

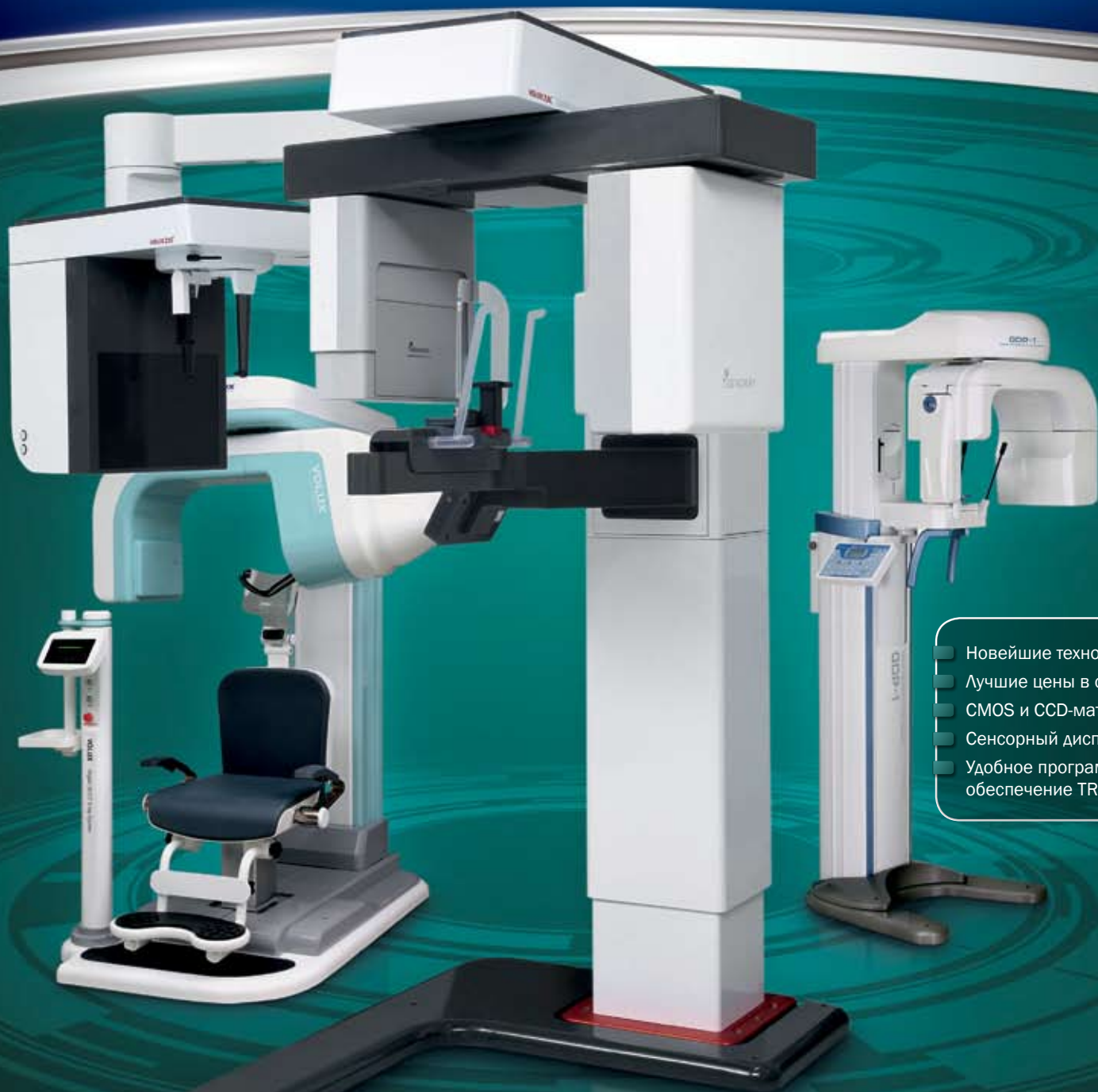
ОБОЗ

рение

№ 1 (75)

15 февраля 2012 г.

СТОМАТОЛОГИЯ



- Новейшие технологии
- Лучшие цены в сегменте
- CMOS и CCD-матрица
- Сенсорный дисплей
- Удобное программное обеспечение TRIANA

безграничные возможности диагностики



Эксклюзивный дистрибьютор
продукции Genoray в России

119571, г. Москва, Ленинский проспект, 156
Тел. +7 (495) 434-4601 | Факс +7 (495) 434-1020
Горячая линия для клиентов +7 (965) 310-3820

www.unident.ru
unident@unident.net
ormt@unident.net



**торговый дом
МЕДТЕХНИКА**

603093, Н. Новгород, ул. Родионова, д. 188В,
☎ (831) 432-96-88, 432-57-26, 432-59-98, 436-43-82,
e-mail: tdmed@yandex.ru, www.tdmednn.ru

ВСЁ ДЛЯ СТОМАТОЛОГИИ



CASTELLINI

VOCO

WHITE

septodont T-MED

sirona

Более 50 лет на рынке медицинской техники

ОАО «МЕДТЕХНИКА»

- Стоматологическое оборудование.
- Стерилизация и дезинфекция.
- Медицинская мебель.
- Средства реабилитации.
- Бесплатная доставка.

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 «Сапфир», ОАО «КМИЗ»,
ООО «Целит», ООО «Призма», ООО «ТОР ВМ»,
ЗАО «СтомАдент», АО «Стома» (Украина),
ООО «ВладМиВа», ООО «Радуга Р»,
АО «Медполимер», ООО «НКФ Омега-Дент»;
«ЗМ», «KERR», «Heraeus Kulzer», «Dentsply»,
«Sofa Dental», «Mani», «Degussa Dental»,
«Unident», «Septodont» и многих других.

СИСТЕМА ИМПЛАНТАТОВ
IMPL WISS Швейцарское качество
БУДУЩЕЕ СЕГОДНЯ

Всегда в наличии препараты для анестезии



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

ООО «СтомКонсалтинг»
Центр развития и юридической поддержки стоматологического бизнеса

- Консультации по вопросам лицензирования медицинской (стоматологической) деятельности.
- Консультации по подбору персонала.
- Проведение семинаров для специалистов.

Нижний Новгород, ул. Студеная, 48, тел. 430-63-47

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) 25-44-98,
8-920-028-06-74

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
(учебный центр + клиника)
Нижний Новгород, ул. Студеная, 48
Тел. 430-63-47

Лиц. № ЛО-52-01-001489 от 06.04.2011 г.

ООО «СтомАком»
Сеть стоматологических клиник, Н. Новгород

ул. Б. Покровская, 16а, тел. 433-72-90
ул. Студенческая, 4, тел. 437-02-94
пер. Трамвайный, 2, тел. 245-45-84
ул. Студеная, 48, тел. 430-63-45

Лаборатория: ул. Студенческая, 4, пом. 2, тел. 434-55-60

Акция!
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.

Редакционный совет

С. И. Гажва, д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии ФПКВ ИПО НижГМА, президент Нижегородской ассоциации стоматологов, главный стоматолог ПФО.
В. Е. Круглов, Заслуженный врач РФ, главный стоматолог Нижегородской области.
Е. А. Дурново, д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии и ЧЛХ НижГМА.
Л. М. Лукиных, д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии НижГМА.
Е. Н. Жулев, д.м.н., профессор, зав. кафедрой ортопедической стоматологии, декан стоматологического факультета НижГМА.
Л. Н. Казарина, д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтической стоматологии НижГМА.
С. Ю. Иванов, д.м.н., профессор, зав. кафедрой ЧЛХ и имплантологии ФПКВ ИПО НижГМА.
С. Ю. Косюга, к.м.н., зав. кафедрой стоматологии детского возраста НижГМА.
И. А. Шакеров, Заслуженный врач РФ, главный стоматолог г. Нижнего Новгорода.
И. Г. Гатин, главный стоматолог г. Дзержинска.
Ф. Ф. Шакиров, главный стоматолог г. Арзамаса.
С. И. Шестопалов, к.м.н., врач-стоматолог, ортопед.
Н. М. Митрофанова, главный врач клиники № 1 ООО «Стомаком», врач-терапевт.
А. А. Максимов, генеральный директор холдинга «Рокада Мед».

«Обозрение. Медтехника» № 1 (75).
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».
 Директор/главный редактор: Воловик И. Г.
 Адрес редакции и издателя: 603028, Н. Новгород, Московское шоссе, 64а.
 Тел./факс (831) **279-80-45**, тел. (831) **279-80-10**.
E-mail: gazeta@sandy.ru
 Редакция не несет ответственности за содержание рекламы и предоставленных материалов.
 Любое воспроизведение 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@cupnn.ru).
 Тираж 5000 экз. Цена свободная.

Международный день стоматолога

С Днем стоматолога! 4-5
 Программа конференции, посвященной Международному дню стоматолога, «Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний пародонта» 5
 Международный день стоматолога: исторические корни, духовное и нравственное начало 7

заболевания пародонта и СВПР: распространенность, диагностика и лечение, профилактика

Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы) 13-14
 Значение консервативной терапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта 14-16
 Применение Мирамистина для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области 17
 Современные аспекты профилактики заболеваний пародонта 20-21
 Оценка уровня диагностики и лечения пациентов с заболеваниями пародонта в стоматологических клиниках Нижегородской области 22
 Планирование — главный шаг к достижению успеха пародонтологического лечения 28-29
 Современные методы обработки персональных данных результатов клинического обследования и прогнозирования состояния пародонта после ортопедического лечения 30-31
 Ранние клинические проявления парафункций жевательных мышц у лиц с интактными зубными рядами и пациентов с частичной потерей зубов ... 31
 Ортопедическое лечение хронического генерализованного пародонтита как этап комплексного этиопатогенетического лечения 34-36
 Особенности хирургического лечения десневых рецессий 37-38
 Влияние ингаляционных гормональных препаратов на состояние слизистой оболочки полости рта у больных бронхиальной астмой 39
 Острые стоматиты у детей 40-41
 Использование профессионального отбеливания для лечения дисколоритов фронтальной группы зубов 46-47
 Особенности стоматологического статуса пациентов с гастродуоденальной патологией 49-50
 Влияние ингаляционных гормональных препаратов на ткани пародонта 51-52
 Галогеносодержащие антисептики в отношении микробиоценозов корневых каналов 53-54

гигиена полости рта

В помощь гигиенисту. В чем и как поможет PRESIDENT 18-19
 Пародонтоцид исцелит ваши десны, сохранит ваши зубы! 23

оснащение стоматологической клиники

Siger: выбор, не требующий доказательств 9-10
 PORT-X II: правильная диагностика — верное лечение. Новое поколение портативных рентгенаппаратов 24
 Оригинал или подделка — можно ли отличить? 32
 Инструменты NOVA: стальные традиции качества 44

компьютерные технологии в стоматологии

Комплексный учет в стоматологической практике. Почему именно «Адента»? 33

мобильная стоматология

Передвижной медицинский комплекс «Передвижная стоматология» 26

дезинфекция и стерилизация

R&T: А чем вы стерилизуете стоматологические инструменты? 55
 YOUJOY — наслаждайся жизнью! 56

анестетики, антисептики

Инфамед 17
 ФармаСтом 2
 Эбботт 40-41

гигиена полости рта

МосФарма 23
 Премьер-продукт 18-19

инструменты, оборудование, мебель

Инфамед 17
 Крафтвэй Медикал 32
 Медтехника ОАО 2
 ТД Ворсма 26
 ТД Медтехника 2
 ТЦ НИИТОП 42-43
 ФармаСтом 2
 Юнидент 1, 8-11, 44, 45, 60

приборы и аппараты

Венд 38
 Юнидент 1, 24-25, 60

материалы

СтомКлуб 27
 TOP BM 12

ортодонтия

Дентал Комплекс 6

зуботехническая лаборатория

Универсал 48

дезинфекция и стерилизация

Юнидент 55-57

программное обеспечение

Дентал Медиа 33

С Днем стоматолога!



Дорогие коллеги!

*От имени правления Нижегородской ассоциации стоматологов сердечно поздравляю вас с нашим профессиональным праздником — **Днем стоматолога!***

Желаю вам новых свершений, побед, творческих успехов, профессионального роста, большого человеческого счастья и семейного благополучия.

День стоматолога в этом году проходит в особое и не простое для всей медицины время. Во-первых, упразднен городской департамент здравоохранения, и все муниципальные лечебные учреждения на сегодняшний день переходят под юрисдикцию Министерства здравоохранения области. Поэтому организатором работы стоматологической службы в новых условиях становится **В. Е. Круглов**, главный стоматолог Нижегородской области, перед которым жизнь ставит новые задачи, а практическое здравоохранение возлагает на него свои надежды.

Каковы перспективы развития стоматологической службы? Очевидно, в

рамках здравоохранения будет создана единая стоматологическая служба, которая будет решать одни задачи, одни проблемы и объединять стоматологов в единую стоматологическую семью. В Нижнем Новгороде для этого есть все предпосылки, т.к. все стоматологические поликлиники города представляют собой достаточно организованные и развитые в плане инноваций и технологии клиники, которые работают и в сфере ОМС, и в рамках ДМС. Надеемся, что с организацией новых структурных подразделений увеличится количество членов нашей Нижегородской ассоциации стоматологов (НАС) и появится возможность еще большей консолидации и объединения.

Итоги работы НАС свидетельствуют о том, что мы сделали многое — внесли изменения в устав организации и приняли его в новой редакции. Впервые на Нижегородской земле провели юбилейную научно-практическую конференцию, в рамках которой прошел конкурс профессионального мастерства по специальности «гигиенист стоматологический». Были определены лучшие в своей профессии, которые представляют Нижегородскую область на Всероссийском конкурсе мастерства.

Кроме того, хотелось бы отметить, что врач-ортопед клиники «Садко» Дмитрий Ковалев занял второе место в Чемпионате профессионального мастерства по ортопедической стоматологии, прошедшем в июле 2011 года в Екатеринбурге.

Перед ассоциацией стоят задачи по совершенствованию существующих форм управления организацией, участию в предлицензионной проверке и лицензировании стоматологических клиник разных форм собственности, осуществлению контроля качества стоматологических услуг (Институт независимой экспертизы), участию

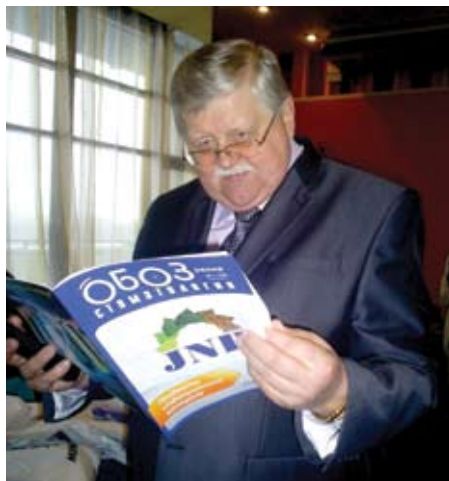
в качестве экспертов при проведении судебно-медицинских экспертиз.

Большое внимание уделялось и уделяется научно-практической деятельности ассоциации. Это содействие профессиональной и научной деятельности членов ассоциации, повышение их квалификации, развитие международных связей в области стоматологии, осуществление организационно-методической и консультативной помощи клиникам и врачам-стоматологам.

За отчетный период проведено 58 предлицензионных проверок лечебных учреждений, принято участие в лицензировании 49 лечебных учреждений, произведен контроль качества стоматологических услуг: Институтом независимой экспертизы — 26 (из них 4 судебных, а одна по инициативе страховой компании), экспертами Управления Росздравнадзора по Нижегородской области — 23, экспертами Росздравнадзора — 3.

