обслуживание.
- Метрология.
- Обучение.

Всегда надёжный партнёр!

603011, Н. Новгород, ул. Журова, д. 18,
тел. (831) 245-32-58, тел./факс (831) 245-29-15,
e-mail: medtech2005@yandex.ru

ООО «ФармаСтом»
Все для стоматологии от ведущих российских и зарубежных производителей:
ОАО «СвФир», ОАО «КММЗ»,
ООО «Целит», ООО «Призма», ООО «ТОР ВМ»,
ЗАО «СтомДент», АО «Стом» (Украина),
ООО «ВладМиВа», ООО «Радуга Р»,
АО «Медполимер», ООО «НКФ Омега-Дент»;
«3M», «KERR», «Heraeus Kulzer», «Dentsply»,
«Sprota Dental», «Mank», «Degussa Dental»,
«Unident», «Septodont» и многих других.

Философия успешной имплантации
U-Impl™
Швейцария
Всегда в наличии препараты для анестезии

ООО «СтомКонсалтинг»
Центр развития и юридической поддержки стоматологического бизнеса

- Консультации по вопросам лицензирования медицинской (стоматологической) деятельности
 - помощь при сборе документов для лицензирования медицинской деятельности;
 - проверка и предоставление документов в Управление Росздравнадзора по Нижегородской области;
 - консультации по подбору персонала.
- Проведение семинаров для специалистов (врачей-стоматологов, зубных врачей, зубных техников).

Нижегород, ул. Студенческая, 4
Тел. 433-28-13

Стоматология
Все для врача и пациента

603022, Н. Новгород, ул. Студенческая, 4
Тел.: (831) 439-32-71, 439-43-01,
8-920-253-05-64
E-mail: volga-dent@mail.ru

606000, г. Дзержинск,
ул. Кирова, 11А, оф. 10
Тел.: (8313) 25-44-88,
8-920-020-08-74

ООО «СтомКом»
Сеть стоматологических клиник, Н. Новгород
ул. Б. Покровская, 16а, тел. 433-72-90
ул. Студенческая, 4, тел. 437-02-84
пер. Тазмвайный, 2, тел. 245-45-84
Детский кабинет: ул. Студенческая, 4, тел. 415-33-13

Имплантат (Швейцария) + коронка – 24 999 руб.
Прозрачные брекеты (одна челюсть) = 15 999 руб.
Металлические брекеты (одна челюсть) = 12 499 руб.
Безметалловая керамика = 11 999 руб.

Акция!

Нижегород, ул. Студенческая, 4
Тел.: 439-43-01, 439-32-71

Тел. № 02 (00181) от 20.10.2007 г.

Международный день стоматолога

Программа конференции, посвященной Международному дню стоматолога, «Заболевания слизистой оболочки полости рта»	4
Поздравления с праздником.....	5
История нашего праздника.....	6-7

заболевания слизистой оболочки полости рта

Кандидоз.....	10-13
Красный плоский лишай: выбор метода лечения	14-15
Внимание, герпес	18-19
Современные методы лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита	21-22
Психосоматические заболевания в стоматологии.....	24-27
Аспекты современной диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта.....	28
Современные методы малоинвазивного хирургического лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта.....	29-31
Современные направления в исследовании патогенеза и разработке новых методов лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта	32-34

энзимотерапия в стоматологии

Протеолитическая энзимотерапия в стоматологии	36-37
---	-------

ортодонтия

К вопросу о выборе брекетов.....	39
компьютерные технологии в стоматологии	
Каким образом внедрение информационных компьютерных технологий (ИКТ) позволяет увеличить эффективность стоматологической клиники...	20

мобильная стоматология

Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология»	42
--	----

«Обозрение. Медтехника» № 1 (72). **Стоматология**

Рекламно-информационное издание для специалистов здравоохранения.

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

Учредитель и издатель: ООО «Альтернатива».

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

Для писем: 603028, Н. Новгород, Московское шоссе, 64а.

E-mail: gazeta@sandy.ru

Редакция не несет ответственности за содержание рекламы
и предоставленных материалов.

Любое воспроизведение опубликованных материалов
допускается только с письменного согласия редакции.

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

Тираж 5000 экз. Цена свободная.

анестетики, антисептики

ФармаСтом.....	2
----------------	---

энзимотерапия в стоматологии

Мукос Фарма	36-37
-------------------	-------

инструменты, оборудование, мебель

St Стоматология	2
Алдент.....	48
Вендорс-НН	19
Медтехника ГП НО.....	2
ТД Ворсма	42
ТД Медтехника.....	2
ТЦ НИИТОП.....	40
Юнимед-Стоматология	4, 13

приборы, аппараты

Венд.....	23
-----------	----

материалы

JNB	16, 17
Алдент.....	9
ТОР ВМ.....	8
Крафтвэй Медикал.....	31

ортодонтия

Дентал Комплекс	38
-----------------------	----

дентальная имплантология

ТЦ НИИТОП.....	41
----------------	----

зуботехническая лаборатория

Стоматех.....	34
Универсал	35

дезинфекция и стерилизация

JNB	1
-----------	---

программное обеспечение

Сентор Софтвр	20
---------------------	----



Учебный стоматологический центр ООО «СтомКонсалтинг»

приглашает принять участие в одно- и двухдневных семинарах по актуальным проблемам стоматологии.

В учебный процесс входят теоретическая часть и практические занятия.

План семинаров ООО «СтомКонсалтинг» на I квартал 2011 года

Дата проведения	Тема	Лектор
18-19 февраля 2011 г.	Впервые в Нижнем Новгороде! Современные революционные подходы в эндодонтическом лечении. «VDW GmbH», Германия	Юрий Малик , доцент кафедры консервативной стоматологии университета Людвига-Максимилиана (Мюнхен, Германия)
18 февраля 2011 г.	Клинические особенности применения современных местных анестетиков	Е. Г. Соколинская , к.м.н., отличник здравоохранения, Заслуженный работник здравоохранения, консультант фирмы «Dentsply», главный врач клиники «ОмДент», врач стоматолог-терапевт
18-19 марта 2011 г.	Повторное эндодонтическое лечение. Оснащение рабочего места при проведении повторного эндодонтического лечения	А. В. Болячин , к.м.н., член Национальной академии эстетической стоматологии, Американской эндодонтической ассоциации, ассистент кафедры терапевтической стоматологии и эндодонтии МГМСУ; главный редактор журнала «Эндодонтия». Имеет частную эндодонтическую практику в г. Москве

603022, Н. Новгород, ул. Студенческая, 4,
тел. (831) 433-28-13.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
НИЖЕГОРОДСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
НИЖЕГОРОДСКАЯ АССОЦИАЦИЯ СТОМАТОЛОГОВ
сообщают о проведении **9 февраля 2011 года**
областной научно-практической конференции

Заболевания слизистой оболочки полости рта

10.00 Торжественное открытие и приветствие участников конференции.

I заседание

Председатель: С. И. ГАЖВА, д.м.н., профессор, президент Нижегородской ассоциации стоматологов.

10.30 История нашего праздника.

Е. А. ДУРНОВО, д.м.н., профессор.

11.00 Кандидоз. Комплексное этиопатогенетическое лечение.

Л. М. ЛУКИНЫХ, д.м.н., профессор.

11.30 Проблемы нейростоматологии.

Л. В. ВЛОВИНА, к.м.н., доцент; Л. Н. КАЗАРИНА, д.м.н., профессор.

12.00 Внимание, герпес.

Н. Н. БОНДАРЕНКО, д.м.н., профессор.

12.30 Кофе-брейк.

II заседание

Председатель: Е. А. ДУРНОВО, д.м.н., профессор.

13.00 Современные направления в исследовании патогенеза и разработке новых методов лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта.

А. А. МУРАЕВ, к.м.н.

13.30 Современные методы малоинвазивного хирургического лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Н. А. ЯНОВА, к.м.н.

14.30 Красный плоский лишай. Выбор метода лечения.

Н. В. ТИУНОВА, к.м.н.

15.00 Современные методы лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

О. А. УСПЕНСКАЯ, к.м.н., доцент.

15.30 Аспекты современной диагностики предраковых заболеваний полости рта.

Ю. В. ФОМИНА, к.м.н., С. И. ГАЖВА, д.м.н., профессор.

**Конференция состоится в конференц-зале
конгресс-отеля «Центральный» (Н. Новгород, ул. Советская, 12).**

Начало в 10.00. Регистрация участников конференции с 9.30.

Бинокулярные лупы HEINE HR



Производитель: «HEINE», Германия.

Лупы офтальмологические бинокулярные, модель HR с увеличением 2x или 2,5x, рабочее расстояние 340 мм, рекомендуются специалистам в области стоматологической хирургии и эндодонтии.

- **Самое чистое изображение.** Эксклюзивная технология покрытия устраняет световые рефлексы до 0,3%, обеспечивая самое чистое изображение среди сопоставимых луп.

- **Самое четкое изображение с цветовой коррекцией.** Высокотехнологичная оптика HEINE с ахроматическими линзами обеспечивает новый стандарт четкости, резкости и цвета по сравнению со стандартными лупами Галилея.

- **Суперширокое, суперглубокое поле обзора.** Новые усовершенствования технологии HR (High Resolution — высокое разрешение) обеспечивают суперширокое (до 250 мм), полностью используемое, без искажений поле обзора и великолепную глубину поля (до 290 мм), устраняя утомление глаз даже при очень длительном использовании.

- **Пыле- и водоустойчивость.** Все лупы HR пыле- и водоустойчивы в соответствии со стандартом IP65/IEC 60529 (2000), что гарантирует простоту очистки/дезинфекции и многие годы бесперебойного использования.

- **Гибкость при точной подгонке.** Бинокулярные лупы HEINE имеют независимую регулировку оптики слева и справа для выбора точного межзрачкового расстояния (PD). Лупы HR регулируются каждым пользователем для достижения оптимальных оптических характеристик путем применения широкого ряда монтажных позиций на очковой оправе и на головном обруче.

- **Суперлегкость.** Оптика HR весит всего 42 г. Комфорт сохраняется в течение очень длительного времени.

- **2-кратное увеличение.** Лупы HR 2x обеспечивают большое поле зрения и наилучшую глубину резкости, гарантируя изображение в фокусе на исключительно широком диапазоне. Идеальны для применения в стоматологии и в общей хирургии.

- **2,5-кратное увеличение.** Лупы HR 2,5x предлагают исключительный баланс между высоким увеличением, полем зрения, глубиной поля и простотой использования. Идеальны для широкого применения в таких областях, как стоматология, офтальмология, косметология и реконструктивная хирургия. Лупы HR 2,5x — это самая популярная модель.

Способы крепления:

HEINE S-Frame. Инновационная очковая оправка для бинокулярных луп HR 2,5x, HRP и HR-C. Привлекательный и функциональный дизайн. Настраивается для любой формы головы и лица.

HEINE S-Guard. Крепление на шлем Professional L с S-Guard. Быстрая и простая регулировка бинокулярных луп благодаря защитному щитку S-Guard. Фиксированное положение на щитке и жесткое крепление между шлемом и носовыми упорами гарантируют отсутствие смещения лупы после ее установки. Эргономичные носовые упоры также обеспечивают комфорт и надежную позицию бинокулярных луп.



ООО «Юнимед-Стоматология»

г. Москва, ул. Касаткина, д. 3А,
тел.: (495) 937-40-27, 935-86-50,
e-mail: denta@unimedao.ru,
www.unistom.ru

9 февраля — Международный день стоматолога



Дорогие друзья! Уважаемые коллеги! Дамы и господа!

Разрешите поздравить вас с нашим профессиональным праздником — Международным днем стоматолога!

Стоматология — великая профессия! И ее выбирают талантливые люди!

Вы одни из немногих, кто влюблен в свою профессию, кто каждый день дарит красоту людям, кого ценят пациенты и общество.

Пусть удача сопутствует вам везде и во всем, пусть ваш пылкий ум и золотые руки не перестают трудиться на благо здоровья нации.

Многотысячному коллективу врачей-стоматологов г. Нижнего Новгорода и Нижегородской области — новых творческих побед и свершений, единения в решении профессиональных проблем и задач. Только вместе мы сила, только вместе мы можем добиться новых успехов и побед!

Президент Нижегородской ассоциации стоматологов, заведующая кафедрой стоматологии ФПКВ ИПО НижГМА, д.м.н., профессор С. И. ГАЖВА.



Глубокоуважаемые коллеги! Дамы, господа!

От всего сердца поздравляю вас с ДНЕМ СТОМАТОЛОГА! В этот праздничный день я желаю вам крепкого здоровья, счастья, душевного комфорта, неиссякаемой энергии и жизненно-го оптимизма.

Бодрости, мудрости, терпения в наше нелегкое противоречивое время, много удач и желаний, новых побед и достижений в деле воспитания нового поколения врачей-стоматологов!

Хороших, верных друзей и единомышленников, достойных, умных последователей, творческих успехов вам, коллеги, и дальнейших свершений на благо здоровья нации!

С уважением Заслуженный врач РФ, главный врач стоматологической поликлиники НижГМА, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, д.м.н., профессор Л. М. ЛУКИНЫХ.



Уважаемые коллеги!

Не так давно мы стали отмечать Международный день стоматолога. Как хорошо, что у нас появился свой профессиональный праздник! Есть повод вспомнить о роли стоматолога в жизни людей, о своем предназначении, о безграничных возможностях современных материалов и технологий в руках специалиста.

Поздравляю стоматологов нашего города и области и, конечно, дружный коллектив «Садко» с нашим праздником и желаю всем творческих успехов, творческого долголетия, творческих возможностей, потому что только творческий подход позволяет дарить людям здоровье и счастье!

Врач стоматолог-ортопед клиники «Садко», к.м.н. С. И. ШЕСТОПАЛОВ

Уважаемые коллеги!

Впервые стоматологическая общественность Нижегородской области публично отмечает Международный день стоматолога.

Только в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения около 3000 специалистов (стоматологов, зубных техников, зубных врачей, медицинских сестер, рентгенолаборантов) ежедневно оказывают стоматологическую помощь населению нашего региона.

Значительный объем стоматологической помощи оказывается в учреждениях частной формы собственности.

В преддверии этого молодого для нас праздника хочу пожелать всем специалистам иметь возможность пользоваться всеми современными достижениями стоматологической науки и техники, иметь добросовестных поставщиков, порядочных конкурентов, своевременное и доступное обучение, чтобы на все это хватало желания, здоровья и удачи!

Всегда с вами и для вас главный стоматолог Министерства здравоохранения Нижегородской области, Заслуженный врач РФ В. Е. КРУГЛОВ.



Уважаемые коллеги!

От всей души поздравляю вас с нашим профессиональным праздником!

Желаю вам, в первую очередь, счастья! Пусть каждый день приносит вам радость от встречи с коллегами, вашими пациентами, а самое главное — радость творчества, создания и победы над казалось бы нерешаемой задачей.

Желаю вам удачи! Но, видимо, удача улыбается вам, раз именно вас выбрала нами любимая стоматология! Желаю здоровья вам и вашим близким! Чтобы полностью отдаваться дорогому, любимому и интересному делу. Желаю вам побед — во всех ваших начинаниях и стремлениях, в учебе и бою, над самим собой!

Но самое главное — желаю вам мечтать! Мечтать о профессиональных высотах и признании, которых вы, несомненно, достойны! Пусть любая ваша мечта обретет реальные очертания! С праздником!

Искренне ваша, заведующая кафедрой хирургической стоматологии и ЧЛХ НижГМА, д.м.н., профессор Е. А. ДУРНОВО.



Всемирный день стоматолога. История нашего праздника

Е. А. ДУРНОВО, А. В. ЯРЦЕВА.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии НижГМА, г. Нижний Новгород.

Задолго до появления профессии стоматолога люди, испытывающие зубную боль, взывали к помощи святой Аполлонии, покровительницы зубо врачевания, для облегчения боли они читали молитвы. Сейчас же чаще пользуются услугами врачей-стоматологов.

Хотя медицинская наука отделена от церкви, между этими двумя дисциплинами в прошлом и в настоящем сохраняются достаточно тесные связи. Хороший врач обладает не только медицинскими знаниями, но и духовными ценностями.

Может быть именно поэтому Международным днем стоматолога (англ. *International Day of dentist*) является день святой Аполлонии. Профессиональный праздник, пришедший к нам даже не по велению высоких государственных инстанций, а как новое, вполне современное продолжение старой доброй традиции. День, когда после напряженной работы у стоматологического кресла в душе рождается желание перевести дыхание, оглянуться на сделанное, оценить свое место среди других профессионалов.

Есть и другие веские причины отмечать День стоматолога 9 февраля, в день Святой Аполлонии (St. Apollonia), и первая среди них — это удивительно привлекательный образ Аполлонии, дошедший к нам через века.

История Аполлонии запечатлена в послании епископа Александрии Дионисия I Великого антиохийскому епископу Фабию, а позже — в летописи «История церкви» римского хроникера Евсевия Памфила (265-339 гг.).

лей христианства, она подавала плохой пример согражданам, которые должны были придерживаться многобожия и верить в божественное происхождение императора.

Аполлонию подвергли жестоким пыткам, требуя отречения от христианства. Когда она отказалась отречься от своей веры, пишет Дионисий, «толпа схватила эту прекрасную пожилую женщину, сначала ей вырвали все зубы и угрожали сжечь ее живой».

Аполлония не дрогнула перед лицом смерти. Она попросила ее развязать, чтобы она смогла стать на колени и выполнить требование толпы. Когда же ее развязали, отважная женщина сама бросилась в огонь.

«Язычники схватили также Аполлонию, дивную старушку-девственницу, били по челюстям, выбили все зубы; устроили за городом костер и грозили сжечь ее живьем, если она заодно с ними не произнесет кощунственных возгласов. Аполлония, немного помолвившись, отошла в сторону, прыгнула с разбега в огонь и сгорела», — Евсевий Памфил. «Церковная история», VI, 41.



Сцена из «Мистерии о Св. Аполлонии» (фрагмент). Мученичество Святой Аполлонии. Около 1460 г. Жан Фуке (1420-1479).

Это случилось 9 февраля 249 года. Страдания и христианский подвиг Аполлонии так поразили ее современников и потомков, что родилась легенда о том, что стоит только произнести имя Аполлонии («*Santa Apollonia!*»), помолиться ей — и зубная боль утихнет. В 300 году Аполлония была канонизирована как святая мученица. Атрибутами святой Аполлонии, согласно характеру мучений, стали зубы или щипцы.

Культом святой Аполлонии быстро распространился в Европе, ее изображения были почти в каждой церкви. Хотя Дионисий назвал ее пожилой женщиной, изображали Аполлонию молодой миловидной девушкой со щипцами в руках.

Культом Св. мученицы Аполлонии, хранительницы зубов и заступницы в стоматологических болезнях, был столь широко распространен, что начиная со Средневековья стал отмечаться постоянный рост числа ее чудотворных мошей-зубов, почитавшихся и хранившихся

в церквях и священных молельнях по всему западу.

В конце концов, Папа Пий VI (1775-1799 гг.), с холодком относившийся к подобным формам религиозности, повелел собрать все чтившиеся по Италии зубы в сундук (общая масса этих стоматологических «святых» составила в итоге около 3 кг) и бросить в Тибр.



Мошевик. Хранится в соборе Порто, Португалия.

Этот несколько комический эпизод помогает представить, какое впечатление оказывало мученичество этой святой на умы многих поколений христиан и какое изумление и восхищение оно пробуждало в их сердцах благодаря своим особым отличительным чертам.

Большая часть ее мошей находится в Риме — церковь Св. Аполлонии, Санта-Мария ин Трастевере, Сан-Лоренцо фуори ле Мура; в Антверпене в церкви Иезуитов, в Брюсселе в соборе Св. Августина, в Льеже, в Порто, в Кельне.

Святая Аполлония — покровительница всех, кто страдает от болезней зубов. Но в начале XVIII века, с легкой руки основателя современной научной стоматологии, как науки и профессии, Пьера Фошара, святая Аполлония, бывшая до этого покровительницей только страждущих зубной болью, стала покровительствовать и стоматологам, призванным эту боль предупреждать и устранять.

Очень ловко — праздновать могут и пациенты и врачи! Поэтому правильной было бы этот день считать праздником торжества зубной боли над человечеством и почитать память всех тех, кто пал в борьбе с ней по обе стороны стоматологического кресла.

Поступок Фошара можно объяснить: в то время во Франции совершалась

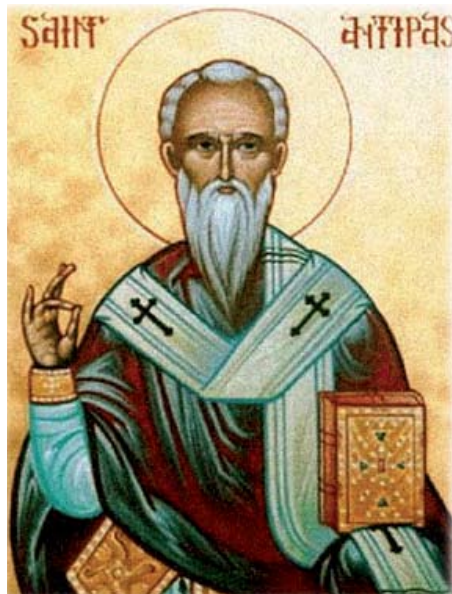


Святая Аполлония (St. Apollonia). Гвидо Рени (1575-1642).

Аполлония, жившая в III веке н.э., — дочь видного александрийского чиновника, уверовавшая во Христа в то время, когда остальные ее соотечественники были язычниками. По мнению гоните-

стоматологическая революция, ознаменовавшая переход от тотального удаления зубов к их восстановлению. Фошар увидел в разных людях, занимающихся стоматологической помощью, единую профессию, и ему нужен был высокий символ, способный объединить практикующих стоматологов в одно профессиональное братство. Святая Аполлония и стала таким символом, внеконфессиональным и вневременным, о чем свидетельствует почитание ее имени стоматологами всего мира в течение трех веков.

Кстати, Святая Аполлония была канонизирована тогда, когда разделения христианской церкви на католическую и православную еще не произошло. Среди православных святых есть святомученик, к которому страждущие обращаются при зубной боли, — Антипа, живший за 200 лет до Аполлонии, и мощи которого покоятся в хрестовоздвиженской церкви Киево-Печерской лавры. Но он не стал покровителем стоматологов, наверное, потому что в его посмертной судьбе не было своего Фошара. Поэтому Аполлонию почитают все стоматологи, независимо от вероисповедания.



Святой Антипа.

Зубоврачевание в России до XVIII века не контролировалось государством. И только в 1810 году был издан закон, по которому право на зубохирургическую практику предоставлялось лицам, получившим диплом «зубного лекаря». Следующим шагом по развитию зубохирургического образования в России является закон (1838 г.), в соответствии с которым звание «дантист» и право на самостоятельную работу присуждалось после сдачи экзамена в медицинской академии.

В конце столетия произошел ряд событий, которые оказали большое влияние на формирование специальности. Так, в 1881 году в Петербурге В. И. Важинским была открыта первая в России зубохирургическая школа.

В Москве зубохирургическая школа была организована в 1892 году И. М. Коварским. В этот период появляются высказывания о необходимости превращения зубохирургического образования в специальность, которой можно овладеть, получив высшее образование. Важной вехой в этом направлении явилось открытие при факультетской

хирургической клинике Московского университета первой в России приват-доцентуры по одонтологии (1885 г.). Доцентский курс по зубным болезням возглавил Н. Н. Знаменский.

В 1892 году были открыты приват-доцентуры по одонтологии при Военно-медицинской академии (возглавил П. Ф. Федоров) и на Высших женских курсах в Санкт-Петербурге (возглавил профессор А. К. Лимберг). А. К. Лимберг первый в России (1891 г.) защитил диссертацию по одонтологии на тему «Современная профилактика и терапия кариеса зубов». А. К. Лимберг является основоположником плановой санации рта школьников. В факультетской хирургической клинике профессора Н. В. Склифосовского в Москве, Военно-медицинской академии и на Высших женских курсах в Санкт-Петербурге были воспитаны первые ученые-стоматологи: М. М. Чемоданов, Н. Н. Знаменский, Н. Н. Несмеянов, А. К. Лимберг.

В 1883 г. в Санкт-Петербурге было организовано первое в России научное общество дантистов, а в 1885 г. был учрежден печатный орган «Зубохирургический вестник». Появление печатного органа позволило в короткий срок объединить разрозненные общества дантистов различных городов. В 1889 г. Московским одонтологическим обществом был учрежден свой журнал «Одонтологическое обозрение». Огромную роль в деле объединения дантистов в России сыграл I Всероссийский одонтологический съезд, который состоялся в Нижнем Новгороде в 1896 г. На съезде, кроме научных докладов, обсуждались вопросы подготовки зубохирургических кадров, был поставлен вопрос о запрещении подготовки специалистов путем ученичества и впервые была сформулирована идея санации полости рта учащихся. Тогда же в 1896 году, в рамках XVI Всероссийской промышленной и художественной выставки, на Нижегородской ярмарке был представлен первый в России учебник по одонтологии «Полный зубохирургический курс», написанный И. И. Хрущевым.

К 1923 г. в городе функционируют две стоматологические поликлиники: областная и городская. В областной был один кабинет и несколько кресел, работало там всего трое сотрудников, все — зубные врачи, а городская располагалась в нескольких старых домах. Именно в те годы в областной поликлинике на улице Тихоновской, в двух комнатах небольшого деревянного домика началось зарождение Горьковского института стоматологии и одонтологии.

В послевоенные годы, в условиях культурного подъема в стране было оказано активное содействие в подготовке стоматологических кадров с целью повышения их квалификации. Городской стоматологический центр активно занимался организацией конференций, в рамках которых заслушивались доклады, знакомившие врачей с достижениями в области стоматологии. Но зубных врачей в области стоматологии не хватало. Штаты были не укомплектованы, а потребность в стоматологической помощи все росла и росла.

Большим шагом в объединении врачей стоматологов Нижегородской области и Поволжья стало открытие в 1988 г. стоматологического факультета. Первым деканом факультета стала профессор **Киняпина Ирина Дмитриевна**.



На рубеже второго и третьего тысячелетий, когда стоматология переживает технологическую революцию, огромные организационные изменения, мы особенно остро ощущаем необходимость своего объединения, и роль Пьера Фошара приняли на себя национальные и международные ассоциации стоматологов.

Нам нужен профессиональный праздник, который бы и объединял стоматологов, и поднимал престиж профессии в обществе, и звал к высотам мастерства, и просто был поводом для старших оглянуться на прожитое и достигнутое, а для молодежи — стимулом к преемственности и дерзанию.

С 1984 года этот праздник в России считается узко профессиональным, и теперь поздравления в этот день получают только врачи. Небольшое искажение истории. Тем не менее, хочется поздравить всех, кто хоть раз обрел свое счастье в кресле стоматолога, и тех, кто стоит на страже стоматологического здоровья человечества.

Список литературы

1. Столяренко П. Ю. История обезболивания в стоматологии (от древности до современности): Монография / МЗ РФ; СамГМУ. — Самара, 2001. — 172 с.: ил. Шифр 616.314-089.1 С-81.
2. Троянский Г. Н. История советской стоматологии (очерки). — М.: Медицина, 1983. — 144 с.
3. Beckett W. Sister Wendy's Book of Saints. — New York, Dorling Kindersley, 1998.
4. Beresford A. M. 'Una oracle'n, sefora, que le dextron que salas, de sancta Polonia para ei dolor de las muelas': Celestina and the Legend of Saint Apollonia. — Bulletin of Hispanic Studies, 2001, 78: 39-57.
5. Bunn S. T. St. Apollonia, Patron Saint of Dentistry. Retrieved 5/6/2003 from <http://www.drbbunn.com/apollonia.htm>.
6. Cohen R. A. Chapel of St. Apollonia. — Brit Dent J, 1975, 138: 147-148.
7. Kirsch J. P. Catholic Encyclopedia: Saint Apollonia. Retrieved 5/6/2003 from <http://www.catholic-forum.com/saints/stal3002.htm>.
8. McNamara R. F. St. Apollonia and Friends in Saints Alive. Retrieved 5/6/2003 from <http://www.stthomasirondedeguoit.com/SaintsAlive/id264.htm>.
9. Unique Wine Label Features Saint Apollonia. — Bull Hist Dent, 1985, № 33, 2: 132.



Матричные системы «ТОР ВМ»: простор для верного выбора

Современные пломбировочные материалы предоставляют широкие возможности для эстетической реставрации. Однако уникальные свойства новых материалов не приводят к желаемому результату, если само моделирование зуба проводится без использования матричных систем. Придание реставрируемому зубу правильной анатомической формы, и, в первую очередь, четко сделанный контактный пункт являются необходимыми условиями для достижения совершенной реставрации.

Специализируясь на производстве матричных систем и полировальных принадлежностей с 1999 года, российская компания «ТОР ВМ» выпускает самый широкий ассортимент матриц в мире.

Матричные системы «ТОР ВМ» отличаются 3-мерная кривизна матриц, максимально приближенная к анатомической форме зуба, а также оригинальные приспособления для фиксации матриц. Девиз компании: «Простор для верного выбора» подчеркивает стремление «ТОР ВМ» дать практикующему специалисту удобные и эффективные принадлежности для каждого клинического случая.

Облегчить выбор вам поможет знакомство с сайтом компании www.torvm.ru, где достаточно подробно описаны приемы работы с различными матричными системами, а также представлен полный каталог продукции «ТОР ВМ». По вашему запросу компания бесплатно вышлет печатную версию каталога по почте.

Если вас заинтересовала продукция «ТОР ВМ», обращайтесь к своим поставщикам в регионах или непосредственно в офис компании.



ТОР ВМ

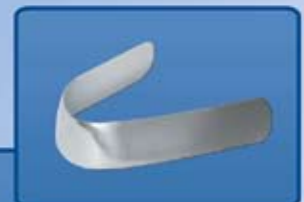
производство систем для терапевтической стоматологии

Самый широкий в мире ассортимент матричных систем: матрицы металлические и светопрозрачные, контурные и плоские, под любые типы матрицедержателей и с фиксирующим устройством

Системы для шлифования и полирования: полоски, диски, дискодержатели

По вопросам приобретения продукции обращайтесь к своим поставщикам в регионах или непосредственно в офис

ООО «ТОР ВМ»
Москва,
+7(495) 9367404
+7(495) 2255417
torvm77@gmail.com
www.torvm.ru



ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ РАББЕРДАМА

Производитель:
«Dentech Corporation», Япония.

Полный набор
Rubber Dam Technic Set
12 кламп в ассортименте
Щипцы для постановки кламп
Пробойник для латексного листа
Рамка для латексного листа
Подставка для хранения кламп
металлическая (автоклавируемая)

Инструменты для наложения раббердама
Щипцы для постановки кламп
Пробойник для латексного листа
Рамка для латексного листа
Более 40 размеров кламп в ассортименте
для всех возможных клинических случаев

ЛАТЕКСНЫЕ ЛИСТЫ ДЛЯ РАББЕРДАМА

Производитель:
«DuraMedical Sdn. Bhd.», Малайзия.