Основные мероприятия 2010-2011 гг.: проведение студенческой олимпиады по ортопедической стоматологии, празднование 90-летия НижГМА и проведение научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии», посвященной юбилею НижГМА. Проведен





лекционно-практический инновационный курс «Компьютерное моделирование лечебных технологий в стоматологии — CAD/CAM система CEREC». Нижегородцы заняли 1-е место на X Всероссийском фестивале по имплантологии, завоевали награды в номинации: «Лучшая клиника в России по имплантологии», проведена научно-практическая конференция «Стоматология детского возраста».

В 2011 году широко отмечался Международный день стоматолога, в рамках которого силами НАС и профессорско-преподавательского состава НижГМА проведена научно-практическая конференция «Заболевания слизистой оболочки полости рта», нижегородцы приняли активное участие во II съезде Российского общества дентальной микроскопии, симпозиуме «Гигиенист стоматологический — 10 лет в России».

На 2012 год перед членами Нижегородской ассоциации стоматологов **стоят следующие задачи:**

- Работу ассоциации осуществлять согласно вновь принятому уставу НАС;
- Увеличить численность членов ассоциации;
- Популяризировать специальность «гигиенист стоматологический» среди населения и специалистов среднего медицинского звена;
- Создать секцию гигиенистов стоматологических при НАС;
- Внедрить в практическую стоматологию стандарты лечения осложненных кариеса: пульпита, периодонтита;
- Совершенствовать качество стоматологических услуг и повышать уровень профессиональной подготовки специалистов стоматологического профиля;
- Осуществлять контроль качества стоматологических услуг;
- Развивать международные связи в области науки и практической стоматологии.

С. И. ГАЖВА, д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии ФПКВ ИПО НижГМА, президент НАС.

*Глубокоуважаемые коллеги!
Сердечно поздравляю вас*

с Днем стоматолога!

В этот праздничный день я желаю вам крепкого здоровья, счастья, душевного комфорта, неиссякаемой энергии и жизненного оптимизма.

Бодрости, мудрости, терпения в наше нелегкое противоречивое время, успехов и удач во всех делах и начинаниях, новых побед и достижений на благо здоровья нации!



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

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ НИЖЕГОРОДСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НИЖЕГОРОДСКАЯ АССОЦИАЦИЯ СТОМАТОЛОГОВ

приглашают вас **15 февраля 2012 года** принять участие в работе областной научно-практической конференции, посвященной Международному дню стоматолога,

Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний пародонта

I заседание

9.30 Торжественное открытие и приветствие участников конференции.

10.00 Высокий профессионализм — путь к успеху.

*С. И. ГАЖВА, д.м.н., профессор;
И. М. ЗЫЗОВ.*

10.15 Лечение хронического генерализованного пародонтита должно быть и может быть успешным.

Л. М. ЛУКИНЫХ, д.м.н., профессор.

10.30 Значимость консервативной терапии в комплексном лечении заболеваний пародонта.

*Л. М. ЛУКИНЫХ, д.м.н., профессор;
Н. В. КРУГЛОВА, к.м.н.*

10.45 Правильное планирование — основной шаг к успешному результату пародонтологического лечения.

Н. А. БЕСПАЛОВА, к.м.н.

11.00 Зубные пасты «Президент» в помощь врачу-стоматологу.

Е. С. ДОКУРОВА, старший мед. представитель компании «Премьер-продукт».

11.15 Использование дентальных имплантов при реабилитации пациентов с различными формами генерализованного пародонтита (Новые подходы в лечении пациентов с генерализованным пародонтитом).

*С. Ю. ИВАНОВ, д.м.н., профессор;
Н. Ф. ЯМУРКОВА; А. А. МУРАЕВ, к.м.н.;
Е. В. ДЕЛИДЛОВА.*

11.30 Особенности хирургического лечения рецессий десны.

Е. А. ДУРНОВО, д.м.н., профессор.

11.45 КПЛ-ассоциированные заболевания пародонта. Новые подходы в диагностике и лечении.

*С. И. ГАЖВА, д.м.н., профессор;
О. И. ШКАРЕДНАЯ.*

12.00 Современные методы диагностики и ортопедического лечения заболеваний пародонта.

А. В. КОЧУБЕЙНИК, к.м.н.

12.20 Влияние парафункций жевательных мышц на развитие заболеваний пародонта.

О. М. БРАГИНА, к.м.н.

12.40 Современные достижения и перспективы создания остеопластических материалов.

А. А. МУРАЕВ, к.м.н.; С. Ю. ИВАНОВ, д.м.н., профессор; В. М. РЯБОВА.

13.00 Особенности ортопедического лечения хронического генерализованного пародонтита.

Е. Е. ЩЕПЕТНОВА, к.м.н.

13.30 Перерыв.

II заседание

14.00 Современные аспекты профилактики заболеваний пародонта.

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

14.20 Особенности течения заболеваний пародонта у детей и подростков.

*С. Ю. КОСЮГА, д.м.н., доцент;
Г. В. КРИВУЛИНА.*

14.40 Ювенильные пародонтиты: клиника, диагностика, лечение.

*С. Ю. КОСЮГА, д.м.н., доцент;
И. Н. ЧУПРУНОВА, к.м.н.*

15.00 Оценка уровня диагностики и лечения пациентов с заболеваниями пародонта в стоматологических клиниках Нижегородской области.

*Н. Н. БОНДАРЕНКО, д.м.н., профессор;
С. В. БАЛАХОНЦЕВА.*

15.20 Влияние ингаляционных гормональных препаратов на ткани пародонта.

*Л. Н. КАЗАРИНА, д.м.н., профессор;
И. М. ЧУВАРКОВА.*

Конференция состоится в конференц-зале гранд-отеля «Ока» (Н. Новгород, пр. Гагарина, 27).

Начало в 9.30. Регистрация участников конференции с 9.00.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ, ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет Министерства здравоохранения и социального развития РФ, ФГУ ЦНИИС и ЧЛХ Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова, Стоматологическая Ассоциация России СтАР, Профессиональное общество ортодонтов России, Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербургский институт стоматологии последипломного образования (СПб ИНСТОМ), Ассоциация стоматологов Санкт-Петербурга, Научное медицинское общество стоматологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, СЗГМУ им. И.И. Мечникова

18–20 мая 2012

XIV Съезд

ортодонтов России

Идея съезда:

«Ортодонтия. Настоящее и будущее». Современный подход к диагностике, профилактике и лечению зубочелюстно-лицевых аномалий

Юбилейная дата:

20 лет компании ЗАО «Дентал Комплекс», официальному дистрибьютору корпорации Ortso в России



Научная программа посвящена обзору современных методов диагностики, лечения и профилактики в ортодонтии, в том числе, 3D технологиям.

Дорогие друзья!

Профессиональное общество ортодонтов России приглашает вас принять участие в работе XIV съезда ортодонтов России.

Планируется рассмотреть вопросы организации ортодонтической помощи в России, будут освещены правовые основы работы врача-ортодонта, нормативные документы, регулирующие работу врача-ортодонта, а также будет представлен образовательный стандарт 3-го поколения и последипломного образования.

Участники съезда ознакомятся со стандартами лечения, протоколами ведения больных с различными видами зубочелюстно-лицевых аномалий, обсудят причины возникновения конфликтных ситуаций в ортодонтической практике и способы их разрешения.

Съезд включен в официальный план мероприятий, проводимых Минздравсоцразвития России.

Регистрация участников Съезда: www.dentalcomplex.com,
www.ortodontiya2012.ru, (812) 969-77-68, (812) 324-74-14.

Участие в Съезде: члены ПОО и СтАР — 3500 р., при оплате до 18 апреля 2012 г. — 3000 руб. Остальные участники — 4000 р. (без НДС). При оплате по безналичному расчету необходимо указывать фамилию участника Съезда.

Место проведения: Санкт-Петербург, Конгресс-холл "Московский", отель "Holiday Inn Московские ворота", Московский проспект, д.97-а.

20 лет
ДЕНТАЛ КОМПЛЕКС

Международный день стоматолога: исторические корни, духовное и нравственное начало

С. И. ГАЖВА, д.м.н., профессор; И. М. ЗЫЗОВ, аспирант.
Нижегородская государственная медицинская академия.

Дата празднования Международного дня стоматолога выбрана не случайно. А на наших программках не зря уже второй раз появляются лики святых. Традиция отмечать Международный день стоматолога пришла к нам вместе с христианством. Давайте обратимся к истории.

Международный день стоматолога, наш профессиональный праздник, имеет свою историю, довольно непростую, которая является образцом преданности и глубокой нравственности, и связан он с именем женщины, которую звали Аполлония. Доподлинно известно, что она происходила из знатной семьи, а ее отец был александрийским чиновником. Дионисий, один из современников Аполлонии, описывает ее как пожилую женщину с седыми волосами. Она жила во времена язычества, но предана была христианству.



Святая Аполлония.
Франсиско де Сурбаран, 1636 г.

Языческие представления александрийской власти не могли смириться с появлением другой веры, ведь это подрывало традиционные устои общества, меняло авторитеты, а, значит, угрожало власти императора. Поэтому язычники схватили Аполлонию, дивную старушку-девушечку, били по челюстям, выбили все зубы; устроили за городом костер и грозили сжечь ее живьем, если она заодно с ними не произнесет кощунственных возгласов отречения от христианства.

По описаниям очевидцев, казнь представляла собой ужасное зрелище. Сначала палач железными щипцами один за другим вырвал женщине зубы, пытаясь добиться ее отречения от веры, но она была тверда в своем решении. Тогда специальными инструментами он раздробил челюсти. Испытывая ужасные страдания и боль, мученица решила перехитрить своих истязателей. Окровавленными губами она еле смогла произнести, что соглашается перейти обратно в язычество. Удовлетворенные услышанным чиновники приказали развязать веревки. Когда ее развязали,

отважная женщина сама бросилась в огонь. Это случилось 9 февраля 249 года.



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

Страдания и христианский подвиг Аполлонии поразили ее современников и потомков. С тех пор существует поверье, что стоит произнести: «Santa Apollonia!», и зубная боль отступит. В 300 году Аполлония была канонизирована как святая мученица. Атрибутами святой Аполлонии, согласно характеру мучений, стали зубы или щипцы. Ее день 9 февраля.

Культе святой Аполлонии быстро распространился в Европе, ее изображения были почти в каждой церкви.

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.

Сегодня стало модным называть именем Аполлонии стоматологические клиники, и такие работают сейчас, по крайней мере, в Минске, Калининграде, Донецке и Москве.

Среди православных святых есть священномученик, к которому страждущие обращаются при зубной боли, — Антипа, живший за 200 лет до Аполлонии, и мощи которого покоятся в Крестовоздвиженской церкви Киево-Печерской лавры.

По сей день по России и миру стоят церкви под его именем. И совсем рядом с нами. Например, Церковь Антипия в г. Суздалье Владимирской области или Церковь Антипия на Колымажном дворе в Москве.

История его такова. Святой мученик Антипий жил в конце III — начале IV века во времена римского императора [Диоклетиана] «царя современника святых апостоль», когда [Иоанн Богослов] был изгнан на остров Патм. Упоминается святой мученик Антипий в «Откровении» Иоанна Богослова: «и не отречеся от веры Моей даже в те дни, в которые у вас, где живет сатана, умершвлен верный свидетель Мой Антипа» (Откр. II.13).

По житию, которое вошло в вторую половину печатного Пролога, изданного Московским печатным двором в 1643 г., Антипий был поставлен архиереем в церкви города Пергама, расположенного на северо-западе Малой Азии. Прославился



Святой Антипа.

своей святой своими проповедями, после которых многие жители города обращались в христианство. Однажды был он приведен к игемону, который утверждал, что старейшая религия более правильная, нежели новая. Подразумевал правитель под старейшей религией, конечно, язычество и идолопоклонство, которое существовало неисчислимо количество веков, а под новой — христианскую, по его словам, лишь вчера начавшуюся. Антипий же на это отвечал: «Каин тоже старшим братом был, а Авель меньшим, но Бог принял Авелевы жертвы, а на Каиновы же и не поглядел». Услышав такие слова игемон приказал «Воль медянь скован вельми разжечше» и вверг туда святого. В печи же, помолвившись Богу и «великую его силу воспевь», отошел к Богу святой мученик Антипий. Ночью христиане взяли не тронутое огнем тело священномученика и похоронили в церкви Пергамской, от мощей святого, по преданию, мир источался и чудеса непрестанно совершались. За мученическую кончину была дарована Антипию благодать целить верующих от всех болезней, а в особенности от болезни зубной.



Казнь. Медный бык.

Изображается Антипий Пергамский на иконах по пояс в священнических одеждах. Правая рука поднята в благословении, в левой руке держит Евангелие.

Священномученику Антипе молятся об исцелении от зубной болезни.

WU WEI

WU WEI

КОМПРЕССОРНЫЕ СИСТЕМЫ БЕЗМАСЛЯНЫЕ



Объем ресивера (л)	Мощность (Вт)	Производительность (л/мин)
24	550	60
24	840	85
35	550	60
35	840	85
50	1000	100
70	1300	130
80	1700	170
105	2550	255
110	2600	260
145	3900	390
225	6000	500
270	7500	600
430	10500	900

 UNIDENT

Эксклюзивный дистрибьютер
продукции WuWei в России
Тел.: +7 (495) 434 10 27,
+7 (965) 310-3820,
e-mail: ornt@unident.net

Siger: выбор, не требующий доказательств

Компания Unident уже многие годы является лидером и надежным представителем многих мировых компаний, представляя высокотехнологичное стоматологическое оборудование на российском рынке. При подборе своих партнеров-производителей компания Unident тщательно изучает и продолжает изучать, в первую очередь, потребности своих клиентов-стоматологов. За свою достаточно длительную историю компания представляла российскому потребителю и экзотические бразильские установки, и сверхдорогие японские. Но, пожалуй, только установки компании Siger представляют тот необходимый баланс надежности, удобства работы и потребительских характеристик. То есть за цену установки вы приобретаете качественного, технологичного, прочного и надежного партнера, который будет работать и работать, при этом выдерживая большую нагрузку. Именно благодаря таким характеристикам большинство врачей-стоматологов выбрали и по достоинству оценили стоматологические установки компании Siger.

Компания Siger уже не является тем новичком на мировом рынке стоматологического оборудования, которому приходится постоянно доказывать и демонстрировать свои достоинства. Отнюдь. Стоматологические установки компании уже давно зарекомендовали себя как функциональное оборудование отличного качества, которому доверяют и которое выбирают.

Компания изначально ставила своей задачей поставку продукции на европейский рынок, где требования потребителей к качеству оборудования не исходят из материальных возможностей, а являются первостепенным аргументом. И с этой задачей успешно справились инженеры компании Siger. Качество, демократичная цена, оснащенность и превосходные характеристики — вот, что является безусловным достоинством этих установок. На сегодняшний день компания твердо стоит на ногах. Уже сформировалась сплоченная команда инженеров и разработчиков, которые постоянно улучшают качество и функциональность установок, модернизируют их и постепенно внедряют новые технологии.

Одним из последних новшеств стало использование в установках гидравлического привода, который, безусловно, имеет ряд достоинств: во-первых, установки с гидравлическим приводом абсолютно бесшумны при работе и способны поднять пациента большого веса. При разработке установок с гидравлическим приводом были учтены инженерные ошибки других компаний, что способствовало созданию весьма надежной системы подъема кресла.

Сейчас на этапе внедрения в производство находятся две новинки: кардинально новая версия — стоматологическая установка U500 и обновленная версия S90. По мнению производителей, эти модели будут задатком высшей планки стоматологических устано-



вок в своем сегменте, при этом сохранив ту же функциональность, великолепное качество и надежность но с более улучшенными возможностями. Причем это будут не поверхностные изменения, а полная модернизация, как внешней, так и внутренней составляющей установок. Модель U500 предполагает 3 варианта кресла пациента: с электромеханическим приводом, гидравлическим приводом и с вариацией итальянского кресла технодент.

Стоматологические установки серии S — установки премиум-класса, в производстве которых применены самые качественные комплектующие и современный подход при проектировании как установок, так и отдельных узлов. В настоящий момент серия представлена тремя установками: S 30, S 60, S 90. Материалы и комплектующие установок проходят самый жесткий контроль и допускаются к применению только после ряда суровых, многоэтапных испытаний. Данные проверки позволяют предоставлять на установки длительную заводскую гарантию.

Управление установкой осуществляется с помощью сенсорной панели, которая позволяет регулировать и контролировать все параметры. Эта функция востребована при проведении многих процедур, таких, как эндодонтия и имплантология. При этом врач изначально может сам задать верхний уровень скорости, который при случайном усиленном нажатии невозможно превысить. Все инструменты активируются и деактивируются с помощью сенсоров, встроенных в консоли держателей инструментов в комплектации с нижней подачей инструментов блока врача. Все установки S-серии с верхней подачей инструментов комплектуются удобным держателем инструментов с фиксатором в рабочем положении. Функция памяти оснащена 3 режимами, что позволяет при работе с установкой трех специалистов задавать свои программы и выполнять различные операции. Блок врача в установках Siger предусматривает: управление креслом пациента, возможность активации и отключения света в инструментах, поддерживающих функцию фиброоптики, установку таймера, встроенный негатоскоп, функцию управления плевательницей. В установках также учтена функция аварийной остановки движения кресла. Что касается обслуживания и гигиены, здесь разработчики Siger тоже оказались на высоте — обивка кресел выполнена из специального бесшовного материала, он стоек к истиранию, легко моется и дезинфицируется.

Хотелось бы также отметить удобство и функциональность управления ассистента при проведении процедуры, что является немаловажным. В установках компании Siger, где блок ассистента фактически является малым аналогом места врача, где есть доступ к 4 инструментам: лампе или интраоральной камере, пылесосу, слюноотсосу и водовоздушному пистолету. Управление осуществляется с помощью сенсорной панели, на которой доступны функции управления движениями кресла, смыв плевательницы, наполнение водой стакана пациента, включение бойлера подогрева воды, включение и выключение светильника.



Установки U-серии созданы с учетом потребностей и задач, стоящих перед российскими стоматологами. Они сочетают в себе великолепное качество, эргономику, отменную надежность, функционал и ресурсы для дальнейшей модернизации. В настоящий момент компания предлагает 2 модели из данной серии — U 200 и U 200 Special Edition (SE). U 200 представляет собой классическую стоматологическую установку с возможностью верхней и нижней подачи, блоком врача на 5 инструментов, сенсорной панелью управления и подготовкой под инструменты, оснащенные фиброоптикой. Установка оборудована удобным и высокотехнологичным креслом пациента с функцией памяти на 5 положений, 4 из которых программируемы. Модель U 200 SE представляет собой своеобразный рестайлинг U 200.

Перед разработчиками и маркетологами стояла задача сделать цену исходной установки более доступной при сохранении ее функциональности. В итоге была создана установка U 200 SE, при радикальном снижении стоимости она практически ничего не потеряла и на сегодняшний момент является одним из лучших в России предложений среди установок эконом-класса, в то время, как и по качеству используемых материалов, и по своим техническим возможностям установка U 200 SE далеко выходит за пределы данного ценового сегмента. Достаточно упомянуть принципиально новый способ двойной окраски металлических деталей TwinCort, более прочный и упругий пластик и, конечно же, стильную и практически не истирающуюся обивку из новейшего материала Pontoflex с возможностью выбора цвета. Отметим также эргономичную форму кресла и всех элементов управления — наследственную черту всех установок Siger.

Что касается изменений, которые были сделаны в ходе рестайлинга, то они минимальны: установка может поставляться только в варианте с нижней подачей, сенсорная панель заменена на кнопочную, так называемую квазисенсорную (микровыключатели расположены под влагозащитной пленкой с обозначениями). Исходя из функционала, качества материалов и предоставляемого сервиса на территории Российской Федерации альтернативы данной установке в сегменте эконом-класса просто нет. Если же говорить в целом по U-серии, то это качественные и надежные установки, на 100% окупающие затраченные на них средства.

Стоматологические установки Siger — постоянный контроль качества, гарантия исключительной надежности, функциональность, многочисленные опции, совместимость и богатая базовая комплектация. Все эти характеристики с уверенностью делают их незаменимым выбором для стоматологов и медицинских учреждений любого профиля.

СОХО®

ТУРБИННЫЕ НАКОНЕЧНИКИ СОХО
инструмент, с которым приятно работать

- Роторная группа с керамическими подшипниками
- Технология LED-подсветки
- Различные цветовые решения
- Ортопедические и терапевтические головки наконечников
- Производятся на новейшем, высокотехнологичном оборудовании
- Японские станки TSUGAMI
- Немецкие балансировочные машины SCHENCK

 UNIDENT

Эксклюзивный дистрибьютер продукции
компании Сохо в России
Горячая линия для клиентов +7 (965) 310-3820
Тел. +7 (495) 434 10 27, ornf@unident.net

Матричные системы «TOP VM»

Уникальные свойства новых пломбировочных материалов не дают желаемого результата, если само моделирование зуба проводится без матричных систем. Без придания реставрируемому зубу правильной анатомической формы, и, в первую очередь, без четко воссозданного контактного пункта, нет настоящей реставрации.

Российская компания «ТОР VM» специализируется на производстве матричных систем и полировальных принадлежностей с 1999 года и выпускает самый широкий ассортимент матриц в мире.

Отличительной чертой матричных систем «ТОР VM» является 3-мерная кривизна матриц, максимально приближенная к анатомической форме зуба, а также оригинальные приспособления для фиксации матриц.

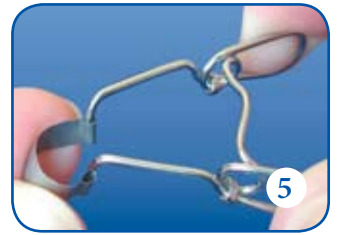
ООО «ТОР VM» разработана система фиксации «Слот», позволяющая регулировать длину матрицы (рис. 1) и обеспечивающая надежную фиксацию матрицы на зубе (рис. 2).

Очень удобны также в работе матрицы-«восьмерки», фиксируемые на зубе без использования матрицедержателя (рис. 3). В ряде случаев эффективно совместное использование матрицы-«восьмерки» и 2 колец, которые фиксируют матрицу в области соответствующих контактных пунктов (рис. 4).

Для начинающих стоматологов незаменима замковая матричная система. Края матриц выполнены в виде цилиндрических трубочек, в которые вводят ножки кольца или фиксатора (рис. 5, 6).

Клинья «Эластик» (рис. 7) позволяют фиксировать матрицы с минимальным воздействием на десну, а силиконовые клинья-насадки на кольцо «Дельта» (рис. 8) обеспечивают мягкое прижатие матрицы к зубу на желаемом расстоянии от контактного пункта.

Приемы работы с различными матричными системами достаточно подробно описаны на сайте «ТОР VM» — www.torvm.ru. Полный каталог нашей продукции вы можете распечатать непосредственно с сайта. Также по вашему запросу мы можем бесплатно выслать каталог по почте.



ТОР VM

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 VM»
Москва,
+7(495) 9367404
+7(495) 2255417
torvm77@gmail.com
www.torvm.ru



Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы)

С. И. ГАЖВА, д.м.н., профессор; Р. С. ГУЛУЕВ. Нижегородская государственная медицинская академия.

На сегодняшний день в структуре стоматологических заболеваний одно из ведущих мест занимают воспалительные заболевания пародонта. Это связано с их высокой распространенностью среди населения, увеличением выраженности и интенсивности течения процесса, формированием хронического одонтогенного очага инфекции и неблагоприятным его влиянием на организм [Абалмасов Н. Г., 2009; Гильмияров Э. М., 2008; Григорян А. С.; 2004; Дмитриева Л. А., 2001; Перова М. А., 2007; Янушевич О. О., 2009].

Среди всех воспалительных заболеваний пародонта особое место отводится хроническому генерализованному пародонтиту, который представляет серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему [Булкина Н. В., 2008; Грудянов А. И., 2000; Гажва С. И., 2010; Цепов Д. М., 2006; Кузьмина Э. М., 2007; Луцкая И. К., 2010; Henderson V., 2009].

Воспалительные заболевания пародонта нередко являются причиной потери зубов, в том числе у лиц молодого возраста, приводящей к стойким морфофункциональным изменениям в жевательном аппарате, неблагоприятно влияющим на деятельность органов пищеварительной системы, нарушающей эстетику лица, жевания и речь [Абалмасов Н. Г., 2009; Григорян А. С., 2004; Жулев Е. Н., 2003; Кицул И. С., 2006; Копейкин В. Н., 1998; Пиекалнитс И. Я., 2009].

По обобщенным данным независимых экспертов ВОЗ, основным на последних результатах эпидемиологических исследований, интактный пародонт встречается лишь в 2-10% наблюдений, воспалительные заболевания пародонта выявляются у 90-95% взрослого населения [ВОЗ, 1990; Губин М. А. и др., 2006; Грудянов А. И., Овчинникова В. В., 2007; Иорданишвили А. К., 2010; Dimitrescu A. L., 2010] и приводят к патологическим изменениям в зубочелюстной системе, связанным с потерей зубов, в 5 раз чаще, чем при осложнении кариеса [Лукиных Л. М. и др., 2005; Хадыева М. Н. и др., 2006; Пузин М. Н. и др., 2008; Левин М. Я. и др., 2010; Gera I., 2004; Lima P. M. A. et al., 2011; Данилевский Н. Ф. и др., 1999; Gjerme P. E., 1999].

Уже к 25-30 годам более 50% населения имеют разнообразные клинические проявления заболеваний пародонта и нередко агрессивный характер течения процесса, что может привести к изменению реактивности организма больного и к полной потере зубов [Артюшкевич А. С., 2006; Улитовский С. Б., 2006; Бажанов Н. Н., 2008; Грудянов А. И., 2010; Луцкая И. К., 2010].

Заболевания пародонта представляют одну из наиболее распространенных и сложных патологий в стоматологии, как в России, так и за рубежом [Григорян А. С., Фролова О. А., 2006; Грудянов А. И., Овчинникова В. В., 2007; Гильмияров Э. М. и др., 2008; Зырянова Н. В. и др., 2009; Цепов Л. М. и др., 2010; Иорданишвили А. К. и др., 2010;

Morita M., Wang H. L., 2001; Imamura T., 2003; Gera I., 2004; Dimitrescu A. L., 2010], занимая второе место после кариеса [Губин М. А. и др., 2006; Шмидт Д. В. и др., 2008; Янушевич О. О., Кузьмина И. Н., 2009; Абалмасов Н. Г. и др., 2009].

Распространенность этого заболевания среди взрослого населения остается на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению [Белоусов Н. Н., 2005; Мамедова Л. А., Подойникова М. Н., 2006; Орехова Л. Ю. и др., 2007; Пузин М. Н. и др., 2008; Левин М. Я. и др., 2010; Axelsson P., 2002; Dimitrescu A. L., 2010].

Согласно исследованиям ВОЗ (1990 г., обследование 53 стран), особенно высокий уровень заболеваний пародонта падает на возраст 35-44 года (от 65% до 98%) и 15-19 лет (от 55% до 89%). По данным ВОЗ, в Нижегородской области и в Нижнем Новгороде заболевания пародонта отмечаются в возрастной группе 35-44 года в 86-90% (2008).

Доля воспалительных заболеваний пародонта в стоматологической заболеваемости неуклонно увеличивается. По данным Е. Н. Жулева (2003), распространенность заболеваний пародонта резко возросла вместе с прогрессом цивилизации и достигла в нашей стране 95-100%.

Обращаемость населения с заболеваниями пародонта значительно возросла за последние 10 лет и достигает 64% от общего амбулаторного приема [Кулаженко Т. В. и др., 2006; Курыкина Н. В., 2007; Леонова Л. Е., 2008; Янушевич О. О., 2009; Пузин М. Н., 2010].

Несмотря на большой интерес к изучению болезней пародонта, они до сих пор остаются недостаточно исследованными. Поражения пародонта включают различные по форме и клиническим проявлениям воспалительные дегенеративные и неопластические процессы. Так, по данным ВОЗ, заболевания пародонта тяжелой степени встречаются у 5-25% взрослого населения, средней степени — у 30-45% взрослого населения и только 2-8% людей имеют интактный пародонт в возрасте 35-45 лет. Распространенность болезней пародонта в возрасте 40 лет, в целом, составляет 94,3%. Пародонтит, являясь одной из самых распространенных патологий челюстно-лицевой области, в последние годы обнаруживает четкую тенденцию к увеличению показателей заболеваемости среди населения [Грудянов А. И., 2006; Иванов В. С., 2004; Воронина А. И., 2010; Меньшикова Ю. В., 2011].

Более широкая распространенность патологии пародонта выявляется в старших возрастных группах, хотя это обстоятельство можно рассматривать как результат совокупного разрушения ткани в течении жизни [Поворознок В. В., Мазур И. П., 2003, 2005; Левин М. Я. и др., 2010; Silverman S. Jr., Wilder R., 2006], а также позднее обращение и диагностику заболеваний [Левин М. Я. и др., 2010; Грудянов А. И., Кемурлария И. В., 2010].

Отмечается устойчивая тенденция к росту тяжелых форм воспалительных за-

болеваний пародонта во всех возрастных группах [Левин М. Я. и др., 2010]. У 5-10% пациентов с заболеваниями пародонта выявляются атипичные формы течения болезни [Безрукова И. В., Грудянов А. И., 2002; Белоусов Н. Н., 2005; Левин М. Я. и др., 2010; Botero J. E. et al., 2007].

В России за последние годы отчетливо ощущается тенденция к снижению возраста пациентов с генерализованными формами воспалительных заболеваний пародонта [Губин М. А. и др., 2006; Ерохина Н. И., 2006; Иорданишвили А. К., 2010].

Показательной группой являются пациенты в возрасте 35-44 лет, состояние пародонта которых ярко демонстрирует уровень заболеваемости, адекватность оказываемой стоматологической помощи и нуждаемость в лечении [Янушевич О. О., Кузьмина И. Н., 2009; Абалмасов Н. Г. и др., 2009; Цепов Л. М., 2010].

По данным исследователей [Абалмасов Н. Г., Абалмасов Н. Н., Гелин А. А., Соловьев А. А., 2009], основным на анализе объема и структуры лечебных манипуляций при заболеваниях пародонта, наиболее значительную часть обратившихся к пародонтологам составляют люди в возрасте 30-49 лет.

Основную группу составляют пациенты с генерализованным пародонтитом средней степени тяжести [Пузин М. Н. с соавт., 2008]. Число пациентов с легкой степенью тяжести в 3-5 раз меньше, что отражает позднюю диагностику и свидетельствует не только о быстром прогрессировании процесса, но, возможно, о раннем появлении первых признаков воспаления [Хадыева М. Н. и др., 2006; Прикулс В. Ф. и др., 2008].

Исследователи связывают этот факт с вероятностью отсутствия серьезных жалоб при легкой степени заболевания, а также низкой информированностью населения о серьезности данного заболевания. Кроме того, не все пациенты готовы уделять внимание своему стоматологическому здоровью [Грудянов А. И., Овчинникова В. В., 2007; Рябых Л. А., Мингезеева А. З., 2010; Korner K. R., 2006; Irwin C. 2007; Vermino A. R., 2008], что нередко сформировано отрицательным опытом лечения в прошлом [Губин М. А. и др., 2006].