Материал: натуральный латекс
Размер: 6" x 6" (152 мм x 152 мм)
Цвета: зеленый и синий
Толщина: средняя (medium) 0,18 мм
Ароматы: мята или нейтральный
Упаковка: 36 листов



Copyright.
Апокин А.Д. М., 2010



DuraMedical

10 преимуществ использования системы «Раббердам»:

1. Адекватная ретракция мягких тканей полости рта, в том числе маргинальной десны.
2. Защита от повреждения ротационным инструментом.
3. Контроль над десневым кровотечением.
4. Предупреждение проглатывания или аспирации мелкого инструментария, фрагментов пломб и т.п.
5. Исключение химического повреждения слизистой оболочки полости рта и языка растворами ирригации корневых каналов, компонентами адгезивной системы, активными веществами офисных систем отбеливания зубов и т.п.
6. Постоянная сухость рабочего поля.
7. Предупреждение контаминации корневого канала при эндодонтическом вмешательстве.
8. Защита препарированных полостей от попадания ротовой жидкости.
9. Экономия рабочего времени врача за счет отказа от использования ватных валиков и прополаскивания полости рта пациентом.
10. «Раббердам» является своего рода физическим барьером между врачом и пациентом. Субъективно пациент ощущает лечение как проводимое «вне полости рта», при этом пересушивания слизистой оболочки не происходит, ротовая жидкость проглатывается без труда, осуществляется достаточный контроль над перекрестной инфекцией, общительность пациента также ограничена.

С момента изобретения системы «Раббердам» прошло почти 150 лет, и во многих странах ее использование служит эталоном качества проводимого лечения. Современная реставрация и эндодонтия уже невозможны без применения этой системы. Все специалисты, которые нашли в себе желание и силы на освоение методики, уже не откажутся от нее никогда.

Кутяев С. А. «Раббердам в клинической практике врача-стоматолога», М., 2010.

Эксклюзивный дистрибьютор в России — ООО «Алдент»: 196084, г. Санкт-Петербург, ул. Заставская, д. 33Ж, офис 317.
Тел./факс: (812) 718-69-89, 334-54-51, 388-30-06, e-mail: aldent@mail.ru, <http://www.aldent.ru>

Кандидоз

Л. М. ЛУКИНЫХ, д.м.н., профессор кафедры терапевтической стоматологии
НижГМА, г. Нижний Новгород.



Кандидоз — это заболевание, которое вызывается дрожжеподобными грибами рода *Candida*, которые из условно-патогенных при ослаблении иммунной системы макроорганизма превращаются в патогенные микроорганизмы. Грибы рода *Candida* — это одноклеточные микроорганизмы, аэробы, относительно большой величины, округлой формы, способные образовывать псевдомицелий — нити из удлиненных клеток, бластоспоры или клетки-почки, сидящие на перетяжках псевдомицелия, и хламидоспоры — споры с плотной двойной оболочкой. Главные признаки, отличающие грибы рода *Candida* от истинных дрожжей: наличие псевдомицелия, отсутствие аскоспор, то есть спор в сумках внутри клеток, способность образовывать бластоспоры и хламидоспоры.

Характерные биохимические свойства: способность расти при температуре 30–37 °С, оптимальная среда существования при рН=5,8–6,5, но грибы длительно переносят и резко кислые среды, а хорошо растут на нейтральных и слабокислых средах, способность ферментировать и ассимилировать углеводы, тип дыхания — аэробный, тропизм к тканям, богатым гликогеном, то есть обладают гликофилией.

Патогенность различных грибов рода *Candida* неодинакова. Наиболее патогенными для детей признаны: *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida pseudotropicalis*.

Этиология

Основной причиной возникновения кандидоза можно назвать несостоятельность клеточного иммунитета, когда макроорганизм становится беззащитным к различным условно-патогенным микроорганизмам. Микробный пейзаж здорового человеческого организма весьма постоянен, при патологических состояниях взаимоотношения макроорганизма и микрофлоры могут нарушаться. Эволюция отобрала круг видов микробов, поселившихся в человеческом организме, определила физиологическое равновесие между разными видами микробов и макроорганизмом. Но данное равновесие может нарушаться, что приводит к дисбактериозу, который рассматривается как фактор формирования кандидоза.

Грибы рода *Candida* могут попадать в организм ребенка с предметов домашнего обихода, посуды, игрушек, с пищей. Чаще они обнаруживаются в молочных продуктах. Выявлено значительное обсеменение сырого мяса, мороженого, творожных сырков, сметаны, творога. Однако степень обсемененности продуктов грибами различна: мороженого и творожных сырков — 78,6%; творога — 66,6%; кефира — 35,3%, молока — 20% [Реброва Р. Н., 1989]. Высокое содержание гриба в молочных сладких продуктах объясняется тем, что гриб в них не только сохраняется, но и размножается. Обсеменены грибами фрукты (яблоки, груши, инжир, персики, сливы), а также фруктовые массы, идущие на изготовление карамели, мармелада, сырков, фруктовых коктейлей и консервов. Выявлена высокая зараженность грибами рода *Candida* диких голубей, кур, гусей, уток, что также представляет опасность

заражения ребенка. Источником кандидозной инфекции могут быть домашние животные, особенно молодняк: котят, щенята, ягнята, телята, жеребята.

Каналом инфицирования детей в родильных домах является медицинский персонал, оборудование, пеленки, клеенки, соски, иглы, шприцы, катетеры. Заражение рук акушерок и медицинских сестер возможно как от родильниц и новорожденных, так и от мекония и детского кала, эти факты описаны в нашей стране и за рубежом. Подробно исследованы источники и пути инфицирования новорожденных. В 56,4% случаев источником заражения были матери с влагалищным кандидоносительством или урогенитальным кандидозом, наблюдающимся у 25% родильниц. Позднее инфицирование новорожденного от матери возможно с кожи соска и рук, со слизистой оболочки полости рта, через ротовую жидкость («облизывание» пустышки и соски ребенка, кормление ребенка из своей ложки, прикармливание ребенка из своей полости рта уже пережеванной пищей).

Причиной изменения видового состава нормальной микрофлоры может быть длительное нерациональное применение лекарственных препаратов, которые угнетают жизнедеятельность многих видов микробов, отстерилизовывая слизистую оболочку полости рта и желудочно-кишечного тракта, ослабляя иммунную систему человека, тем самым освобождая грибы рода *Candida* от сдерживающих их рост антогонистического влияния. Ребенок подневольное маленькое существо, лекарственные препараты ему подмешивают в еду, нередко используются самые мощные лекарственные формы, доза не пересчитывается на детскую, то есть наблюдаются передозировки, все это родители делают только из лучших побуждений, но каковы последствия они даже не подозревают.

К активации гриба *Candida* может привести длительное применение кортикостероидных препаратов, антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, цитостатиков, иммунодепрессантов, наркотиков, гормональных контрацептивных препаратов, употребление которых резко увеличилось. Малолетние проститутки, девочки-подростки, не желая забеременеть, принимают двойные дозы контрацептивных препаратов, нередко без соблюдения рекомендаций завода-изготовителя, а при заражении венерическими заболеваниями подростки принимают огромное количество сильнейших лекарственных препаратов, нередко совершенно не эффективных против основного заболевания.

То есть, **эндогенные факторы** в патогенезе кандидоза играют важную роль, к ним относятся:

1. Наличие приобретенной или врожденной иммунной недостаточности с различными ее дефектами, СПИД.

2. Нарушение обмена веществ (белкового, углеводного, жирового, витаминного, минерального). Эндокринные заболевания, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, железистые состояния.

3. Гиповитаминозы.

4. Острые и хронические инфекционные и неинфекционные заболевания (дизентерия, дифтерия, коклюш, холера, туберкулез). И как ни печально констатировать — это венерические заболевания в детском возрасте: сифилис, гонорея, трихомоноз, ВИЧ-инфекция.

5. Беременность несовершеннолетней.

6. Рахит, недоношенные дети.

7. Экологическая среда. Химические загрязнения, радиация, нитриты, нитраты, радионуклиды создают благоприятный фон для активации грибов и развития кандидоза.

«Компрессный» или «пеленочный» кандидоз при перегревании грудного ребенка, ношении тесной прилегающей одежды, тесных ночных пижам, когда перегревание малыша, повышенная влажность и повышенная температура в помещении приводят к мацерации кожных покровов и развитию кандидоза.

Микробы, заселяющие организм человека, участвуют в синтезе витаминов В₁, В₂, В₁₂, К, а также подавляют рост и размножение патогенных и условно-патогенных микробов, вырабатывающих пищеварительные ферменты, то есть являются одним из звеньев общей неспецифической защиты макроорганизма. В результате воздействия лекарственных препаратов происходит подавление деятельности микробов-ассоциантов, следствием чего являются авитаминозы, нарушение ферментативной активности, что еще больше снижает сопротивляемость организма и усугубляет дисбактериоз, а беспрепятственное размножение и активизация грибов рода *Candida* могут привести к развитию кандидозной инфекции.

Экзогенные факторы в этиологии и патогенезе кандидозной инфекции являются пусковым механизмом, который «срабатывает» при нарушении местных факторов защиты (неспецифических и специфических). К экзогенным факторам относятся местные факторы — химические и механические, нарушающие целостность кожных покровов и слизистой оболочки полости рта: химические ожоги мышьяковистой пастой, формалином, резорцином, ожоги электрическим током при проведении электрофореза и ортодонтические конструкции. Эти причины особенно характерны для детского возраста, так как ребенок чаще всего ведет себя неадекватно в кресле врача-стоматолога, нервничает, плачет, кричит, дергается, вырывается, что несомненно приводит к травме слизистой оболочки полости рта и кандидозу. Грибы рода *Candida* могут попадать в организм ребенка с предметов домашнего обихода, посуды, игрушек, с пищей (особенно с молочными сладкими продуктами, овощами, мясом).

И при несостоятельности клеточного иммунитета, когда макроорганизм становится беззащитным к различным условно-патогенным микроорганизмам, любой из вышеперечисленных факторов или группа факторов способны вызвать дисбактериоз полости рта.

Патогенез

Основная роль в патогенезе кандидозной инфекции отводится несостоятельности клеточного иммунитета — нарушению функции Т-лимфоцитов, взаимодействию Т- и В-лимфоцитов, а также нарушению фагоцитарной активности нейтрофилов, моноцитов, эозинофилов. Нарастание титра аутоантител при хронической кандидозной инфекции является одним из важнейших звеньев в сложной цепи иммунологических нарушений в состоянии макроорганизма. За счет длительной сенсибилизации продуктами жизнедеятельности грибов рода *Candida* повреждаются клетки и ткани макроорганизма (аутоиммунный ответ). При хронических и тяжелых формах кандидоза повышен уровень антител крови и иммуноглобулинов, в частности IgG. Антитела задерживают филаментацию гриба *Candida* и подготавливают последующее внутриклеточное уничтожение его.

Лабораторная диагностика

Для успешной лабораторной диагностики кандидоза необходимо обеспечить правильное взятие нужного материала от больного. Материалами для исследования могут быть: кожные и ногтевые чешуйки, отделяемое пораженных участков кожи и слизистых оболочек, кал, моча, кровь, желчь, спинномозговая жидкость, биоптаты тканей.

Материалы, которые доставляются в лабораторию, исследуют в двух направлениях:

1) микроскопия мазков, окрашенных метиленовым синим по Граму;

2) посевы на питательные среды — агар Сабуро, сусло-агар или кандида-агар.

Обнаружение большого количества почкующихся клеток с псевдомицелием в нативном или окрашенном препарате — ценная диагностическая находка. Единичные почкующиеся клетки, найденные в мазке со слизистых оболочек, не имеют диагностического значения, так как выявляются и у кандидоносителей. Однократное выделение гриба *Candida* со слизистой оболочки в количестве, не превышающем 300 колоний в 1 мл, рассматривается как кандидоносительство. Обнаружение при первичном посеве значительного числа клеток грибов (от 100 до 1000 клеток и более в 1 мл смыва) трактуется как признак кандидоза. Диагноз подтверждается, если при повторном посеве будет отмечено существенное увеличение количества грибов, даже если при первичном посеве грибов было немного. Лишь количественные исследования в динамике делают культуральный метод надежной опорой в диагностике кандидоза.

Необходимо дифференцировать нормальное пребывание грибов в организме человека от патологического. Считается, что обнаружение гриба *Candida* в малом количестве (до 10 колоний при первичном посеве на чашку Петри) можно расценивать как норму. Если же число колоний грибов в повторном посеве вырастет до сотен колоний, то даже при отсутствии клинических признаков кандидоза следует расценивать этот факт как сигнал, требующий дальнейшего наблюдения за больным. А отсутствие существенного увеличения числа грибов при повторном посеве диагностируется как кандидоносительство.

При микроскопии в патологическом материале видны округлые клетки — бластоспоры размером 2 x 4 x 7 мкм. Бластоспоры размножаются путем почкования от

материнской клетки. Бластоспоры у дрожжеподобных грибов способны к филаментации, то есть удлиниться и образовывать нить — псевдомицелий. Псевдомицелии отличаются от истинного мицелия тем, что не имеют общей оболочки, ширина их 1,5–2,5 мкм. Обнаружение псевдомицелия при микроскопии патологического материала является важным подтверждением для лабораторного заключения о дрожжеподобной природе возбудителя.

При посевах на жидких питательных средах рост дрожжевых колоний выше 1000 на 1 г исследуемого материала свидетельствует о том, что выделенные грибы являются этиологическим агентом заболевания. 10–100 колоний на 1 г патологического материала не являются критерием для постановки диагноза кандидоза, а только сигналом к продолжению поисков возбудителя. Признаком кандидоза служит высевание со слизистых до 1000 клеток в 1 мл смыва с тампона, в мокроте — более 500 клеток, в кале — более 1000 клеток в 1 г, в желчи — более 300 клеток в 1 мл. Наличие возбудителя во всех препаратах в большом количестве и активном состоянии в сочетании с типичной клинической картиной свидетельствует о наличии у больного кандидозной инфекции.

Для диагностики кандидозной инфекции могут быть использованы различные серологические реакции, так как грибы *Candida* являются полноценными антигенами: реакция агглютинации; реакция связывания комплемента; реакция преципитации; реакция пассивной гемагглютинации.

Внутрикожные пробы на грибковые аллергены с грибковыми антигенами по общепринятой методике (внутрикожное введение 0,1 мл) позволяют выявить реакцию гиперчувствительности как немедленного, так и замедленного типов.

Клиника

По течению болезни различают кандидоз острый и хронический.

Острые формы кандидоза:

● острый псевдомембранозный (молочница);

● острый атрофический.

Хронические формы кандидоза:

● хронический гиперпластический;

● хронический атрофический.

По локализации: фарингит, тонзиллит, стоматит, гингивит, глоссит, хейлит, ангулярный стоматит (микотическая заеда).

По клинико-морфологической картине: псевдомембранозный, эритематозный (атрофический), гиперпластический. Нередко проявления в полости рта, вызываемые грибами рода *Candida*, рассматривать не как кандидоз, а как *Candida*-ассоциированные стоматиты.

Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница)

Самая частая форма поражения слизистой оболочки полости рта. Болеют грудные дети. Ребенок отказывается от груди и приема пищи, становится вялым, капризным. Дети старшего возраста могут предъявлять жалобы на боль при приеме пищи и в покое, жжение и сухость в полости рта.

На слизистой оболочке полости рта появляются белые и синевато-белые пятна — налет, напоминающие «творожистые массы», скопление которых на различных участках неодинаково. Налет легко соскабливается, под ним обнаруживается гиперемизированный участок (пятно,

эритема). В тяжелых случаях образуется плотный налет, который соскабливается с трудом, обнажая эрозивную кровотокающую поверхность. Поражаться могут все участки слизистой оболочки, чаще неба, язык, губы, щеки. Процесс может распространяться на гортань, глотку, пищевод. Слизистая оболочка слегка гиперемизирована, отечна. Белесоватый налет состоит из десквамированных клеток эпителия, фибрина, остатков пищи, бактерий, нитей мицелия, кератина.

Если острый псевдомембранозный кандидоз не лечить, он может перейти в острую атрофическую форму.

Острый атрофический кандидоз

Дети старшего возраста могут предъявлять жалобы на боль при приеме пищи и в покое, жжение и сухость в полости рта, болезненность при приеме пищи и разговоре, извращение вкуса. Дети младшего возраста отказываются от приема пищи, становятся плаксивыми, малоподвижными и малоактивными, предпочитают спокойно посидеть или полежать.

Слизистая оболочка резко гиперемизирована, огненно-красного цвета, сухая, что затрудняет свободное открывание рта, вызывает болезненность при разговоре, приеме пищи, прикосновении. Слизистая оболочка языка атрофирована, сосочки сглажены, язык ярко-красного цвета, гладкий. Налет на языке и слизистой полости рта отсутствует, в редких случаях сохраняется в глубине складок языка. Определяются отпечатки зубов на боковых поверхностях языка. Красная кайма губ гиперемизирована, отечна, покрыта тонкими серыми чешуйками, местами слизистая мацерирована, могут появиться трещины в углах рта и эрозии.

Хронический гиперпластический кандидоз

Дети старшего возраста предъявляют жалобы на боль при приеме кислой, острой пищи, на сухость в полости рта, извращение вкуса. Дети младшего возраста отказываются от приема пищи либо превращаются в ленивых сосунов. Становятся плаксивыми, малоподвижными и малоактивными, предпочитают спокойно посидеть или полежать.

На гиперемизированной слизистой оболочке полости рта появляются плотно спаянные папулы и бляшки, образующие неровную поверхность — «бульжная мостовая». Бляшки серо-белого цвета, плотно спаяны с подлежащими тканями, при соскабливании не снимаются, насильственное удаление налета со слизистой приводит к появлению эрозивной кровотокающей поверхности. Налет чаще располагается на спинке языка, особо излюбленное место — ромбовидная ямка. Процесс может распространяться на слизистую гортани, зева, пищевода.

Наличие бляшек на слизистой оболочке полости рта, языке, спаянность их с подлежащими тканями свидетельствует о фиксации гриба и врастании мицелия.

Хронический атрофический кандидоз

В детском возрасте данная форма заболевания встречается редко, только у ослабленных детей, имеющих хронические соматические заболевания и находящиеся одновременно на лечении у врача ортодонта. При данной патологии пациенты предъявляют жалобы на боль и дискомфорт под ортодонтической конструкцией, сухость в полости рта и

жение при приеме пищи. А также на боль и появление трещин в углах рта при широком его открывании.

Чаще поражается слизистая оболочка протезного ложа съёмной пластиночной ортодонтической конструкции. Слизистая ярко-красного цвета, гиперемирована, отечна. Налет в небольшом количестве определяется в складках твердого неба, легко снимающийся, под налетом обнаруживается гиперемированный ярко-красный участок слизистой оболочки полости рта. В полости рта ярко выраженная сухость. В углах рта эрозии, покрытые белым, легко снимающимся налетом, тонкими и мягкими чешуйками перламутрового цвета. Эрозия сухая, слабо мокнущая, корочки нежные. Нередко наблюдается ограниченное поражение только углов рта, которое классифицируется как микотическая заеда. При сомкнутых губах заеды не видно. При хроническом атрофическом кандидозе язык может быть гладким, нитевидные сосочки атрофированы, сглажены, отпечатки зубов на языке.

Дифференциальная диагностика

Кандидоз следует дифференцировать:

С лейкоплакией (плоской, веррукозной формами и мягкой лейкоплакией) следует дифференцировать острый псевдомембранозный кандидоз. Для лейкоплакии характерными признаками являются помутнение эпителия с четкими границами, пятна белого и беловато-серого цвета, не соскабливаются. Веррукозная лейкоплакия развивается на фоне имеющейся плоской, элемент поражения — бляшка, выступающая над слизистой оболочкой. Мягкая лейкоплакия или «щечное кусание», при которой процесс локализуется на слизистой оболочке полости щек по линии смыкания зубов и на слизистой губ, эпителий скисывается в результате привычки покусывать слизистую полости рта и слушивается. Слизистая становится рыхлой, белесоватой, набухшей. Пестрый вид поверхности слизистой позволяет сравнивать ее с тканью, изъеденной молью.

С аллергическими стоматитами и аллергическим хейлитом, возникающими в ответ на попадание в организм аллергенов, в частности, на контакт слизистой оболочки полости рта с пластмассой, косметикой, химическими веществами (зубная паста, эликсиры, духи, помада, тушь, тени, которые дети не только пытаются использовать как взрослые, но и пробуют на вкус и даже проглатывают). При устранении аллергенов клинические признаки заболевания исчезают полностью.

Кандидозную заеду — с актиническим хейлитом, для которого характерными признаками являются гиперемия, отек, эрозии, трещины, чешуйки, корочки и шелушение в ответ на воздействие солнечной радиации.

Кандидозную заеду — со стрептококковой заедой, для которой характерными признаками являются большие, желтые, «медовые» корки, они частично соскабливаются, обнажая эрозивную мокнущую поверхность. Корки одновременно появляются на губах и коже подбородка.

С хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом следует дифференцировать острый псевдомембранозный кандидоз (молочницу). Для первого характерными клиническими признаками являются афты, одиночные, округлой формы, покрытые фибриновым налетом (этот налет нередко принимают за

«творожистые массы» характерные для молочницы), не снимающимся при соскабливании и обнажающим эрозивную, кровоточащую поверхность.

С простым герпесом, при котором на слизистой оболочке рта и губ пузырьки, крупные слившиеся пузыри, субэпителиального расположения, эрозии покрыты фибриновым налетом, который с трудом снимается, обнажая эрозивную, кровоточащую поверхность. Отек и гиперемия слизистой оболочки полости рта, катаральный гингивит, нарушение общего состояния — повышение температуры, недомогание, слабость, головная боль.

С сифилитической папулой. Для сифилиса характерны одиночные папулы на коже и слизистых, наличие уплотнения в основании папулы и обильное отделяемое на поверхности эрозии, в которой обнаруживается бледная трепонема. Положительная реакция Вассермана. Казалось бы, в практике стоматологии детского возраста данное заболевание большая редкость, но, увы, детская проституция, наркотики, беспорядочная половая жизнь подростков заставляют врача-стоматолога быть бдительным и при необходимости своевременно помочь ребенку.

Лечение

Лечение кандидоза требует индивидуального подхода к каждому случаю, так как обычно кандидоз развивается как вторичное заболевание, вызванное снижением иммунологической защиты, которое может быть обусловлено разными причинами. Посему необходимо:

- Выявление этиологического фактора, лежащего в основе патогенеза кандидоза в каждом индивидуальном случае.

- Устранение или уменьшение дальнейшего отрицательного влияния этих факторов.

- Патогенетическая терапия.

Общее лечение

Исходя из нестойкости иммунной системы при кандидозе, особенно при хронических вялотекущих формах, рекомендуется кандидозная вакцина: моновалентная, поливалентная и аутовакцина. С этой же целью в арсенале лечебных средств при кандидозе могут найти место пиримидиновые производные — пентоксил, метилурацил, курс лечения 3-4 недели. Все вышеперечисленные препараты стимулируют выработку антител, фагоцитарную активность, активизируют лейкопоэз, повышают содержание гаммаглобулина в сыворотке крови и регенеративную способность тканей. Гаммаглобулин, гистоглобулин, гистоглобин по 1-2 мл 2 раза в неделю, на курс 1-3-5 инъекций. Через 2-3 месяца курс лечения повторяется. Т-активин подкожно или внутримышечно, в течение 7-10 дней. Кемантан в течение 10-14 дней. Либо диуцифон в течение 6 дней. Проводят 2-3 таких курса с интервалом 1-3 дня, под контролем биохимических и иммунологических показателей крови. Левамизол (Декарис) 1 раз в день в течение 3 дней, проводят 2 таких курса с интервалом 3-6 дней. Спустя 2-3 месяца курс лечения стоит повторить.

Необходимо включение в комплексное лечение противогрибковых препаратов (антимикотиков). Все антимикотики можно подразделить на полиеновые антибиотики и имидазолы (миконазол, эконазол, клотримазол и другие). Полиеновые антибиотики — нистатин, леворин, в течение 10-14 дней. Желательно таблетку разжевать и рассасывать. Регресс клинических

симптомов кандидоза наблюдается уже на 5-6-й день, уменьшается гиперемия, отек, разрыхление слизистой оболочки полости рта, наблюдается эпителизация эрозий.

Амфотерицин В назначается в случаях отсутствия эффективности применения нистатина, леворина. Доза устанавливается индивидуально из расчета 100-250 ед/кг, постепенно дозу можно повысить до 400-500 ед/кг внутривенно капельно, на курс 10-15 вливаний. Аналогичным действием обладает амфоглюкамин, курс 10-14 дней. Канестен 60 мг/кг массы, курс лечения 10-14 дней. Декаминная карамель, курс 10-14 дней. Низорал, курс 7-10 дней, Ламизил, курс 2 недели, Дифлюкан, курс 7-14 дней.

Назначается общеукрепляющая терапия, которая способствует снижению микотической сенсibilизации, а также стимулирует неспецифическую и специфическую резистентность организма. Поливитамин с микроэлементами в течение 1 месяца. Витамины группы В — В₂, В₆, С, РР и др. Витамин В₂ (рибофлавин) обладает некоторым противогрибковым действием, регулирует окислительно-восстановительные процессы, принимает участие в процессах углеводного, белкового и жирового обмена. Препараты кальция (глюконат кальция, глицерофосфат кальция, лактат кальция) как общеукрепляющие и гипосенсибилизирующие принимают в течение 1 месяца. Препараты пантотеновой кислоты — пантотена кальция в течение 1 месяца.

Препараты железа (драже Ферроплекс, Канферон, таблетки восстановленного железа) в течение 1 месяца. Алэз с железом, гемостимулин и другие препараты, так как доказано, что при кандидозе наблюдается изменение и нарушение обмена железа.

Десенсибилизирующая терапия — димедрол, супрастин, пипольфен, фенкарол следует принимать в течение 1-1,5 мес.

Дети, длительно страдающие хроническими формами кандидозов, нуждаются в постоянном приеме седативных средств и транквилизаторов, психотерапии, гипнозе. Хороший эффект дает аутотренинг и электросон.

Назначается диета, богатая витаминами и белками, с ограничением углеводов.

Местное лечение

Полиеновые антибиотики в виде аппликаций на слизистую оболочку полости рта и губ применяют ежедневно, 3-4 раза в день, курс лечения 10-14 дней. Могут быть назначены левориновая и нистатиновая мази, натамицин, клотримазол и канестен, микосептин и микогептин, амфотерициновая и декаминная мази в виде 20-минутных аппликаций. Для усиления проникающей способности полиеновых антибиотиков аппликат предварительно смачивается 10% раствором димексида, сверху наносится мазевая основа. Местное применение полиеновых антибиотиков приводит к изменению проницаемости цитоплазмы клеток, оказывая тем самым фунгицидное и фунгистатическое действие.

Щелочные полоскания полости рта — 2-4% раствором гидрокарбоната натрия либо тетрабората натрия (бура), 2% раствором борной кислоты, которые способны приостановить размножение и рост гриба *Candida*.

Приостанавливают рост и размножение гриба *Candida* препараты йода: 1% раствор йодиола, 0,1% спиртовой раствор йода, раствор Люголя, которые

могут быть применены местно, в виде туширования слизистой.

Анилиновые красители — 1-2% раствор метиленового синего, бриллиантовый зеленый, жидкость Каstellани, 1-2% раствор фуксина, 1-2% раствор метиленового фиолетового, 1-2% раствор кристаллического фиолетового, 2% раствор генцианового фиолетового в виде туширования слизистой оболочки полости рта, 3-4 раза в день, оказывают фунгистатическое действие, приостанавливают рост и размножение гриба рода *Candida*.

Установлено фунгистатическое и фунгицидное действие лука, чеснока, семян укропа, травы маклеи Ледебура (сангинарин), ивы (салициловая и бензойная кислота), кубышки желтой (лютенурин), зверобоя (новоиманин), петрушки, багульника. Эффективность багульника следует отметить особенно, противогрибковая активность багульника объясняется содержанием в растении эфирных масел и спиртов. Весьма эффективны пищевые эссенции: клубничная, кизилловая, вишневая.

Современная стоматология предлагает для активизации этиопатогенетического лечения кандидоза назначать препарат имудон. Имудон — препарат, приготовленный из смеси лизатов различных микроорганизмов и представляющий собой поливалентный комплекс антител. Стимулирует защитные силы слизистой оболочки полости рта за счет увеличения активности полиморфноядерных лейкоцитов, увеличения количества sIgA, увеличения активности и содержания Liz в ротовой жидкости. Имудон назначали в виде таблеток для рассасывания в полости рта по 5-8 таблеток в день, курс лечения

соответственно 14-21 день. В фазе ремиссии препарат следует использовать как профилактическое средство по 5 таблеток в день, курс 2 недели.

Кератопластические лекарственные препараты: винилин, эмульсия Тезана, сок алоэ и сок каланхоэ, витамин А и Е в масле, масло шиповника, каратолин, оливковое и облепиховое масла, Аекол, линимент алоэ и линимент каланхоэ в виде аппликаций на слизистую оболочку полости рта, по 20 мин., 3-4 раза в день, с 5-го дня от начала общего и местного лечения полиеновыми антибиотиками.

Проводится санация полости рта, профессиональная гигиена полости рта, замена нерациональных ортодонтических конструкций.

Профилактика

Профилактика должна проводиться в нескольких направлениях.

1) Сокращение инфицирования новорожденных грибами рода *Candida* методом выявления и лечения урогенитального кандидоза и кандидоносительства у беременных женщин путем назначения антибиотиков с узким спектром действия (пенициллина, оксациллина, эритромицина).

2) Выявление и лечение кандидоза полости рта будущей матери, санация полости рта. Стерилизация сосок, пустышек и других предметов ухода за ребенком. Ребенок должен иметь индивидуальную стерильную посуду, ложку и вилку, свою кровать и постельное белье, индивидуальную ночную вазу и индивидуальную зубную щетку.

3) Соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий и режима в родильных домах, проведение правильной обработ-

ки оборудования, детского белья, рук медицинского персонала, обеспечение стерильности бутылочек, пипеток, инструментария, шприцев и прочего. Обучение кормящей матери уходу за грудью, сосками, гигиеническим манипуляциям.

4) Отказ от нерациональной и массивной антибактериальной терапии, осторожное применение гормонов, под контролем и по назначению лечащего врача.

5) При длительной антибактериальной терапии необходимо одновременно назначать полиеновые антибиотики внутрь, курсом, адекватным антибактериальному. А после противомикробной терапии назначить колибактерин и бифидумбактерин.

6) Тяжелые общие соматические заболевания должны сопровождаться комплексным лечением, необходимо назначать большие дозы витаминов, повышать сопротивляемость организма, общую иммунологическую реактивность.

7) Своевременное выявление и лечение дисбактериоза.

8) Выполнение санитарно-гигиенического режима в медицинских учреждениях, соблюдение ОСТов при стерилизации медицинского инструментария: пинцетов, зондов, зеркал и пр.

9) Широкая санитарно-просветительская работа среди медицинского персонала, работников пищевых предприятий, среди населения, будущих мам и пап.

Дети и их родители должны знать, что самолечение небезвредно, самостоятельный бесконтрольный прием антибиотиков и других лекарственных препаратов может привести к развитию кандидоза и дисбактериоза.

Стоматологический инструмент марки «Престиж»

Оригинальное сочетание современных технологий и материалов

Более 300 наименований



PRESTIGE



Легкость

Ручка инструмента, выполненная из титана, делает его в 2-3 раза легче инструмента из нержавеющей стали. В зависимости от вида инструмента его вес составляет от 9,6 до 19 граммов.

Функциональность

Рабочая часть каждого инструмента выполнена из специальной коррозионностойкой стали. Используемые уникальные технологии позволяют придать спецстали практически любую форму. Уникальные свойства стали таковы, что даже без специального покрытия пломбировочные материалы не прилипают и не изменяют цвет.