Для адекватной оценки заболеваемости в большинстве стран мира проводят эпидемиологические стоматологические обследования населения по единым критериям, рекомендуемым ВОЗ [Янушевич О. О., Кузьмина И. Н., 2009; Леус П. А., 2008; Reich E., 2001]. Подобные обследования дают возможность объективной оценки уровня стоматологического здоровья населения, а также планирования профилактических программ и прогнозирования потребности населения в стоматологической помощи [Янушевич О. О., Кузьмина И. Н., 2009].

В России национальное эпидемиологическое стоматологическое обследование в соответствии с рекомендациями ВОЗ впервые было проведено в 1996-1998 гг.

[Кузьмина Э. М. и др., 2007]. Согласно его результатам, с возрастом распространенность воспалительных заболеваний пародонта значительно увеличивается, при этом нарастает и тяжесть поражения. Вместе с тем, первые признаки воспаления диагностировались уже в 12-летнем возрасте [Янушевич О. О., Кузьмина И. Н., 2009].

Второе национальное эпидемиологическое стоматологическое обследование с использованием тех же критериев ВОЗ было проведено в 2007-2008 гг. на основании приказа МЗиСР РФ от 04.06.2007 г. № 394. В ходе эпидемиологического обследования было выборочно осмотрено население 47 субъектов РФ. Результаты проведенного обследования продемонстрировали высокую распространенность поражения пародонта, которая составила, по данным авторов, 82% [Янушевич О. О., Кузьмина И. Н., 2009]. При этом наиболее высокий уровень заболеваемости приходится на самый трудоспособный возраст 35-44 года.

Распространенность заболеваний пародонта имеет тенденцию к увеличению и, по данным различных авторов, достигает 98% [Дмитриева Л. А., 2001; Куракина Н. В., 2000].

Распространенность заболеваний пародонта чрезвычайно велика, как в развитых, так и в развивающихся странах, особенно у лиц пожилого возраста. Однако в последние десятилетия отмечен значительный рост числа заболеваний пародонта у лиц молодого возраста. В многочисленных работах подчеркивается, что у 13-16-летних подростков в 10-15% случаев диагностируют генерализованные формы гингивита и пародонтита. Развитие и течение этих заболеваний в молодом возрасте имеет свои особенности, которые необходимо учитывать при разработке схем комплексного лечения и профилактики этой патологии. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют также и о значительном

росте числа заболеваний пародонта у лиц в возрасте от 20 до 35 лет.

Сравнительный анализ состояния пародонта, проведенный в трех возрастных группах от 20 до 29 лет, от 30 до 44 лет и старше 65 лет, показал, что фактически в молодом и творческом возрасте — от 29 до 44 лет — лишь 4-5% людей имеют клинически здоровый пародонт и поддерживают адекватную гигиену полости рта [Орехова Л. Ю., 2004]. В настоящее время прослеживается тенденция к увеличению частоты распространенности атипичных форм пародонтита, к их числу относится быстро прогрессирующий пародонтит, с которым в последнее время все чаще встречаются в повседневной практике врачи-стоматологи [Карпенко И. Н., 2009; Фролова Л. Б., 2010; Renvert S., 1996]. Однако, согласно данным эпидемиологических исследований, атипичные формы в общей структуре заболеваний пародонта составляют не более 5-10% [Renvert S., 1996].

Исследования, проведенные Ю. Г. Тарасовой с соавт. (2010) при эпидемиологическом обследовании, показали, что распространенность признаков поражений тканей пародонта по индексу CPITN находится на высоком уровне и колеблется в среднем от 54,04% до 99,33%. С увеличением возраста обследованных лиц закономерно увеличивается процент больных с воспалительными заболеваниями пародонта. В молодом возрасте (15-34 года) в основном преобладают начальные признаки воспаления тканей пародонта в виде кровотоочивости десен (32,06%) и зубного камня (21,15%). Пародонтальный карман выявляется в 5,58% случаев. С возрастом увеличивается количество лиц с выявленными пародонтальными карманами: в 35-44 года — до 28,37%; в 45-64 года — до 44,28%; в 65-74 года — до 73,68%. Процент лиц, нуждающихся в пародонтологической помощи, по индексу CPITN в среднем составляет 69,43%.

Как показывают литературные данные, обратившимися за стоматологической помощью в 78,7% случаев являются женщины, имеющие заболевания пародонта, причем наиболее высокая их распространенность наблюдается при эстрогендефицитных состояниях, в частности в период постменопаузы [Орехова Л. Ю., 2004; Блашкова С. А., 2011; Воронина А. И., 2010].

Хроническое течение пародонтита часто сопровождается временной нетрудоспособностью, что приводит к огромным экономическим затратам [Григорян А. С., 2004; Дмитриева Л. А., 2001; Кишул И. С.; 2006].

Уровень пародонтологического статуса населения страны с каждым годом ухудшается. Высокая распространенность воспалительных заболеваний пародонта, их полиэтиологичность, склонность к прогрессированию, значительные трудности в достижении стойкой ремиссии, а также резкое увеличение числа лиц молодого возраста с тяжелыми деструктивными и атрофическими изменениями пародонта, низкий уровень доступности оказания пародонтологической помощи населению делают проблему весьма актуальной [Боровский Е. В., 2001; Грудянов А. И., 2006; Григорович Э. Ш., 2010; Кудрявцева Т. В., 2001; Максимовская Л. Н., 2000; Михайлова Е. Г., 2000; Цепов Д. М., 2006; Dimitrescu A. L., 2010].

Широкая распространенность воспалительных заболеваний пародонта, неуклонно прогрессирующее течение процесса, приводящее к потере зубов, недостаточная эффективность терапии и профилактики обуславливают важность и значимость изучения этиопатогенеза патологии пародонта, а также поиска эффективных методов и средств лечения и профилактики [Грудянов А. И., Овчинникова В. В., 2007; Пузин М. Н. и др., 2008; Прикул В. Ф. и др., 2008; Цепов Л. М., и др., 2010; Леонтьев А. А., 2010].

Значение консервативной терапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта

Л. М. ЛУКИНЫХ, д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии;

Н. В. КРУГЛОВА, к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии.

Нижегородская государственная медицинская академия.

В настоящее время доказано, что лечение воспалительных заболеваний пародонта должно быть комплексным, этиопатогенетическим, индивидуализированным, обоснованным, последовательным и динамичным. Выбор средств и методов в каждой клинической ситуации зависит от нозологической формы, степени тяжести заболевания и окклюзионных взаимоотношений зубов у конкретного пациента.

После выявления и оценки этиологических факторов (общих и местных) первым этапом комплексных лечебных мероприятий является проведение консервативной противовоспалительной терапии врачом-стоматологом и лечение у врача соответствующего профиля при наличии соматической патологии.

Алгоритм действий врача-стоматолога может быть представлен следующим образом:

1. Консервативные (терапевтические) мероприятия:

- Профессиональная гигиена полости рта (удаление над- и частично поддесне-

вых зубных отложений с полированием обработанных поверхностей).

- Обучение правилам рациональной индивидуальной гигиены, контроль гигиены полости рта.

- Местная и системная противовоспалительная терапия.

- Санация полости рта (пломбирование кариозных и некариозных полостей, восстановление контактных пунктов, устранение нависающих травмирующих факторов).

- Шинирование подвижных зубов временными адгезивно-волоконными системами.

2. Ортопедическое лечение (избирательное пришлифовывание зубов, рациональное протезирование).

3. Ортодонтическое лечение (по показаниям).

4. Хирургическое лечение (удаление корней и зубов III степени подвижности, вестибулопластика, гингивопластика, закрытый, открытый кюретаж, лоскутные операции, операции направленной тканевой регенерации).

5. Выявление сопутствующей патологии и лечение у врача соответствующего профиля.

6. Физиотерапевтическое лечение.

7. Диспансерное наблюдение.

Появляющиеся с развитием стоматологических технологий для оптимизации лечебного процесса новые прогрессивные консервативные методики позволяют улучшить качество жизни пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

В большинстве клинических случаев уменьшение воспалительных реакций наблюдается после проведения профессиональной гигиены полости рта.

Борьба с микробной инфекцией, то есть удаление «биопленок», определяемых как «матричные популяции прикрепленных друг к другу бактерий», и устранение факторов, способствующих их повторному возникновению, — главная цель, которую преследует врач-стоматолог при проведении профессиональной гигиены полости рта.

Удаление мягкого зубного налета следует проводить с помощью циркулярных нейлоновых щеток и абразивных паст или современных воздушно-абразивных систем Air-Flow, Profy-Max, Prophylflex и др.

Еще в XVI веке Парацельсом был введен термин «зубной камень». Удаление минерализованных над- и поддесневых зубных отложений (Scaling & Root Debridement) рекомендуется проводить с помощью ручных скейлеров, кюрет (Грейси, Лангера), долот, мотыг, рашпилей, импакеров или современных ультразвуковых пьезоэлектрических аппаратов (Piezon-Master, MultiPiezo, Mini-Master, Woodpecker, Vector, Piezotome и др.).

Сглаживание и полирование обработанных поверхностей корня (Root Planning & Polishing) необходимо осуществлять с помощью пародонтологических боров, системы Vector, реципрокных систем Per-io-tor, Profin Lamineeer.

Полирование поверхностей коронок зубов следует проводить резиновыми полировочными головками и щеточками (Jiffy, Enhance и др.) с полировочными пастами (Detartrine, Proxut, Clean-polish, Prophylactic paste, Полидент и др.), абразивными полосками (штрипсами) или современными воздушно-абразивными системами Air-Flow, Profy-Max, Prophylflex и др. Необходимо помнить о том, что применение ультразвуковых приборов противопоказано пациентам с кардиостимуляторами, эпилепсией, инфекционными, респираторными, онкологическими заболеваниями, беременным женщинам, детям с молочными и недавно прорезавшимися постоянными зубами.

Обязательным условием достижения положительного эффекта от терапевтических мероприятий при лечении воспалительных заболеваний пародонта является регулярное выполнение пациентом рекомендаций врача-стоматолога по поддержанию хорошего уровня гигиены полости рта в домашних условиях.

Обучение правилам рациональной индивидуальной гигиены полости рта (зубы и язык чистить 2 раза в день, утром после завтрака и на ночь, в течение 3-4 минут) с подбором индивидуальной рациональной зубной щетки (ручной, электрической) или стоматологического центра с ирригатором, лечебной зубной пасты, зубных нитей (флоссов) и ершиков, скребка либо щетки для языка. Первое посещение должно сопровождаться визуальным, тактильным или аппаратным (системой Perioscan) контролем качества проведенной профессиональной чистки зубов, а также комментарием о **видах мотиваций** (зрительной, обонятельной, слуховой, тактильной), способствующих поддержанию хорошего гигиенического уровня.

В настоящее время для антисептической обработки тканей пародонта подбираются лекарственные средства с учетом состояния процессов свободнорадикального окисления в ротовой жидкости. В связи с этим выявлены новые свойства **антисептических растворов**, таких как Корсодил, мифенаминат натрия, Мирамистин, Новоиманин, ОКИ-раствор, Ромазулан, Ротокан, Сангвиритрин, Стоматофит, Тантум Верде, Фурацилин, Хлоргексидин, Хлорофиллипт, Цитраль, этакридина лактат и других официальных препаратов.

Не теряют своей актуальности и широко используются **лекарственные формы местного действия** на основе антибактериальных препаратов (Асепта, Альбадент, Атридокс, Гликодент, Ируксол, Клиос-

том, Метрогил дента, Мунзидал, Пародиум, Периоклайн, Президент эффект, Радогель, Холисал, Элгогель, Элизол-гель, волокна Actisite); **противовоспалительные препараты** (3% ацетилсалициловая, 5% бутадионовая, 10% индометациновая, 1% гепариновая мази, Индовазин-гель, 1% эмульгель Вольтарена); **гормональные препараты** (0,5% преднизолоновая, 1% гидрокортизоновая, Гиоксизон, Деперзолон, Дермозолон, Оксизон, 1% мазь Ортофена и другие кортикостероидные мази); биоактивный лекарственный криогель; **пародонтальные повязки** (Гингитек, Воконпак, Вивадонт, Сангвикол, Септо-пак, Парасепт, ППА-Рад, кератопластические пластины ЦМ, Тонзинал, PerioChip, Диплен-пленки с линкомицином, метронидазолом, хлоргексидином, гентамицином, клиндамицином, солкосерилом, лидокаином и хлоргексидином, дексаметазоном и хлоргексидином, Солкосерил дентальная адгезивная паста и др.).

Многие исследователи обосновывают патогенетическую целесообразность включения в комплексную терапию воспалительных заболеваний пародонта апробированных антиоксидантов растительного, животного, микробного, синтетического происхождения и других биорегуляторов тканевого обмена, устраняющих негативное действие микрофлоры полости рта и одновременно нормализующих состояние защитных механизмов, ликвидирующих последствия нарушенного метаболизма в тканях пародонта. **Антиоксиданты** обладают способностью предупреждать активацию индуцированных свободнорадикальных реакций, замедляя их скорость, и частично устранять повреждения, вызванные избытком свободных радикалов, что обусловлено наличием у антиоксидантов иммуностимулирующих свойств. В связи с этим в схему комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта предлагается включать: витамины С, А, Е, Р, группы В, Витон, Галавит, Гепон, Дезоксинат, Декарис, Дибунол, Имудон, Кознзим Q₁₀, Липоксид, Лизобакт, Мексидол, Полиоксидоний, препараты шиповника, селеноорганические препараты, сукцинат натрия, Тактивин, Траумель-С, Цитофлавин, Элеутерококк, Энергостим и другие препараты.

Однако доказано, что при многократных длительных курсах применения эндогенных добавок антиоксидантов клеткам нет необходимости синтезировать свою собственную антиоксидантную защиту. При этом в организме одновременно с подавлением синтеза антиоксидантов при снижении продукции активных форм кислорода прекращается синтез важнейших репаративных и других компонентов, восстанавливающих структуру поврежденных молекул. Поэтому огромное значение приобретает индивидуальное тестирование про- и антиоксидантного баланса до применения лекарственных средств. Установлено, что наиболее эффективным является кратковременное применение экзогенных антиоксидантов, это позволяет максимально сохранить собственную эндогенную антиоксидантную защиту клеток организма.

После уменьшения воспаления тканей пародонта необходимо проводить **санацию полости рта (пломбирование кариозных и некариозных полостей, восстановление контактных пунктов, устранение нависающих краев пломб и любых травмирующих факторов, удаление корней и зубов III степени подвижности)**.

Важным этапом комплексного лечения для устранения функциональной травматической перегрузки пародонта (особенно при наличии частичной потери зубов) являются **ортопедические методы лечения**, включающие избирательное пришлифовывание зубов, изготовление имediat-протезов, **ортодонтическое лечение** (по показаниям), **шинирование подвижных зубов временными адгезивно-волоконными системами** (Ribbond, Connect, Construct, Fiber-Splint, Glasspan, EverStick) и **рациональное протезирование**.

Острые и хронические нозологические формы в стадии обострения средней и тяжелой степени тяжести, наряду с вышеперечисленными мероприятиями, требуют обязательного включения в схему лечения перорально или парентерально антибактериальных и противовоспалительных препаратов. **Антибактериальная терапия** в каждом конкретном случае должна назначаться с учетом состава патогенной микрофлоры пародонтальных карманов. Назначение **нестероидных противовоспалительных препаратов**, являющихся ингибиторами синтеза простагландинов и медиаторов воспаления, способствует уменьшению резорбции костной ткани. Сенсibilизация организма микроорганизмами, их токсинами, продуктами распада тканей пародонта обуславливает назначение **десенсибилизирующих средств**. Прием антибиотиков неизбежно приводит к изменению местного иммунитета и микробиоценоза слизистой оболочки, нарушению экологического равновесия между флорой полости рта, при этом изменяется сложившийся в процессе эволюции симбиоз микроорганизмов, открывая в ряде случаев путь более агрессивной в отношении пародонта микрофлоре. Одним из методов коррекции микрофлоры полости рта должно быть использование в комплексном лечении заболеваний пародонта **эубиотиков** (Ацилакт, Бифидоформ, Бифидумбактерин, Лактобактерин), **пробиотиков** (Бактисубтил, Биоспорин, Энтерол), **пребиотиков** (Нормаза, Хилак форте и др.).

Огромное значение при комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта имеют хирургические методы (вестибулопластика, гингивопластика, закрытый, открытый кюретаж, лоскутные операции, операции направленной тканевой регенерации). Результатом их проведения является устранение местных этиологических факторов, восстановление физиологической конфигурации маргинальной десны и приостановление прогрессирования деструкции костной ткани альвеолярного отростка путем ликвидации пародонтальных карманов.

Для повышения общей резистентности организма рекомендуется назначать поливитамины (Витрум, Берокка плюс, Дуовит, Компливит, Мультитабс, Спектрум, Супрадин, Теравит, Олиговит, Ундевит, Элевит, Юникап и др.), а также по показаниям препараты кальция (Витрум кальций, Глюконат кальция, Компливит Кальций Д₃, Кальций актив, Кальций-Д₃ Никомед, Альфа Д₃-Тева, Альфадол-кальций, Кальцемин и др.).

Назначаемые **физиотерапевтические методы** (гидромассаж, гипербарическая оксигенация, озонотерапия), воздействуя на нейрогуморальные и рефлекторные механизмы, стимулируют окислительно-восстановительные процессы, восстанавливают метаболизм, улучшают трофику тканей пародонта.

На этапах комплексного лечения **оценить эффективность проведенных консерва-**

тивных мероприятий можно по изменению клинического состояния тканей пародонта, сравнив традиционные гигиенические и пародонтальные индексы, а также изучив показания галиметра и измерив глубину десневых карманов с помощью специального градуированного зонда, калиброванной гладилки, пародонтометра Н. Ф. Данилевского, градуированных штифтов и контрастных растворов, зондов с калибровкой давления, СРІТN-зондов или современных электронных измерительных систем с автоматическим постоянным давлением зондирования Interprobe, Florida Probe, Periprobe.

Подтвердить клинические результаты лечения и оценить эффективность проведенной терапии можно лабораторными методами исследования, например, иммунологически (определяя концентрации интерлейкинов, иммуноглобулинов А, G, активности лизоцима, изменение иммунной реактивности ротовой жидкости по коэффициенту Ксб и др.); биохимически (определяя вязкость, рН ротовой жидкости, концентрации ионов микроэлементов в ротовой жидкости, активности антиоксидантной системы ротовой жидкости и показателя свободнорадикального окисления); микробиологически (изучая изменение качественного состава микрофлоры зубодесневой борозды), цитоморфометрически и функционально (аппаратурными методами).

Немаловажным критерием эффективности лечения является выяснение изменения качества жизни пациента, то есть интегральной характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанной на его субъективном восприятии. Изучение качества жизни — общепринятый в международной практике, высокоинформативный, чувствительный и экономически обоснованный метод оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп. Данные о качестве жизни, наряду с традиционным медицинским заключением, позволяют составить полную и объективную картину заболевания,

определить отношение пациента к своему заболеванию и назначенному лечению.

Таким образом, проведение консервативных противовоспалительных мероприятий при комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта имеет большое значение как для пациента, обуславливая его дальнейшее желание следовать плану лечения, так и для врача-стоматолога, преследующего цель вылечить или достичь стадии клинической ремиссии определенной нозологической формы.

Клинический пример

Пациентка С., 45 лет, МКСБ № И-1927, обратилась с жалобами на кровоточивость десен при чистке зубов, эстетический дефект десен.

Анамнез: жалобы появились около полугода назад. Считает себя практически здоровой, из сопутствующих заболеваний отмечает хронический кандидоз, работает в медицинском учреждении с лекарственными веществами, вредные привычки отсутствуют, аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

Объективные данные: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное. Преддверие полости рта средней глубины, прикус — ортогнатический, зубодесневые сосочки в области 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3 зубов отечны, гиперемированы, гипертрофированы, кровоточивость по ВОЗ=1, имеются над- и поддесневые зубные отложения. **Индексная оценка:** КПУ=17; ИГР-V=4,0 балла; РМА=45%; ПИ=3,5; СРІТN=2а — 3-я группа. Пародонтальные карманы в области зубов 1.7, 2.4, 3.7, 4.4 глубиной 3 мм. **На ортопантомограмме:** деструкция костной ткани по смешанному типу с преобладанием вертикального типа резорбции, сопровождающейся уменьшением высоты межальвеолярных перегородок на 1/3 длины корней в области всех групп зубов; наличие костных карманов в области 1.7, 2.4, 3.7, 4.4. В теле челюсти очаги остеопороза превалируют, перемежаются с очагами остеосклероза. Структура ткани крупно- и среднелестчатая. Клиническая

ситуация до и после лечения представлена на рис. 1.

Диагноз: Хронический пародонтит генерализованный (K05.31), легкая степень тяжести.

Оценка активности свободнорадикальных реакций и активности антиоксидантной системы ротовой жидкости до лечения:

Диеновые конъюгаты (ДК) = 0,21 отн. ед.

Триеновые конъюгаты (ТК) = 0,16 отн. ед.

Проксидантно-антиоксидантный баланс [$I_{max}/tg(-2\alpha)$] = 4,339 отн. ед.

Основания Шиффа (ОШ) = 11,07 отн. ед.

Комплексное этиопатогенетическое лечение ХГП легкой степени тяжести:

1. Профессиональная гигиена полости рта аппаратом Piezon-Master 400 с последующим шлифованием и полированием всех поверхностей зубов с помощью специальных циркулярных щеток и резинок, зафиксированных в угловом наконечнике (на скорости 5000-10000 об/мин.) с использованием абразивной пасты Detartrine («Septodont») и штрипсов с мелкой насыпкой, затем аппаратом Vector.

2. Обучение правилам рациональной гигиены полости рта: зубы и язык чистить 2 раза в день (утром после завтрака и на ночь, в течение 3-4 минут) с использованием ручной зубной щетки средней жесткости (Pro-Expert «Oral-B»), лечебной зубной пасты Пародонтакс («GlaxoSmithKline»), зубных нитей и зубных ершиков («Oral-B», «ROCS», «Colgate», «Lacalut»). Ополаскивание полости рта во время и после чистки зубов отварами трав (ромашка, шалфей и др.). Нанесение после чистки зубов геля Метрогил-дента на зубную щетку и проведение массажа десен зубной щеткой в течение 1-2 минут.

3. Контроль гигиены полости рта путем демонстрации налета на зубах пациента с помощью гладилки и зонда на приеме у стоматолога, а также самим пациентом путем определения «языкового теста» (чувства гладкости зубов) после чистки зубов в домашних условиях.

4. Санация полости рта (восстановление контактных пунктов между зубами 1.4 и 1.5, 2.4 и 2.5, 3.4 и 3.5, повторное эндодонтическое лечение зубов 1.7, 2.4, 3.6, 3.7, реставрация зубов 1.7, 3.6, 3.7, удаление зубов 1.8).

5. Консультация врача-ортопеда, избирательное пришлифовывание зубов, рациональное протезирование.

6. Общеукрепляющая терапия: поливитамины с макро- и микроэлементами на выбор (Юникап, Витрум, Мульти Табс, Алфавит, Компливит и др.), курс лечения — 1 месяц.

На третий день после профессиональной гигиены наблюдалось улучшение состояния в полости рта: слизистая оболочка десны бледно-розового цвета, зубодесневые сосочки физиологической конфигурации, ИГР-V=1,0 балл, РМА=30%.

Оценка активности свободнорадикальных реакций и активности антиоксидантной системы ротовой жидкости после лечения:

ДК=0,15 отн. ед.

ТК=0,07 отн. ед.

$I_{max}/tg(-2\alpha)$ =3,973 отн. ед.

ОШ=7,55 отн. ед.

На этапах протезирования и диспансерного наблюдения проводилась профессиональная гигиена полости рта аппаратами Piezon-Master 400 и Vector, осуществлялся контроль гигиены полости рта.



а) Клиническая ситуация до лечения.



б) Проба Шиллера-Писарева.



в) Ортопантомограмма до лечения.



г) Клиническая ситуация после лечения.

Рис. 1. Пациентка С., 45 лет, МКСБ № И-1927, хронический пародонтит генерализованный, легкая степень тяжести, комбинированная травматическая окклюзия; до и после лечения.

МИРАМИСТИН

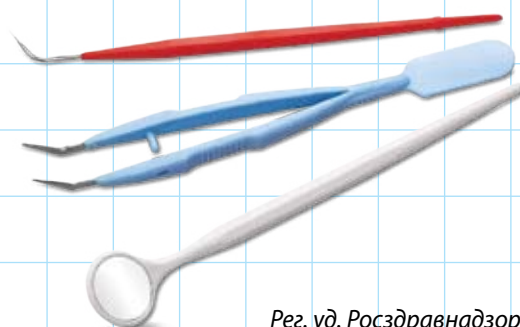


Мирамистин – современный антисептический препарат.

Показания в стоматологии:

- Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и полости рта (стоматит, пародонтит, гингивит и др.).
- Пред- и послеоперационная профилактика.

СОИ-П1



Рег. уд. Росздравнадзора
№ ФСЗ 2008/00002 от 22.04.2010 г.

СОИ-П1 – профессиональный набор стерильных одноразовых стоматологических инструментов

- Изготовлен из высококачественных материалов японского производства.
- Разработан с учетом рекомендаций российских стоматологов.
- Удобен в использовании.

ОКОМИСТИН



Окомистин – глазные капли для врачей-стоматологов.

- Профилактика и лечение инфекционно-воспалительных заболеваний глаз, в том числе с воздушно-капельным путем передачи.



Телефоны: (495) 775-83-20, 775-83-21, 775-83-22, 775-83-23

E-mail: infamed@infamed.ru

www.infamed.ru

Применение Мирамистина для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области

Мирамистин® относится к группе катионных антисептиков, а именно к четвертичным аммониевым соединениям. Клинически доказано, что препарат оказывает выраженное бактерицидное действие в отношении грамположительных и грамотрицательных, аэробных и анаэробных бактерий, включая госпитальные штаммы с полирезистентностью к антибиотикам. Мирамистин обладает противовирусным действием и действием против простейших. Повышает чувствительность бактерий, грибов и простейших к действию антибиотиков.

Кроме того, препарат:

- повышает местный иммунитет, стимулируя защитные реакции в месте применения, за счет активации поглотительной и переваривающей функции фагоцитов;
- потенцирует активность моноцитарно-макрофагальной системы, нормализуя транспортную функцию мерцательного эпителия;
- оптимизирует перекисное окисление липидов при эндобронхиальном введении большим с бронхолегочной патологией;
- усиливает регенерацию, стимулируя эпителизацию и reparативные процессы в ране, что ускоряет заживление.

При этом препарат не всасывается и не оказывает повреждающего действия на слизистые оболочки и кожные покровы, не обладает местно-раздражающим и аллергизирующим действием.

Черкесов И. В., Бажанов Н. Н. и Александров М. Т. с соавт. провели клиническую апробацию различных методов лечения пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ) челюстно-лицевой области (ЧЛО). Были пролечены и обследованы 50 больных с флегмонами ЧЛО легкой (32%), средней (51%) и тяжелой (17%) степени тяжести, проведена сравнительная оценка с контрольной группой из архива (100 больных). Клиническую апробацию различных методов лечения больных с ГВЗ ЧЛО проводили на основе комплексного лечения. Местно для антисептической обработки ран ЧЛО применяли Мирамистин в виде раствора.

Для объективизации антибактериальной активности антисептического препарата использовали экспресс-метод индикации основе явления лазерной флуоресцентной диагностики (ЛФД) на аппарате «Спектролюкс МБ». Проведена сравнительная оценка (микробиологически и методом ЛФД) эффективности

фурацилина, хлоргексидина, диоксилина и Мирамистина. Показано, что наиболее эффективны препараты Мирамистин и диоксидин (97,3%).

В отдельном эксперименте изучался механизм действия Мирамистина. Показано, что сразу после добавления раствора Мирамистина в гнойный экссудат отмечали резкое увеличение мощности флуоресценции вследствие выхода как экзо-, так и эндопорфиринов, что связано с гибелью микроорганизмов (подтверждено микробиологически).

Применяли Мирамистин после лаважа гнойной раны 0,9% раствором хлорида натрия в течение 2-3 мин. (100 мл). Время обработки раны Мирамистином составило 3-5 мин., расход — 50-60 мл. Обработку проводили 1 раз в сутки, при необходимости 2-3 раза в день. Клинически показана хорошая переносимость препарата при промывании клетчаточных пространств гнойной раны ЧЛО, лишь в некоторых случаях (3,4%) больные отмечали жжение в ране, которое исчезало через 2-3 мин. после окончания обработки.

Результаты исследований показали, что отек в области воспаления у больных основной группы по отношению к группе сравнения купировался раньше в среднем на 1,5 дня у больных с легкой степенью тяжести течения гнойно-воспалительного процесса, на 2,5 дня — со средней степенью и на 1,3 дня — у больных с тяжелой степенью. Период гноетечения сократился в среднем на 3,5 дня; 6,7 дня и 10,8 дня, соответственно. Значительно сократились сроки рассасывания инфильтрата и появления грануляции. Длительность болезни различалась в зависимости от степени тяжести заболевания. В основной группе эти показатели составили (в среднем): у больных с легкой степенью тяжести — 8,2 дня, средней степенью тяжести — 14,8 дня, тяжелой степенью тяжести — 24,1 дня. Аналогичные показатели в группе сравнения составили, соответственно: 13,7; 18,4 и 30,4 дня.

Таким образом, применение Мирамистина в комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями ЧЛО позволяет заметно сократить курс противовоспалительной терапии и может быть рекомендовано для обработки ран ЧЛО в качестве эффективного препарата. Единственное противопоказание к использованию — это индивидуальная непереносимость, которая встречается довольно редко.

В помощь гигиенисту. В чем и как поможет PRESIDENT...

О профессионализме стоматолога и качестве его отношения к пациенту свидетельствует проведение квалифицированных реабилитационных стоматологических мероприятий, дополненное грамотными советами и индивидуальным подбором гигиенических средств в зависимости от стоматологического статуса пациента. Многолетний опыт применения зубных паст показывает, что универсальных средств гигиены создать невозможно, поскольку состояние полости рта у различных людей подвержено значительным колебаниям. Индивидуальный подбор гигиенических средств и зубных паст базируется на объективной оценке состояния полости рта, выраженности патологических изменений и выборе препаратов, обладающих адекватными качествами.

В чем эффективна данная зубная паста для решения конкретной стоматологической проблемы?

По статистике, более 90% взрослого населения России имеют те или иные проблемы с деснами. При этом, обнаружив признаки кровоточивости при чистке зубов, сразу обреченно ставят себе диагноз — пародонтит. Безусловно, кровоточивость является первым сигналом того, что ваша полость рта нуждается в особо тщательном уходе. Но, к счастью, пародонтит — явление достаточно редкое. При настоящем пародонтите зубы попросту выпадают во время еды, при разговоре.

Гораздо чаще встречается другая беда — воспаления. Если процесс не затрагивает ткани, связывающие зуб с десной, — это начальная стадия — гингивит. Когда процесс углубляется и нарушается прикрепление зуба к десне — это пародонтит. И в том и в другом случае — кровоточивость, болезненность — первые «звоночки», которые должны насторожить и настроить на бескомпромиссную борьбу с недугом. Главный вопрос — как и чем?