Эргономичность

Ручка выполнена со специальной насечкой, позволяющей легко и удобно удерживать инструмент в руке. Цветовое кодирование ручки по видам инструментов облегчает врачу выбор инструмента из лотка при работе.

Долговечность

Высокая прочность, устойчивость к любым видам стерилизации и коррозионная стойкость обуславливают долгий срок службы инструментов. Гарантированное число циклов стерилизации не менее 3000. Материалы ручки и рабочей части не корродируют в местах стыка. Режущая кромка у заточенных инструментов держится дольше обычного.

Экономичность

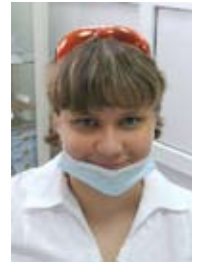
Достигается в первую очередь за счет свойств рабочей части: отсутствие налипания на инструмент сокращает расход пломбировочных материалов, а долговечность инструментов существенно сокращает расход средств на приобретение новых. Кроме того, инструменты «Престиж» ремонтнопригодны, т.е. возможно восстановление режущих кромок и замена рабочих частей.



ООО «Юнимед-Стоматология»
г. Москва, ул. Касаткина, д. 3А
Тел.: (495) 937-40-27, 935-86-50,
e-mail: denta@unimedao.ru,
www.unistom.ru

Красный плоский лишай: выбор метода лечения

Н. В. ТИУНОВА, к.м.н., ассистент кафедры
терапевтической стоматологии НижГМА, г. Нижний Новгород.



Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОПР) характеризуется полиморфизмом симптомов клинического проявления, тяжестью, длительным, рецидивирующим течением, торпидностью к проводимой традиционной терапии [1, 2, 3]. Несмотря на совершенство методов диагностики и лечения заболевания, число больных данным кератозом имеет тенденцию к постоянному росту [4].

Согласно результатам эпидемиологических исследований, КПЛ встречается у 0,1-2% населения, чаще у женщин в возрасте от 40 до 65 лет [5]. В последнее время отмечается «омоложение» страдающих этим заболеванием. Возможно, это объясняется нарушением экологии, возросшим контактом с вирусной инфекцией, существенными изменениями реактивности организма, а также повышенной частотой психоэмоциональных напряжений [7]. Отмечены случаи развития КПЛ у детей [8, 9]. Изолированное поражение слизистой оболочки полости рта красным плоским лишаем отмечается в 30-35% случаев [10].

Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы заболевания являются факультативными предракками с вероятностью озлокачествления до 7% [11].

Единой гипотезы этиологии и патогенеза КПЛ в настоящее время не существует. Большинство авторов рассматривают его как мультифакторное заболевание. Выделяют несколько теорий возникновения КПЛ: неврогенная, интоксикационная, инфекционная, наследственная, иммунологическая и мембранодеструктивная теории.

Неврогенная теория заболевания подтверждается тем, что первые вспышки, а также рецидивы КПЛ у многих пациентов

обнаруживались после эмоционального стресса, психической травмы, поражений центральной нервной системы [10, 12].

Согласно **интоксикационной (токсико-аллергической) теории** развитие КПЛ происходит в результате снижения дезинтоксикационной функции органов пищеварения, а также вследствие токсического воздействия на организм некоторых лекарственных препаратов и профессиональных вредностей.

В патогенезе КПЛ ведущая роль принадлежит заболеваниям пищеварительной системы. У больных КПЛ СОПР выявлена сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит, энтероколит, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка или кишечника, хронический гепатит, хронический панкреатит [13].

Вирусная или инфекционная теория подтверждается находением при электронной микроскопии в клетках эпидермиса структур, напоминающих микоплазмы, палочковидные бактерии, а также элементов, имеющих сходство с грибами. У больных КПЛ СОПР выявлены качественный и количественный сдвиги в микрофлоре полости рта [14], которые ведут к развитию дисбактериоза различной степени тяжести. Особое внимание уделяется *Candida albicans* как микроорганизму, способствующему наиболее тяжелому течению КПЛ СОПР [16].

По данным ряда авторов, КПЛ является семейным заболеванием, что составляет 0,8%-1,2% случаев развития патологии [17, 18].

Согласно иммунологической теории, при КПЛ СОПР отмечаются выраженные нарушения как в гуморальном, так и в клеточном звеньях системы иммунитета [3, 19, 20].

Согласно мембранодеструктивной теории важным аспектом патогенеза заболевания является активация процессов перекисного окисления липидов.

Большое значение в патогенезе изолированного поражения слизистой оболочки полости рта при КПЛ уделяется **местным факторам**. Острые края зубов и корней, неудовлетворительное состояние пломб и зубных протезов, наличие амальгамовых пломб, протезов из разнородных металлов создают условия для хронической механической травмы слизистой оболочки полости рта. Немаловажная роль принадлежит локальному влиянию раздражающего действия табачного дыма у курильщиков [21].

Согласно классификации Е. В. Боровского, А. Л. Машкиллэйсона (1984) выделяют 6 основных форм КПЛ слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, которые трансформируются одна в другую [И. М. Рабинович, Е. В. Иванова, 2003]:

- 1) типичная форма;
- 2) гиперкератотическая форма;
- 3) экссудативно-гиперемическая форма;
- 4) эрозивно-язвенная форма;
- 5) буллезная форма;
- 6) атипичная форма.

Л. В. Петрова (2002) предлагает дополнительно выделить инфильтративную форму КПЛ.

Согласно международной классификации стоматологических болезней МКБ-С-3 на основе МКБ-10 выделяют:

L43 Лишай красный плоский.

L43.1 Лишай красный плоский буллезный.

L43.1X Проявления в полости рта.

L43.2 Лишаевидная реакция на лекарственное средство.

L42.2X Проявления в полости рта.

L43.8 Другой красный плоский лишай.

L43.80 Проявления красного плоского лишая папулезные в полости рта.

L43.81 Проявления красного плоского лишая ретикулярные в полости рта.

L43.82 Проявления красного плоского лишая атрофические и эрозивные в полости рта.

L43.83 Проявления красного плоского лишая (типичные бляшки) в полости рта.

L43.88 Проявления красного плоского лишая уточненные в полости рта.

L43.89 Проявления красного плоского лишая неуточненные в полости рта.

Несмотря на значительные успехи в изучении этиологии, патогенеза и клиники красного плоского лишая, лечение данной патологии остается актуальной проблемой стоматологии.

Всем больным КПЛ СОПР назначают комплексное, индивидуализированное, этиопатогенетическое, обоснованное, последовательное, динамичное, симптоматическое лечение, которое начинают с проведения профессиональной гигиены полости рта, обучения рациональной гигиене, санации полости рта. Во время санации проводят устранение местных раздражающих факторов, шлифование острых краев зубов, ликвидацию очагов одонтогенной инфекции. Рекомендуется консультация врача-ортопеда для оценки имеющихся конструкций, устранения протезов из



Красный плоский лишай, буллезная форма, до и после лечения.



Красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма, до и после лечения.



разнородных металлов и рационального протезирования. Больным красным плоским лишаем рекомендуется щадящая диета с исключением горячей, грубой, острой и пряной пищи. При наличии сопутствующей патологии необходимо наблюдение у врача соответствующего профиля.

Медикаментозное лечение включает общую и местную терапию.

1) Общее лечение:

— анксиолитик Тенотен в виде сублингвальных таблеток по схеме: от 1 до 4 табл. 3 раза в день, курс лечения 3-6 недель;

— Солкосерил по 2 мл внутримышечно, ежедневно, курс — 25 инъекций;

— Мильгамма по 2 мл внутримышечно 2 раза в неделю, курс — 10 инъекций;

— Аевит по 1 капс. 3 раза в день, курс лечения 3 недели;

— иммуномодулятор Имудон по схеме: 5-8 табл. в день, курс — 40-120 табл.;

— при сухости в полости рта назначают гиперсаливанты: отвары мать-и-мачехи, тысячелистника или термописа по 1/3 стакана 3-4 раза в день;

— при наличии сопутствующей кандидозной инфекции в схему лечения должны быть включены противогрибковые препараты, на фоне назначения которых у больных эрозивно-язвенной формой КПЛ СОПР отмечается уменьшение воспалительных явлений и ускорение эпителизации элементов поражения.

2) Местное лечение:

— аппликации Солкосерил дентальной адгезивной пасты на проблемные участки слизистой оболочки полости рта 2 раза в день, утром после завтрака и на ночь, курс лечения индивидуальный;

— при эрозивно-язвенной и буллезной формах аппликации гидрокортизоновой мази на проблемные участки слизистой оболочки полости рта 2 раза в день (в 12 и 17 ч) на 25-30 мин., курс — 7-10 дней;

— с момента эпителизации аппликации раствора кудесана на проблемные участки слизистой оболочки полости рта 2 раза в день (в 12 и 17 ч) на 25-30 мин., курс — 3 недели.

Всех больных КПЛ СОПР ставят на диспансерное наблюдение: при типичной и гиперкератотической формах красного плоского лишая проводится осмотр 3 раза в год, при экссудативно-гиперемической, эрозивно-язвенной и буллезной формах — 4 раза в год.

Как показали наши исследования, положительный эффект от проведенного лечения наблюдался у 97% больных, эрозивно-язвенная и буллезная формы красного плоского лишая переведены в типичную форму. У 3% больных с синдромом Гриншпана под действием консервативной терапии длительно не наступала эпителизация (до двух месяцев), но клинически мы наблюдали сокращение площади эрозий и уменьшение воспалительных явлений.

Отсутствие результата от консервативной терапии в связи с онкологической настроенностью диктует необходимость проведения радикального хирургического лечения. При неэффективности консервативного лечения красного плоского лишая мы применяем хирургическое воздействие на патологически измененные ткани слизистой оболочки полости рта: оперативное иссечение эрозий, воздействие на элементы поражения с помощью радиоволновой хирургии, что сопровождается полной эпителизацией пораженных участков без образования рубцов.

На современном этапе развития стоматологии лечение КПЛ СОПР должно

быть комплексным, индивидуализированным, обоснованным, этиопатогенетическим, последовательным, динамическим (диспансеризация и объективная оценка эффективности проведенного лечения), симптоматическим. Достичь положительного результата в лечении возможно только в случае тесного сотрудничества врача стоматолога-терапевта с врачами других специальностей. Только комплексное лечение КПЛ СОПР позволит улучшить качество жизни наших пациентов.

Список литературы

1. Литвинов С. Л. Эффективность различных местных медикаментозных препаратов в комплексном лечении больных с красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Пермь, 2004. — 23 с.

2. Петрова Л. В. Клиника, патогенез и лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2002. — 42 с.

3. Рабинович О. Ф. Иммунологические аспекты патогенеза красного плоского лишая слизистой оболочки рта. (Клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2001. — 39 с.

4. Клинико-лабораторное обоснование комплексной терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / И. М. Рабинович [и др.] // Стоматология. — 1997. — № 4. — С. 12-16.

5. Colosanto S. Clinical considerations and statistical analysis on 100 patients with oral lichen planus / S. Colosanto, L. Rossi // Minerva stomatol. — 2000. — Vol. 49, № 9. — P. 393-398.

6. Oral lesions in patients with lichen planus / S. Persić [et al.] // Acta Clin. Croat. — 2008. — Vol. 47, № 2. — P. 91-96.

7. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта: аспекты клинической диагностики и современные подходы к лечению / О. Ф. Рабинович [и др.] // Клиническая стоматология. — 1999. — № 1. — С. 34-37.

8. Oral lichen planus in childhood / R. Laeijendecker [et al.] // Pediatr. Dermatol. — 2005. — Vol. 22, № 4. — P. 299-304.

9. Patel S. Oral lichen planus in childhood: a report of three cases / S. Patel, C. M. Yeoman, R. Murphy // Int. J. Paediatr. Dent. — 2005. — Vol. 15, № 2. — P. 118-122.

10. Brown R. S. A retrospective evaluation of 193 patients with oral lichen planus

// J. Oral Pathol. Med. — 1993. — Vol. 22, № 2. — P. 69-72.

11. Oral pre-cancer and the associated risk factors among industrial workers in Japan's overseas enterprises in the UK / T. Nagao [et al.] // J. Oral Pathol. Med. — 2003. — Vol. 22, № 5. — P. 257-264.

12. Анисимова Т. В. Нейропсихологический статус, показатели гемореологии у больных красным плоским лишаем и их терапевтическая коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 29 с.

13. Машкиллейсон А. Л. Роль заболеваний пищеварительной системы в патогенезе красного плоского лишая / А. Л. Машкиллейсон, Г. П. Васильковская, Н. В. Муретова // Стоматология. — 1980. — № 4. — С. 23-25.

14. Хазанова В. В. Изучение микробиоценоза при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта / В. В. Хазанова, И. М. Рабинович, Е. А. Земская // Стоматология. — 1996. — № 2. — С. 26-28.

15. Безрукова И. В. Клинико-лабораторное обоснование нормализации биоценоза в полости рта у больных с красным плоским лишаем: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997. — 20 с.

16. Wu L. Relationship between the genotype of Candida albicans and oral lichen planus / L. Wu, Z. T. Zhou, G. Y. Tang // Shanghai Kou Qiang Yi Xue. — 2004. — Vol. 13, № 6. — P. 544-548.

17. Sandhu K. Familial lichen planus / K. Sandhu, S. Handa, A. J. Kanwar // Pediatr. Dermatol. — 2003. — Vol. 20, № 2. — P. 186.

18. Singal A. Familial mucosal lichen planus in three successive generations. // Int. J. Dermatol. — 2005. — Vol. 44, № 1. — P. 81-82.

19. Слесаренко Н. А. Красный плоский лишай (современные иммунологические и биохимические аспекты) и методы патогенетической терапии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1995. — 40 с.

20. Yamamoto T. Absence of restricted T-cell receptor V beta repertoire in skin lesions of a patient with both psoriasis vulgaris and lichen planus / T. Yamamoto, I. Katayama, K. Nishioka // Dermatology. — 1996. — Vol. 192, № 1. — P. 67-69.

21. Kuwahara R. T. Nicotine gum for oral lichen planus / R. T. Kuwahara, R. B. Skinner, E. W. Rosenberg // J. Dermatol. — 2000. — Vol. 27, № 11. — P. 755.



НИЖНЕВОЛЖСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ





ВОЛГОГРАД

- 10 Всероссийская специализированная выставка «Дентал-Экспо. Волгоград»
- оборудование, установки
- инструмент, материалы

Организаторы:



ВЦ «ВолгоградЭКСПО»
Тел./Факс: (8442) 55-3-17
E-mail: stom@volgogradexpo.ru
www.volgogradexpo.ru



ВК ДЕНТАЛЭКСПО
Тел./Факс: (495) 921-43-69
E-mail: region@dental-expo.com
www.dental-expo.com

Официальная поддержка:




Генеральный информационный спонсор



Генеральный информационный партнер



5-7
АПРЕЛЯ
2011

ВОЛГОГРАД



Производство медицинской продукции компании JNB в Европе



Этап производства защитных масок.



Этап производства нагрудников-салфеток (в рулоне).



Заключительный этап производства защитных масок.



Этап производства ватных валиков.



Этап производства 2-слойных салфеток для пациентов.



Этап производства 3-слойных салфеток для пациентов.



Этап упаковки.



Этап производства защитных масок.



Склад готовой продукции.



Склад готовой продукции.

www.medical-jnb.ru

Продукция JNB производится на эксклюзивном оборудовании и по всем мировым стандартам качества.

ПРОДУКЦИЯ JNB — СИМБИОЗ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Аппликаторы JNB

для экономичного нанесения
бондингов, праймеров, протравок.
Размеры: R, F, S.
Упаковка: 100 штук.



Пакеты JNB

для стерилизации, бумага/пластик.
Размеры: 57x100 мм; 90x230 мм;
135x255 мм; 190x330 мм;
250x370 мм; 305x380 мм.
Упаковка: 200 штук.



Маски JNB

защитные медицинские,
изготовлены из 3 слоев
нетканного материала,
на резинках,
с фиксатором для носа.
Синего цвета.
Упаковка: 50 штук.



Валики JNB

медицинские
стоматологические
Состав: 100% хлопок.
Размер: № 2.
Упаковка: 600 штук
и 2000 штук.



Нагрудники-салфетки JNB

медицинские
2-слойные
Размер: 33x45 см.
Разных цветов.
Упаковка: 200 штук.

Наконечники JNB

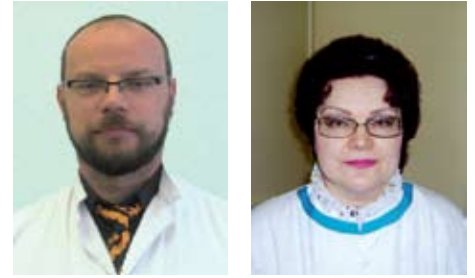
для слюноотсосов одноразовые
Гибкие наконечники,
хорошо держат форму,
не травмируют слизистую полости рта.
Прозрачные. Длина: 15 см.
Упаковка: 100 штук.

Тел./факс: (495) 504-10-64 многоканальный
info@medical-jnb.ru www.medical-jnb.ru

JNB
TRADE MARK

Внимание, герпес

*Н. Н. БОНДАРЕНКО, д.м.н., профессор; Л. М. ЛУКИНЫХ, д.м.н., профессор.
Кафедра терапевтической стоматологии НижГМА, г. Нижний Новгород.*



Герпес — это самая распространенная вирусная инфекция человека, длительно существующая в организме, преимущественно в латентном состоянии, вызываемая ДНК-содержащим вирусом простого герпеса (ВПГ). Известно несколько путей инфицирования ВПГ: воздушно-капельный, контактный (прямой и опосредованный), трансплацентарный, трансфузионный. Попав в организм, ВПГ сохраняется на протяжении всей жизни, периодически вызывая рецидивы болезни, которые, как и при первичном герпесе, протекают с разными степенями тяжести и местом локализации поражения. Первичный герпес у 80% больных протекает бессимптомно. Через несколько дней после заражения в сыворотке крови появляются специфические антитела. У более 85% детей 3-летнего возраста имеются вируснейтрализующие антитела в сыворотке крови, однако наличие антител не всегда способствует защите от вторичного проявления герпеса. Заболевание контагиозно для лиц, ранее не инфицированных вирусом.

ВПГ попадает в организм через рот, носоглотку, глаза, гениталии, инфицируя кожу или слизистые оболочки. Выявлен ряд пусковых факторов, способных спровоцировать возникновение рецидивов: переохлаждение, травма слизистой оболочки полости рта, нервно-психическое перенапряжение, перегревание на солнце, прием медикаментов, смена климата. Возбудитель ВПГ характеризуется дерматоинеротропностью, у него выражено сродство к коже, слизистым оболочкам и нервной ткани. Он находится в свободном статическом непродуктивном состоянии в клетках паравертебрального сенсорного ганглия. Под влиянием пускового фактора вирус из ганглия центробежно мигрирует по аксону периферического нерва и вызывает активную репродукцию ВПГ в эпителиальных клетках. Репродукция и выделение ВПГ из ганглия происходит ежедневно, но при достижении кожи и слизистых он устраняется механизмами защиты. Для развития заболевания имеет значение нарушение целостности слизистых оболочек и кожных покровов. Сезонности в возникновении заболевания нет, одинаково часто болезнь проявляется зимой, осенью, весной и даже летом.

Важная роль в возникновении рецидива герпеса отводится состоянию местного и общего иммунитета. К предполагаемым механизмам, вызывающим реактивацию ВПГ, относят провокации специфическими физическими или эмоциональными факторами, сезонные периоды ослабления иммунитета. Пусковыми факторами могут быть ОРЗ, грипп, острые заболевания желудочно-кишечного тракта, нейроэндокринные заболевания, эмоциональный стресс.

Простой герпес проявляется в двух формах: острый герпетический стоматит и хронический рецидивирующий герпетический стоматит.

Острый герпетический стоматит встречается в основном в детском возрасте и занимает одно из ведущих мест в детской инфекционной патологии, он встречается чаще скарлатины, кори и эпидемического паротита. Передача инфекции происходит контактным и воздушно-капельным путем. В первые 6 месяцев жизни после рождения герпес практически не встречается, что связано с наличием в этот период в крови ребенка противогерпетических антител, трансплацентарно переданных ему от матери.

У взрослого населения чаще встречается хронический рецидивирующий герпетический стоматит, локализирующийся на красной кайме губ, коже губ, на крыльях носа, переднем отделе неба, кончике языка, половых органах и слизистой глаз. Причем губы и слизистая оболочка полости рта являются излюбленными для локализации герпеса, особенно места, в норме ороговевающие.

В патогенезе заболевания различают 4 периода: продромальный, катаральный период высыпаний, угасания болезни.

Продромальный период проявляется чувством жжения, покалывания, зудом, ощущением напряжения, саднения и онемения в местах будущего появления сыпи на коже и слизистой оболочке полости рта и губ. Наблюдается потеря аппетита, плохой сон, недомогание. Лимфатические узлы подчелюстные, подбородочные и шейные могут быть увеличены, пальпация их болезненна.

Катаральный период характеризуется гиперемией и отеком слизистой оболочки полости рта и десневого края. Лимфатические узлы подчелюстные, подбородочные и шейные увели-

чены, пальпация их болезненна. Слизистая оболочка десны отечна, гиперемирована, десны при прикосновении кровоточат. Выраженная гиперсаливация, ротовая жидкость вязкая, тягучая, запах изо рта.

В период высыпаний на слизистой оболочке полости рта и коже появляются одиночные или множественные элементы поражения в виде ярких гиперемированных пятен, на фоне которых быстро образуются мелкие пузырьки, которые способны сливаться, образуя большие пузыри. Образование пузырьков сопровождается покалыванием в слизистой полости рта и красной кайме губ. Пузырьки располагаются группами, содержат прозрачную жидкость, которая со временем мутнеет. Крупные пузыри достаточно быстро лопаются с образованием болезненных эрозий с неровными контурами. Эрозии покрыты фибринозным налетом. Пузыри, локализующиеся на губах и кожных покровах, после вскрытия способствуют образованию эрозий либо корок серо-желтого цвета.

Площадь поражения слизистой полости рта сопряжена с тяжестью заболевания. Слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована, в первые 2 дня выражена гиперсаливация, которая может смениться сухостью в полости рта. Эрозивные элементы и пузырьки могут быть множественными и одиночными, то есть процесс может быть как ограниченным (герпетический глоссит, герпетическая ангина), так и распространенным, поражающим тотально не только слизистую оболочку полости рта, но и слизистую носоглотки, миндалин, красную кайму губ и кожу вокруг губ, крылья носа. Эрозии (без лечения) эпителизируются через 7-12 дней. Слизистая оболочка десны также отечна, гиперемирована, десны при прикосновении кровоточат, катаральный гингивит легко трансформируется в язвенно-некротический. Лимфатические узлы подчелюстные, подбородочные и шейные увеличены, пальпация их болезненна.

По степени тяжести герпеса выделяют легкую, среднюю и тяжелую.

Заболевание легкой степени тяжести протекает с отсутствием симптомов интоксикации организма, однако при удовлетворительном общем состоянии может быть субфебрильная температура. Слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована, десны кровоточат, на различных участках появляются почти одновременно одиночные и сгруппированные небольшие афты, которые быстро эпителизируются.

Герпес средней степени тяжести протекает при выраженной интоксикации, в продромальный период наблюдаются недомогание, слабость, головная боль, тошнота, исчезает аппетит, температура тела до 38,5 °С. Увеличены подчелюстные лимфатические узлы, реже подбородочные и шейные, пальпация их болезненна. Слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована, слюна вязкая и тягучая. Слизистая оболочка десны также отечна, гиперемирована, десны при прикосновении кровоточат, катаральный гингивит легко трансформируется в язвенно-некротический. На различных участках слизистой оболочки полости рта одиночные или сгруппированные афты. Повышенная СОЭ, лейкопения либо лейкоцитоз.

Тяжелая степень герпеса уже в продромальном периоде характеризуется присутствием всех признаков инфекционного заболевания — апатии, адинамии, недомогания, слабости, головной боли, тошноты, рвоты, боли в мышцах, так как вирус герпеса энцефалотропен. Температура тела 38-39 °С. Бледность кожных покровов. Лимфатические узлы подчелюстные, подбородочные и шейные увеличены, пальпация их болезненна. Слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована, покрыта большим количеством афтозных элементов, которые рецидивируют. Поражаются губы, слизистая оболочка щек, мягкого и твердого неба, языка, десневого края. Зубодесневые сосочки отечны, при прикосновении кровоточат. При недостаточном уходе за полостью рта катаральный гингивит легко трансформируется в язвенно-некротический. Слюна вязкая и тягучая, реакция слюны кислая, pH=5,8-6,4. В крови определяется лейкопения, увеличивается количество палочкоядерных нейтрофилов, эозинофилия, повышена СОЭ. В моче определяется белок.

Период угасания (реконвалесценция) болезни характеризуется улучшением общего состояния и стоматологического

здоровья, уменьшается и исчезает гиперемия и отек слизистой оболочки полости рта, прослеживается активная эпителизация афтозных элементов.

Проявления в полости рта при простом герпесе следует дифференцировать:

1. С хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС). Элемент поражения в том и другом случае афта, однако при ХРАС афты одиночные, округлой формы, покрыты фибриновым налетом, окружены узким гиперемированным венчиком, тогда как остальная слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических изменений. Общее состояние пациента при ХРАС не страдает. При простом герпесе повышается температура тела до 38–39 °С, афты множественные и располагаются на гиперемированной отечной слизистой, афты могут сливаться, имеют неровные фесточчатые контуры. Наблюдается полиморфизм высыпаний, одновременно в полости рта, на красной кайме губ, коже вокруг рта можно определить пузырьки, пузыри, эрозии, язвы, корки, трещины и чешуйки.

2. С многоформной экссудативной эритемой (МЭЭ), клинически весьма похожей на острый герпетический стоматит. Однако следует заметить, что МЭЭ дает о себе знать в основном в весенне-осеннее время. Заболевание возникает остро, протекает крайне тяжело. Клинически выявляется генерализованное поражение слизистой оболочки полости рта, тотальная гиперемия, отек, истинный полиморфизм элементов поражения: пузырьки, пузырьки, эрозии и язвы крупные, эритема, массивные геморрагические корки на красной кайме губ, трещины. Страдает общее состояние ребенка, высокая температура тела до 40 °С, озноб, множественные синюшные пятна (кокарды) на коже кистей рук, голени, предплечий, часто с пузырьком в центре. При простом герпесе также страдает общее состояние, температура тела 37–38 °С. В связи с нейротропностью вируса дети ощущают резкую слабость, головную боль, недомогание, адинамию, апатию, тошноту и рвоту. Слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована, десны при прикосновении кровоточат, имеют бочкообразную конфигурацию, на слизистой щек, неба, языке определяются эрозии, язвы, корочки на красной кайме губ и коже вокруг губ. Пузырьки можно обнаружить на слизистой твердого неба, красной кайме губ и коже вокруг губ.

3. С медикаментозным аллергическим стоматитом, для которого характерны тотальная гиперемия и отек слизистой оболочки полости рта, множественные резко болезненные эрозии, боль при открывании рта и разговоре. Из анамнеза выявляется прием лекарственного средства накануне.

Лечение: назначается высококалорийная диета, обильное питье. Противовирусные препараты Бонафтон, Теброфен, Флореналь, Мегасин, Алпизарин, Ремантадин, Метисазон, Риодоксол, Госсипол, лейкоцитарный интерферон, биосинтетический лейкоцитарный препарат Интерлок, дезоксирибонуклеаза, интерферон, Хелепин, Модимунал, Ацикловир, Зовиракс, Виралекс для приема внутрь и местно в виде аппликаций. Доза подбирается индивидуально согласно возрасту и общему состоянию.

Десенсибилизирующая терапия — Димедрол, Супрастин, Пипольфен, Дипразин, Тавегил, Диазолин, Фенкарол и др. в течение 1–2 недель. Доза подбирается индивидуально согласно возрасту, весу ребенка и исходя из общего состояния.

Общеукрепляющая терапия — витамин С, препараты кальция (глюконат кальция, глицерофосфат кальция, лактат кальция, хлористый кальций), рыбий жир в течение 1–2 недель.

В связи с имеющимся Т-клеточным иммунодефицитом при частых рецидивах герпеса, эффективны курсы иммунокорректирующей терапии. Гаммаглобулин, иммуноглобулин или гистаглобин назначают по 1–2 мл внутримышечно 2 раза в неделю, на курс 1–2 инъекции, для повышения защитных сил организма. Декарис, Т-активин, тимоптин, доза подбирается индивидуально согласно возрасту, весу ребенка и исходя из общего состояния. Иммунал по 5–15 капель, 2–3 раза в день, 1–2 недели. Доза подбирается индивидуально согласно возрасту ребенка.

Эффективны специфическая противогерпетическая поливакцина (в межрецидивный период), сочетанное назначение вакцины и парентеральное введение индукторов интерферона (ридостина).

Местное лечение: слизистую оболочку полости рта следует обезболить теплыми анестетиками, затем провести антисептическую обработку теплыми антисептиками, в частности: 0,5–1% раствором тримекаина либо лидокаина, 4% раствором пиромекаина на глюкозе, 0,5–1% раствором новокаина с уротропином, 5–10% анестезиновой эмульсией, 0,02% раствором фурацилина, 0,02% раствором этакридина лактата, 0,01%

раствором димексида, 0,1% раствором этония. Возможно применение антисептика вместе с анестетиком в соотношении 1:1, раствор готовится перед применением. Используется в виде орошения, ванночек, аппликаций, 3–4 раза в день.

Аппликации протеолитических ферментов 1 раз в день, на 5–10 минут. Рекомендуется применять лизоцим, химотрипсин, химопсин, панкреатин, дезоксирибонуклеазу, которая обладает не только очищающим от некротических масс действием, но и противовирусным эффектом.

Аппликации противовирусных мазей, 3–4 раза в день, по 10–15 минут. Рекомендуется применение 1% флореналевои мази, 0,5% теброфеновой мази, 1% риодоксоловой и 0,5–1% оксолиновой мази, а также 3% линимента госсипола, 0,1% раствора госсипола, 0,5% бонафтоновой мази, 5% интерфероновой мази, мазей Зовиракс и Ацикловир. Интерферон в растворе закапывать в полость рта и каждую ноздрю по 1–2 капли, 3–4 раза в день.

Аппликации кератопластических препаратов следует назначать с момента эпителизации эрозий, 2–3 раза в день, по 10–15 минут: витамин А в масле, витамин Е в масле, бальзам Шостаковского, картолин, масло шиповника и облепиховое масло. Курс лечения индивидуален для каждого ребенка.

Аппликации средств, стимулирующих местный иммунитет: 1% раствор нуклеината натрия, 5–10% раствор галаскорбина, 5% метилурациловая мазь, 10% эмульсия метилурацила, по 10–15 минут, 2–3 раза в день, курс лечения индивидуален для каждого ребенка. Имудон — препарат, приготовленный из смеси лизатов различных микроорганизмов и представляющий собой поливалентный комплекс антител. Стимулирует защитные силы слизистой оболочки полости рта за счет увеличения количества IgA, увеличения активности и содержания Liz в ротовой жидкости. Имудон назначали в виде таблеток для рассасывания в полости рта по 5–8 таблеток в день, курс лечения соответственно 10–16 дней. В острый период, в период обострения и выраженной боли — 8 таблеток в день. В фазе ремиссии препарат следует использовать как профилактическое средство по 5 таблеток в день, 2 недели.