Основная причина развития воспалений пародонта — болезнетворные микроорганизмы, из которых образуются массивные колонии — бляшки. Поэтому средства для борьбы с гингивитом и пародонтитом должны содержать активные компоненты с максимальным антибактериальным эффектом.

Специалисты рекомендуют для снятия воспаления зубные пасты, ополаскиватели, бальзамы для десен, содержащие издревле популярные в народной медицине прополис, экстракты мальвы, шалфея, ромашки и их активные компоненты — аллантоин и бисаболол. Они не только снимают воспаление, но и ускоряют восстановление поврежденных тканей. Хорошо уплотняют рыхлые десны и укрепляют стенки ломких капилляров экстракты сангвинарии (кровохлебки лекарственной) и знаменитого боярышника. Десны, требующие эксклюзивной защиты, необходимо лечить с использованием средств, обладающих не только антибактериальным, но и противовоспалительным действием, поскольку грибки рода *Candida* — грозный враг нашего организма в целом и полости рта в частности. В этом отношении незаменим экстракт тимьяна, который присутствует, например, в зубной пасте **PRESIDENT Exclusive**.

Для профилактики и лечения заболеваний пародонта в стоматологической серии зубных паст **PRESIDENT** зубная паста **PRESIDENT Active** с RDA 75 показана к применению



при появлении симптомов развития пародонтита, она способствует уменьшению кровоточивости и укреплению десен. В состав пасты входят эффективный компонент с вяжущими и антибактериальными свойствами (цитрат цинка), трикло-

зан и соединения фтора. Растительные экстракты сангвинарии и боярышника, присутствующие в пасте, оказывают кровоостанавливающее действие, положительно влияют на состояние микроциркуляции пародонта.

Для устранения повышенной кровоточивости десен также целесообразно использование специальной зубной пасты для десен **PRESIDENT Extra Active** (RDA 75), противовос-



палительное действие, вяжущий и кровоостанавливающий эффект которой обусловлен комбинацией хлоргексидина, аллантоина, бисаболола и экстракта коры дуба.

При наличии выраженных симптомов воспаления слизистой оболочки полости рта, возникающих в процессе обострения гингивита, пародонтита, стоматита, может быть рекомендована паста **PRESIDENT Exclusive**. Ее эффектив-



ность обусловлена введением в рецептуру мощного антибактериального средства (гексетидина) и обладающего антимикотической активностью экстракта тимьяна. Входящий в состав пасты прополис активно влияет на регенераторную функцию слизистой оболочки и снижает выраженность воспалительного процесса, наличие фторсодержащих компонентов предупреждает развитие кариеса в полости рта, а оптимальный показатель RDA 75 обеспечивает эффективность и безопасность при удалении бактериального налета.

Эффективным средством лечения воспалительных заболеваний и поврежденной слизистой оболочки полости рта является бальзам для десен **PRESIDENT Effect**. Он показан



к применению после хирургических вмешательств на пародонте, снятия зубных отложений, повреждениях слизистой оболочки, обусловленных действием съемного протеза, особенно в период адаптации к нему. Препарат эффективен при наличии симптомов стоматита, гингивита, пародонтита. В его состав входят экстракт мальвы, способствующий снятию раздражения и заживлению ран, и экстракт ромашки, обладающий противовоспалительным и обезболивающим действием. Также в рецептуру бальзама введен мощный бактерицидный препарат хлоргексидин.

Необходимо обратить особое внимание, что входящие в состав зубных паст антибактериальные компоненты (триклозан, гексетидин и хлоргексидин) при длительном применении подавляют не только патогенную, но и сапрофитную микрофлору. Поэтому указанные средства следует применять только лечебными курсами в периоды комплексного лечения или обострения заболеваний (зубные пасты — 2-3 недели, бальзам — 5-7 дней).

ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ДЕСЕН

Exclusive

made in Italy

КОМУ: всем, кто страдает от воспаления десен и мягких тканей полости рта.

ПОКАЗАНИЯ: воспалительные и инфекционные заболевания полости рта бактериальной и грибковой природы: гингивит, пародонтит, стоматит, глоссит (воспаление языка), дополнительная гигиена полости рта при заболеваниях носоглотки, верхних дыхательных путей.

ПРИМЕНЕНИЕ: курсовое.

Лечебно-профилактическая зубная паста **PRESIDENT Exclusive**

Содержит эксклюзивную комбинацию гексетидина, фтора, экстракта тимьяна и прополиса. Обладает широким спектром антибактериальной и противогрибковой активности, в частности, в отношении грибов рода *Candida*. Оказывает ярко выраженное противовоспалительное и ранозаживляющее действие. Укрепляет десны и зубную эмаль, придает свежесть дыханию. Syloblanc обеспечивает контролируемую абразивность с показателем RDA 75, мягко и бережно удаляет налет.

Курс применения — 2-3 недели с перерывами между курсами 2-3 недели.

50 мл 75 мл 100 мл



Ополаскиватель **PRESIDENT Profi**

Содержит хлоргексидин, экстракты шалфея, ромашки и эхинацеи. Эффективен как самостоятельное средство и в комплексе с зубной пастой. При разведении 1:3 может быть использован как жидкость для ирригатора. Проникает во все труднодоступные места.

Оказывает антибактериальное, противовоспалительное и ранозаживляющее действие. Не содержит фтора, подходит для использования людям, проживающим в местах с повышенным содержанием фтора в питьевой воде.

Не содержит спирта и лаурилсульфата натрия.

Готов к употреблению.

250 мл

Спрей для полости рта **PRESIDENT Exclusive**

Спрей действует целенаправленно на очаги воспаления, оказывает антибактериальное, противогрибковое, противовоспалительное, а также ранозаживляющее действие.

Содержит хлоргексидин, тимьян, прополис и бисаболол.

Курс применения — 2-3 недели с перерывами между курсами 2-3 недели.



30 мл

Бальзам для десен **PRESIDENT Effect**

Средство усиленного действия. Наносить на проблемные участки и/или добавлять горошину геля к зубной пасте при чистке зубов. Содержит хлоргексидин, экстракт мальвы и ромашки. Заметно уменьшает воспаление и болезненность в период прорезывания зуба «мудрости», после снятия зубных отложений, в период протезирования, при ожогах слизистой полости рта.

Курс применения — 2-3 раза в день в течение 5-7 дней.



30 мл

Официальный представитель: ООО «Премьер-продукт»

111524, г. Москва, ул. Электродная, д. 9Б

Тел.: (495) 745-60-10, 745-60-11, 745-60-12, 745-60-14

www.presi-dent.ru

Современные аспекты профилактики заболеваний пародонта

Л. Н. КАЗАРИНА, Л. В. ВДОВИНА.

Кафедра пропедевтической стоматологии Нижегородской государственной медицинской академии.

«Чтобы «улыбка XXI века» не стала полностью беззубой и не трансформировалась в «адентию XXI века», надо изучать оральную гигиену, учиться ей самим и учить своих пациентов, чтобы не настал такой момент, что лечить уже нечего и не у кого».

С. Б. Улитовский, 2000 г.

Актуальность проблемы

Вопросы профилактики заболеваний пародонта составляют важный раздел стоматологии. Анализ показывает высокую распространенность поражения пародонта, которая с возрастом значительно увеличивается. 50% 12-летних детей нуждаются в обучении правилам гигиены полости рта, 20% — в проведении профессиональной гигиены. 86% лиц в возрасте 35-44 лет нуждаются в пародонтологической помощи, включая хирургическое лечение. Распространенность заболеваний пародонта в России, в зависимости от возраста, колеблется от 48,2% (в 12 лет) до 86,2% (в 44 года), а к 60-65 годам достигает 100%. Согласно результатам многочисленных эпидемиологических исследований отечественных и зарубежных авторов, наиболее часто встречающейся патологией пародонта в молодом возрасте является гингивит, после 30 лет — пародонтит.

Результаты исследований показывают, что даже легкая степень заболеваний пародонта у детей при отсутствии профилактики переходит у взрослых в достаточно тяжелую форму с необходимостью в терапевтическом, хирургическом и ортопедическом лечении.

Многочисленные исследования [Алимский А. В., 1989; 2000; Грудянов А. И., 1994; Барер Г. М., 1995; Борисова Е. Н., 2001; Иванов В. Ф., 1998, 2001; Beck J. D., Slade G. D., 1996; Gjertto P. E., 1998 и др.] показали, что лишь у 12% людей здоровый пародонт, у 53% отмечены начальные воспалительные изменения, у 23% — начальные деструктивные изменения, а у 12% имеются поражения средней и тяжелой степени: В возрастных группах 35-44, 45-54, 55 лет и старше число лиц с начальными изменениями пародонта прогрессивно уменьшается (26-15%) при одновременном росте изменений средней и тяжелой степени — до 75%.

Одной из основных причин развития болезней пародонта являются местные факторы. При гингивите в зубном налете выявляются больше микроорганизмов и более высокий процент грамотрицательных бактерий, чем в налете у человека с интактным пародонтом.

Зубные отложения оказывают на ткани пародонта комплексное воздействие:

- токсическое за счет продуктов жизнедеятельности микроорганизмов;
- механическое в результате давления на десневой край.

По мере взаимодействия бактерий и продуктов их метаболизма с тканями пародонта развивается воспаление и деструкция. Наибольшее значение в развитии этого процесса придают *Str. Sanguis*, *Actinomyces viscosus* и др.

К местным факторам риска относятся: чрезмерное употребление мягкой пищи, плохая гигиена, уменьшение секреции слюны, нависающие края пломб, наличие ортодонтических аппаратов, аномалии преддверия полости рта и расположения зубов, механическое повреждение, химические и физические травмы, ошибки при ортопедическом и при ортодонтическом лечении.

Среди общих факторов риска выделяют: эндокринные заболевания, нервносомати-

ческие заболевания, туберкулез, нарушение обмена веществ, гиповитаминозы.

В настоящее время знание этиологии заболевания, факторов риска и их своевременное устранение позволяет предотвратить развитие болезней пародонта или уменьшить выраженность патологических изменений.

Немаловажным аспектом в возникновении патологии пародонта является обмен витаминов в организме. Метаболически незаменимые компоненты пищи должны постоянно поступать в организм извне. Слизистая оболочка полости рта очень чувствительна к дефициту незаменимых питательных веществ, так как является мишенью, которая при дефиците питательных веществ подвергается структурным изменениям. Наиболее выраженные изменения происходят в мягких тканях, где наблюдается дегенерация соединительной ткани, замедление заживления ран, атрофия эпителия языка. Необходимо регулярное поступление в организм витаминов, имеющих большое значение в обеспечении его нормальной жизнедеятельности.

Например, патологический эффект при недостатке витамина С выражается в повреждении стенок кровеносных сосудов в местах их наибольшего напряжения, так как нарушается синтез коллагена. Его дефицит снижает приспособительные реакции пародонта, в частности, десны как очень важного барьерного тканевого комплекса, способствует нарушению процесса образования и формирования коллагеновых волокон, ткани разрываются, повышается проницаемость межклеточных прослоек и капилляров, и зрелые коллагеновые структуры подвергаются деструкции.

Витамин А действует противовоспалительно и играет большую роль в эпителизации десны, а недостаток ведет к снижению барьерной функции из-за атрофии десневого края. Витамин В влияет на трофику тканей пародонта, способствуя проявлению дистрофических процессов. Недостаток витамина В ведет к повышенной чувствительности слизистой оболочки полости рта к повреждающим факторам, развитию воспалительных изменений в мягких тканях. Витамин Е усиливает проницаемость сосудистой стенки, а его недостаток ведет к возникновению кровоточивости десен и выделению гнойного содержимого из пародонтальных карманов за счет усиленной миграции лейкоцитов в кровяное русло. При Е-авитаминозе за счет изменения структуры коллагеновых и эластических волокон развивается воспаление десен.

Дефицит витамина D приводит к изменению метаболизма кальция при формировании костей (резорбция челюстей). Витамин К необходим при образовании протромбина в печени, при его недостатке наблюдается кровоточивость десневых сосочков. Витамин Р обеспечивает целостность стенок капилляров, предотвращая их ломкость. Дефицит витамина РР вызывает дерматит, глоссит, гингивит и стоматит. При недостатке фолиевой кислоты развивается анемия с характерными изменениями в полости рта (некроз тканей пародонта).

Известна также роль микротравмы в этиологии заболеваний пародонта. Повреждения пародонта могут быть вызваны хронической аутоотравмой — действиями хронического пациента. Особую роль здесь играет курение, которое вызывает ряд значительных патологических изменений в тканях

пародонта, в частности, подавляет местный иммунитет и регенерацию тканей. Никотин вызывает длительный спазм периферических сосудов, в результате снижается оксигенация тканей пародонта. Поэтому в качестве профилактических мероприятий настоятельно рекомендуется отказ от курения.

Исследования доказывают, что пациенты, страдающие заболеваниями пародонта, имеют в 2-3 раза выше риск сердечного приступа и инсульта. Известно также, что беременные женщины с ярко выраженным пародонтитом в 8 раз чаще рожают преждевременно или имеют угрозу выкидыша.

Нарушение акта жевания приводит к дисфункции всей пищеварительной системы, возникают нарушения речи, косметические дефекты.

В настоящее время появился еще один достаточно серьезный фактор, провоцирующий развитие различных патологий (при фиброматозе десен, гипертрофическом гингивите, эпюлисе, межкорневой гранулеме): использование молодыми людьми анаболиков при занятиях культуризмом и профессиональными силовыми видами спорта. Возможности врача здесь скромны: разъяснение и совет.

Что реально приводит в таких случаях к положительному результату? Максимально тщательная гигиена полости рта, использование самими пациентами эффективных антисептических и антибактериальных полосканий после активного лечебного курса.

Современный взгляд на профилактику заболеваний пародонта

Важнейшим компонентом в общем комплексе профилактических мероприятий является рациональная гигиена полости рта. Правильный уход за полостью рта с использованием современных средств гигиены (зубные щетки, пасты, ополаскиватели, флоссы и ирригаторы). Задача врача-стоматолога правильно выбрать эти средства для каждого пациента. Со стороны врача-стоматолога профилактические мероприятия должны быть направлены и на устранение травматической окклюзии, стабилизацию микроциркулярного русла.

Запущенность патологии пародонта у пациентов связана с их невниманием к состоянию полости рта и вызывает необходимость их систематического и комплексного лечения. Эти пациенты предпочитают лечиться в государственных поликлиниках. Это важно для рациональной маркетинговой стратегии государственных поликлиник, т.к. наличие устойчивого спроса при небольших маркетинговых усилиях создает возможность для планирования дальнейшего развития различных видов пародонтологических услуг, которые будут востребованы. Наиболее слабым звеном в осуществлении мероприятий по первичной профилактике основных стоматологических заболеваний является гигиеническое воспитание населения и санитарно-просветительная работа [Кондратов А. И., 1990; Хамалева А. М., 2000].

Гигиеническое воспитание населения нуждается в оптимизации и интенсификации. Сегодня обучать гигиене полости рта следует не только детей, но и их родителей. Только всеобъемлющая стоматологическая просветительская работа позволит активизировать слуховую и зрительную мотивацию, улучшить гигиенические навыки и теоретические знания о стоматологическом уровне здоровья.

Оптимизация и интенсификация гигиены полости рта заключается в целенаправленном использовании мотивационных методов гигиенического воспитания, проведении профессиональной гигиены полости рта, применении клинически и экономически эффективных современных лекарственных препаратов. Важную роль в повышении функциональной грамотности, овладении мануальными навыками и умениями, теоретическими знаниями о здоровой полости рта и здоровом образе жизни играют мотивации.