Физиотерапевтическое лечение назначается с первого дня заболевания: облучение гелиево-неоновым лазером или ультрафиолетовое, курсом 3–5 процедур, ежедневно либо через день.

ВЕНДЮРС-НН
БИНОКУЛЯРНЫЕ
ЛУПЫ И ОСВЕТИТЕЛИ
от 11700 руб.

**ИНТРАОРАЛЬНЫЕ
ВИДЕОКАМЕРЫ**
от 8550 руб.

г. Нижний Новгород
www.vendorsnn.ru
тел. (831) 414-36-18

Каким образом внедрение информационных компьютерных технологий (ИКТ) позволяет увеличить эффективность стоматологической клиники

Дмитрий Александрович ПОЛИЛОВ, ООО «Сентор Софтвр», г. Москва.

В последние годы много говорят о необходимости внедрения информационных компьютерных технологий (ИКТ) в медицинскую практику. В частности, речь идет о комплексной автоматизации и системах управления медицинской организацией. Однако в реальности переход к электронному документообороту в медицине пока не носит массового характера. По результатам опросов врачей-стоматологов около 50% клиник в нашей стране не используют в своей деятельности компьютеры или используют их только для бухгалтерского учета. В чем причина? Почему медицина и стоматология в частности так консервативны? Ведь многие другие отрасли уже не представляют себя без компьютерных технологий.

В стоматологическом сообществе бытуют устойчивые психологические стереотипы, например, о том, что компьютеры — это излишняя «прозрачность». Многие стоматологи полагают, что, «выйдя из тени», будут менее эффективными. Некоторые боятся проверок налоговых органов. При этом они не боятся работать без кассового аппарата, а вот компьютерной базы данных своих пациентов они боятся. Вдруг ее кто-то украдет?

Основные два условия успешной автоматизации клиники — это воля руководства (административный рычаг) и наличие команды из подготовленных специалистов, способных обучить медицинский персонал

и в дальнейшем контролировать его работу. Для принятия решения руководством об автоматизации клиники необходимо глубокое понимание преимуществ от внедрения этих технологий.

Немало написано о том, что компьютерная программа позволяет увеличить эффективность стоматологической практики с точки зрения бизнеса. Но как измерить эту эффективность и как объективно сравнить что стало с тем, что было. Эти вопросы часто остаются без ответа, в работах об автоматизации авторы часто ограничиваются общими словами и размытыми понятиями. Опрос участников медицинского сообщества, проведенный Ассоциацией развития медицинских информационных технологий (АРМИТ), показал, что одной из причин, сдерживающих внедрение ИКТ в медицинскую практику, является «неопределенность экономической и др. выгоды от использования ИКТ». Президент АРМИТ М. М. Эльянов в своих выступлениях прямо говорит об «отсутствии методики обоснования экономической целесообразности внедрения информационных технологий».

Таким образом, представляется актуальным вопрос, какие же выгоды (экономические и др.) может принести стоматологической клинике или медицинскому центру внедрение автоматизированной системы управления. На наш взгляд, эти выгоды можно объединить в следующие крупные блоки, которые по отдельности

будут рассмотрены более подробно в этой и последующих статьях:

1. Исключение или минимизация угроз предприятию со стороны недобросовестного персонала (увод пациентов на платное лечение в другие клиники, оказание теневых услуг, растраты расходных материалов) и пациентов (неплатежи).

2. Увеличение посещаемости клиники пациентами за счет активной работы с клиентской базой, вызовов на профосмотры; в условиях приема по предварительной записи сокращение простоя клиники из-за неприходов пациентов.

3. Качественно новый уровень организации комплексного подхода к лечению пациентов, осуществление контроля за качеством лечения.

4. Организация приема большого потока пациентов, в том числе по программам медицинского страхования (ОМС, ДМС).

5. Качественное ведение медицинской документации, организация эффективной работы с картотекой поликлиники и архивом.

6. Организация эффективной рекламной политики.

Все эти блоки преимуществ в результате автоматизации подробно рассматриваются в отдельных статьях, которые можно найти на сайте www.d4w.ru.

Видеофильмы об успешном опыте автоматизации ведущих стоматологических клиник вы можете найти на сайте www.YouTube.com/dental4windows.

dental4windows^{sql}

(495) 665-00-47 www.d4w.ru

**Вас полностью
устраивает управление
Вашей клиникой?**

**Если нет, то
лучшее решение –
Dental4Windows!**

Просто поговорите с Вашими коллегами, и Вы поймёте, насколько они не прогадали, выбрав Dental4Windows!

Что отличает Dental4Windows:

- Удобство и простота в работе
- Отличное качество сопровождения
- Лучшие мировые стандарты



Наша служба конверсии без проблем перенесёт данные Ваших пациентов в Dental4Windows

**DENTAL4WINDOWS –
10 ЛЕТ В РОССИИ, СНГ
И БАЛТИИ!**

27 апреля 2011 г. в рамках выставки «Дентал-Салон» (Крокус-Экспо, зал В, начало в 10.00) состоится совместный семинар ведущих российских разработчиков программ для стоматологии Dental4Windows (г. Москва) и АП-Дент (г. Екатеринбург) на тему:

«Маркетинг и менеджмент в стоматологии. Роль информационных технологий в организации успешного взаимодействия с пациентами стоматологической клиники».

Стоимость участия в семинаре 3500 руб.*

* Для пользователей программ Dental4Windows и АП-Дент — 2000 руб.

Регистрация участников на сайте www.d4w.ru или по тел. (495) 665-06-98.

Современные методы лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита

О. А. УСПЕНСКАЯ, к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии НижГМА, г. Нижний Новгород.



Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой оболочки полости рта (от 5 до 60%) является хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС), он составляет 90% всех нарушений целостности слизистой, встречающихся в стоматологической практике, — это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся возникновением афт (язв) и протекающее с периодическими обострениями и ремиссиями.

Поражение слизистой оболочки рта в виде рецидивирующих афт упоминается еще в работах Гипократа. Но лишь в 1894 г. хронический рецидивирующий афтозный стоматит был описан Я. И. Трусевичем как самостоятельное заболевание. В том же году сообщение о таком поражении СОР под названием «stomatitis neurtotica chronica» (хронический некротический стоматит) сделал Якоби. Первое описание язвенного процесса на СОР в 1911 г. сделал Сеттон. Р. А. Байкова, М. И. Лялина, Н. В. Терехова в 1975 г. на основе анализа клинико-морфологических проявлений выделили 6 клинических форм ХРАС.

Несмотря на многообразие исследований, проводимых у нас в стране и за рубежом, этиология и патогенез заболевания остаются предметом многочисленных дискуссий. Окончательно не установлено, какие факторы доминируют в патогенезе ХРАС, а какие предрасполагают к заболеванию. Определенная роль в возникновении и развитии ХРАС принадлежит наследственным и конституциональным факторам [О. Ф. Рабинович, И. М. Рабинович, Е. Л. Панфилова, Е. В. Вахрушина, 2010]. К причинам возникновения заболевания относят также нарушения функции желудочно-кишечного тракта, респираторные инфекции, функциональные расстройства центральной и вегетативной нервной системы, гиповитаминоз В₁, В₂, В₆, В₁₂, С, недостаток железа, цинка, хронические воспалительные заболевания носоглотки (отиты, риниты, тонзиллиты).

И. М. Рабинович с соавт. (1998) считают, что в основе этиологии и патогенеза лежит аутоиммунная теория.

Широко обсуждается вопрос об аллергическом генезе рецидивирующего афтозного стоматита. В качестве аллергена могут быть пищевые продукты, зубные пасты, пыль, глисты и продукты их жизнедеятельности, лекарственные вещества.

В. И. Лукашова, А. И. Рыбаков и соавт. (1973-1977) значительную роль в патогенезе заболевания отводят именно бактериальной и вирусной аллергии.

Определенную роль в развитии заболевания играют эндокринные нарушения.

Кроме того, у пациентов, страдающих ХРАС более 5 лет, отмечается истинный иммунодефицит со снижением числа и функциональной активности Т-лимфоцитов, диммуноглобулинемией и угнетением фагоцитарной функции нейтрофилов, интерлейкинзависимый иммунодефицит [Спицина В. И., 2006].

Лечение ХРАС по-прежнему остается актуальной проблемой и представляет собой трудную задачу из-за того, что этиология и патогенез заболевания окончательно не выяснены. Важным мероприятием, обеспечивающим успех лечения, является клинико-иммунологическое обследование

больного с целью выявления, а затем и лечения сопутствующих заболеваний, прежде всего — заболеваний желудочно-кишечного тракта и печени, инфекционной аллергии, дефицита витаминов, нарушений деятельности центральной и вегетативной нервной системы и др. Особое внимание должно быть уделено выявлению заболеваний зубов и их лечению. Важное место в лечении ХРАС отводится диете — исключению острой, пряной, грубой пищи, крепких спиртных напитков и курения [Боровский Е. В., Машкиллейсон А. Л., 2001]. Есть также данные об эффективности диеты с исключением глютенов [Нолан А., Ламей П., 1991].

В настоящее время в комплексной терапии афтозных стоматитов особое место отводится средствам общего воздействия. Выбор лечебных средств основан на необходимости повлиять на разные звенья патогенеза. Так, при выявлении у больных ХРАС повышенной чувствительности к бактериальным аллергенам ряд авторов [Боровский Е. В., Машкиллейсон А. Л., 2001; Рыбаков А. И., Банченко Г. В., 1978] предложили проводить специфическую десенсибилизацию этим аллергеном, который вводят внутрикожно, начиная с очень малых (0,001 мл) доз. При чувствительности организма сразу к 2 и более аллергенам назначали малые дозы смеси нескольких аллергенов в одинаковых разведениях. Однако эффект наблюдался не всегда. Вероятно, это обусловлено отсутствием точных диагностических критериев. При лечении тяжелых форм ХРАС (рубцующейся и деформирующей) использовали кортикостероидные препараты (преднизолон, дексаметазон), оказывающие противовоспалительное, десенсибилизирующее и антиаллергическое действие [Алтенбург А., 2007; Болдо А., 2008]. Кортикостероидные препараты применяются в виде растворов для инъекций, таблеток, а также мазей. Однако при применении кортикостероидов возможны побочные явления: развитие синдрома Иценко-Кушинга, повышение артериального давления, гипергликемия, повышенное выведение калия из организма и т.д. Все это ведет к ограничению применения данной группы лекарств и поиску новых методов лечения ХРАС.

Изучение клинико-иммунологического статуса пациента — один из важных факторов, обеспечивающих успех лечения ХРАС. В связи с частым выявлением у больных иммунного дисбаланса считается обоснованным включение в комплексное лечение ХРАС препаратов, обладающих иммунокорректирующими свойствами. Исходя из данных о нарушении реактивности организма при ХРАС, в комплексной терапии применяли препараты, повышающие активность неспецифических факторов резистентности, гистоглобулин, продигозан, лизоцим [Лукиных Л. М., 2000; Рабинович И. М., Банченко Г. В., Безрукова И. В., 1997]. Эти препараты стимулируют фагоцитоз, опосредованно воздействуют на антимикробные факторы, стимулируют репаративные процессы в организме.

Многочисленные данные литературы о применении иммунокорректирующего препарата левамизола (Декариса) противоречивы. Некоторые авторы [Sun A., Wang J. T., Chia J. S., 2006] отмечают хороший терапевтический эффект, другие полностью отрица-

ют его [Weckx L. L., Hirata C. H., Abreu M. A., 2009]. Такое противоречие связано, по-видимому, с двояким действием левамизола: малые дозы оказывают иммуностимулирующее действие, а большие действуют как иммунодепрессанты. Таким образом, оценка терапевтической эффективности левамизола зависит как от исходного состояния иммунологической реактивности больного, так и от дозы применяемого препарата [Рабинович О. Ф., Рабинович И. М., Панфилова Е. Л., Вахрушина Е. В., 2010]. В 1991 г. Н. В. Терехова, В. В. Хазанова, Е. А. Земская и др. применяли препарат Т-активин. При иммунодефицитных состояниях препарат стимулирует продукцию лимфокинов, в том числе интерферона, восстанавливает функциональную активность Т-киллеров, а также ряд других показателей состояния иммунной системы. Клинико-лабораторные исследования показали, что Т-активин достаточно эффективен в терапии больных с перманентно текущими формами ХРАС.

Определенный интерес представляют исследования В. А. Виноградова, М. И. Титова, М. Г. Мошняги (1991) о применении даларгина, обладающего иммуномодулирующими свойствами, нормализующего пролиферативный ответ лимфоцитов человека и влияющего на розеткообразование. Было отмечено также, что при внутримышечном введении даларгина, помимо купирования воспалительного процесса в СОР и стимуляции процесса эпителизации афт, препарат оказывал выраженное анальгетическое действие [Максимовская Л. Н., 1995].

С появлением в 1997 г. нового отечественного препарата Галавит началось изучение его эффективности в лечении ХРАС. Галавит — иммуномодулятор, изменяет функциональную активность макрофагов и регулирует синтез цитокинов, малотоксичный препарат, не оказывающий тератогенного, мутагенного и иммунотоксического действия и не дающий аллергизирующего эффекта [Сохов С. Т., Цветкова А. А., Аскамит Л. А., 2009]. Имеются данные об использовании инъекций Галавита при лечении пародонтита и диплен-пленок с Галавитом — при эрозивно-язвенной форме КПЛ.

Нами было проведено изучение действия Галавита в комплексном лечении ХРАС. Под наблюдением находились 13 человек, страдающих афтозом Микулича в возрасте от 18 до 43 лет (8 женщин и 5 мужчин), которым назначали сублингвальные таблетки для рассасывания, содержащие по 25 мг лекарственного средства. 10 дней ежедневно по 4 таблетки в сутки, в последующие 20 дней — 4 таблетки в день через день (полный курс — 30 дней) [Сохов С. Т., Цветкова А. А., Терещенко, 2007]. В группу сравнения входило 6 человек, болеющих ХРАС, схема лечения которых исключала использование Галавита.

Для оценки эффективности проводимой терапии изучали изменение ряда основных клинических признаков указанного заболевания (наличие афт, эритема, боль, неприятный запах из полости рта, нарушение общего состояния), а также изменение показателей местной иммунной защиты полости рта. При включении Галавита в комплекс лечебных мероприятий у всех пациентов к 6-7-му дню отмечалась положительная динамика (снижение интенсивности воспаления, уменьшение боли, активная

эпителизация элементов). К 9-10-му дню наблюдалась практически полная эпителизация элементов и клиническое выздоровление пациентов, тогда как в группе сравнения заживление наступало к 13-14-му дням.

При дальнейшем наблюдении за пациентами, принимающими Галавит, на протяжении последующих 12 мес. рецидивов не возникало. Тогда как у 2 человек из группы сравнения рецидив возник спустя 6 и 7 мес. после проводимого лечения.

При исследовании смешанной слюны отмечалась положительная динамика в изменении концентрации иммуноглобулина А на фоне приема Галавита в отличие от группы сравнения, что перекликается с исследованиями С. Т. Сохова, А. А. Цветковой, Л. А. Аксамита (2009).

Таким образом, включение в комплекс лечебных мероприятий у пациентов, страдающих ХРАС, препарата Галавит позволяет значительно сократить сроки выздоровления и снизить вероятность возникновения рецидивов.

Еще одним из методов лечения ХРАС является плазмаферез. О. В. Борисовой, Н. Л. Ельковой и др. в 1997 г. доказано, что использование плазмафереза способствует улучшению общего состояния пациентов, сокращению сроков эпителизации афт, достижению длительных ремиссий, положительной динамике показателей гомеостаза. Кроме этого, рекомендовано применение витаминов в комплексном лечении больных ХРАС.

Одно из звеньев комплексной терапии — местное лечение. Прежде всего, это санация полости рта, устранение травмирующих факторов и очагов хронической инфекции, применение обезболевających, антимикробных, противовоспалительных и кератопластических средств. При микробиологическом исследовании материала с СОР у больных РАС выявляются существенные изменения микробиоценоза, выражающиеся в изменении соотношения представителей нормальной и патогенной микрофлоры. Для подавления патогенной микрофлоры Л. М. Лукиных предлагает использовать 0,02% раствор фурацилина, 0,02% раствор этиакридиналактата. И. М. Рабинович и соавт. используют 0,12% раствор хлоргексидина, а также обладающий не только дезинфицирующими, но и выраженными обезболевющими свойствами раствор Тантум Верде.

Одним из наиболее эффективных антисептических и противовоспалительных средств является Метрогил Дента.

Препарат обладает приятным освежающим мятным вкусом и наносится на пораженные участки 2 раза в сутки. Комбинацию метронидазола и хлоргексидина, эффективно подавляющих аэробные и анаэробные микроорганизмы, предлагают использовать С. Ю. Страхова и Л. Н. Дроботко.

Для ускорения сроков эпителизации патологических элементов при ХРАС применяются 5% мазь метилурацила, каратолин, масло шиповника. Одним из эффективных средств, способствующих эпителизации афт, является Солкосерил дентальная адгезивная паста, содержащая солкосерил и местный анестетик полидоканол. Данная лекарственная форма дает и обезболевющий эффект. Благодаря своим свойствам, препарат адгезивно фиксируется к СОР, оказывая пролонгированное лечебное воздействие. Наносится тонким слоем 3-5 раз в день на слизистую оболочку (предварительно высушенную ватой или бумажной салфеткой) и смачивается водой. При сравнении с Мундизал гелем в исследованиях И. М. Рабиновича и Г. В. Банченко (1998) Солкосерил дентальная адгезивная паста оказалась более эффективна.

Для удаления некротического налета с поверхности элементов поражения реко-

мендуется применять протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин). К современным ферментным препаратам относятся иммобилизованные ферменты — стоматозим и имозимаза [Эпельдимова Е. Л., 2005]. Для повышения эффективности местного воздействия на элементы поражения Л. М. Лукиных (2000), Р. В. Ушаков, В. Н. Царев и др. (2002) предложили использовать растворимые лекарственные пленки, действующее вещество которых тем или иным образом связано с плотным носителем. Преимущество пленок заключается в том, что длительное время поддерживается постоянная концентрация действующего вещества в зоне патологии, зона воздействия того или иного вещества ограничивается участком поражения, благодаря прочной фиксации пленки обеспечивается защита пораженного участка. В состав этих пленок входят кортикостероидные, антибактериальные, эпителизирующие, иммуномодулирующие и другие препараты.

Л. Ф. Сидельникова, И. Г. Дикова посчитали целесообразным включить в схему комплексного лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита иммуномоделирующий препарат местного действия Имудон, который назначался местно по одной таблетке 6-8 раз в день на протяжении 10-15 дней (в зависимости от тяжести процесса) с последующими профилактическими курсами каждые 4-6 месяцев по одной таблетке шесть раз в день в течение 10 дней. Положительный результат достигался на 1,5-2-е суток быстрее, чем у пациентов, не принимавших препарат. Основным же клиническим эффектом явилось предотвращение рецидивов заболевания, а при их появлении — протекание в более легкой форме.

В то же время исследования, проведенные В. Ю. Орищенко, Т. Н. Стрельценой, показали, что предварительная общая стимуляция иммунитета метилурацилом с последующей местной антигенной стимуляцией Имудоном является более эффективной иммуностропной профилактикой рецидивирования ХРАС. Пациентам рекомендуют метилурацил по 0,5 x 3 раза в день, в течение 20 дней. С 10-го дня добавляют Имудон по 8 таблеток в день, на протяжении недели. Профилактические курсы назначают в осенне-весенний период на стадии ремиссии.

В группу средств местного лечения ХРАС входит большое число лекарственных растений. Растительные средства редко вызывают нежелательные побочные реакции, нетоксичны и хорошо переносятся больными независимо от возраста. Учитывая их безвредность, их рекомендуют для длительного использования [Хазанова В. В., 1993; Рабинович И. М., Земская Е. А., 1996].

Для повышения неспецифической реактивности организма хорошо зарекомендовал себя фитопрепарат Світанок.

Комбинированный препарат растительного происхождения Элекасол (календулы цветки + ромашки цветки + солодки корни + череды трава + шалфея листья + эвкалипта прутовидного листья) оказывает противомикробное и противовоспалительное действие, стимулирует репаративные процессы.

Применяется местно — в виде орошений, аппликаций, для полосканий, в течение 5-7 дней одновременно внутрь и местно 2-5 раз в сутки.

Препарат Фитодент на основе растительного сырья (спиртовая настойка 1:10) из растительного сырья (корневища айра — 0,2 г, цветки календулы — 0,15 г, листья крапивы — 0,1 г, цветки ромашки — 0,1 г, плоды софоры японской — 0,2 г, трава чистотела — 0,15 г, плоды шиповника — 0,1 г) оказывает противовоспалительное, анальге-

зирующее, дезодорирующее и фунгицидное действие, хорошо всасывается слизистой оболочкой полости рта, кроме того, усиливает действие противовоспалительных и анальгезирующих средств. Препарат разводят водой и применяют для полосканий, промываний и орошений; а также ротовых ванночек (3-5 раз в день по 2-5 мин.).

В комплексном лечении ХРАС применяется также физиотерапия, направленная на активацию адаптивных и резервных возможностей организма. Одним из эффективных физических методов является лазерная терапия. А. А. Прохончуков и соавт. (2000) для снятия воспаления и ускорения процессов заживления слизистой оболочки проводили лазерное облучение на аппарате «Оптодан».

Для повышения эффективности лазерного излучения применяются сочетанные фармако-фото-терапевтические методы — фотофорез лекарственных препаратов. Так, хорошо зарекомендовал себя в лечении больных ХРАС фотофорез оксолиновой, метилурациловой, гепариновой, гидрокортизоновой, тетрациклиновой мазей [Прикулис В. Ф., 2000; Ушаков А. А., 1996].

Для предупреждения обострений ХРАС Т. С. Чемикосова (2003) рекомендует оксиметалл (производное пиримидина) для иммунокоррекции — 1,5 г в день 1 месяц. А также 6 сеансов ультрафонофореза 10% раствора доксилина в импульсном режиме 2-3 мин. с последующим нанесением на эрозии 10% доксилиновой мази.

В последние годы в различных областях медицины все более широкое распространение получают немедикаментозные способы лечения, в частности гипербарическая оксигенация (ГБО). При лечении ХРАС ГБО-терапия дает выраженный противовоспалительный, противоотечный и иммунокорректирующий эффекты, сокращение сроков эпителизации до 5-10 дней [Спицина В. И., Савченко З. И., 2002].

Широко применяют гирудотерапию. Причем последнюю можно использовать и как лечебную (при появлении афт), и как профилактическую (в межприступный период) процедуру. Процедура гирудотерапии должна предшествовать тщательной санации полости рта (лечение кариозных зубов, заболеваний пародонта, снятие зубных отложений и т.д.). При лечении стоматологического афтоза 1-2 пиявки ставят на область афт, при проведении профилактических процедур — на места, где обычно появляются афты.

В заключение следует отметить, что в настоящее время нет какого-то одного способа лечения ХРАС, приводящего к полному излечению. Существующие комплексные методы лечения способствуют снижению тяжести заболевания, выражающемуся в удлинении сроков ремиссии, сокращении сроков эпителизации патологических элементов, уменьшения их количества и размеров. Для достижения стойких результатов в лечении РАС необходимо периодически повторять курсы комплексной терапии. Выбор оптимальных методов общей и местной терапии должен осуществляться на основе индивидуального подхода к каждому пациенту. Необходимо учитывать сопутствующие соматические заболевания, причинные факторы, состояние иммунологической реактивности, тяжесть заболевания, стадии развития очагов поражения.

Профилактика в основном заключается в выявлении и лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, нервной, эндокринной систем и др., а также в устранении очагов хронической инфекции, в том числе в полости рта. Важен систематический уход за полостью рта. Необходимо строгое соблюдение режима труда и отдыха, а также диеты.

Аппарат лазерный терапевтический стоматологический АЛСТ-01 «ОПТОДАН»

Параметры и режимы магнитолазерной терапии при проведении лечебных процедур

Заболевания	Постоянное магнитное поле 50 мТл							
	1 канал				2 канал			
	экспозиция, мин.	количество полей	процедур	ежедневно/через день	экспозиция, мин.	количество полей	процедур	ежедневно/через день
Кариес зубов								
Профилактика					2	1	8-12	е/д
Лечение на стадиях деминерализации и меловых пятен					2	1	8-12	е/д
Глубокий и средний кариес	2	1	1-2					
Пульпит, периодонтит (верхушечные)	2	1	1-3	е/д				
Пародонтит (кюретаж)	2-3	1-6	4-8	е/д	2	1-6	5-7	ч/д
Пародонтит абсцедирующей (местно)	2-3	1-6	4-8	е/д	2	1-6	5-8	ч/д
Каротидные синусы (с обеих сторон)					2	2	6-8	е/д
Пародонтит (хирургическое лечение):								
до операции	2-3	1-2	2-3	е/д				
после операции	2-3	1-2	2-4	е/д	2-3	1-2	4-6	ч/д
Операции на альвеолярных отростках (травматическое удаление корней зубов, альвеолектомия, резекция верхушки корня зуба, имплантация и т.п.)	2	1-5	1-5	е/д	1-2	1-5	1-5	е/д
Периостит	2	1-4	1-6	е/д	1-2	1-4	1-5	ч/д
Гайморит	3	2	5-8	е/д				

Альвеолит	2-3	1	1-3	е/д	1-2	1	2-6	ч/д
Профилактика пародонтальных осложнений при протезировании цельнолитыми и металлокерамическими протезами	2-3	1-4	3-4	е/д				
Подготовка пародонта опорных зубов для мостовидного протезирования	2-3	1-4	3-5	е/д	2-3	1-4	5-8	ч/д
Профилактика пародонтальных осложнений при фиксации мостовидных протезов на имплантатах и опорных зубах	2-3	1-2	3-4	е/д	2-3	1-2	2-3	ч/д
Имплантология								
Купирование воспаления тканей в зоне имплантации	2	1-4	2-4	е/д				
Активация функционального состояния тканей в зоне имплантации	2	1-4	3-5	е/д				
Имплантация								
Периоды								
предоперационный	2	1-4	2-4	е/д				
послеоперационный	2	1-4	2-4	е/д	2	1-4	8-12	ч/д

Литература: Прохончуков А. А., Жижина Н. А., Пожарицкая М. М. и др. Возможности и перспективы применения стоматологического аппарата Оптодан для магнитолазерной терапии стоматологических заболеваний. — Стоматология. — 2006. — № 2. — С. 68-72.

ВЕНД Предприятие-изготовитель:
НПП «ВЕНД»

410033, г. Саратов, пр. 50 лет Октября, 101.
Тел./факс (8452) 633-759, тел. (8452) 677-726,
e-mail: npp_vend@mail.ru,
www.npp-vend.ru, www.optodan.rusmed.ru

Сертифицирован Госстандартом РФ:
№ РОСС RU.ИМ02.В15038.
Зарегистрирован в Госреестре медицинских изделий:
№ ФС 022a1307/0383-04.
Конструкция и методы лечения
защищены патентами Российской Федерации:
№№ 2014107, 2053817, 2053818, 2101046, 2101047,
2128534, 2133630, 2135230, 2135231.

Разработан СПЕЦИАЛЬНО для стоматологов!

Профилактика и лечение:

- кариеса — среднего, глубокого, в стадии деминерализации и мелового пятна;
- пульпитов и периодонтитов;
- заболеваний пародонта;
- заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- воспалительных явлений краевого пародонта после ретракции десны;
- наминов после наложения протезов, осложнений в ортодонтии;
- альвеолитов;
- периоститов и др.

Аппарат лазерный стоматологический терапевтический АЛСТ-01 ОПТОДАН



Авторские методики: ФГУ «ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Росмедтехнологий»
119982, Москва, ул. Т. Фрунзе, д. 16. Тел.: (499) 246-13-34.

Психосоматические заболевания в стоматологии

Л. Н. КАЗАРИНА, д.м.н., Л. В. ВДОВИНА, к.м.н.
Кафедра пропедевтической стоматологии НижГМА,
г. Нижний Новгород.

Психосоматическая медицина — научно-практическое направление медицины, исследующее роль психосоциальных факторов в этиологии, патогенезе и динамике соматических заболеваний и использующее полученные знания в их профилактике и терапии. В более широком смысле психосоматическая медицина понимается как медицина, реализующая комплексный биопсихосоциальный подход к больному, учитывающий своеобразие взаимодействия (взаимозависимостей) психического и соматического в норме и при патологии.

Среди многочисленных факторов, приводящих к развитию заболеваний полости рта, наиболее часто указывают алиментарные, нервно-трофические, сосудистые, эндокринные расстройства, а также местные факторы. Однако ни одна из существующих теорий не дает полного представления об этиологии и патогенезе болезней полости рта. Одним из факторов, способствующих росту числа неинфекционных заболеваний, в том числе и стоматологических, является высокий уровень психоэмоциональной напряженности в жизни современного человека. Несмотря на огромный поток информации, посвященной проблемам стресса, его роль в генезе стоматологических заболеваний изучена недостаточно.

Существует несколько основных механизмов повреждения тканей и органов полости рта при стрессе:

- 1) активация перекисного окисления липидов (ПОЛ);
- 2) нарушения гемодинамики;
- 3) активация протеолиза;
- 4) снижение общей устойчивости организма.

На различных моделях стресса установлено патогенное воздействие на пародонт за счет снижения общей резистентности организма, что проявляется активацией процессов перекисного окисления липидов и протеолиза, деструкцией клеточных мембран, нарушением гемодинамики мягких тканей и метаболизма костной ткани.

Психотерапевт понимает под психосоматикой заболевания внутренних органов и систем организма, возникающие вследствие воздействия психических или эмоциональных факторов. Как говорят в народе, это те заболевания, которые появляются «на нервной почве». Психолог находит в них целый ряд общих признаков.

1. Начало заболевания провоцируется психическими факторами (психическая травма, эмоциональный стресс, невроз), действие которых может быть кратковременным (смерть близкого человека, депрессия), довольно длительным (конфликт в семье, на работе, болезнь близкого человека) или хроническим (наличие неразрешимых проблем из-за личностных особенностей, комплекса неполноценности, уродства).

2. Не только начало заболевания связано со стрессовой ситуацией, но и любое обострение или рецидив болезни.

3. Течение заболевания в определенной степени зависит от пола и стадии полового созревания.

4. Психосоматические расстройства обычно протекают фазно, и их обострения

в той или иной степени носят сезонный характер.

5. Психосоматические болезни возникают у лиц с генетической и конституциональной предрасположенностью. Практическим врачам этот факт хорошо известен. Один и тот же эмоциональный стресс вызывает у разных людей различные реакции и заболевания. Это различие определяется не только генетической предрасположенностью к определенным заболеваниям, но и характерологическими особенностями.

Психосоматические болезни — это болезни нарушенной адаптации (приспособления, защиты) организма. Человек постоянно существует в условиях стресса, т.к. он не изолирован от влияния окружающей среды. Г. Селье утверждал, что даже «спящий человек испытывает стресс... Полная свобода от стресса означает смерть». Но воздействие внешнего фактора может быть настолько сильным, что защитные силы организма не справляются со стрессом и возникает болезненное состояние. Граница между реакцией адаптации и болезнью условна и зависит как от силы и длительности самого воздействующего фактора, так и от психологического и физического состояния человека. Конечно, адаптационные (приспособительные) возможности у молодого, крепкого, физически здорового, оптимистично настроенного человека гораздо выше, чем у старого, слабого физически, уже не раз подвергавшегося воздействию стрессовых влияний. Именно от исходного состояния зависит, будет ли человек активно искать выход из стрессовой ситуации или пассивно обречет себя на «разрушение» ею.