Для оптимизации рационально использовать мотивационные методы гигиены полости рта. Прежде всего, необходимо создать теоретический фундамент, стремиться развить познавательную активность у населения, вызвать интерес и желание получать информацию, а также привить мануальные навыки, поддерживать и совершенствовать гигиенические знания и умения.

Но, к сожалению, пациенты имеют недостаточные представления о гигиене полости рта как основной профилактической и лечебной процедуре, а к реализации программ профилактики не готовы ни органы управления здравоохранением, ни стоматологическая служба, ни население городов, несмотря на то, что эпидемиологическое обследование населения проведено, программы профилактики разработаны и утверждены. Однако в полной мере они не «работают», так как не во всех городах есть исполнители этого начинания.

В последние 20-30 лет внедрение профилактических программ в развитых странах мира привело к значительному (до 80%) снижению распространенности и интенсивности заболеваний пародонта.

Опыт многих стран показал, что простое количественное увеличение персонала, финансирования и материального обеспечения стоматологической службы является недостаточным, чтобы изменить сложившуюся ситуацию в снижении уровня стоматологической заболеваемости [Леонтьев В. К., 2000; Максимовская Л. М., 2000].

Низкая санитарная культура и отсутствие мотивации населения на профилактику стоматологических заболеваний и гигиену полости рта характеризуют стоматологический статус современного человека. Повысить стоматологический уровень здоровья с минимальными экономическими затратами возможно только через массовую профилактическую работу, используя все доступные методы и средства стоматологической просветительской деятельности.

Активная стоматологическая просветительская работа, создание и внедрение комплексной программы профилактики могут и должны выполняться силами врачей-стоматологов и гигиенистов. Данное предложение, несомненно, требует пересмотра штатного расписания, полного разделения полномочий врачей-стоматологов, гигиенистов, занимающихся профилактической работой, и врачей-реставраторов. Это позволит оптимизировать и интенсифицировать этиопатогенетические лечебно-профилактические мероприятия, направленные на оздоровление ротовой полости. Разрешить данную проблему поможет пересмотр расписания и введение в штат муниципальных поликлиник врачей-стоматологов и гигиенистов стоматологических.

Система профилактики болезней пародонта предусматривает первичную, вторичную и третичную профилактику с учетом возрастных, профессиональных, биохимических особенностей.

Первичная профилактика — основной этап предупреждения болезней пародонта. Комплекс мер предполагает, прежде всего, воспитание гигиенических навыков у населения, рациональное питание, регулярное посещение врача-стоматолога с целью выявления таких факторов риска,

как нарушение окклюзии, наличие налета, деформация преддверия полости рта и др., рациональное вскармливание ребенка.

Вторичная профилактика направлена на устранение выявленных пародонтогенных факторов с применением хирургических, терапевтических и ортопедических методов, рентгенологическое обследование, санацию полости рта и проведение гигиенических мероприятий.

Третичная профилактика предусматривает полное или частичное купирование воспалительно-дистрофического процесса, предупреждение перехода болезни в более тяжелую форму, предупреждение обострений, восстановление функции жевательного аппарата.

Таким образом, третичная профилактика включает весь объем стоматологической помощи с преобладанием ортопедического лечения.

Профилактика болезней пародонта состоит из следующих этапов:

1. Устранение факторов риска:
 - снятие зубных отложений и налета;
 - восстановление окклюзии (избирательное шлифование, ортопедические мероприятия);
 - коррекция преддверия полости рта (мелкое преддверие, укороченные уздечки);
 - восстановление трофической функции тканей пародонта;
 - борьба с вредными привычками.
2. Санация полости рта.
3. Индивидуальные гигиенические мероприятия.
4. Рациональное питание.
5. Диспансеризация.
6. Просветительские мероприятия, публикации.

Вопросы, решаемые на общегосударственном уровне:

1. Санация полости рта у детей, подростков, беременных женщин.
2. Рациональное питание в детских садах, школах.
3. Организация кабинетов гигиены, лечение патологии пародонта.
4. Выпуск средств ухода за полостью рта.

Такие фрагменты профилактики, как обязательная санация полости рта у детей и подростков, беременных, профилактические осмотры, выполняются, к сожалению, лишь частично.

Возрастная профилактика болезней пародонта должна начинаться с внутриутробного периода и предусматривать сбалансированное питание беременной женщины, ограничение медикаментов, особенно таких антибиотиков, как тетрациклин, и кортикостероидов, из-за опасности врожденных уродств челюстно-лицевой области. В период активной функции зубочелюстной системы (20-40 лет), когда полностью проявляется патология пародонта, требуется активное профилактическое вмешательство. Период старше 40 лет характеризуется развитием склеротических явлений в тканях пародонта, снижением защитных возможностей организма. Диспансерному наблюдению в основном подлежат пациенты в возрасте до 45 лет с компенсированной и декомпенсированной формой заболеваний пародонта.

Важное звено первичной профилактики болезней пародонта — комплекс гигиенических мероприятий, в частности регулярная чистка зубов, поэтому наиболее важной частью профилактических мероприятий является гигиеническое воспитание населения, стоматологическая просветительская работа, обучение детей и взрослых правилам гигиены полости рта.

Профессиональная гигиена полости рта является важнейшим этапом профилактики и комплексного лечения заболеваний пародонта и твердых тканей зуба [Cohen E. S., 1994; Иванов В. С. и др., 1998; Улитов-

ский С. Б. и др., 2000; Антонова И. Н., 2000; Артюшкевич А. С. и др., 2002]. За время существования она оформилась в этап лечения, без которого не обходится ни эстетическая реставрация, ни лечение воспалительных заболеваний пародонта, ни имплантация, ни ортопедическое, ни ортодонтическое лечение [Улитовский С. Б., 2000; Кузьмина Э. М., 2001]. Профессиональная гигиена проводится большей группой населения — детям, подросткам и взрослым.

Как стоматологическая манипуляция профессиональная гигиена получила широкое распространение, и ее осуществляют врачи-стоматологи, стоматологи-пародонтологи, гигиенисты стоматологические [Улитовский С. Б. и др., 2000]. Независимо от формы и стадии патологии пародонта удаление минерализованных зубных отложений является первым этапом местного лечения [Боровский Е. В. и др., 2003; Пахомов Г. Н., 1982; Cohen E. S., 1994; Улитовский С. Б. и др., 2000; Максимовский Ю. М. и др., 2002; Грудянов А. И., 2004].

В настоящее время для удаления минерализованных зубных отложений используются ручные инструменты (металлические, пластмассовые, тефлоновые) и электрические — ультразвуковые (магнотристрикционные и пьезоэлектрические, Vector-system) и звуковые.

Доказано, что звуковые и ультразвуковые колебания обладают выраженным физиологическим воздействием на ткани организма человека, в том числе на состояние сосудов [Хорбенко И. Г., 1978; Михайлова Р. И., 1985; Соколов Д. В. и др., 1997; Миллер Э. и др., 1989].

Кровоснабжение пульпы зуба имеет ряд структурных и функциональных особенностей, обусловленных расположением пульпы в «камере» с жесткими стенками, а также особым строением ее сосудов [Гаврилов Е. И., 1969].

По данным ультразвуковой доплерографии у пациентов с начальными стадиями заболеваний пародонта скорость кровотока как в сосудах пульпы зуба, так и в десне снижена до 16,2% по сравнению с показателями у лиц с интактным пародонтом.

Электровозбудимость пульпы зубов у пациентов с интактным пародонтом и с заболеваниями пародонта на ранних стадиях до и после профессиональной гигиены полости рта с помощью электрических скейлеров увеличивается в среднем на 5%.

При удалении зубных отложений при помощи как ультразвукового, так и звукового скейлера происходит изменение функционального состояния сосудов микроциркуляторного русла пародонта и пульпы зуба в среднем в 94,3% случаев, поэтому назначение диагностических процедур непосредственно (в течение 3 часов) после проведения профессиональной гигиены полости рта нецелесообразно. Наибольшее повреждающее действие на поверхность твердых тканей зуба оказывает ультразвуковой скейлер по сравнению со звуковым скейлером и ручным металлическим инструментом.

Говоря о профилактике болезней пародонта, следует напоминать пациентам о том, что это, прежде всего, хронический очаг инфекции, постоянно поступающей в кровеносное русло, очаг аллергии организма. Заболевания пародонта в последнее время вновь обращают на себя внимание исследователей из-за возможных связей с другими патологиями, такими как сердечно-сосудистые заболевания, низкий вес новорожденных при рождении и преждевременные роды. Потому стоматологи вносят огромный вклад в общее здоровье нации. Они не только обеспечивают лечение и образование пациентов, но и могут сыграть важную роль в выявлении, ранней диагностике различных заболеваний, таких как сахарный диабет, ВИЧ/СПИД, рак полости рта и другие.

Оценка уровня диагностики и лечения пациентов с заболеваниями пародонта в стоматологических клиниках Нижегородской области

Н. Н. БОНДАРЕНКО, Е. В. БАЛАХОНЦЕВА.

Кафедра терапевтической стоматологии Нижегородской государственной медицинской академии.

Введение

Заболевания пародонта представляют собой важную медицинскую и социальную проблему, характеризуюсь неуклонным ростом и широкой распространенностью. Распространенность заболеваний пародонта среди населения различных регионов нашей страны чрезвычайно велика, причем она имеет устойчивую тенденцию к повышению, как у лиц пожилого возраста, так и у молодого трудоспособного населения. Результаты исследований, проведенных А. И. Грудяновым (2009), показывают, что ранние признаки патологии пародонта чаще проявляются в возрасте 15-19 лет (55-89%). А результаты всероссийского эпидемиологического исследования, проведенного в 2008 году, показали, что среди взрослого населения в возрасте 35-44 лет распространенность признаков поражения пародонта составляет 81%, и при этом у 16% пациентов диагностируются пародонтальные карманы различной глубины. У лиц 65 лет и старше признаки заболеваний пародонта проявляются в 100% случаев, а пародонтальные карманы диагностируются в 29%, при этом у 7% глубина составляет 6 мм и более. [1].

В целом схожая ситуация по распространенности и тяжести патологий пародонта отмечается и в Нижегородской области. Среди взрослого населения 35-44 лет распространенность признаков заболеваний пародонта составляет 90,6%, из них пародонтальные карманы встречаются в 39% случаев, кровоточивость — в 13,6%, а зубной камень — у 38% пациентов. У лиц 65 лет и старше признаки патологии пародонта выявляются в 99,5%, признаки кровоточивости — в 3% случаев, в 21,5% — зубной камень, и в 70,5% — пародонтальные карманы [2].

Несмотря на большой интерес к изучению болезней пародонта, они до сих пор остаются недостаточно исследованными, а вопрос диагностики и, соответственно, лечения воспалительных заболеваний пародонта продолжает сохранять свою актуальность и на сегодняшний день.

Целью нашей работы явилась оценка уровня оказания стоматологической помощи пациентам с заболеваниями пародонта по обращаемости людей в стоматологические поликлиники различных форм собственности на основе анализа медицинских карт стоматологического больного (МКСБ).

Материал исследования

Было проанализировано 300 медкарт стоматологического больного (МКСБ) пациентов с заболеваниями пародонта в стоматологических клиниках различных форм собственности в Нижегородской области.

Изучали следующие показатели:

- 1) частота встречаемости различных форм заболеваний пародонта;
- 2) качество проводимой диагностики (зафиксированные в МКСБ жалобы, предъявляемые пациентом в момент обращения; описание объективного статуса; проводились ли дополнительные методы обследования (индексы, пробы, ортопантомография (ОПГ));
- 3) диагноз (соответствует ли поставленный диагноз объективным данным);
- 4) адекватность назначенного лечения (комплексное, соответствует ли поставленному диагнозу);
- 5) поставлены ли пациенты на диспансерный учет.

Результаты

Проанализировав исследуемый материал, получили, что число пациентов, обратившихся в стоматологические поликлиники в Нижегородской области с данной патологией, составило 40%, из них 25% — с диагнозом гингивит (из них 75% — в стадии обострения), 24,2% — с диагнозом пародонтит легкой степени тяжести (из них 85% — в стадии обострения), 15,8% — с диагнозом пародонтит средней степени тяжести (из них 26% — в стадии обострения), 18% — с диагнозом пародонтит тяжелой степени тяжести (из них 62% — в стадии обострения) и 2% — с диагнозом пародонтоз.

Изучение содержания МКСБ пародонтологических пациентов, лечившихся в стоматологических поликлиниках Нижегородской области, показало, что врачи заполняют графы «жалобы» в 30%, «объективно» в 70%, а индексы и пробы проводились в 40% случаев. Индекс РМА приводится в 98% клинических случаев, когда у пациента диагностируется патология пародонта, индекс кровоточивости — в 98% случаев, индекс гигиены указан в 80% МКСБ, но только в 14% указано, по какому автору, в 90% проводится проба Шиллера-Писарева. Ортопантомограмма проводилась у 10% пациентов (пациенты были направлены на ОПГ только в муниципальных стоматологических поликлиниках). Диагноз поставлен в 98% случаев, однако соответствие поставленного диагноза объективным данным и ОПГ составило только 16%.

Комплексное лечение совместно со стоматологом-терапевтом, хирургом и ортопедом проводилось только в 6% случаев, а в 94% случаев лечение проводилось только одним специалистом, причем лечение было симптоматическим и соответствовало поставленному диагнозу только в 14% случаев. Пациенты были поставлены на диспансерный учет только в 2% случаев и то только в стоматологических поликлиниках муниципальной формы собственности.

Выводы

Проведенный нами анализ медицинских карт стоматологического больного (МКСБ) показал, что диагностирование патологий пародонта в стоматологических клиниках Нижегородской области происходит только приблизительно у 40% пациентов. В остальных случаях врачи уделяют внимание лечению кариеса и его осложнений, что, видимо, обусловлено тем, что лечение заболеваний пародонта требует много сил и времени, стоимость данного лечения на порядок ниже, чем лечение осложненного кариеса, ну и самое главное, требует комплексного подхода.

Также полученные нами данные показывают проблемы, возникающие при диагностике заболеваний пародонта, которые выражаются в недостаточном обследовании пациентов. Так, например, описание жалоб пациента и сбор анамнеза либо не проводится совсем, либо проводится формально. Такая же история с индексами и пробами. На сегодняшний день известно более двух десятков диагностических индексов и проб при заболеваниях пародонта, на практике же, в лучшем случае, используются гигиенический индекс по Green-Vermillion, индекс РМА, индекс кровоточивости по Мюллерману и проба Шиллера-Писарева. А пародонтограмма, предложенная В. Ю. Курляндским (1953), не нашла своего

отражения в официальной форме МКСБ № 043/У. И хотя во многих частных стоматологических организациях ее и включают в медицинскую карту, но скорее для красоты, чем для использования, так как почти в 100% случаев она не заполняется.

Не менее трагично обстоят дела и с лечением заболеваний пародонта. К сожалению, не во всех стоматологических клиниках в Нижегородской области (стоматологии муниципальной формы собственности) выделена ставка врача-пародонтолога. В большинстве случаев его работу выполняет врач стоматолог-терапевт, формально названный пародонтологом. Видимо поэтому комплексное лечение пациентов с заболеваниями пародонта только в 6% случаев проводится стоматологом-терапевтом (или пародонтологом) совместно со стоматологом-хирургом и ортопедом, а в 94% случаев лечение осуществляется только одним специалистом, причем лечение симптоматическое. Также обращает на себя внимание и тот аспект, что только в 14% случаев проводится лечение соответствует поставленному диагнозу, и лишь в 2% случаев пациенты были поставлены на диспансерный учет.