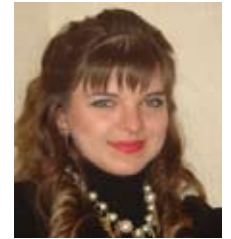
Связь между психикой и телом осуществляется через вегетативную нервную систему и проявляется в виде различных вегетативно-сосудистых реакций. Психогенная ситуация как провоцирующий фактор запускает вначале общую неспецифическую реакцию адаптации. Наиболее часто встречаются три типа таких реакций:

1) реакция со стороны выделительных органов — слюнотечение, потливость, рвота, учащенное мочеиспускание, понос («медвежья болезнь»). Могут возникать при волнении перед экзаменом, ответственным докладом и т.д.;

2) температурная реакция. Повышение температуры часто наблюдается у детей в любой стрессовой ситуации (прорезывание зубов, сильный плач, переутомление). Температурная реакция характерна и для некоторых женщин, причем в длительной психотравмирующей ситуации может держаться субфебрилитет (37,0–37,5 °C);

3) реакция со стороны сердечно-сосудистой системы в виде сердечных спазмов, повышения артериального давления, учащенного сердцебиения.

Любая неспецифическая реакция может сопровождаться тревожной или страхом. При повторных воздействиях психогенных факторов или в условиях длительной психотравмирующей ситуации ответная реакция на стресс приобретает специфичность в виде поражения отдельных органов и систем организма.



Другими словами, поражается орган-«мишень», имеющий к этому наследственную предрасположенность. На начальном этапе соматические расстройства функциональны и в ряде случаев маскируют или зашторивают психические заболевания (неврозы, депрессии). В дальнейшем болезнь принимает стойкий или даже необратимый характер, что затрудняет ее лечение.

Особенности развития психосоматических болезней диктуют и своеобразие терапевтического вмешательства. Прежде всего, необходимо купировать непосредственную соматовегетативную реакцию организма (подъем АД, боль в сердце, прободение язвы). Затем необходимо присоединить психотропные средства (транквилизаторы, антидепрессанты, снотворные, ноотропные препараты), опосредованно стабилизирующие физические функции. Кроме того, весь процесс лечения поврежденных органов и систем должен сопровождаться курсом психотерапии, направленной на коррекцию личностных черт больного, его реакции на окружающее, разрешение психотравмирующей ситуации, урегулирование взаимоотношений в семье и т.д. Только весь лечебный комплекс может способствовать выздоровлению. Для претворения этого комплекса в жизнь требуется консультация и помощь психолога, психотерапевта или психиатра [4].

Психосоматические заболевания — это такие заболевания, причинами которых являются в большей мере мыслительные процессы больного, чем непосредственно какие-либо физиологические причины. Если медицинское обследование не может обнаружить физическую или органическую причину заболевания, или если заболевание является результатом таких эмоциональных состояний, как гнев, тревога, депрессия, чувство вины, тогда болезнь может быть классифицирована как психосоматическая.

Зигмунд Фрейд исследовал психосоматические заболевания, что сформировало его теории о бессознательном уме и вытеснении. Многие известные заболевания были ранее классифицированы как «истерические» или «психосоматические», например, астма, аллергии, мнимая беременность и мигрени.

Психосоматические расстройства — это те разнообразные проявления нарушений со стороны органов и систем организма, которые возникают и обостряются под влиянием психогенных (психологических факторов).

Критериями для разграничения форм психосоматических расстройств могут служить: функциональность, обратимость, длительность существования, локализация, характер связи с особенностями личности и спецификой тех психологических факторов, которые определяют формирование этих расстройств.

Диагностические критерии различных форм психосоматических расстройств:

- Функциональный характер
- Обратимость
- Длительность существования
- Локализация
- Характер связи с особенностями личности

● Особенности взаимосвязи с психологическими факторами

Во всех случаях психосоматических расстройств в их патогенезе мы видим вегетативную дисфункцию и выраженную в различной степени невротическую симптоматику. Проявления астенического синдрома, симптомы депрессии, тревога и ипохондрические включения являются обычными спутниками психосоматических расстройств.

Визит к стоматологу принято рассматривать в качестве одной из моделей стресса (так называемый «стоматологический стресс»). Известно, что стоматологический стресс так же, как и другие виды острого стресса, характеризуется активацией симпатoadреналовой системы, активностью которой коррелирует с выделением кортизола (К) со слюной. Активация симпатoadреналовой системы проявляется увеличением частоты сердечных сокращений, повышением артериального давления, усилением потоотделения и другими вегетативными реакциями. Поэтому визит к стоматологу может явиться фактором риска, вызывающим обострение основного заболевания у больных артериальной гипертензией (АГ).

Любое лечение можно проводить только в том случае, если врач считает его необходимым и эффективным и если после соответствующего обсуждения пациент дает согласие на его проведение.

На начальном этапе лечения главная задача — добиться сотрудничества пациента. Он должен стать нашим союзником. При этом мы должны сделать все возможное для того, чтобы он получил максимально полное представление о своем заболевании.

Если никакого очевидного улучшения добиться не удалось, то для пациента это не должно быть поводом для разочарования. Тем не менее, лечение нельзя считать бесполезным, так как в процессе систематического обследования и последовательной работы врача пациент получил наиболее полное представление о своем заболевании. Сами стоматологи также должны избавиться от иллюзии, что все проблемы можно решить с помощью одних механико-технических манипуляций. Даже общая медицина не в состоянии вылечить все болезни. В данном случае помощь заключается в том, что психотерапевт совместно с пациентом разрабатывает наилучшую стратегию, как ему дальше жить с этим заболеванием.

Если графически представить последовательность наших действий, направленных на выявление психосоматических расстройств и лечение таких пациентов, то становится очевидным, что это циклический колебательный процесс, главной целью которого является разьяснение пациенту истинных причин его состояния, поскольку осознание проблемы — это первый и самый важный шаг к выздоровлению [6].

Успех лечения часто зависит от временного фактора, т.е. от того, когда он проводится.

Пациент должен адаптироваться к новому протезу или пломбе и принять их

Осознание проблемы

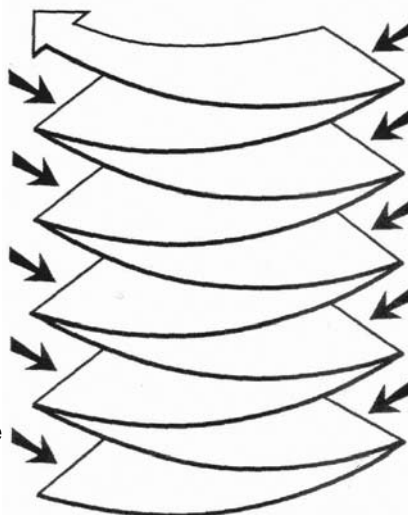
Повторная психагогическая беседа

Устранение соматических причин

Тщательное обследование

Психагогическая система

Профессиональное внимание



Устранение последних сомнений

Улучшение комфорта полости

Завоевание доверия

Первые размышления

Первая надежда

как свои собственные зубы. Стоматолог должен определить, что пациент переживает тяжелую жизненную ситуацию. После сбора анамнеза, тщательного обследования и постановки диагноза совместно с пациентом производится выбор оптимального варианта лечения, определяется количество промежуточных посещений стоматолога и продолжительность лечения. Таким образом, стоматолог получает представление о текущей ситуации.

I. Психосоматические расстройства реально существуют.

II. Психические расстройства нередко приводят к возникновению соматических симптомов заболеваний в челюстно-лицевой области.

III. Боли и жалобы в челюстно-лицевой области могут быть связаны со специфическими дефектами зубов и других жевательных органов.

IV. Стоматолог должен четко определить, может состояние зубочелюстной системы быть причиной имеющихся болей в челюстно-лицевой области или нет. Для этого он должен обладать обширными профессиональными знаниями, практическими навыками и богатым опытом.

V. Чтобы определить, какую психосоматическую или соматопсихическую природу имеют боли в челюстно-лицевой области, стоматолог должен иметь хотя бы базовое представление о психосоматике.

VI. Если у стоматолога есть какие-либо пробелы в профессиональном образовании или ему не хватает практического опыта или навыков освоения специальных методов анализа или базовых знаний о психосоматике, то такой специалист не в состоянии помочь и хорошо, если не навредит пациентам с неясными болями и жалобами в челюстно-лицевой области.

VII. Если стоматолог превыше всего ценит только свое собственное мнение и не осознает или не учитывает возможность того, что причиной всех проблем может быть психосоматическое расстройство, то это нередко приводит к тому, что называют «врачебное безумие».

VIII. Если диагноз психосоматического расстройства ставится слишком поспешно, без тщательного обследования и исключения всех возможных соматических причин, то последующее лечение также становится абсолютно бесполезным.

Среди различных психосоматических заболеваний значительное место занимает патология, сопровождающаяся болезненными ощущениями в языке [1,

5, 7]. До настоящего времени не создано унифицированной и общепринятой терминологии и номенклатуры по этой патологии. Определение заболевания пестрят разнообразными терминами: глоссалгия, глоссодиния, парестезия языка, синдром жжения полости рта (СЖПР), глоссопироз, вегеталгия, симпаталгия, стоматалгия. Код по МКБ-10: K14.6 Глоссодиния.

Актуальность проблемы глоссалгии определяется не только распространенностью данного заболевания, тяжестью течения и высокой психоэмоциональной ранимостью этой группы больных, но также необходимостью разработки организационных и лечебно-профилактических мероприятий, поиска более совершенных, патогенетически обоснованных методов и средств лечения [8, 9].

Глоссалгия является также и одним из наиболее распространенных нейростоматологических заболеваний, причем ее частота в настоящее время не уменьшается [5, 7]. Упорное, длительное течение заболевания, часто приводящее к личностной дезорганизации больных среднего и пожилого возраста, наличие взаимосвязей с психоэмоциональным напряжением и общими соматическими заболеваниями, делает эту проблему не только медицинской, но и социальной.

Среди пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта больные с глоссалгией составляют одну из самых многочисленных групп. На консультативном приеме стоматоневрологического отделения они составляют 20% среди пациентов с болями в области лица. Глоссалгия возникает в возрасте от 20 до 80 лет, но чаще всего у людей 40-60 лет. Женщины страдают в 5-7 раз чаще. В последние годы заболевание «помолодело», его часто выявляют в возрасте 35-55 лет, а не только в климактерическом возрасте по утверждению авторов некоторых публикаций.

Пусковым механизмом в развитии глоссалгии чаще всего называют психоэмоциональные переживания, стресс, манипуляции врача в ротовой полости. Описаны случаи, когда парестезии слизистой оболочки рта предшествовали диагностике опухоли головного мозга, невралгии тройничного нерва [4].

В патогенезе глоссалгии большую роль играют изменения, возникающие в центральной и периферической нервной системе, тонусе сосудов, микроциркуляции, метаболизме тканей полости рта. Отсутствие или наличие глоссалгии у боль-

ных при разной соматической патологии и у людей с неодинаковым типом нервной деятельности свидетельствует о сложном патогенезе заболевания.

Несмотря на разнообразие эмоциональных расстройств, преобладающие клинические симптомы — тревога, депрессия, ипохондрия. У большинства больных глоссалгией выявляют астеноипохондрический синдром, реже — астенодепрессивно-ипохондрический.

Нарушение тонуса сосудов, изменение гемодинамики, снижение кровотока и, как результат, метаболические изменения в тканях полости рта ранее изучены с помощью капилляроскопии, а затем реографии, в настоящее время подтверждены данными лазерной доплеровской флоуметрии.

Гормонально-метаболические нарушения объясняют прежде всего возрастной нейроэндокринной перестройкой организма, изменением уровня половых гормонов и катехоламинов с последующим нарушением гомеостаза.

Анализ показателей иммуноцитокинетического статуса больных СЖПР свидетельствует о наличии гипоиммунного состояния, по-видимому, обусловленного стрессом нервной и эндокринной системы.

Другой механизм развития глоссалгии представляют как процесс дезинтеграции надсегментарных и сегментарных вегетативных образований, нарушение их взаимодействия приводит к ишемии в тканях полости рта, лица и обуславливает дистрофические процессы, структурные изменения сосудов и патологию чувствительности. Признавая роль эмоционального стресса как пускового механизма, увеличивающего активность симпатической нервной системы с одновременным торможением антиноцицептивной системы организма, Л. Н. Казарина и А. И. Воложин ведущее значение придают местным факторам.

Кроме хронической травмы, влияния разнородных металлов, нарушения прикуса исследователи констатировали изменение локального иммунитета и микробиоценоза с последующим накоплением метаболитов микроорганизмов, образование свободных радикалов кислорода и продуктов перекисного окисления липидов, оказывающих влияние на ноцицептивные рецепторы, вызывая их раздражение.

Парестезии полости рта как симптом описаны при многих заболеваниях (гастрит, холецистит, панкреатит, сахарный диабет, гиповитаминоз В, анемии, атеросклероз и другие), но данный симптом обнаруживают непостоянно. Таким образом, данные о патогенезе глоссалгии, представленные в современных публикациях, демонстрируют сложность возникновения и развития данного заболевания, отсутствие единого мнения, пересмотр прежних позиций.

Клиническая картина

В клинической картине глоссалгии преобладают симптомы, характеризующие нарушение деятельности нервной системы, а именно изменение чувствительности слизистой оболочки, иногда боль, секреторные, трофические, рефлекторные нарушения, изменение вкусовых восприятий и двигательной активности языка. Возникновение и развитие глоссалгии у некоторых больных происходит сразу после психоэмоциональных потрясений, обострения соматических заболеваний, после протезирования зубов, оперативного вмешательства, травмы слизистой оболочки рта острыми краями зубов, нерациональными изготовленными протезами и проявляется интенсивными парестезиями.

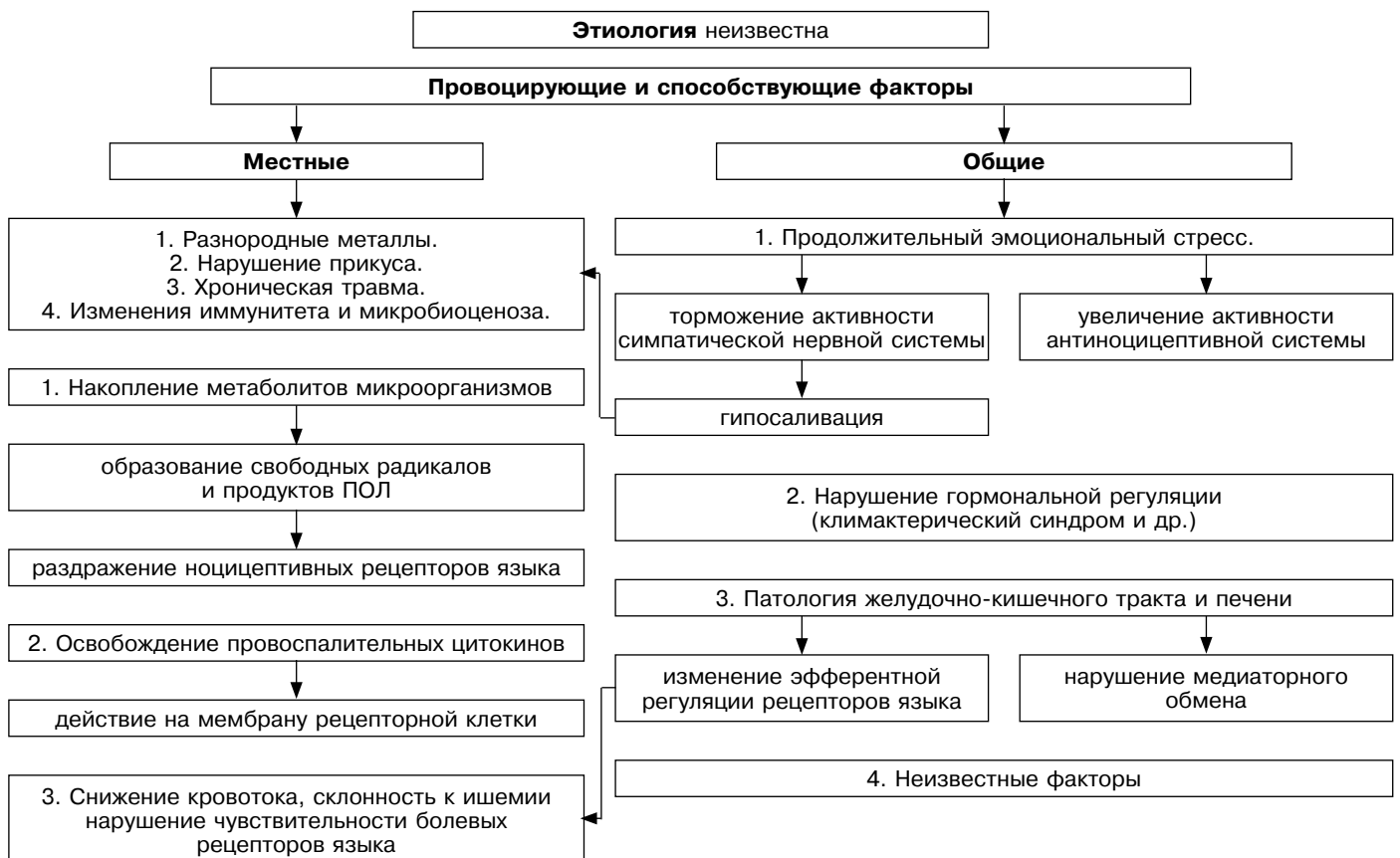
Ведущий симптом заболевания — парестезии, возникающие самостоятельно, без влияния внешних повреждающих

факторов. Парестезии — разнообразные ощущения, включающие жжение, зуд, онемение, покальвание, болезненное чувство холода. Больной часто сравнивает свои ощущения с ожогом кипятком, со жжением слизистой оболочки после попадания перца, с беганием мурашек и др.

Чаще всего парестезии локализованы на слизистой оболочке языка, его кончике, боковых поверхностях, в области корня или всей поверхности. Реже парестезии наблюдаются на слизистой оболочке неба, губ, щек, десен, иногда на коже лица. К вечеру они постепенно нарастают, полностью отсутствуют в момент приема пищи и ночью, если у больного не нарушен сон. Секреторные нарушения в виде снижения функции слюнных желез отмечают у 20% обследованных. Больные жалуются на сухость во рту, особенно по утрам. После приема пищи сухость уменьшается, но к вечеру вновь нарастает.

Проявление сухости в полости рта объясняют дисфункцией вегетативной нервной системы, а именно преобладанием тонуса симпатической нервной системы. Иногда выявляют изменение вкусовых восприятий в 2/3 спинки языка и чаще всего снижение вкуса (гипогевзия). На языке возможны следующие трофические расстройства: снижение высоты сосочков языка, они сглажены, вплоть до полной атрофии. Иногда констатируют очаговую десквамацию эпителия или гиперплазию сосочков языка и проявления ворсинчатого глоссита, увеличение языка вследствие его отека и появление отпечатков зубов на его боковой поверхности. Рефлекторные нарушения у больных глоссалгией устанавливают прежде всего по снижению или утрате занавесочного и глоточного рефлекса. Изменение двигательной активности языка в виде фибриллярных подергиваний, мелкого дрожания или более

Ведущие звенья патогенеза глоссалгии



выраженного тремора объясняют нарушением электрической активности мышц, устанавливаемой с помощью электромиографии. Цвет слизистой оболочки рта и красной каймы губ соответствует возрасту, цианотичные оттенки отмечают у пожилых людей, у больных с патологией сердечно-сосудистой системы. Целостность и рельеф слизистой оболочки не нарушен.

Диагностика

Диагностика глоссалгии состоит из целенаправленного обследования у врача-стоматолога, включающего опрос, осмотр, общеклинические и лабораторные исследования. У многих больных, страдающих канцерофобией, после детального обследования и беседы снижается напряжение и страх, возникает уверенность в отсутствии опасного для здоровья заболевания. Необходимо дать адекватную оценку многочисленным жалобам «проблемного» пациента, выделить из них основные, уточнить характер, локализацию и динамику болезненных ощущений, последовательность проявления симптомов, возможность их периодического повторения. Часто больные глоссалгией становятся «хроническими ходоками по врачам», по-видимому, вследствие малой эффективности терапии. При очередном обращении к врачу они стремятся подчеркнуть тяжесть их заболевания, «неизлечимость», в связи с этим возможна гиперболизация ощущений, иногда сознательная дезинформация врача. Существуют две основные составляющие феномена «проблемного» пациента. Первая — объективная неспособность пациента адаптироваться к новым условиям, возникшим в полости рта после стоматологического лечения, вследствие индивидуальных особенностей психосоматического статуса пациента. Вторая — неспособность врача и зубного техника выполнить лечение с учетом всех нюансов локального и психосоматического статуса пациента, а также с учетом его индивидуальных представлений о результатах лечения.

Опрос позволяет установить особенности психики больного, душевный дискомфорт, раздражительность, нередко гиповызывчивость, «нервозность», у одних готовность прослезиться, у других возникают неадекватные реакции в момент обследования, у некоторых — безразличие. Состояние психики угнетено или возбуждено, часто выявляют канцерофобию, иногда нарушение сна, появление навязчивых мыслей, невротических реакций, снижение работоспособности.

Для исключения гальванического синдрома необходимо определить уровень разности потенциалов между металлическими конструкциями в полости рта. Обязательно проведение соскоба со спинки языка на предмет обнаружения дрожжеподобных грибов рода *Candida*.

Показания к консультации других специалистов

Некоторые симптомы глоссалгии могут быть симптомами соматических заболеваний. Например, гипосаливация, гипогевзия, парестезии слизистой оболочки полости рта констатируют при многих других заболеваниях. Поэтому, если пациент не полностью обследован, необходима консультация других специалистов (гастроэнтеролог, гинеколог, эндокринолог, невропатолог, психиатр, гематолог) в амбулаторно-поликлинических условиях, а при необходимости в условиях стационара. Кроме общепринятых клинических

методик рекомендуют неврологические, нейрофункциональные, биохимические, микробиологические, иммунологические исследования и психоэмоциональное тестирование.

Лечение

Для сложившихся принципов лечения характерен комплексный подход, включающий этиотропную, патогенетическую, симптоматическую, психотерапевтическую, общеукрепляющую терапевтическую помощь.

Выбор метода лечения глоссалгии зависит от стадии и степени тяжести заболевания, наличия сопутствующих заболеваний.

В комплексной программе действий врача-стоматолога предусматривают определенную последовательность:

- оказание неотложной помощи, снижение уровня нейропсихологических расстройств, снятие или значительное уменьшение болевых ощущений;

- нормализация стоматологического статуса и улучшение состояния полости рта;

- систематическое лечение неврологических нарушений, общих соматических заболеваний с учетом рекомендаций врачей-специалистов;

- динамическое наблюдение с лечебно-реабилитационными мерами.

В объем неотложной помощи включают общие и местные мероприятия, проведение психотерапии, назначение седативных средств.

В результате расспроса, если выявляют факторы, провоцирующие развитие или утяжеление психоэмоционального состояния, важно их своевременное устранение. Создание охранительно-психологического климата в семье и трудовом коллективе, иногда необходимо изменение режима дня, смена трудовой деятельности, места жительства.

Патогенетическая терапия предусматривает воздействие на центральную нервную систему, на корково-подкорковые регуляторные механизмы психотропными препаратами с учетом висцеро-вегетативной симптоматики. Ее проводят в основном транквилизаторами, антидепрессантами, седативными и вегетотропными средствами, анксиолитиками, препаратами, улучшающими гемодинамику и трофику тканей. Психотерапию относят к патогенетическому виду лечения. В клинической практике применяют и другие нейротропные средства, корректоры нарушений мозгового кровообращения, спазмолитики. В легких случаях используют седативные средства растительного происхождения, они усиливают процессы торможения, облегчают наступление естественного сна. Также показана витаминотерапия, назначаемая для нормализации деятельности нервной системы, устранения дефицита витаминов при некоторых сопутствующих заболеваниях и в качестве общеукрепляющего средства. При сухости в полости рта назначают гиперсаливанты. В комплексной терапии глоссалгии особое внимание уделяется иммунокоррекции.

Местная терапия глоссалгии предусматривает нормализацию стоматологического статуса: санация полости рта, устранение раздражающих факторов: шлифование острых участков зубов, коррекция или замена протезов, ликвидация разнородных металлов, нормализация прикуса и акта жевания. В полости рта на данном этапе целесообразна блокада

растворами местных анестетиков, аэрозольными составами.

Одновременно можно проводить различные физиотерапевтические методы: ультратонотерапию, ультразвуковую терапию, электросон, гальванический воротник, электрофорез лекарственными средствами, дарсонвализацию, флюктуоризацию, чрескожную электронейростимуляцию, дидинамотерапию, аэроионизацию и гидроионизацию, ультрафонофорез, иглорефлексотерапию, лазеротерапию, озонотерапию, гипербарическую оксигенацию, климатотерапию и бальнеотерапию, лечебную физическую культуру, массаж, общие ванны [3].

В патогенезе глоссалгии установлены нарушения микроциркуляции, такие как (вазоспазм, вазодилатация, венозный застой), циркуляторная и тканевая гипоксия в зонах парестезий, трофические расстройства и патология чувствительности, которые требуют включения в комплекс лечебных мероприятий средств, нормализующих местные гемодинамические нарушения, в частности, vasoактивные препараты.

Гирудотерапия — метод многофакторного воздействия на организм. Именно поэтому из суммирования антикоагулирующего, противотромбического и тромболитического действия биологически активных соединений, содержащихся в секрете слюнных желез пиявки, происходит устранение микроциркуляторных нарушений и развитие противовоспалительного эффекта, напрямую разрешающего проблему тканевой гипоксии — важного звена в патогенезе глоссалгии.

Таким образом, определяя пути коррекции глоссалгии, необходимо отметить, что подход к решению этой проблемы должен быть комплексным, направленным на нормализацию психоэмоционального состояния, функций внутренних органов с обязательным включением местных факторов, улучшающих трофику языка и создающих условия для нормализации микробиоценоза, иммунитета и микроциркуляторного русла.

Литература

1. Гречко В. Е. Нейростоматология — новый раздел медицины / В. Е. Гречко // Болевые и вегетативные синдромы и заболевания лица и полости рта. — М., 1987. — С. 10-12.
2. Дычко Е. Н. Глоссалгия (аспекты патогенеза и лечения), клинко-инструментально-экспериментальное исследование: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. / Е. Н. Дычко. — М., 1982. — 23 с.
3. Ефанов О. И. Физиотерапия стоматологических заболеваний / О. И. Ефанов, Т. Ф. Дзанагова. — М.: Медицина, 1980. — 295 с.
4. Казарина Л. Н. Патогенетическое лечение глоссалгии с учетом влияния стрессорных факторов / Л. Н. Казарина // Нижегород. мед. журн. — 2000. — МЛ. — С. 51-54.
5. Карлов В. А. Неврология лица / В. А. Карлов. — М.: Медицина, 1991. — 287 с.
6. Маркс Корс Р. Психосоматика в стоматологии. — М., 2008.
7. Пузин М. Н. Нейростоматологические заболевания / М. Н. Пузин. — М.: Медицина, 1997. — 368 с.
8. Яворская Е. Клиника, патогенез и лечение глоссодинии как висцеро-рефлекторного бульбарного синдрома: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. / Е. Яворская. — Киев, 1972. — 40 с.
9. Maresky K. S. Glossodynia / K. S. Maresky, P. van der Biyl, I. Gird // Oral. Surg. — 1993. — Vol. 75, № 3. — P. 308-331.

Аспекты современной диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта

Ю. В. ФОМИНА, к.м.н. Кафедра стоматологии ФПКВ ИПО НижГМА, г. Нижний Новгород.



В настоящее время различают следующие уровни диагностики злокачественных процессов: сверхранняя, ранняя, своевременная, поздняя.

Сверхранняя диагностика — это пренатальное распознавание опухоли, основной метод диагностики связан с определением генетического маркера заболевания.

Ранняя диагностика выявляет начальные стадии процесса, когда уже произошла злокачественная трансформация и началось размножение опухолевых элементов. Наиболее часто ранняя диагностика возможна при опухолях эпителиального происхождения, особенно когда рост идет внутри эпителия (интраэпителиальный рак). На этой стадии опухоль не дает метастазов, и в случае обнаружения больной может быть вылечен навсегда.

Обнаружение новообразования при его распространенности $T_{1,2}N_0M_0$ — это **своевременная диагностика**.

Поздняя диагностика связана с установлением злокачественной опухоли $T_{3,4}$ в сочетании с регионарными метастазами $N_{1,3}$, либо меньшей распространенности с отдаленными метастазами M_1 .

Положительные результаты лечения злокачественных опухолей при современном уровне медицины тесно связаны с улучшением ранней диагностики, в основе которой, прежде всего, лежит онкологическая настороженность врачей при осмотре пациентов, особенно с неясной клинической картиной заболевания. Опухоли в стадии I-II подвергаются хирургическому лечению, радиотерапии или комбинации этих методов. В стадии III-IV присоединяется химиотерапия, хирургические вмешательства проводятся в большем объеме, что существенно снижает качество жизни пациентов в период после лечения.

Наиболее эффективным в диагностике патологических процессов слизистой оболочки полости рта является комплексное, многоступенчатое обследование. В медицинской практике и в стоматологии в частности широко используются методы, основанные на получении изображения, такие как рентгеноскопия, рентгеновская компьютерная томография, а также оптическая когерентная томография.

Работы по применению оптической когерентной томографии (ОКТ) в стоматологии были начаты в 1998 году одновременно двумя группами исследователей, одна из которых сложилась вокруг Лоуренсовской лаборатории в Ливерморе (США), вторая — в России в Институте прикладной физики РАН (г. Н. Новгород). Позднее исследования были развернуты в Бекмановском Лазерном институте в Ирвайне (США). Большинство ОКТ-исследований в стоматологии проведены с использованием «Time domain OCT» (временной ОКТ), позднее применены системы «Frequency domain OCT» (спек-

тральной ОКТ) и поляризационно-чувствительной ОКТ (ПЧ ОКТ).

Нами был составлен атлас классических ОКТ-изображений слизистой оболочки полости рта в норме, ороговевающих и неороговевающих участков. В ходе работы было выявлено ограничение метода — это участки с орогованием. Дальнейшее развитие ОКТ и появление КП ОКТ позволило нам в клинических условиях у здоровых добровольцев изучить изображения (в прямой и ортогональной поляризациях) различных участков десны, отличающихся по степени орогования эпителия и характеру организации подэпителиального коллагена. КП ОКТ детектирует свет, отраженный в обеих поляризациях, — совпадающей с поляризацией зондирующего света и ортогональной. КП ОКТ-устройство, которое использовала наша группа, демонстрирует два сопряженных изображения: нижнее (в основной, прямой поляризации) содержит информацию об обратном рассеивающих свойствах биоткани; верхнее (в ортогональной поляризации), кроме характеристик обратного рассеяния, дает представление о деполаризующих свойствах коллагена, кератина и других анизотропных структур биоткани, что существенно увеличивает клиническую значимость ОКТ.

На КП ОКТ-изображении здоровой десны в прямой поляризации ороговеающей эпителий не дифференцируется от соединительнотканной стромы, т.к. сосочки стромы имеют вертикальную ориентацию, что лишает изображение привычной для слизистой оболочки слоистой структуры. В ортогональной поляризации обнаруживается сигнал от сосочков стромы, включающих вертикально ориентированные коллагеновые волокна преимущественно I типа, деполаризирующие свет. Это подтверждается гистологическими данными, полученными при окрашивании препарата пикросириусом красным и просмотре в поляризованном свете.

Задачей ОКТ традиционно является поиск дисплазии и малигнизации эпителия слизистой оболочки полости рта на фоне лейкоплакии и эритроплакии. Диагностическая эффективность ОКТ показана во многих работах как на моделях у животных, так и на человеке. Во всех случаях диагностика строится на потере изображением стратификации и контраста между дисплазированным многослойным эпителием и подлежащей соединительной тканью. Прижизненное ОКТ демонстрирует отличную способность обнаруживать и диагностировать предрак и ранний рак слизистой оболочки полости рта.

Исследования по применению ОКТ для решения этой важной клинической задачи показали, что если при плоской лейкоплакии стратификация изображается еще сохраняется, то веррукозная лейкоплакия без малигнизации демонстрирует в прямой поляризации малоконтрастное

изображение с высоким уровнем сигнала от слоя кератина, который не позволяет наблюдать нижележащие слои. Подобное неконтрастное изображение демонстрирует и *cancer in situ*, что снижает диагностическую значимость традиционной ОКТ. В то же время возможность при применении КП ОКТ наблюдать сопряженное изображение в ортогональной поляризации существенно расширяет диагностические возможности — фибриллярный высокоструктурированный белок кератин, как и организованный коллаген, деполаризует излучение, что приводит к появлению сигнала в ортогональном изображении. При этом коллаген собственной пластинки слизистой непосредственно под малигнизированным эпителием отвечает за нарушение дифференцировки эпителиальных клеток деструкцией коллагена, а, следовательно, уменьшением его деполаризационных свойств.

ОКТ привлекательна как инструмент неинвазивного наблюдения за течением мукозита. ОКТ эффективна для оценки динамики микроструктуры слизистой оболочки щеки в процессе лучевой и химиолучевой терапии мукозита у больных орофарингеальным раком. Постепенное снижение контраста оптических слоев на ОКТ-изображениях вплоть до полного их исчезновения, и уменьшение толщины эпителиального слоя являлись типичными ОКТ-проявлениями мукозита. Максимум клинических проявлений мукозита соответствовал наибольшим изменениям на ОКТ-изображениях. Выявлены существенные различия динамики изображений в зависимости от степени тяжести мукозита и сформулированы прогностические критерии индивидуальной радиочувствительности слизистой оболочки полости рта.

Для прогнозирования степени тяжести мукозита в процессе лучевой или химиолучевой терапии рака слизистой полости рта и глотки у конкретного пациента необходимо сравнить снятые в одной и той же точке ОКТ-изображения слизистой щеки до начала лечения и в день появления первых клинических признаков лучевой реакции. Мукозит III-IV степени прогнозируют по исчезновению на ОКТ-изображении границы между эпителием и подлежащей соединительной тканью. Данная информация может оказаться крайне важной при выборе патогенетически обоснованной профилактики и терапии мукозита.

Таким образом, оптическая когерентная томография, и особенно ее поляризационные варианты, предоставляя объективную информацию о свойствах биотканей, расширяют клинические возможности ранней диагностики предраковых заболеваний мягких тканей полости рта, а также обеспечивают эффективное слежение за развитием болезней.

Современные методы малоинвазивного хирургического лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта

Н. А. ЯНОВА, к.м.н. Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии НижГМА, г. Нижний Новгород.



В настоящее время одним из актуальных вопросов стоматологии остается выбор тактики лечения больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР). В связи с особенностями этиологии и патогенеза, возможным прогрессированием, трансформацией и малигнизацией они занимают особое место в структуре стоматологической заболеваемости. Особый интерес и внимание обоснованно вызывают проблемы диагностики и лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, что, в первую очередь, связано с их высокой распространенностью (12,5% от всех заболеваний полости рта и 26,6% от всех новообразований), определенными трудностями в выборе метода лечения и тактики ведения больных [1-7].

Существует большое количество методов лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта в зависимости от патогенетических механизмов и клинических проявлений. Выбор тактики лечения всегда зависит от характера течения процесса, времени и длительности образования, состояния местного и общего иммунитета организма, присутствующей микрофлоры, своевременности устранения раздражающих или травмирующих факторов, эффективности проводимого ранее комплексного консервативного лечения [8-14]. Однако далеко не всегда, используя только терапевтические методы лечения заболеваний слизистой полости рта, можно достигнуть положительного результата в виде полного структурного и функционального восстановления слизистой оболочки полости рта. При затяжном, длительном или рецидивирующем характере, наличии осложнений (вторичное инфицирование

или малигнизация) единственным методом лечения является хирургическое.

Любое хирургическое лечение характеризуется развитием раневого процесса, течение и исход которого в том числе зависит от характера и тяжести нанесенной травмы. Стандартная схема лечения таких больных характеризуется частым развитием осложнений, как в раннем послеоперационном периоде, связанных с постоянной травматизацией послеоперационного поля, невозможностью его изолирования от ротовой жидкости и присутствующей резидентной микрофлоры полости рта, так и в позднем, сопровождающихся образованием рубцовых деформаций и эстетическими дефектами.

В связи с этим возникает необходимость использования специальных малоинвазивных методов хирургического вмешательства. К методам малоинвазивного хирургического воздействия относят: электрокоагуляцию, лазерное воздействие, криодеструкцию либо их сочетание. Основной предпосылкой применения малоинвазивных методов является щадящий механизм воздействия на биологические ткани. Именно такими характеристиками и обладает радиохирургический метод [15-20].

Методы постоперационного лечения таких больных должны быть направлены на скорейшее купирование воспалительной реакции, предупреждение вторичного инфицирования раневой поверхности и стимулирование процессов регенерации.

Физико-химические свойства и биологическое действие озона, определяющие бактерицидный, фунгицидный, противовоспалительный, кровеостанавливающий, антигипоксический и иммунокорректирующий эффекты, а также возможности контроля направленности процессов эпителизации и заживления и отсутствие канцерогенных свойств, являлись прямой предпосылкой для использования озонотерапии в постоперационном периоде [21-31].

Таким образом, анализ данных по изучаемому вопросу доказал, что необходимость повышения комплексного лечения больных с заболеваниями СОПР актуальна, а разработка и внедрение малоинвазивных хирургических методов остаются приоритетными.

Целью нашего исследования явилось обоснование целесообразности и эффективности использования радиоволновой хирургии и местной озонотерапии в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2009 г. нами было проведено обследование и лечение 81 пациента с заболеваниями слизистой оболочки полости рта на базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Стоматологической поликлиники НижГМА. Диагноз ставился на основании классификации А. Л. Машкиллеясона, 1984 г. В зависимости от выраженности клинических признаков и метода лечения все больные были разделены на 2 группы:

1. Лечение проводилось по традиционной методике (хирургическое иссечение скальпелем и местно противовоспалительное лечение), 28 человек;

2. Лечение проводилось с использованием радиоволнового прибора («Surgitron-Dentosurg», фирма «Ellman», США) с использованием в качестве терапии послеоперационного периода озонированного раствора оливкового масла, 53 человека.

Группа контроля — 13 человек, без видимых клинических признаков поражения.

Консервативная терапия послеоперационного периода больных 1-й группы состояла из антибиотикотерапии в сочетании с антигистаминными препаратами и препаратами пробиотического ряда. Для местного воздействия назначались ротовые ванночки 0,05-0,06% хлоргексидина биглюконата с последующими аппликациями Метрогила Дента в течение 7-10 дней. Со 2-го дня после аппликаций на рану наносилась дентальная адгезивная паста Солкосерил, применение которой продолжалось до полного заживления раны. Чистка зубов рекомендовалась пациентам с последующего дня после операции обычной зубной щеткой с лечебно-профилактической зубной пастой. Швы снимались на 6-7-е сутки.

Пациентам 2-й группы хирургическое лечение проводили радиоволновым прибором «Surgitron Dentosurg» фирмы «Ellman Inc.», США в режиме № 2 (разрез + коагуляция), мощность 4,5-5 ед. Гемостаз раны осуществляли в режиме № 3 (коагуляция), мощность 3,5-4 ед. Время активации прибора после включения в сеть составляло 1,5-2 мин. Пассивный электрод-антенну накладывали для плотного контакта с телом пациента, исключая наложение в области сердца. В послеоперационном периоде назначали местное лечение: проведение аппликаций озонированным раствором оливкового масла концентрации 2,5 мг/л в озono-кислородной газовой смеси по 10-15 мин. (с двукратной сменой повязки) — 2-3 раза в сутки, 4-5 дней. Чистка зубов рекомендовалась пациентам с последующего дня после операции обычной зубной щеткой с лечебно-профилактической зубной пастой.

Результаты и обсуждение. На основании данных проведенного клинического обследования течения заболеваний слизистой оболочки полости рта по полу, возрасту, сопутствующей патологии и локализации установлено: веррукозная форма лейкоплакии — большая часть обследованных — женщины в возрастной группе 50-59 лет, с длительным течением (3-5 лет), с преимущественной локализацией элементов поражения на слизистой оболочке щечной области по линии смыкания зубов (54,54% от общего числа больных), при этом более 20% больных ранее проводилось местное консервативное лечение, в структуре общесоматической патологии преобладали заболевания ЖКТ, более 80%. Эрозивно-язвенная форма КПЛ составила более 12%



Дольчатая фиброма слизистой оболочки в подъязычной области.



Состояние слизистой оболочки на 6-е сутки после операции.

больных, причем все — женщины, 60% в возрастной группе 60 лет и старше, равномерное распределение в группах 40-49 лет, 50-59 лет — по 20%, длительность течения заболевания составила 3-5 лет, причем все больные неоднократно проходили курс местной консервативной терапии. Преимущественная локализация элементов поражения отмечена на слизистой оболочке щечной области и языка — 70%. Группа с ороговевающими папилломами на слизистой оболочке полости рта составила более 25% больных, с преимущественной локализацией элементов поражения на языке более 50%. Распределение больных по половой принадлежности установило преобладание мужчин на 15%, что чаще всего, в более 85% случаев, связывали с травмой, преобладание в возрастной группе 50-59 лет (более 45%), длительность течения заболевания от 1 месяца до 2 лет. Дольчатые фибромы с участками изъязвления на слизистой оболочке полости рта отмечены у 21% больных. Преимущественная локализация патологического элемента на слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней челюсти — более 70%, преобладание в возрастной группе 50-59 лет — более 47%, причем большая часть — женщины, более

80%. Длительность течения заболевания составила в среднем 1,5 года.

Во время оперативного вмешательства, проводимого по предложенной нами методике, отмечалось отсутствие кровотечения в зоне оперативного воздействия, за счет коагуляции сосудов в ране, что позволяло сократить время операции в 1,5 раза. Поскольку используемая частота (3,8 МГц) очень высокая, то волна, производимая прибором, проходя через тело, не вызывает болезненных сокращений мышечной ткани или стимулирования нервных окончаний, а разрез производится без давления на операционное поле, что было отмечено всеми больными.

В раннем послеоперационном периоде (1-е сутки) в области послеоперационной раны обращали на себя внимание умеренно выраженная отечность, незначительная гиперемия или ее отсутствие, что связано с особенностями действия радиоволны на биологические ткани. Умеренно выраженный болевой синдром отмечался только в группе с дольчатыми фибромами и эрозивно-язвенной формой КПЛ, что связано с объемом оперативного вмешательства, во всех остальных случаях был минимальным или отсутствовал. Повышение интенсивности кровообращения и метаболизма в тканях, а также бактерицидное действие озонированного масляного раствора приводило к быстрому видимому улучшению состояния раневой поверхности, появлением первых признаков гранулирования раневой поверхности на 0,8-1,2 суток раньше, чем в группе с традиционными методами лечения.

Влияние стандартной методики лечения на общую динамику клинического состояния послеоперационной раны на слизистой оболочке полости рта было более выражено у пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ и в группе с дольчатыми фибромами, что связано с локализацией элемента поражения — слизистая оболочка щечной области, слизистая оболочка альвеолярного отростка соответственно, и с размерами новообразований, что объясняется не только более глубоким поражением, но и большим объемом и инвазивностью хирургического вмешательства.

Более раннее начало регенеративных процессов и сокращение площади некроза тканей свидетельствуют об отсутствии повреждающего действия радиохирургического метода лечения, что подтверждается данными морфологического исследования в эксперименте.

При использовании радиохирургии и местной озонотерапии в комплексном лечении предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта отмечается значительное уменьшение болевого синдрома, выраженности отека в области послеоперационной раны, способствует ускорению процессов гранулирования и эпителизации раны на слизистой оболочке полости рта, что подтверждается показателями общего суммарного балла, характеризующего динамику клинических проявлений.

На основании выявленного позитивного воздействия радиоволнового метода и местной озонотерапии в послеоперационном периоде разработан, научно обоснован способ хирургического лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Практические рекомендации: в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта целесообразно использовать радиохирургический метод иссечения патологических элементов и

местную озонотерапию при послеоперационном ведении раны, что позволяет достичь сокращения времени оперативного вмешательства, достижения стойкого гемостаза раневой поверхности и послойного иссечения новообразования, ускорения сроков заживления раны и избежать ее инфицирования.

В качестве прибора для радиохирургии рекомендовано использовать радиоволновой прибор «Surgitron Dentosurg» фирмы «Ellman Inc.», США. Время активации прибора после включения в сеть составляет 1,5-2 мин. Пассивный электрод-антенну накладывают для плотного контакта с телом пациента, исключая наложения в области сердца.

Иссечение патологических элементов осуществлять по следующей методике: под местной анестезией с использованием анестетиков артикаинового ряда (с добавлением адреналина 1:200000 и реже 1:100000) производить послойное иссечение новообразования в пределах видимо неизмененных тканей в режиме № 2 (разрез + коагуляция), мощностью 4,5-5 ед. Идеальная техника разреза составляет от 5 до 8 мм в 1 с. Наиболее удобными в применении являются петлевидные электроды округлой и овальной форм. Очищение электрода производить салфеткой, смоченной в физиологическом растворе; затем проводить дезинфекцию и стерилизацию по стандартным методикам.

Озонированное оливковое масло необходимо готовить путем барботажу 10 мл стерильного оливкового масла озон-кислородной газовой смесью с концентрацией озона 2,5 мг/л в течение 6 мин. Хранение препарата до 1 мес. в прохладном и темном месте. Озонированное оливковое масло применять в виде аппликаций на послеоперационную раневую поверхность на марлевых турундах в течение 10-15 мин. с двукратной сменой повязки, 3-4 раза в день в течение 5-7 дней. Курс лечения можно проводить как в амбулаторно-поликлинических условиях, так и в домашних, при условии обучения пациента. Противопоказаний к применению препарата не выявлено.

Список литературы

1. Дунаевский В. А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта / В. А. Дунаевский, Ю. А. Шеломцев. — Д., 1986. — 184 с.
2. Енохович В. А. Цитологические исследования при воспалительных и опухолевых процессах челюстно-лицевой области (деп. во ВНИИМ МЗ СССР, № 10727-86) / В. А. Енохович, В. Т. Лукьяненко, М. В. Сембер. — Днепропетровск, 1986. — 71 с.
3. Воложин А. И. Патофизиология клетки: учебное пособие для студентов / А. И. Воложин. — М., 1992. — 96 с.
4. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. — М.: Медицина, 1997. — 479 с.
5. Вагнер В. Д. Амбулаторно-поликлиническая онкостоматология / В. Д. Вагнер, П. И. Ивасенко, И. Д. Демин. — М.: Медкнига, 2002. — 123 с.
6. Долгопятова Е. В. Предраковые заболевания красной каймы губ — клинические и оптические диагностические критерии: дис. ... канд. мед. наук.: 14.00.14. / Долгопятова Е. В. — Ростов-на-Дону, 2004. — 23 с.
7. Scully C. Update on oral lichen planus: etiopathogenesis and management / C. Scully, M. Beyli, M.C. Ferreira [et al.] // Crit. Rev. Oral Biol. Med. — 1998. — V. 9. — P. 86-122.



Фиброма слизистой оболочки на дорзальной поверхности языка. Пациент К., 52 года.



Операция удаления новообразования на слизистой оболочке языка радиохирургическим прибором SURGITRON-DENTOSURB, мощность 5,5 ед., режим 2.



Состояние слизистой оболочки на 5-е сутки после операции.

8. Лукиных Л. М. Заболевания СОПР: учебное пособие / Л. М. Лукиных. — Н. Новгород, 1993. — 212 с.

9. Григорьянц Л. А. Клинический опыт применения препарата Имудон на амбулаторном хирургическом приеме / Л. А. Григорьянц, В. А. Бадалян // *Стоматология для всех*. — 2000. — № 3. — С. 8-9.

10. Рабинович О. Ф. Иммунологические аспекты патогенеза красного плоского лишая слизистой оболочки рта: (Клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2001. — 35 с.

11. Казарина Л. Н. Патогенетическое обоснование и клиническое применение озон- и гирудотерапии в комплексном лечении глоссалгии / Казарина Л. Н.: дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2001. — 255 с.

12. Царев В. Н. Применение адгезивных пленок «Диплен-дента» в комплексном лечении пародонтита: рук-во по стоматологии / В. Н. Царев, Р. В. Ушаков, Л. Я. Плахтий [и др.]. — М., 2002. — 90 с.

13. Carbone M. et al. Topical treatment of atrophic-erosive oral lichen planus with clorbetasol in bioadhesive gel as well as chlorhexidine and miconazole in oral gel // *Minerva Stomatol.* — 1997. — V. 46-78. — P. 24-26.

14. Lundquist G. Photochemotherapy of lichen planus / G. Lundquist // *Oral surg. Oral Med. Oral path.* — 1995. — V. 79. — № 5. — P. 554-558.

15. Грудянов А. И. Применение радиохирургического метода при хирургическом лечении воспалительных заболеваний пародонта: спец. вып. / А. И. Грудянов, А. П. Безрукова, А. И. Ерохин // *Стоматология*. — 1996. — С. 51.

16. Лейзерман М. Г. Сравнительное изучение радиоволнового, лазерного и ультразвукового воздействия на биологические ткани в эксперименте / М. Г. Лейзерман, И. В. Лесков, А. Н. Наседкин, Б. В. Старосветский [и др.] // *Российская ринология*. — 1999. — № 3. — С. 16-18.

17. Лазутиков О. В. Опыт применения радиоволнового скальпеля «Surgitron DS» на амбулаторном хирургическом приеме в стоматологии / О. В. Лазутиков, Ю. П. Сердюков, Ю. Н. Пруссакова, Ю. А. Кудинов // *Мат-лы международного конгресса «Радиоволновая хирургия на современном этапе»*. — М., 2004. — С. 257-258.

18. Швылева О. С. Оптимизация комплексного лечения воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области путем сочетанного применения радиоволнового воздействия и перфторана: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Швылева О. С. — Пермь, 2008. — 22 с.

19. Brown J. S. *Radiosurgery: in Minor Surgery*. 3-rd edition. [text and atlas] London: Chapman and Hall, 1997. — P. 324-325.

20. Hensman C. et al. Chemical composition of smoke produced by high-frequency electrosurgery in a closed gaseous environmental in vitro study // *Surg. Endosc.* — 1998. — Vol. 12. — № 8. — P. 1017-1019.

21. Конторщикова К. Н. Биохимические основы эффективности озонотерапии / К. Н. Конторщикова // *Материалы II Всероссийской научно-практической конференции «Озон в биологии и медицине»*. — Н. Новгород, 1995. — С. 8.

22. Конторщикова К. Н. Перекисное окисление липидов в норме и патологии: учебное пособие / К. Н. Конторщикова. — Н. Новгород, 2000. — 24 с.

23. Дурново Е. А. Обоснование использования озона в комплексном лечении флегмон челюстно-лицевой области: дис. ... канд. мед. наук. / Дурново Е. А. — М., 1998. — 187 с.

24. Дурново Е. А. Диагностика и лечение больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области с учетом состояния неспецифической и специфической реактивности организма:

дис. ... д-ра мед. наук. / Дурново Е. А. — М., 2003.

25. Нестеров О. В. Коррекция нарушений микроциркуляторного русла при остром одонтогенном остеомиелите, осложненном флегмоной / О. В. Нестеров, Е. Е. Нестерова // *Мат-лы VIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Озон, активные формы кислорода и методы интенсивной терапии в медицине»*. — Н. Новгород, 2009. — С. 150-152.

26. Душков В. А. Оценка эффективности озонотерапии у больных с хронической цереброваскулярной недостаточностью по результатам морфологического анализа сыворотки крови / В. А. Душков, Ж. Б. Кутная, Л. Б. Байбулатова [и др.] // *Нижегородский медицинский журнал. Озонотерапия*. — 2005. — С. 79-81.

27. Алехина С. П., Щербатюк Т. Г. Озонотерапия: клинические и экспериментальные аспекты / С. П. Алехина, Т. Г. Щербатюк. — Н. Новгород: НГМА, 2003. — 239 с.

28. Hernandez F. et al. Decrease of blood cholesterol and stimulation of antioxidative response in cardiopathy patients treated with endovenous ozone therapy // *Free Radical Biology and Medicine*. — 1995. — № 19 (1). — P. 115-119.

29. Bocci V. Ozone: a mixed blessing / V. Bocci // *Forch Komplementarmed.* — 1996. — № 3. — P. 25-33.

30. Bocci V. Does ozone therapy normalize the cellular redox balance? Implications for therapy of human immunodeficiency virus infection and several other diseases / V. Bocci // *Medical Hypotheses*. — 1996. — № 46 (2). — P. 150-154.

31. Antoszewski Z. Some aspects of ozone therapy / Z. Antoszewski, J. Kulej, M. Vfygledowski, J. Kozakiewicz, L. Antoszewski, T. Moszkowicz, H. Chmurzewska // *Przegl. Lek.* — 1997. — № 54 (7-8). — P. 561-564.

ДРАЙ ТИПС
 СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ ПОД КОНТРОЛЕМ!



DRY TIPS
„ПАМПЕРС” ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА

Впитывает слюну намного лучше валика, почти **в 30 раз** больше собственного веса!

Не выделяет накопленную влагу при надавливании.

В некоторых случаях может заменить Rubber Dam.

Уменьшает риск воспаления слюнных желез, который может быть вызван контаминацией.


Легко прилипает к слизистой, эластичен, повторяет движения щек, легко удаляется.

Более комфортен для пациента, не оставляет волокон в полости рта.

Прицельно изолирует протоку околоушной железы, при любом ее топографическом положении.

Сохраняет стабильное положение на месте прикрепления даже во время активной работы.

В отличие от ватного валика, занимает меньше пространства, оставляя большее рабочее поле.



Только оригинальное изделие, произведенное Меллике Хелс Кеа (Швеция) может называться Драй Типс



Поставщик Dry Tips в России:
 ООО «Крафтвэй Медикал»
 Телефон: (495) 232-69-33
 Факс: (495) 737-78-88
 www.kraftwaydental.ru

Современные направления в исследовании патогенеза и разработке новых методов лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта

А. А. МУРАЕВ, С. Ю. ИВАНОВ, С. С. ЛАРИН.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии
и имплантологии ФПКВ ИПО НижГМА, г. Нижний Новгород.

Лейкоплакия — ороговение слизистой оболочки полости рта (СОПР) или красной каймы губ, сопровождается воспалением и возникает, как правило, в ответ на хроническое раздражение. Клинически очаг лейкоплакии выглядит в виде белого пятна, не поддающегося соскабливанию [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11]. Лейкоплакия относится к предраковым заболеваниям. Предрак характеризуется специфическими изменениями в покровном эпителии в виде нарушения процесса кератинизации по типу гиперкератоза и дискератоза, а также дисплазией различной степени. На основе гистологического исследования выделяют следующие степени дисплазии: умеренная, средняя, интенсивная и *cancer in situ*.

Гистологическая картина дисплазии выявляет один или несколько видов изменений по типу нарушения процесса созревания эпителиальных клеток, потери полярности их и контактов между клетками, гиперхроматоза ядер, атипического ороговения, беспорядочности размера и формы клеток и ядер, наличия митозов. Типичным является отсутствие инвазии в подэпителиальную соединительную ткань. Случаи, когда имеет место большинство или все указанные гистологические изменения, рассматривают как внутриэпителиальный рак (*cancer in situ*) [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11]. Риск злокачественного перерождения предракового состояния характеризуется степенью дисплазии. На определенной стадии развития предраковый процесс при устранении причины и применении консервативной терапии может быть обратимым [9].

Существуют несколько гистологически разных предраковых заболеваний СОПР, которые могут озлокачествляться. К ним относятся лейкоплакия, эритроплакия, красный плоский лишай и подслизистый фиброз. Чаще других форм предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта встречается лейкоплакия [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11]. Выделяют три формы лейкоплакии: простая, эрозивно-язвенная и веррукозная. При озлокачествлении лейкоплакии развивается плоскоклеточная карцинома СОПР.

Частота злокачественных изменений лейкоплакии СОПР, по данным различных исследователей, зависит от ее формы и варьирует от 15,6% до 39,2% [21, 27, 28, 31]. Пациенты с лейкоплакией неизвестной этиологии (идиопатической) имеют наибольший риск развития рака [13, 14, 21, 27, 29, 32]. Uma Rao et al. (1993) утверждают, что до 30% всех плоскоклеточных карцином полости рта развиваются на фоне длительно существующих очагов лейкоплакии [28].

На генетическом уровне лейкоплакия характеризуется спектром хромосомных, генов и молекулярных повреждений, которые сходны между собой и со злокаче-

ственным процессом, который развивается на их основе [24]. В западной литературе имеется указание на обязательное проведение молекулярно-биологических и иммуно-гистохимических методов исследования, например: определение антигена p53 и выявление вируса папилломы человека типов 16, 18, 33. Эти данные позволяют определить риск злокачественной трансформации лейкоплакии [7].

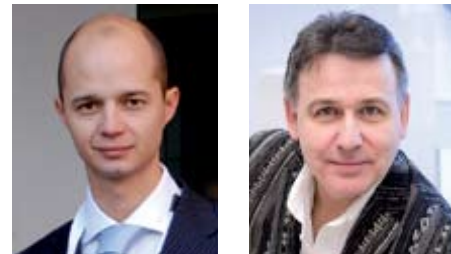
Как правило лейкоплакия СОПР протекает бессимптомно и обнаруживается случайно при стоматологическом лечении. Кроме того, клинически определить переход лейкоплакии в рак не всегда возможно [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11].

Лейкоплакия возникает в возрасте от 17 до 70 лет, большинство составляют мужчины старше 40 лет. В молодом возрасте данная патология встречается редко.

По мнению многих ученых, лейкоплакия слизистой оболочки полости рта предшествует хроническая воспалительная реакция, обусловленная целым рядом местных факторов (механическая, химическая, термическая травма) и развивающаяся на фоне общей соматической патологии. Например, под действием табачного дыма развиваются паракератоз и акантоз слизистой оболочки, тепловое действие сигарет усугубляет этот процесс. При взаимодействии продуктов сгорания табака со слизистой в условиях высокой температуры образуются канцерогенные вещества: пирен, антрацен, 3,4-бензпирен. Канцерогенны также полициклические углеводороды, трехвалентный мышьяк и, главное, радиоактивный полоний, содержащиеся в табачном дыме стимулируют развитие лейкоплакии [8, 26]. Подтверждением этого является исследование очагов лейкоплакии, в которых происходят стойкие изменения в метаболизме, приводящие к гистохимическим изменениям не только в эпителии, но и во всей слизистой оболочке [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 17, 18].

Мутации в генетическом аппарате клеток при лейкоплакии СОПР приводят к изменению профиля экспрессии генов по сравнению с нормальными тканями.

Мутация p53 — одно из наиболее частых генетических событий при канцерогенезе. p53 — ген супрессии опухоли, кодирует протеин 53kDa, который является ключевым в клеточном ответе на повреждение ДНК. Потеря гетерозиготности p53 (17p3) была продемонстрирована в предраковых очагах с более высоким риском озлокачествления. Экспрессия белка p53 определяется иммуногистохимически в 90% случаев лейкоплакии СОПР, в то время как она отсутствует в нормальной слизистой оболочке [22]. Однако неясно, экспрессия какого типа p53 происходит: мутантного или дикого стабилизированного. В некоторых исследованиях экспрессии p53 кор-



релировала с прогрессией карциномы [22, 23], это вселяет надежду на потенциальную возможность использовать иммуногистохимическую детекцию p53 для статистической оценки риска злокачественной трансформации лейкоплакии СОПР.

Bcl-2 (B-Cell Lymphoma 2) — белки, контролируемые митохондриальный путь индукции апоптоза. Семейство этих белков состоит более чем из 20 членов, имеющих структурное сходство, но выполняющих прямо противоположные функции в регуляции апоптоза. Механизмы их функционирования, по-видимому, многогранны и в настоящее время обсуждается несколько возможных моделей анти- или про-апоптотического действия различных белков семейства Bcl. Высокая экспрессия Bcl-2 при злокачественной трансформации лейкоплакии сочетается с уменьшением апоптоза. Это свидетельствует о том, что в процессе озлокачествления происходит перестройка молекулярных механизмов участвующих в регуляции апоптоза. Также отмечено, что при лейкоплакии без злокачественного перерождения имеется высокий уровень экспрессии Вах (Вах/Ваk — проапоптотические белки, встраиваются в мембраны и создают каналы для апоптотических молекул), что свидетельствует, что именно семейство Bcl может играть роль в прогрессии заболевания [19, 30].

Цитокератин (Cytokeratin (СК)) — важнейший компонент межклеточного матрикса, обуславливает или отражает различные клеточные свойства и стадии дифференцировки эпителиальных органов. Скрининг пациентов с карциномами области головы и шеи показал экспрессию ряда опухоль-ассоциированных антигенов, включая белок промежуточных филаментов цитокератин 8 (СК8). Примечательно, экспрессия СК8 de novo коррелирует с областями дисплазии при лейкоплакии: гиперпластическая лейкоплакия остается СК8-негативной, но пан-СК и СК13-позитивной. Наоборот, в большинстве случаев при плоскоклеточных карциномах головы и шеи отмечается выраженная экспрессия СК8. СК8 не экспрессируется в здоровом эпителии, кроме некоторых редких случаев в клетках базального слоя и эпителии гортани. Поэтому СК8 является привлекательным молекулярным маркером для дифференциальной диагностики лейкоплакии и карциномы, который обладает значительно большей специфичностью к карциномам, по сравнению с рапСК и СК13 [15].

В зарубежной литературе имеются данные об экспрессии еще большего количес-

тва белков в клетках лейкоплакии СОПР и плоскоклеточной карциномы: Ki-67, PCNA, p63, EMMPRIN, LOXL, ceramide, survivin, E-cadherin, Akt, DFF45 и др. Все они могут представлять диагностическую ценность (например, для определения тяжести дисплазии), но возможность использовать их в качестве мишени для лечения требует дальнейшего изучения.

Стандартов лечения лейкоплакии слизистой оболочки полости рта нет. Учитывая полиэтиологичность данного заболевания, лечение всех форм лейкоплакии должно быть комплексным, для его успешного лечения необходимо воздействовать как на очаг поражения и вызывающие его местно-раздражающие факторы, так и на организм в целом [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

Из препаратов общего воздействия назначают внутрь витамины групп А и В. Витамин А, как известно, регулирует процессы созревания эпителия и процессы ороговения, повышает устойчивость слизистой оболочки к воздействию раздражающих и травмирующих факторов; будучи мощными антиоксидантами, является средствами профилактики и лечения раковых заболеваний, в частности, препятствуя повторному появлению опухоли после операций. Витамин В₁ (тиамин) оказывает трофическое действие на ткани и выступает в роли антиоксиданта; витамин В₂ (рибофлавин) оказывает положительное воздействие на слизистые оболочки пищеварительного тракта. Кроме того, обоснованно применение также седативных препаратов.

При плоской лейкоплакии оказывают благоприятное воздействие аппликации

витамина А либо Е в масле. Витамин Е в качестве антиоксиданта защищает клетки от повреждения, замедляя окисление липидов (жиров) и формирование свободных радикалов. Он защищает другие растворимые жирами витамины от разрушения кислородом, способствует усвоению витамина А и защищает его от кислорода. При веррукозной лейкоплакии применяют блокады непосредственно под очаги поражения 5% раствором делагила или хонсурида. При эрозивно-язвенной форме применяют противовоспалительные и кератопластические средства, улучшающие трофику тканей, противовирусные средства (аппликации 5% интерфероновой мази или 5% раствора интерферона). При правильной методике лечения положительный результат достигается в течение 1-2 месяцев.

Если консервативное лечение в течение 10-14 дней оказывается неэффективным и не наблюдается тенденции к заживанию, следует применить хирургическое иссечение очагов поражения [1, 2, 3, 4, 5].

По данным западной литературы, выбор метода лечения зависит от данных молекулярно-биологических и иммуногистохимических методов исследования. При плоской лейкоплакии и диагностированном высоком уровне дисплазии эпителия и высокой экспрессией антигена p53 показано иссечение патологического очага в пределах здоровых тканей. При эрозивно-язвенной и веррукозной формах также иссекают патологический очаг. Вместо хирургического иссечения лейкоплакии можно выполнить коагуляцию СО₂-лазером [7].

При обширной или множественной лейкоплакии назначают 13-цис-ретино-

евую кислоту, однако эффективность такого лечения невелика. Кроме того, серьезные побочные эффекты этого препарата также ограничивают его применение.

Лейкоплакия без дисплазии эпителия может уменьшиться или вовсе исчезнуть в течение 2-3 месяцев после прекращения курения, особенно если лейкоплакия расположена на дне полости рта [7].

Большой аналитический интерес представляет статистическое исследование итальянских ученых по оценке результатов различных методов лечения лейкоплакии СОПР [23]. Авторы провели оценку эффективности, безопасности и приемлемости различных методов по данным публикаций в стоматологических журналах. Отбор литературы проводили по следующим базам данных: Cochrane Oral Health Group's Trials Register (по апрель 2006 г.), CENTRAL (TheCochrane Library 2006, Issue 1), MEDLINE (с 1966 г. по декабрь 2005 г.), и EMBASE (с 1980 г. по декабрь 2005 г.). Также проверялись статьи, на которые имелись ссылки. Анализировали результаты консервативных (местных и системных) и хирургических методов лечения. В результате проведенного статистического анализа было установлено: возможная эффективность хирургического лечения, включая иссечение лазером и криодеструкцию, никогда не оценивалась с позиции рандомизированного слепого контроля. Ни один из методов консервативного лечения не продемонстрировал преимуществ по сравнению с плацебо. Лечение с использованием каротина, ликопина (lycopene) и витамина А или ретиноидов, как правило, приводило к значи-

Лиц. Росздравнадзора № 66-01-000470 от 11 января 2007 г.

ООО «СТОМАТЕХ»

620049, Екатеринбург, ул. Комсомольская, д. 48,
тел./факс: (343) 383-47-96, 362-43-12, 375-50-46,
e-mail: ulia@stomatech.ru, info@stomatech.ru. www.stomatech.ru.

Материалы для ортопедической стоматологии

ДИСКИ ЗлСрМ 900-40 для коронок и литья (толщина 0,3 мм, диаметр 18, 20, 23, 25 мм)	1870-00/г
ДИСКИ СрПдЦ 736-250 для коронок и литья (толщина 0,3 мм, диаметр 18, 20, 23, 25 мм)	350-00/г
ЛЕНТА СрПдЦкд 791-190 для литья (толщина 0,5 мм, ширина 10 мм)	300-00/г
ПОЛОСЫ ЗлСрКдМ 750-30 для пайки (толщина 0,3 мм, ширина 50 мм)	1870-00/г
ПРОВОЛОКА ЗлПлСрМ 750-90-80 для кламмеров (диаметр 1,0-1,2 мм)	1900-00/г
ПРИПОЙ-ПРОВОЛОКА ПСрМЦ-37/42-«Стоматех» (взамен ПСрМЦ 37Е), уп. 40 г	850-00
СПЛАВ легкоплавкий зуботехнический СЛП-ВОС, уп. 600 г	900-00
СПЛАВ* железо-никель-хромовый ЖНХ 20Х25Н20С2, уп. 500 г	700-00
СПЛАВ* кобальт-хромовый КХС-Е для металлокерамики и бюгелей, уп. 500 г	2775-00
СПЛАВ* никель-хромовый НХС для металлокерамики 06Х23Н65М10С2, уп. 500 г	1850-00

СтржмкΔпз ргнвевзфуд ПЖУ/Рсфрдэ о срмксвфзндо ствжруфвднд¹ фудумжжжк 6-8%/
Стко зивпкз; *^{ТМ}усндэ о рехф ц вурдвфюд ср уренвурдвпк¹ у ивмвйжкмо /

Надеемся на успешное сотрудничество!

тельному уровню клинического улучшения по сравнению с плацебо или отсутствием лечения вообще. Однако высокий уровень рецидива отмечен во всех исследованиях. Злокачественная трансформация была отмечена в 2 случаях. Был сделан вывод, что на сегодняшний день отсутствует доказательный эффективный метод лечения лейкоплакии и профилактики ее злокачественной трансформации. Существующие методы могут приводить к излечению, но часто возникают рецидивы [23].

Приведенные данные свидетельствуют, что лечение лейкоплакии и профилактики рака СОПР должны быть основаны на этиологии и патогенезе заболевания. Этиологический подход в первую очередь заключается в исключении воздействия вредных внешних факторов, приводящих к возникновению заболевания. Однако, уже при наличии лейкоплакии СОПР, в клетках эпителия имеются нарушения в работе генетического аппарата, которые не могут быть устранены одним лишь исключением причин, повлекших за собой эти нарушения. Предлагаемые различными авторами «патогенетические» обоснованные методы лечения лейкоплакии СОПР, как видно из приведенных ранее данных, не гарантируют выздоровления, профилактики рецидива и малигнизации. Из этого следует, что необходимы дальнейшее изучение патогенеза лейкоплакии СОПР на клеточном и геномном уровнях.

Как уже было сказано, что одним из основных факторов прогрессии раковой опухоли является ее возможность «ускользнуть» от иммунного ответа со стороны организма. Для предраковых заболеваний вообще и для лейкоплакии СОПР в частности такие механизмы не описаны. Однако хронический характер течения заболевания со склонностью к рецидивированию и появление антигенных структур в клетках лейкоплакии с наличием дисплазии позволяет предположить наличие механизмов, позволяющих измененным клеткам в очаге лейкоплакии избегать иммунного ответа.

Результаты совместной работы, проведенной ГОУ ВПО «НиЖГМА Минздравсоцразвития РФ» и Институтом биологии гена РАН в рамках федеральной целевой программы «Разработка технологий генодиагностики и генотерапии рака и выпуск опытных образцов тест-наборов и генно-клеточных противоопухолевых вакцин» (госконтракт № 02.522.12.2008 от 30.04.2008 г.) свидетельствуют в пользу данной гипотезы. Проведенные исследования показали, что в клетках простой лейкоплакии никогда не обнаруживаются клетки с опухолевыми антигенными структурами, они появляются лишь при веррукозной лейкоплакии и при наличии дисплазии.

Поэтому при разработке патогенетически обоснованных методов лечения лейкоплакии и профилактики рака СОПР особое внимание следует обратить на методы, базирующиеся на стимуляции естественных защитных сил организма, например иммунотерапевтические подходы, направленные на стимуляцию специфического противоопухолевого иммунного ответа, в том числе использовать разработанные ранее в России методы противоопухолевой вакцинации, не только в терапевтических, но и в профилактических схемах [19, 20, 25].

Список литературы

1. Дунаевский В. А., Шеломенцев Ю. А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. // Л.: Медицина, 1986. — 184 с.
2. Евсеева И. К. Особенности клинического течения и лечения некоторых кератозов слизистой оболочки полости рта у лиц пожилого возраста. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1997. — 19 с.
3. Заболевания слизистой оболочки полости рта // Под ред. Л. М. Лукиных. — Н. Новгород: НГМА, 2000. — 367 с.
4. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ // Е. В. Боровский и др. — М.: Медицина, 1984. — 339 с.
5. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ // Под ред. проф. Е. В. Боровского, проф. А. Л. Машкилейсона. — М.: МЕДпресс, 2001. — 320 с., ил.
6. Карапетян И. С., Губайдуллина Е. Я., Цегельник Л. Н. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи. // М.: МИА, 2004.
7. Ласкарис Дж. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта: Руководство для врачей. // М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 304 с.
8. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. // М.: Медицина. — 2000. — 479 с.
9. Петров Н. Н. Руководство по общей онкологии. 2-е изд., доп. // М.: Медицина, 1961. — 39 с.
10. Пожарицкая М. М., Бочарова О. А., Чекалина Т. Л., Воронин В. Ф., Княжев В. А. Современные аспекты патогенеза и лечения лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. // М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004. — 48 с.
11. Фомина Ю. В. Исследование слизистой оболочки полости рта с использованием оптической когерентной томографии и микроскопии для ранней диагностики предраковых заболеваний // дис. ... канд. мед. наук. — Н. Новгород, 2003. — 131 с.
12. Cruz I., Napier S. S., van der Waal I. et al. Suprabasal p53 immunoreactivity is strongly associated with high grade dysplasia and risk for malignant transformation in potentially malignant oral lesions from Northern Ireland. // J Clin Pathol. — 2002. — Vol. 55. — P. 98-104.
13. Cruz I., Snijders P. J., Van Houten V., Vosjan M., Van der Waal I., Meijer C. J. Specific p53 immunostaining patterns are associated with smoking habits in patients with oral squamous cell carcinomas. // J Clin Pathol. — 2002. — Vol. 55. — P. 834-840.
14. Einhorn J., Wersöhl J. Incidence of oral carcinoma in patients with leukoplakia of the oral mucosa. // Cancer. — 1967. — Vol. 20:21. — P. 89-93.
15. Gires O., Mack B., Rauch J., Matthias C. CK8 correlates with malignancy in leukoplakia and carcinomas of the head and neck. // Biochem Biophys Res Commun. — 2006. — Vol. 28; 343 (1). — P. 252-9.
16. Jordan R. C., Catzavelos G. C., Barrett A. W., Speight P. M. (1996). Differential expression of bcl-2 and bax in squamous cell carcinomas of the oral cavity. // Eur J Cancer B Oral Oncol 32B: 394-400.
17. Kato I., Nomura A. M. Alcohol in the aetiology of upper aero-digestive tract cancer. // Eur J Cancer Oral Oncol. — 1994. — Vol. 30B. — P. 75-81.
18. Kaur J., Srivastava A., Ralhan R. Overexpression of p53 protein in betel- and

tobacco-related human oral dysplasia and squamous-cell carcinoma in India. // Int J Cancer. — 1994. — Vol. 58. — P. 340-345.

19. Larin S. S., Georgiev G. P., Kiselev S. L. Gene transfer approaches in cancer immunotherapy. // Gene Ther. — 2004. — Oct. 11 Suppl 1. — P. 18-25. Review.

20. Larin S. S., Korobko E. V., Kustikova O. S., Borodulina O. R., Raikhlin N. T., Brigsalov I. P., Georgiev G. P., Kiselev S. L. Immunotherapy with autologous tumor cells engineered to secrete Tag7/PGRP, innate immunity recognition molecule. // J. Gene Med. — 2004. — Vol. 6 (7). — P. 798-808.

21. Lee J. J., Hong W. K., Hittelman W. N. et al. Predicting cancer development in oral leukoplakia: 10 years of translational research. // Clin Cancer Res. — 2000. — Vol. 6. — P. 1702-1710.

22. Lind P. O. Malignant transformation in oral leukoplakia. // Scand J Dent Res. — 1987. — Vol. 95. — P. 449-55.

23. Lippman S. M., Shin D. M., Lee J. J. et al. p53 and retinoid chemoprevention of oral carcinogenesis. // Cancer Res. — 1995. — Vol. 55. — P. 16-19.

24. Lodi G., Sardella A., Bez C., Demarosi F., Carrassi A. Interventions for treating oral leukoplakia. // Cochrane Database Syst Rev. — 2006 Oct 18 (4): CD001829.

25. Mithani S. K., Mydlarz W. K., Grumbine F. L., Smith I. M., Califano J. A. Molecular genetics of premalignant oral lesions. — Oral Dis., 2007 Mar 13 (2): 126-33. Review.

26. Moiseyenko V. M., Danilov A. O., Baldueva I. A., Danilova A. B., Tyukavina N. V., Larin S. S., Kiselev S. L., Orlova R. V., Anisimov V. V., Semenova A. I., Shchekina L. A., Gafton G. I., Kochnev V. A., Barchuk A. S., Kanaev S. V., Hanson K. P., Georgiev G. P. Phase I/II trial of gene therapy with autologous tumor cells modified with tag7/PGRP-S gene in patients with disseminated solid tumors: miscellaneous tumors. // Ann Oncol. — 2005. — Vol. 16 (1), Jan. — P. 162-8.

27. Newell J. Tobacco Use and Oral Cancer. // A Global Perspective Journal of Dental Education. — 2001. — Vol. 65. — № 4.

28. Pindborg J. J., Jlst O., Renstrup G., Roed-Petersen B. Studies on oral leukoplakia: A preliminary report on the period prevalence of malignant transformation in leukoplakia based on a follow-up study of 248 patients. // J Am Dent Assoc. — 1968. — Vol. 76. — P. 767-71.

29. Uma Rao, Kumao Sako, William C. Злокачественные опухоли полости рта. Специальное сообщение // Квинтэссенция. — 1993. — № 4. — С. 53-72.

30. Ries J., Schultze-Mosgau S., Neukam F., Diebel E., Wiltfang J. Investigation of the expression of melanoma antigen-encoding genes (MAGE-A1 to -A6) in oral squamous cell carcinomas to determine potential targets for gene-based cancer immunotherapy. // Int J Oncol. — 2005. — Vol. 26 (3), Mar. — P. 817-24.

31. Roed-Petersen B. Cancer development in oral leukoplakia: Follow-up of 331 patients. // J Dent Res. — 1971. — Vol. 50. — P. 711.

32. Teni T., Pawar S., Sanghvi V., Saranath D. (2002). Expression of bcl-2 and bax in chewing tobacco-induced oral cancers and oral lesions from India. // Pathol Oncol Res. — 8: 109-114.

33. Waldron C. A., Shafer W. G. Leukoplakia revisited: A clinicopathologic study of 3256 oral leukoplakias. // Cancer. — 1975. — Vol. 36. — P. 1386-92.

Стол зубного техника «Универсал»

Рабочее место «Универсал» для зубного техника является изделием нового поколения. Отвечает самым высоким стандартам на современном рынке предложений. Выпускаемые изделия обладают главными преимуществами: высокой надежностью, современным дизайном и продвинутой эргономикой. Конструктивного совершенства достигли главные комплектующие рабочего места.

● **АВС — автономная вытяжная система**, которая в результате грамотного подбора импортных комплектующих имеет самые лучшие показатели по ключевым параметрам: высокая производительность АВС обеспечивает фильтрацию большого объема воздуха; режим работы — продолжительный без ограничения; автоматическая защита от перегрева.

● В части освещенности осуществлен переход на светильники 2 x 36 Вт, имеющие спектр излучения, максимально приближенный к дневному. Применение бестеневых ламп качественно обеспечило уровень комфортности и надежности.

● В части эргономичности рабочие места «Универсал» являются лидером в мировой практике по внедрению самых современных элементов. Входное отверстие АВС находится непосредственно в крышке стола, что дает возможность удобно располагать руки на поверхности стола при работе с технической бормашиной. Полностью отпала необходимость в подлокотниках. И тем самым удалось обеспечить высокий комфорт. Очень удобная подставка для ног.

Тип Super Max — превосходный выбор для профессионала, решившего приобрести

надежного помощника в работе на долгие годы. Это беспроигрышный вариант. Казалось бы, это самый дорогой из серии «Универсалов». А если сравнить его с существующими аналогами в своем классе, то окажется, что он обладает всеми преимуществами лучших импортных столов. А по цене намного выгоднее. Высокопроизводительная и бесшумная автономная вытяжная система имеет защиту от перегрева и перегрузки. Она просто выключит систему при возникновении критической ситуации и никогда не сгорит. Таким образом, защищена самая дорогостоящая деталь, это немецкий вентилятор компрессорного типа, который, в свою очередь, обладает дополнительной виброизоляцией.

Тип Стандарт обладает рядом непревзойденных преимуществ. Забор воздуха для фильтрации осуществляется непосредственно через отверстие в центральной части стола. Такое расположение пылевсасывающего устройства позволяет работать в традиционно удобном для рук положении, когда руки полностью лежат на поверхности стола и никогда не устают. Это конструктивное решение исключило необходимость применения подлокотников. А еще дало дополнительную возможность работать с ШМ-1. Для этого достаточно к пылевсасывающему отверстию поставить защитный кожух ШМ-1. Эта универсальная возможность рабочего места позволила превзойти все существующие аналоги в мире.

Тип 2К соответствует значениям Компакт и Комфорт. В настоящее время является самым привлекательным для потребителя. Рациональный по цене. Надежный в

эксплуатации и занимает очень мало места. Это часто является решающим фактором при дефиците полезных площадей. Обладает всеми технологическими возможностями большого стола.

Тип для работы с ШМ-1 является просто уникальным. Потому что никто в мире больше не делает рабочих столов, специально приспособленных для работы с ШМ-1. Характерной особенностью этого варианта является пылевсасывающее отверстие в крышке стола, смещенное от центра. Часть поверхности для дополнительного удобства покрыта нержавеющей сталью.

И, наконец, спрос на **гипсовочные столы** сподвиг производителя на выпуск самых рациональных и разнообразных конструкций, по ценовым характеристикам имеющих самые лучшие показатели в нашей стране.

Возможность изготовления конструкций самых фантастических комплекций и совершенство серийных образцов открывает простор для производства продукции с учетом индивидуальных условий под конкретного заказчика.

По вопросам приобретения обращаться в отдел заказов ООО «Профстол»: г. Самара, Заводское шоссе, 5, тел. (846) 312-14-59, e-mail: profstol@profstol.ru.

Если учесть, что изделия прошли сертификационные испытания на заводе ЦСКБ «Прогресс», где выпускают космические корабли, то можно с уверенностью утверждать, что на протяжении последних лет изделия «Универсал» являются одними из лучших в мире.

*Юрий САМАРСКИЙ,
независимый аналитик.*

www.universal-lab.ru

Стол Super MAX

Стол Стандарт

Стол 2К

Стол для работы с ШМ-1

Стол для гипсовочных работ

Аналоги имеют пылевсасывающее устройство АВС 520 - 600 куб.м/час для установки на любой стол

Стол зубного техника
Профстол
Самара, Заводское шоссе 5
Тел: (846) 3121459

www.universal-lab.ru

Стол Super MAX

Стол Стандарт

Стол 2К

Стол для работы с ШМ-1

Стол для гипсовочных работ

www.UNIVERSAL-LAB.ru

www.PROFSTOL.ru

25 лет

Протеолитическая энзимотерапия в стоматологии

Ю. И. СТЕРНИН, д.м.н., доцент кафедры реабилитации и восстановительной медицины, СПбМАПО, г. Санкт-Петербург;

Г. Ю. КНОРРИНГ, к.м.н., асс. кафедры терапии и клинической фармакологии, СПбМАПО, г. Санкт-Петербург;

О. Г. ЛЮБЕНКО, к.м.н., врач-стоматолог высшей категории, главный врач городской стоматологической поликлиники № 50 Департамента здравоохранения г. Москвы;

С. С. МАМЕДОВ, к.м.н., врач высшей категории, заведующий отделением пропедевтической стоматологии, МГМСУ.

Таблица 1.

Состав препаратов системной энзимотерапии

Вещество	Вобэнзим	Флогэнзим
Бромелаин	225 F.I.P-Ед* (45 мг)	450 F.I.P-Ед* (90 мг)
Папаин	90 F.I.P-Ед* (45 мг)	
Трипсин	360 F.I.P-Ед* (24 мг)	1440 F.I.P-Ед* (45 мг)
Химотрипсин	300 F.I.P-Ед* (1 мг)	
Панкреатин	345 прот. Евр. Фарм.-Ед** (100 мг)	
Амилаза	50 F.I.P-Ед* (10 мг)	
Липаза	34 F.I.P-Ед* (10 мг)	
Рутин	50 мг	100 мг

Примечание:

* F.I.P-Ед — единицы Federation International Pharmaceutical;

** прот. Евр. Фарм.-Ед — протеолитические единицы Европейской фармакопеи.

Современный этап развития медицины и фармакологии, базирующийся на разработках высокотехнологичных синтетических и биотехнологических средств, характеризуется все более специализированным и локализованным воздействием лечебных методик. Однако селективные и узконаправленные лекарственные препараты не снимают проблему побочных эффектов, создавая параллельно известные сложности в плане нарастания числа лекарственных препаратов. Достаточное перспективным в плане решения этих проблем является применение натуральных веществ, обладающих полимодальным действием на ключевые патофизиологические механизмы.

К таким средствам относятся ферменты (энзимы) — катализаторы всех биохимических процессов в организме человека. Применительно к патологии известно влияние энзимов на течение и разрешение гнойно-воспалительных процессов, репаративные, фиброзные и гиперпластические процессы. Академик И. В. Давыдовский подчеркивал ключевую роль ферментов в репаративных процессах, отмечая, что «управление процессами репарации возможно лишь ферментативным путем». Всплеск интереса к исследованию ферментов пришелся на 60-70-е годы прошлого столетия, когда многие хирурги всерьез называли энзимотерапию «терапевтическим скальпелем», отмечая тропность ферментов к некротизированным тканям, универсальность и физиологичность их действия. Опыт применения протеолитических ферментов в стоматологии и гнойной челюстно-лицевой хирургии насчитывает более 50 лет, наиболее часто эти препараты применялись локально.

Протеиназы способствуют очищению гнойных очагов, восстановлению кровообращения в очаге воспаления благодаря фибринолитическому действию, инактивации биологически активных веществ, ответственных за развитие воспаления (брадикинина, гистамина и др.); в связи с этим уменьшаются явления гипоксии, ацидоза, нормализуется обмен веществ в зоне воспаления. Не менее важным свойством ферментов оказалась их способность потенцировать действие антибактериальных средств за счет повышения концентрации антибиотиков в плазме крови и очаге воспаления, за счет устранения отека и нормализации микроциркуляции, удаления продуктов воспаления, также ферменты увеличивают экспозицию антибиотиков в очаге воспаления. Протеолитические ферменты обладают целым рядом лечебных свойств: неполитическим, про-

тивоотечным, противовоспалительным действием, стимулируют регенерацию тканей и др. [В. С. Иванов и соавт., 1990; С. И. Бородачев, 1999; М. А. Дубова, 2003]. Varney-Burch (1962), используя комбинацию трипсина и химотрипсина при осложненных экстирпациях зубов, отмечал, что время заживления раны сокращается в 2 раза.

Протеолитические ферменты нашли широкое применение при лечении периодонтита в связи с их способностью расщеплять некротические массы, способствовать оттоку экссудата из очага воспаления, не нанося вреда тканям периодонта. Они обладают бактериостатическим действием, стимулируют фагоцитоз, подавляют гиалуронидазу, оказывают деструктивное действие на бактериальные токсины и усиливают регенерацию тканей. Применяют трипсин, химотрипсин, химонсин, дезоксирибонуклеазу в виде растворов для промывания каналов и введения непосредственно в ткани периодонта [А. И. Марченко, 1968; Н. Ф. Данилевский, Л. А. Хоменко, 1972; Р. П. Лазарев, 1973]. Лизоамидазу используют для лечения заболеваний слизистой оболочки рта (многоформная экссудативная эритема, рецидивирующий афтозный стоматит, язвенно-некротический гингивостоматит Венсана, вирусный стоматит и др.), а также для лечения пародонтита в стадии абсцедирования. Локальное применение ферментов используют при кариесе, пародонтите, а также в профилактических целях.

Однако местное применение протеиназы имеет ряд недостатков: быстрое вымывание биологическими жидкостями введенного в очаг фермента, необходимость учитывать активность собственных протеолитических ферментов; боль, чувство жжения в ране, аллергияция и др.

Отмечено, что эффективность энзимов ограничена весьма узким диапазоном рН в ране [М. И. Кузин, В. М. Костюченко, 1981; В. Н. Балин, Г. И. Прохвятилов, А. В. Нефедов, 1996].

Парентеральное введение ферментных препаратов также сопровождается выраженными болевыми ощущениями в месте введения; возможностью образования инфильтратов; в литературе описаны наблюдения анафилактического шока после внутримышечной инъекции и другие аллергические реакции (уртикарная сыпь, отек Квинке).

В связи с этим чрезвычайно перспективным представляется использование перорально применяемых системных энзимов, обладающих широким спектром неспецифических воздействий на организм (системных и местных) и клинически доказанной высокой эффективностью и безопасностью лечения при хорошей переносимости, а также совместимости с различными лекарственными препаратами.

Системная энзимотерапия — современный метод лечения, основанный на кооперативном воздействии целенаправленно составленных смесей протеолитических ферментов. Важным свойством экзогенных протеиназ, определяющим их эффективность при лечении гнойной инфекции, является их способность потенцировать действие антибактериальных препаратов — повышать концентрацию антибиотиков в крови и органах, повышать чувствительность микрофлоры к антибиотикам и уменьшать возможные побочные эффекты антибактериальной терапии. В работах последних лет показано влияние протеаз на свойства микроорганизмов — изменение микробных биопленок в присутствии протеолитических фермен-

тов (формирование поверхностной мембраны, межклеточные взаимодействия, транспорт и метаболизм питательных веществ, передача генетического материала, в т.ч. факторов резистентности), что существенно улучшает проникновение антибиотиков внутрь сообществ с повышением эффективности их действия [В. В. Тец и соавт., 2004-2009].

Таким образом, комбинирование энзимо- и антибактериальной терапии сочетает в себе патогенетическую и этиотропную направленность комплексного лечения воспалительных заболеваний.

Из препаратов системной энзимотерапии, представленных на отечественном рынке, для лечения острых состояний в стоматологии наиболее перспективным представляется Флогэнзим. В состав Флогэнзима входят трипсин, бромелаин и рутин. Концентрация их (по сравнению с таковой в препарате Вобэнзим) в 2 раза выше, поэтому более активно Флогэнзим влияет на течение острых и подострых воспалительных процессов (табл. 1).

В работах А. П. Боброва, В. В. Теца и соавт. (2006) при комбинировании энзимных препаратов с антибиотиками продемонстрировано повышение эффективности влияния антибактериальных препаратов на микроорганизмы — как на лабораторные штаммы, так и на полученные от больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Клинические наблюдения лечения больных с флегмонами и абсцессами челюстно-лицевой области продемонстрировали достоверное сокращение сроков очищения гнойной раны, нормализацию нарушенных показателей гомеостаза, снижение частоты осложнений и рецидивов заболевания.

В работах А. А. Дрегалкиной и Е. С. Васильевой (2002-2007) отмечены позитивные эффекты СЭТ при лечении 80 пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области. Показано, что терапия Флогэнзимом, проведенная после хирургической санации гнойного очага, позволяет:

- быстро уменьшить явления общей интоксикации;
- увеличить эффективность применения антибиотиков;
- обеспечить быстрый эффект стартового курса антибиотиков без необходимости смены на препарат резерва (достоверное отличие от контрольной группы);
- ускорить процессы очищения и регенерации в ране, тем самым значительно уменьшить срок пребывания больных в стационаре (достоверное отличие от контрольной группы);
- обеспечить экономический эффект снижения общей стоимости лечения на 25%.

Энзимотерапия при лечении пациентов с различными формами острых гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области (периодонтит, периостит, гнойный перикоронарит, альвеолит) также продемонстрировала положительные эффекты включения Флогэнзима в схемы лечения. Выраженное уменьшение воспалительных изменений вокруг гнойного очага, купирование болевого синдрома быстрее отмечалось в основной группе пациентов по сравне-

нию с контролем, также выявлено ускорение полного очищения раны от гноя и некротических масс у большинства (до 1,5 раз). В группе контроля у 35% пациентов стартовая антибиотикотерапия не привела к существенному эффекту, что потребовало замены антибиотика на препараты резерва, увеличило сроки и стоимость лечения.

Выводы

1. Применение системной энзимотерапии является перспективным способом проведения протеолитической энзимотерапии.

2. Препараты СЭТ безопасны, практически не дают побочных эффектов, обладают целым рядом положительных клинико-лабораторных эффектов, что делает их незаменимыми как в стационарной, так и в амбулаторной хирургической практике.

3. Среди препаратов СЭТ предпочтение следует отдавать препарату новой генерации — Флогэнзиму для уменьшения выраженности неблагоприятных

явлений послеоперационного периода и профилактики осложнений.

4. Применение препарата Флогэнзим патогенетически обосновано как при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области, так и при оперативных вмешательствах в стоматологии, при дентальных имплантациях, а также в пародонтологии.

Рекомендации

Для профилактики осложнений послеоперационного периода в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Флогэнзим назначают через 2-3 часа после операции в дозе по 2 драже 3 раза в день, в течение 5-7 дней после операции.

В комплексном лечении флегмон челюстно-лицевой области Флогэнзим назначают на фоне общепринятой терапии в дозе от 2 до 4 драже 2-3 раза в сутки, в зависимости от тяжести течения процесса. Лечение начинают после дренирования флегмоны и продолжают 7-10 дней, обязательно комбинируя с антибактериальными препаратами.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ[®]

ФЛОГЭНЗИМ[®]



Рег. № 14.01.08.001 от 29.12.2008 г. Регистрационный № 01012008001

- 1** УСКОРЯЕТ ЗАЖИВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
- 2** ПРЕДУПРЕЖДАЕТ НАГНОЕНИЕ
- 3** УМЕНЬШАЕТ ОТЕК И ВОСПАЛЕНИЕ
- 4** АКТИВИЗИРУЕТ ПРОТИВОМИКРОБНЫЙ ИММУНИТЕТ
- 5** УВЕЛИЧИВАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОВ

НЕОСПОРНЫХ 5 ПРЕИМУЩЕСТВ

Флогэнзим — стоматологический полусинтетический полифункциональный лекарственный препарат. Флогэнзим, комплексно разработанный на патогенетические механизмы воспаления. Флогэнзим ускоряет заживление в ране, уменьшает воспаление и отек, активизирует местный иммунитет, снижает риск гнойно-воспалительных осложнений, повышает эффективность антибиотиков в очаге воспаления.

ПЕРВЫЙ ПОМОЩНИК СТОМАТОЛОГА



Санкт-Петербург (812) 315-05-85



Москва (485) 231-17-31

www.mipsa.ru

Что нового для ортодонтонтов?



Новый интернет-магазин ортодонтической продукции Ormco



Быстро из профиля
Товары в Вашей корзине
11
Продолжить
Панель
Редизайнить профиль

Продукция

ORMCO

Позуионы уроронии

Литература

История

Бран и фрон

Лаборатория

Семинары и выставки

Семинары

Выставки

Клуб молодых ортодонтов

Орфоуро

Новости

Следпродложения

Контакты

Карта сайта

О компании

Поиск

Продукция | ORMCO | Брекеты

Брекеты

DAMON
CLEAR

Уникальная система пассивной самонапряжения брекетов DAMON, позволяет достигать высокого качества лечения при минимальной длительности лечения.



Брекеты Damon Clear

набор



Применяются: Брекеты имеют стандартные выходные торцы. Для исключения повреждения тканей брекеты остаются контактируют в течение всего лечения.

Цена: 6500 руб.

Количество: шт.

Сумма: 6500 руб.

Добавить в корзину

DAMON

Металлические пассивные самонапряжения Брекеты нового поколения.



DAMON³

Эстетические пассивные самонапряжения Брекеты. Прозрачная часть брекеты изготовлена из пластика, усиленного керамикой.



DAMON³MX

Металлические пассивные самонапряжения Брекеты.



ICE

Эстетические прозрачные Брекеты из монолитного пластика.



Spirit MB

Эстетические пластиковые Брекеты с металлическим тросом.



www.dentalcomplex.com

МАКРОДИСТРИБУЦИОННЫЙ ЦЕНТР
ДЕНТАЛ
КОМПЛЕКС

191186, Санкт-Петербург,
Алехарский переулок, д.6

Тел.: +7 (812) 324-74-14
www.dentalcomplex.com

официальный дилер корпорации Ormco в России

К вопросу о выборе брекетов

М. С. ПОДВАЛЬНИКОВ, А. С. АТАНАСОВА.

Кафедра стоматологии детского возраста Волгоградского ГМУ, г. Волгоград
(научный руководитель — ассистент, к.м.н. Е. В. Филимонова).

Актуальность

Хорошо известен тот факт, что красивая улыбка создает приятное впечатление о человеке и в некотором роде делает его успешным. С каждым годом все больше людей обращаются к врачу с целью получить красивую улыбку. В арсенале у ортодонтот имеются различные виды брекетов: керамические, пластиковые, сапфировые, металлические, самолигирующие, лингвальные [2, 3, 4, 5]. Пациенту трудно разобраться в столь большом многообразии. Нередко желание пациентов лечиться брекетами, которые менее заметны, осложняет процесс лечения, что обусловлено недостатками эстетических вариантов. Задача врача рассказать об особенностях тех или иных брекет-систем и помочь пациенту сделать правильный выбор [1, 4, 5]. В этом может помочь изучение субъективного мнения тех людей, которые проходят ортодонтическое лечение современной несъемной техникой.

Цель исследования: изучение субъективного мнения пациентов о выборе и некоторых особенностях лечения различными брекет-системами.

Материал и методы

Методом анкетирования проведен опрос пациентов в возрасте от 12 до 20 лет, которые проходят ортодонтическое лечение с использованием разных видов брекет-систем в муниципальной стоматологической поликлинике г. Волгограда. Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу включили пациентов с металлическими брекетами (самолигирующие брекеты системы Damon 3MX, Q и лигатурные брекеты). 2-ю группу составили пациенты с эстетическими брекетами (самолигирующие брекеты системы Damon 3 и лигатурные эстетические брекеты). Анкета содержала 10 вопросов. Пациентам предлагалось выбрать варианты ответов. Всего в ходе исследования было проанализировано 35 анкет. Помимо анкетирования, оценивали гигиеническое состояние полости рта.

Результаты исследования

На вопрос о том, кто был инициатором постановки брекетов, большинство пациентов, ответили, что самостоятельно (65,71%). Лечение по решению родителей начали 20% опрошенных, по совету врача — 11,43%, по рекомендации знакомых — 2,86%. Выбор эстетических брекетов был обусловлен тем, что они



менее заметны. Так ответили 10 из 12 человек 2-й группы (83,33%).

Почти половина анкетированных (40%) отметили недостатки своих брекетов, но заменить их на другие брекеты согласны лишь 23,33% опрошенных (26,08% в 1-й группе и 16,67% во 2-й группе). Травмирование слизистой оболочки отметили 22,86% опрошенных. Следует заметить, что это были пациенты с металлическими лигатурными брекетами. О том, что металлические брекеты очень заметны для окружающих, сказали только 13,04% пациентов 1-й группы. Недостатком эстетических брекетов, по мнению 25% пациентов 2-й группы, был тот факт, что брекеты часто отклеиваются. Однако, большинство из тех, кто выбрал эстетические брекеты (75%), не видят недостатков своей аппаратуры.

Все пациенты по рекомендации врача-ортодонта использовали специальные зубные щетки. Нам удалось выяснить, что дополнительными средствами и предметами гигиены полости рта (флоссом, ополаскивателем) пользуются 78,26% 1-й группы и 58,33% 2-й группы. Хорошее гигиеническое состояние было у 52,17% пациентов 1-й группы и 58,33% пациентов 2-й группы. Неудовлетворительное состояние гигиены было отмечено у 21,74% 1-й группы и 25% 2-й группы. В обеих группах гигиена была лучше у тех, кто проходил лечение самолигирующими брекетами. Следует отметить, что не все пациенты регулярно посещают терапевта с профилактической целью. Положительно на этот вопрос ответили 7 человек 1-й группы (30,43%) и 6 человек 2-й группы (50%).

Пациенты обеих групп с лигатурными брекетами вынуждены приходить к ортодонтот 1 раз в месяц (93,33%). Большинство из тех, кто проходит лечение самолигирующими брекетами, приходят к ортодонтот 1 раз в 1,5-2 месяца (70%).

В 1-й группе отклеивание брекетов отметили 8 пациентов из 23 (34,78%), одинаково часто среди тех, кто проходил лечение самолигирующими и лигатурными

брекетами. Во 2-й группе брекеты отклеивались в два раза чаще — у 83,33% подростков, среди них большинство — это пациенты с брекетами Damon 3.

Выводы

К недостаткам эстетических брекетов можно отнести наиболее частые отклеивания (83,33% во 2-й группе и 34,78% в 1-й группе). Металлические лигатурные брекеты часто вызывали травмирование слизистой оболочки полости рта. Гигиеническое состояние полости рта в обеих группах было одинаковым, то есть зависело не от вида материала, из которого изготовлены брекеты, а от навыков пациентов по уходу за полостью рта. Пациенты с эстетическими брекетами чаще использовали дополнительные и специальные средства и предметы гигиены и регулярно посещали терапевта с профилактической целью. У пациентов с самолигирующими брекетами гигиена полости рта была несколько лучше. Пациенты с лигатурными системами брекетов вынуждены чаще посещать ортодонтот (не реже 1 раза в месяц). Эти аргументы могут быть использованы при планировании ортодонтического лечения и в беседе с пациентом при выборе вида брекет-системы.

Литература

1. Трезубов В. Н. Планирование и прогнозирование лечения больных с зубочелюстными аномалиями. — М.: МЕДпресс-информ. — 2005. — 224 с.
2. Гиева Ю. А., Головинова Н. Э., Обористов Н. Ю. Сравнение нагрузок на зубной ряд при использовании брекет-систем с различными способами лигирования с помощью математического моделирования // Ортодонтия. — 2009. — 1. — С. 23-28.
3. Головинова Н. Э. Анализ результатов ортодонтического лечения скученного положения зубов с помощью самолигирующих брекетов // Ортодонтия: научная конференция — XI съезд ортодонтот России. — 2009. — 1. — С. 103.
4. Swartz M. L. Лекционные материалы по технике прямой дуги // Долговременная образовательная программа по ортодонтии. — СПб., 1994.
5. Хорошилкина Ф. Я., Зубкова Л. П. Современные несъемные ортодонтические аппараты. — Киев: Здоровья. — 1993. — 46 с.

Источник: <http://www.volgostom.ru>.

Имплантаты «НИТОР» титановые стоматологические и инструмент для их установки КитС-01-НН

Лицензия № 99-03-001891, сертификат соответствия № РОСС RU.ИМ25.В02253.

Наименование	Цена за 1 шт., руб.
I. Компоненты для хирургических процедур	
ИМПЛАНТАТ цилиндрический с внутренним шестигранником (титановый) дл. 9; 11; 13; 15; диам. 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5 + винт-заглушка	1950
ИМПЛАНТАТ с конусной головкой и с внутренним шестигранником (титановый) дл. 9; 11; 13; 15; диам. 3,5; 4,0; 4,5 + винт-заглушка	1950
ИМПЛАНТАТ корневидный с компрессионной резьбой (титановый) дл. 11; 13; 15; диам. 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5 + винт-заглушка	2150
ИМПЛАНТАТ с наружным шестигранником (титановый) дл. 9; 11; 13; 15; диам. 2,5; 3,0 + колпачок (заглушка и формователь десны) титановый	2100
ИМПЛАНТАТ одноэтапный (титановый) дл. 9; 11; 13; 15; диам. 3,0; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0 + колпачок (заглушка и формователь десны) титановый	2400
ИМПЛАНТАТ одноэтапный с шаровым фиксатором (титановый) дл. 9; 11; 13; 15; диам. 3,5; 4,0; 4,5; 5,0 + аттачмен-матрица	2900
ФОРМИРОВАТЕЛЬ ДЕСНЫ (цилиндрический, конический), титановый	210
II. Инструмент хирургический	
СВЕРЛО диам. 1,8; 2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5 (дл. 32)	500
СВЕРЛО Premium (комплект 6 шт., диам. 1,8; 2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5)	5340
УДЛИНИТЕЛЬ СВЕРЛА	800
МЕТЧИК ручной диам. 2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5	450
МЕТЧИК под наконечник диам. 2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5	450
КЛЮЧ-ТРЕЩОТКА универсальный динамометрический	7900
КЛЮЧ накидной с фиксатором	210
КЛЮЧ накидной	210
КЛЮЧ накидной для одноэтапного имплантата, шарового фиксатора	210
ДЕРЖАТЕЛЬ ИМПЛАНТАТА с внутренним шестигранником (имплантовод)	550
ДЕРЖАТЕЛЬ ИМПЛАНТАТА с наружным шестигранником (имплантовод)	550
ДЕРЖАТЕЛЬ-КЛЮЧ одноэтапного имплантата, шарового фиксатора (имплантовод)	470
ДЕРЖАТЕЛЬ ПОД НАКОНЕЧНИК (имплантовод)	410
ОТВЕРТКА ручная шестигранная	330
ОТВЕРТКА ручная шлицевая 4 мм	175
ОТВЕРТКА под наконечник шестигранная	380
СКАЛЬПЕЛЬ круглый под наконечник диам. 2,5-3,5; 4,0-4,5; 5,0-5,5	270
СКАЛЬПЕЛЬ круглый с искателем диам. 2,5-3,5; 4,0-4,5; 5,0-5,5	450
ФРЕЗА коническая под наконечник диам. 2,5; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0	410

ПАРАЛЛЕЛОМЕТР (титановый) диам. 2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5	175
ГЛУБИНОМЕР хирургический (титановый)	410
КОНДУКТОР для точного сверления ложа	600
ЦАПФЕНБОР под наконечник (формирующая фреза) диам. 3,5; 4,0; 4,5; 5,0	400
ОСТЕОТОМ (титановый) диам. 2,0; 2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0	330
РУЧКА-ДЕРЖАТЕЛЬ остеотома	580
КОНТЕЙНЕР стерилизационный для инструментов	4900
III. Ортопедия	
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) прямой с фиксируемым винтом для имплантата с внутренним шестигранником без уступа титановый диам. 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5	610
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) прямой с фиксируемым винтом для имплантата с внутренним шестигранником с уступом (1 мм и 2 мм) титановый диам. 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5	610
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) наклонный под углом 15° для имплантата с внутренним шестигранником без уступа титановый диам. 3,5; 4,0	990
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) с фиксируемым винтом наклонный под углом 15° для имплантата с внутренним шестигранником с уступом титановый диам. 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5	990
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) прямой для имплантата с наружным шестигранником без уступа титановый диам. 2,5; 3,0	610
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) прямой для имплантата с наружным шестигранником с уступом титановый диам. 2,5; 3,0	610
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) наклонный под углом 15° для имплантата с наружным шестигранником без уступа титановый диам. 2,5; 3,0	990
ОПОРНЫЙ ЗУБ (абатмент) наклонный под углом 15° для имплантата с наружным шестигранником с уступом титановый диам. 2,5; 3,0	990
АНАЛОГ ИМПЛАНТАТА с внутренним шестигранником (титановый)	610
АНАЛОГ ИМПЛАНТАТА с наружным шестигранником (титановый)	610
АНАЛОГ ОДНОЭТАПНОГО ИМПЛАНТАТА (титановый)	610
ТРАНСФЕР (с винтом крепления) для имплантата с внутренним шестигранником (титановый)	600
ТРАНСФЕР (с винтом крепления) для имплантата с наружным шестигранником (титановый)	600
IV. Инструмент ортопедический	
ОТВЕРТКА шлицевая ортопедическая	175
ОТВЕРТКА шлицевая ортопедическая под наконечник	330
ГЛУБИНОМЕР ортопедический (титановый)	300
ФИКСАТОР шаровый (титановый) + аттачмен-матрица	720

Примечание:

- форма и размеры указаны в каталоге или на нашем сайте www.nidi.ru;
- инструмент может быть скомплектован по желанию заказчика;
- все опорные зубы (абатменты) комплектуются двумя винтами (лабораторный и клинический);
- производственная база позволяет изготавливать имплантаты, инструменты, ортопедию по индивидуальным эскизам.

ООО «Торговый центр НИТОП»

603950, Н. Новгород, ул. Нартова, д. 2; тел./факс (831) 412-45-89,
тел. (831) 412-08-92; e-mail: implant@mail.ru; www.nidi.ru.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИМПЛАНТАЦИОННАЯ СИСТЕМА

В имплантате «НИТОР»
учтены все лучшие решения
в дентальной имплантологии,
по качеству он не уступает
зарубежным аналогам.
Качество продукции «НИТОР»
подтверждено
сертификатами.



НИТОР

НИЖЕГОРОДСКИЙ ИНСТИТУТ
ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ

Совершенство современных технологий

Конструктивные особенности и преимущества имплантатов «НИТОР»

- Цельные винтовые конструкции имплантатов оптимально распределяют нагрузки при функционировании.
- Используемый для изготовления имплантатов чистый титан марки ВТ1-00 наряду с уникальной биологической совместимостью характеризуется достаточной механической прочностью.
- Имплантаты семи диаметров (2,5; 3,0; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5) позволяют проводить посегментную имплантацию в нормальных анатомических условиях.
- Универсальный инструментарий обеспечивает прецизионное создание ложа имплантата, а спектр супраструктур позволяет варьировать ортопедические насадки.
- Плазменное напыление титана на винтовую часть создает развитую микропористую однородную поверхность без микропримесей, увеличивая площадь контакта имплантата с костной тканью.
- Гарантией надежности соединения супраструктуры (абатмента) с имплантатом является конструктивная особенность фиксирующего элемента.

Производственная база позволяет изготавливать
имплантаты и инструменты по индивидуальным эскизам.

ООО «Торговый центр НИТОР»

603950, Н. Новгород, ул. Нартова, д. 2.

Тел./факс: (831) 412-45-89, 412-15-43, тел. (831) 412-08-92, e-mail: implant@mail.ru, www.nidi.ru

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

ТОРГОВЫЙ ДОМ
ВОРСМА
www.tdvorsma.ru

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



Назначение

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

Современное медицинское оборудование позволяет:

- проводить профилактику и диагностику дентальных заболеваний с применением дентального рентгеновского аппарата и системы компьютерной дентальной радиовизиографии;
- получать рентгеновские дентальные снимки на экране персонального компьютера в режиме реального времени;
- печатать рентгеновские снимки на бумагу с помощью цветного принтера и сохранять снимки в компьютерной базе данных;
- пломбировать зубы с применением различных пломбирочных материалов, проводить хирургические стоматологические операции;



Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология»

ВМК-3033-04; ВМК-30331-04

Регистрационное удостоверение № ФСР 2010/08438.

- дополнительно установленное вспомогательное кресло позволяет проводить весь комплекс работ по протезированию зубов.

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

Основное медицинское оборудование:

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



Варианты исполнения комплекса

Вариант 1. Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология» с одной стоматологической установкой. В этом случае в качестве транспортной базы используются автобусы ПАЗ-32053 (с карбюраторным или дизельным двигателем) и ПАЗ-3206 (повышенной проходимости, колесная формула 4x4). В пассажирском салоне комплекса установлены индивидуальные комфортабельные сидения для выездной врачебной бригады, столик, двухсекционный шкаф для верхней одежды. В лечебном отсеке комплекса установлены стоматологическая установка, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф с ноутбуком, стерилизационное и вспомогательное оборудование, рабочие столы-тумбы, шкафы для расходных материалов, медицинский инструмент, рабочий стол-мойка, шкаф-пенал для рабочей одежды.

Вариант 2. Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология» с одной стоматологической установкой и дополнительным креслом для предварительного осмотра или для протезирования зубов. Этот вариант предусматривает установку дополнительного кресла, которое может использоваться для предварительных процедур при протезировании зубов.

Вариант 3. Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология» с двумя стоматологическими установками. В качестве транспортной базы используется автобус ПАЗ-4234. В лечебном салоне комплекса установлены 2 стоматологические установки, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф с ноутбуком, стерилизационное и вспомогательное оборудование, рабочие столы-тумбы, шкафы для расходных материалов, медицинский инструмент, рабочий стол-мойка, шкаф-пенал для рабочей одежды.

Все передвижные медицинские комплексы «Передвижная стоматология», в которых установлен дентальный рентгеновский аппарат, оборудованы встроенной радиационной защитой. По итогам рабочих испытаний при сдаче комплекса выдается санитарно-эпидемиологическое заключение на соответствие нормам защиты.

Специалисты нашего предприятия готовы предложить вашему вниманию одну или несколько компоновочных схем планировки салона, размещения основного оборудования, мебели и т.д. Пожалуйста, воспользуйтесь услугами электронного запроса или позвоните прямо сейчас.

Московская Международная Стоматологическая выставка MosExpoDental



Москва, Россия | М. 2011 | 17-20 ноября 2010 года

III Московская Международная Стоматологическая Выставка MosExpoDental

С 17 по 20 ноября 2010 года в Гостином Дворе прои-дет по-сразу два знаковых стоматологических события – Московская Международная Стоматологическая Выставка MosExpoDental и II Международный стоматологический форум «Стоматология в Гостином».

На протяжении 4-х дней участники выставки знакомились с демонстрацией новейших российских и зарубежных разработок, посетили конференции и мастер-классы, обменивались интересными практическими случаями.

На церемонии открытия выставки MosExpoDental присутствовали **Вагнер В.Д.**, зам. директора ЦНИИС и ЧПК, президент СТАР, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, **Максимовский Ю.М.**, главный стоматолог Департамента здравоохранения г. Москвы, президент стоматологической Ассоциации г. Москвы, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, **Олесова В.Н.**, президент Российской Ассоциации стоматологической имплантологии, зав. кафедрой клинической стоматологии и имплантологии ИПК ФМБА России, д.м.н., профессор, **Аббакаров С.И.**, декан стоматологического факультета, зав. кафедрой ортопедической и общей стоматологии РМА последиplomного образования МЗ РФ, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, **Лаврухин В.И.**, Руководитель Аппарата Президента Московской Торгово-промышленной палаты.



В ноябре свою продукцию по разным стоматологическим отраслям представили более 200 экспонентов. Особое внимание организаторы уделили Форуму, в рамках которого прошли:

- III Конгресс по челюстно-лицевой хирургии и имплантологии
- Конференция «Ортопедическая стоматология. Применение современных конструкций несъемных протезов при различных состояниях зубочелюстной системы»
- Форум «Терапевтическая стоматология»
- Форум «Актуальные вопросы ортогнатии»
- Конференция «Маркетинг и менеджмент в стоматологии. Оптимизация и автоматизация управления стоматологическими медицинскими организациями»
- Форум «Детская стоматология. Современные технологии профилактики кариеса»
- Семинар «Эстетическая стоматология» и др.



Участникам Выставки и Форума представилась возможность прослушать лекции ведущих зарубежных и отечественных специалистов, среди которых были: Стив Ханссон, Валентер Делато, Олесова В.Н., Чикунин С.О., Хлагота Д.А., Аббакаров С.И., Соловцова М. и многие другие. Также в рамках обучающих секций Форума посетители смогли увидеть операцию по установке импланта. Барт Вилмакс, руководитель центра Косметологической Стоматологии в Амстердаме, имплантолог, специализирующийся на косметической стоматологии, д.м.н., за час провел операцию по установке импланта, продемонстрировав присутствующим свою методику работы.

В ноябре 2010 года руководством Стоматологической Ассоциации России, Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии и Московского государственного медико-стоматологического университета при активном участии Ассоциации частных стоматологических клиник и оргкомитета в составе MosExpoDental было принято решение о создании «Мини-операционной площадки управленческих решений в стоматологии». Деятельность площадки будет способствовать развитию инновационной деятельности стоматологической науки, активизации руководителей и сотрудников стоматологических организаций в решении вопросов модернизации системы управления. Одним из направлений площадки станет разработка инновационных проектов по различным направлениям, таким как менеджмент стоматологической организации, управление качеством стоматологической услуги, экономика, образование IT и др.

Еще одним новаторским решением организаторов стало объединение в отдельный блок мастер-классов и конференций для зубных техников и зуботехнических лабораторий.

Привлекло внимание посетителей выставки необычное для стоматологических выставок событие – показ модной медицинской одежды! Три дня стоматологический портал DentWorld.ru со своей стороны прямую трансляцию большинства мероприятий выставки. В эти дни зрители в режиме реального времени могли увидеть лекции, проводимые ведущими отечественными и зарубежными специалистами, посетить мастер-классы, узнать мнения экспертов стоматологической индустрии по актуальным вопросам, ознакомиться с экспонатами выставки.



С 15 по 18 марта, 2011 года приглашаем вас на MosExpoDental в Гостином Дворе!

www.mosexpodental.com



Справочник



МИР
Медицины

«СТОМАТОЛОГИЯ РОССИИ»

13
-й
выпуск

ВСЕГДА
ПРАЗДНИК!



NEW!

Сентябрь 2010

Издательство «Человек»

199001, Санкт-Петербург, В.О., Малый пр., 26, офис 2; Тел./факс: (812) 325-25-64, 328-18-68

E-mail: mail@mirmed.ru; zakaz@mirmed.ru Internet: www.mirmed.ru

14-16 ФЕВРАЛЯ 2011

ДЕНТАЛ-РЕВЮ
ОБРАЗОВАНИЕ, НАУКА И ПРАКТИКА В СТОМАТОЛОГИИ

4-й Всероссийский стоматологический форум

Москва
выставка-ярмарка

Получите новые знания и навыки, узнайте о современных способах жизни с ретинированными зубами, инновационные подходы к профилактике и лечению кариеса зубов!

МЕДИЦИНА

МОСКВА
Крокус Экспо
Павильон 2

М

КРОКУС ЭКСПО

Спонсоры:

Телефон: +7 (812) 380 6000/00
Факс: +7 (812) 380 6001
E-mail: med@primexpo.ru

Телефон: +7 (495) 521 4056
E-mail: region@dental-expo.com

СТОМАТОЛОГИЯ
Санкт-Петербург

16-18 МАЯ 2011. Ленэкспо, Санкт-Петербург

XIV ПЕТЕРБУРГСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

WWW.STOMATOLOGY.PRIMEXPO.RU
WWW.DENTAL-EXPO.COM

DENTALEXP
Тел./факс: +7 (495) 521 4056
E-mail: region@dental-expo.com

При участии:

10-12 МАРТА
КРАСНОЯРСК

С И Б И Р С К И Й С Т О М А Т О Л О Г И Ч Е С К И Й Ф О Р У М ' 2 0 1 1

V специализированная выставка

- Зуботехническое оборудование
- Стоматологические материалы
- Инструменты и металлы
- Фармацевтическое оборудование
- И многое другое

• Межрегиональная конференция «Актуальные вопросы стоматологии»

• Конкурс профессионального мастерства «Стоматолог-2011»

Медиа-Центр, ул. Лекторова, 18
Тел: +7 (390) 22-09-530, 22-09-516 (в т.ч. в т.ч.)
e-mail: info@stomforum.ru

Спонсоры:

Официальные партнеры:

Партнеры:

Организатор:

Т.ф: (4732) 51-20-12
Т.ф: (4732) 77-18-36
e-mail: info@veta.ru
www.veta.ru

Поддержка:

23-25 марта 2011 г. **ВОРОНЕЖ**

СТОМАТОЛОГИЯ
11-я межрегиональная специализированная выставка

- СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ, ИНСТРУМЕНТЫ И МАТЕРИАЛЫ
- ЗУБОТЕХНИЧЕСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ
- ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ

Организаторы:

Официальный партнер:

Организатор:

Т.ф: (4732) 51-20-12
Т.ф: (4732) 77-18-36
e-mail: info@veta.ru
www.veta.ru

Поддержка:

ДЕНТАЛ-ЭКСПО ОМСК



2-4 марта 2011

Организаторы:
Омская стоматологическая ассоциация
Тел./факс: (3812) 73-46-15

DENTALEXPO®
Тел./факс: (495) 921 40 89
www.dental-expo.com/oms

При поддержке:



КОНФЕРЕНЦИЯ ВЫСТАВКА

XVII Научно-практическая конференция:
Новые материалы и оборудование, технологии их применения в стоматологической практике

Министерство здравоохранения Челябинской области,
Управление здравоохранения администрации г. Челябинска
Национальный институт информатики, анализа и маркетинга
в стоматологии (НИИАМС), ЧООО «Ассоциация стоматологов»
и Выставочный центр «Восточные Ворота»

Восьмая межрегиональная
специализированная выставка

УРАЛСТОМАТОЛОГИЯ

15-17 марта 2011 г.

РАЗДЕЛЫ ВЫСТАВКИ:

- Стоматологическое оборудование и инструменты
- Оборудование и материалы для зуботехнических и литейных лабораторий
- Рентгеновские и стоматологические материалы
- Стоматологическая мебель
- Средства анестезии, дезинфекции и стерилизации
- Предметы гигиены для ухода за полостью рта

г. Челябинск,
ул. Энгельса, 22
учебно-спортивный комплекс УралГУФК

Информационный спонсор: **Аннеку** МОСКОВСКИЕ

Восточные Ворота

Россия, 454080, г. Челябинск, ул. Энтузиастов, 2, оф. 421
Тел./факс: (351) 263-75-12, 263-75-18, 266-67-81, 266-67-83
E-mail: expo@chelsi.ru http://www.chelsi.ru

Московская Международная стоматологическая выставка

Гостиный Двор
Март 15-18 2011



Гостиный Двор
Ноябрь 15-18 2011

MOS EXPO DENTAL

Московская Международная Стоматологическая Выставка

IV Международный Форум «Стоматология в Гостином»

- Московский конгресс челюстно-лицевой хирургии и имплантологии
- Ортопедическая стоматология
- Терапевтическая стоматология
- Актуальные вопросы ортодонтии
- Имплантология
- Маркетинг и менеджмент в стоматологии
- Детская стоматология
- Эстетическая стоматология
- Зуботехническая лаборатория

При поддержке: Правительства Москвы, Московское Торгово-Промышленное Палаты РФ, Департамента здравоохранения города Москвы, Торгового Дома «Штифт», Центральному научно-исследовательскому институту стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава РФ, СМАР, Российской Ассоциации Стоматологической Имплантологии, РМАПО, РУДН, Ассоциация частных стоматологических клиник.

Россия, 109012, Москва, Гостиный Двор, ул. Ильинка д.4
Тел.: +7 (495) 698 12 52 Факс: +7 (495) 698 12 75
e-mail: info@mosexpodental.com www.mosexpodental.com

Министерство здравоохранения Ставропольского края
Стоматологическая ассоциация Ставропольского края
Стоматологическое государственное учреждение «Ставропольский
Академический госпиталь» Ставрополь
Выставочный центр «Пилот»

10-я специализированная
выставка-конгресс

СТОМАТОЛОГИЯ

Ставрополя

7-9 апреля 2011г.

Цели и задачи выставки:

Обсуждение:

- стоматологическое оборудование и инструменты
- реставрационные материалы
- вопросы для стоматологии кардио и сосудистой патологии
- для фотокомпьютерных технологий и цифровизации
- эндодонтия для зубочелюстной имплантации
- бесконтактная имплантация
- имплантация и микрохирургия
- оборудование для стерилизации
- оборудование лабораторий
- методы для оказания стоматологической помощи в армии.

Инструменты, оборудование и материалы:

- оборудование
- для терапевтической стоматологии и эндодонтии
- лабораториями
- ортопедическими
- для стоматологии ортопедической, ортодонтической, хирургической

Профессиональные кадры:

- профессиональные кадры
- профессиональные кадры
- стоматологическая лаборатория

Выставочный комплекс «Прогресс»
г. Ставрополь, ул. Болотная, 37а
т: (8652) 600-700, 394-310
stoma@mosproex.ru
www.mosproex.ru



DENTAL
SALON

29-й МОСКОВСКИЙ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ФОРУМ

25-28

апреля, 2011

МОСКВА, КРОКУС ЭКСПО
ПАВИЛЬОН 2, ЗАЛЫ 5, 8

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ САЛОН 2011

ВЫСТАВКА / КОНФЕРЕНЦИЯ

DENTALEXPO® 

www.dental-expo.com



Спонсоры



Телефон: +7 (495) 780-0000
Сайт: www.dental-expo.com



Фотополимеризационная лампа Ledex™



МОЩНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Плотность светового потока более 1100 мВт/см².
Оптимальная длина волны: 440-480 нм, пик 460 нм.

УДОБСТВО В РАБОТЕ

Яркий дисплей, звуковые сигналы.
Информирование об уровне заряда аккумулятора.
Автоматическая система защиты светодиода от перегрева.
Небольшой вес — всего 120 г.

ДВОЙНОЕ ПИТАНИЕ

Возможность работы от встроенного аккумулятора.
Возможность работы напрямую от электрической сети.
ЛАМПА ВСЕГДА ГОТОВА К РАБОТЕ!

ГИГИЕНА И ПРАКТИЧНОСТЬ

Одноразовые чехлы на световод.
Защитный оранжевый экран.
Защитные оранжевые колпачки на световод.
И ВСЕ ЭТО УЖЕ В КОМПЛЕКТЕ!

ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫБОРА

6 ярких, привлекательных цветов корпуса на выбор.
4 режима полимеризации,
в т.ч. 2 режима «мягкий старт».

ПРИГЛАШАЕМ К СОТРУДНИЧЕСТВУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КЛИНИКИ И ТОРГУЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИИ.

Продукция зарегистрирована в Росздравнадзоре и имеет необходимые удостоверения и сертификаты соответствия.

Производитель: «Dentmate Technology Co. Ltd.», Тайвань, КНР.

Эксклюзивный импортер в РФ — ООО «Алдент Плюс»: 196084, г. Санкт-Петербург, ул. Заставская, д. 33Ж, офис 317А.
Тел./факс: (812) 718-69-89, 334-54-51, 388-30-06, e-mail: aldent@ma.ru, <http://www.aldent.ru>