Также необходимо отметить, что проводимая диагностика и лечение патологий пародонта ни в частных, ни в муниципальных стоматологических поликлиниках в Нижегородской области полностью не соответствует стандартам оказания стоматологической помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Нижегородской области в 2002 году.

В стоматологических поликлиниках частных форм собственности стоматологам «экономически выгоднее» диагностировать и лечить осложненный кариес, чем заболевания пародонта. В отношении муниципальных стоматологических поликлиник, где работа врача-стоматолога оценивается по УЕТ, можно сказать следующее: лечение заболеваний пародонта занимает много времени и сил, а соответствующие УЕТ низкие, и как следствие, врачи-стоматологи оказывают адекватное комплексное лечение данной патологии далеко не всем. Поэтому, по нашему мнению, для большей заинтересованности стоматологов в оказании наиболее качественной стоматологической помощи пациентам с заболеваниями пародонта необходимо в частных стоматологических поликлиниках изменить стоимость лечения этой патологии по отношению к осложненному кариесу, а в муниципальных — пересмотреть УЕТ.

Все это говорит о серьезных недостатках в организации стоматологической помощи пародонтологическим больным, которые обусловлены рядом факторов: отсутствием системного подхода к диагностике и лечению заболеваний пародонта и, как следствие, неадекватностью объема и методов проводимого лечения характера и тяжести выявленного заболевания.

Список литературы

1. Частота заболеваний пародонта у лиц пенсионного возраста и ее влияние на развитие вторичной частичной адентии / А. Н. Ниязов [и др.] // Пародонтология. — 2009. — № 4. — С. 34-37.
2. Янушевич О. О. Стоматологическая заболеваемость населения России / О. О. Янушевич. — М.: МГМСУ, 2008. — 228 с., ил.

Пародонтоцид® — исцелит ваши десны, сэкономит ваши зубы!

В патогенезе заболеваний пародонта ведущая роль принадлежит патогенной микрофлоре. Активные действия стоматолога направлены на ликвидацию воспалительного процесса в тканях десны и устранение пародонтального кармана как источника скопления микроорганизмов. Из медикаментозных средств, направленных на защиту от агрессивной микробной среды в полости рта, предпочтение отдается антисептикам. В связи с этим возрастает интерес к применению новых антисептических и противовоспалительных средств. Одним из них является Пародонтоцид®.

Пародонтоцид® — серия средств по уходу за полостью рта для профилактики и использования в комплексном лечении воспалительных заболеваний десен, слизистой оболочки полости рта, пародонта. Формы выпуска: раствор 25 мл, спрей 25 мл, зубная паста 50 мл и 100 мл.

Все средства имеют уникальный комбинированный состав: компоненты растительного происхождения (масла и экстракты шалфея, мяты, гвоздичное масло), а также фенилсалицилат, тимол, эвгенол).

Такое сочетание активных компонентов Пародонтоцида за счет рационально подобранного комплекса веществ обеспечивает положительный устойчивый эффект в профилактике и лечении гингивитов, стоматитов, пародонтитов. Оказывает противовоспалительное, антисептическое, противогрибковое и дезодорирующее действие.

Проведенные исследования по применению раствора Пародонтоцид® (в ГБОУ ВПО «Московский госу-

дарственный медико-стоматологический университет» и ФГБУ «ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии») при воспалительных заболеваниях слизистой оболочки рта и тканей пародонта показали, что он эффективен в терапевтической и хирургической стоматологии при следующих заболеваниях: кровоточивость и воспаление десен, травматические повреждения полости рта (в т.ч. прикусом, после хирургического вмешательства: удаление зуба, снятие зубного камня и т.д.), болезненность десен при ношении зубных протезов и брекетов. Пародонтоцид® раствор имеет преимущества по сравнению с другими антисептическими средствами: обладает выраженным противовоспалительным действием, не окрашивает зубную эмаль и пломбы, не нарушает естественную микрофлору полости рта. Экономичная упаковка раствора (25 мл) рассчитана на несколько курсов применения при использовании в виде полосканий (15-20 капель на 1/3 стакана воды).

Зубная паста Пародонтоцид® защищает от кариеса, укрепляет эмаль зубов, предотвращает образование зубного налета. Благодаря входящим в ее состав натуральным компонентам, обладает приятным мягким вкусом мяты и гвоздики.

Зубная паста производится в Германии совместно с немецкой фирмой «Dental-Kosmetik GmbH & Co. KG».

Для достижения наилучшего результата рекомендуется комплексное применение этих средств.

ПАРОДОНТОЦИД®

www.parodontocid.ru

Серия средств по уходу за полостью рта

Профилактика и комплексное лечение:

- гингивитов
- стоматитов
- пародонтитов

Действие:

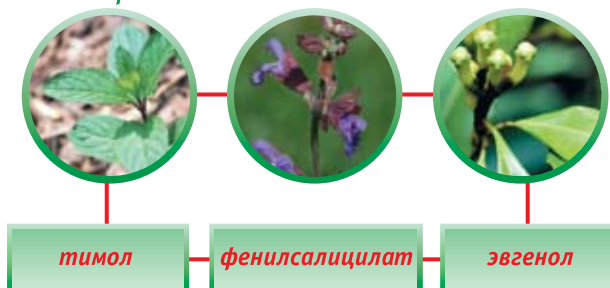
- противовоспалительное
- антисептическое
- дезодорирующее

Уникальный комбинированный состав

шалфей

мята

гвоздика



Преимущества:

- обладает выраженным противовоспалительным действием
- не нарушает нормальную микрофлору полости рта
- не окрашивает зубную эмаль и пломбы



ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика»
тел.: (495) 459-41-03 www.mosfarma.ru

Аптека МосФарма

тел.: (499) 150-44-65, (499) 150-88-51
www.apteka-mosfarma.ru

Наличие в аптеках г. Москвы:

www.apteka.mos.ru тел.: (495) 627-05-61
www.medlux.ru тел.: (495) 995-995-1

PORT-X II: правильная диагностика — верное лечение Новое поколение портативных рентгенаппаратов

«Если держать между разрядной трубкой и экраном руку, то видны темные тени костей в слабые очертания тени самой руки», — так в 1895 году Вильгельм Конрад Рентген описал обнаруженный им новый тип лучей. Представлял ли ученый, насколько масштабным окажется переворот в медицине, который вызвало его открытие. Однако считается, что именно с этих слов началась эпоха рентгеновской диагностики.

Правильный диагноз является первым шагом к исцелению. Зачастую сложно поставить верный диагноз о состоянии зуба в целом. Анатомия человека такова, что более 50% поверхности зуба остаются невидимыми для стоматолога. И в этих условиях единственным выходом является рентгеновское излучение. В основном рентгеновское оборудование применяют при диагностике кариеса на аппроксимальной, поддесневой поверхности, а также вторичного кариеса под пломбами и коронками для определения глубины кариозного дефекта, его соотношения с полостью зуба, для контроля эндодонтического лечения, для оценки состояния периапикальной костной ткани — при периодонтите и заболеваниях пародонтита, при удалении зубов, имплантации и протезировании. Следовательно, исходя из перечисленного, без рентгенаппарата современному стоматологу не обойтись. По санитарно-эпидемиологическим нормам рентгенаппарат можно использовать только в специально отведенной для этих целей комнате. Поскольку не все стоматологи имеют достаточно возможностей, огромной популярностью на российском стоматологическом рынке пользуется портативный рентгенаппарат Port-X II. Данный аппарат производится корейской компанией Genoray и присутствует на рынке с 2005 года. Port-X II известен стоматологам всех регионов страны, о чем свидетельствуют продажи не только в частные клиники, но и в государственный сектор.

В конце 2011 года корейский производитель компания Genoray Co Ltd., эксклюзивным представителем которой является компания Unident, представила свой обновленный портативный рентгенаппарат Port-X II с учетом пожеланий ведущих стоматологов, который уже получил высокие оценки и положительные отзывы российских стоматологов.

Чем же он покорила специалистов? Уникальная модель рентгенаппарата Port-X II обладает сверхкомпактными габаритами, мобильна и проста в эксплуатации. Стоит отметить, что, вопреки расхожему мнению скептиков, размеры рентгенаппарата не снижают качество снимков, если что-то и становится меньше, то только доза рентгеновского излучения, получаемого пациентом. Кроме того, рентгенаппарат незаметен в условиях частных кабинетов, поселковых клиник и небольших стоматологий, где в силу их специфики нет возможности приглашать узкопрофильного специалиста и оборудовать полноценный рентгенкабинет.

Вторым фактором, обеспечившим успех данного аппарата, стало предельно простое управление. Все что необходимо — это выбрать один из режимов экспозиции (резцы, моляры, клыки для верхней или нижней челюсти) или настроить свой, задать долю излучения (взрослый/ребенок) и время, и аппарат готов к съемке. Таким образом, можно получить снимки фронтальных и боковых проекций.

Для получения снимка необходимо приблизить аппарат (около 200 мм) к необходимой области исследования и нажать спусковую кнопку. Снимки можно мгновенно получить при использовании специального аппарата — радиовизиографа, который передает обработанные снимки на стационарный компьютер, а также с помощью самопроявляющейся пленки.

Многие, рассматривая внешний вид аппарата, ошибочно полагают, что он работает по принципу цифрового фотоаппарата, где можно просмотреть снимок на дисплее. Рентгеновский аппарат же является излучателем рентгеновских лучей, а носителем информации — специально предназначенная пленка, размещаемая в ротовой полости пациента, которую после процедуры



можно просмотреть на негатоскопе блока врача. Если говорить о качестве снимков, оно практически ничем не уступает снимкам стационарного рентгена, а использование качественной трубки, управляемой электроникой, позволяет провести полноценное рентгеновское исследование.

Важной особенностью является наличие специального штатива для фиксации аппарата на стандартный фотографический штатив вместе со спусковой кнопкой, идущей в комплекте. Вы можете делать снимки там, где это необходимо. Следует также отметить преимущество автономного использования аппарата, что освобождает вас от необходимости подключения аппарата к сети. Необходимо лишь зарядить батарею, и Port-X II готов к использованию. Время полной зарядки батареи составляет 3,5 часа, ее емкость 1250 мА/час.

Великолепные эксплуатационные характеристики, высокая надежность, привлекательный дизайн, простое управление — залог успеха компании Genoray.

Xelia V7

swidella

РАДИОВИЗИОГРАФ



- Сенсор: CMOS-матрица
- Внешние размеры сенсора: 40 x 24 мм
- Сенсорное поле: 32,6 x 20,5
- Разрешение: 16 пар линий
- Толщина сенсора: 6 мм
- Динамический диапазон: 4,096
- Снижение Дозы облучения на 80~90%
- Питание: USB 2.0 (5В)
- Время передачи изображения: 3 секунды
- Длина USB кабеля: 2,5/3/5 м



UNiDENT

ЮНИДЕНТ 119571, г.Москва, Ленинский просп., д.156 | +7(495)434-4601 | fax+7(495)434-1020
www.unident.ru | unident@unident.net | ormt@unident.net | **Горячая линия для клиентов +7 (965) 310-3820**
ЮНИДЕНТ-Поволжье г.Самара +7 (846)342-65-45 | office@unident-volga.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 пломбировочных 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.

Светоотверждаемые композиты PRIME-DENT (США)



Прайм-Дент текучий светоотверждаемый композит

Текучий композит компании «Прайм-Дент» хорошо полируемый, наполненный на 67%, эстетичный, используется для работы во всех типах полостей.

Отличный выбор для реставрации как фронтальных, так и боковых зубов. Возможно использование для герметизации фиссур. Идеален для восстановления небольших дефектов.

Для этого материала характерны высокая компрессионная прочность и низкая усадка. Композит хорошо противостоит истиранию и изменению цвета.

Рентгеноконтрастный материал. Содержит фтор.



Прайм-Дент наногибридный композит

Новый композит, имеющий в своей основе смолу. Материал создан с помощью уникальной нанотехнологии. Фор-

мула композита содержит наночастицы. Материал сочетает высокую прочность гибрида и хорошую полируемость микрогибридного композита.

Наполненность материала по весу составляет 71%, что способствует улучшению физических свойств и полируемости в сравнении с композитами, содержащими только нанокластеры.



Прайм-Дент микрогибридный композит

Рентгеноконтрастный композит многоцелевого назначения, отлично полируемый, с наполненностью 76% по весу и размером частиц менее 0,7 микрона. Идеально подходит для реставрации фронтальных и боковых зубов. В состав набора входят Прайм-Дент одношаговый дентин-эмалевый бондинг, Прайм-Дент силан, Прайм-Дент протравочный гель и аксессуары для работы с материалом.

Прайм-Дент светоотверждаемый гибридный композит

Основанный на смоле Бис-ПМА, высоконаполненный, эстетичный, нелипкий материал используется для заполнения полостей всех типов. Идеальный выбор для реставрации фронтальных и боковых зубов. Легко моделируется и полируется

до блеска. Для материала характерны высокая компрессионная прочность и низкая усадка.



Композит хорошо противостоит истиранию и изменению цвета. Рентгеноконтрастный. Имеются рецзовый и опаковый оттенки.



Прайм-Дент композит химического отверждения

Наполненный, нелипкий, самоотверждаемый гибридный композитный пломбировочный материал для реставрации фронтальных и боковых зубов. Имеет удобный универсальный оттенок и систему смешивания паста/паста. Обладает хорошей компрессионной устойчивостью и низкой растворимостью в воде. Быстро застывает.

Приглашаем к сотрудничеству региональных дилеров.

ВСТРЕЧАЙТЕ!

Parafil™

— новый реставрационный композит от компании



Parafil — эстетичный универсальный светоотверждаемый реставрационный рентгеноконтрастный композит из семейства Prime Dental для передних и боковых зубов. В отличие от микрогибридных композитов предыдущих поколений Parafil содержит большее количество — до 60% от объема частиц меньшего размера — 0,04-2,0 мкм. Наполнителем Parafil является цирконий/кремний. Материал легко моделируется благодаря исключительной эластичности, при этом достаточно плотен для обеспечения оптимального краевого прилегания.

Преимущества:

- Низкая полимеризационная усадка — до 1,8%.
- Повышенная насыщенность для создания прочной реставрации.
- Возможность выполнения многослойных реставраций.
- Устойчив к нагрузкам и истиранию.
- Прекрасная эстетика, точно совпадающая с расцветкой по шкале Vita.
- Легко полируется и не прилипает к инструментам.
- 14 различных оттенков: A1, A2, A3, A3.5, A4, B1, B2, B3, C2, C3, C4, D3, I, UD.

Назначение:

- Пломбирование полостей I-V класса фронтальных и жевательных зубов.
- Формирование культи зуба.
- Изготовление вкладок, накладок и виниров.
- Шинирование.
- Возможность работы по системе «Сэндвич-техника».

СтомКлуб — медицинский холдинг
196128, г. Санкт-Петербург,
ул. Кузнецовская, д. 22, лит. А, оф. 7,
тел.: (812) 334-18-19, 380-95-38,
e-mail: stomclub@mail.ru,
www.stomclub.com

Планирование — главный шаг к достижению успеха пародонтологического лечения

Н. А. БЕСПАЛОВА, Н. Б. РУНОВА, А. В. ВОРОБЬЕВА, А. В. КАЗАКОВ, А. В. ЯРЦЕВА.
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Нижегородской государственной медицинской академии.

Пародонтит — полиэтиологическое заболевание. В основе патогенетического пускового фактора лежит микробный фактор, а хроническая травма, общесоматическая патология, стресс и нарастающая несостоятельность факторов иммунной защиты, в свою очередь, способны резко активировать процессы деструкции пародонтальных тканей [3, 6, 7, 9].

Определение индивидуальной лечебной тактики у пациентов с заболеваниями пародонта основано на двух основных принципах: 1) комплексного лечебного подхода, основанного на общепринятых схемах патогенетического воздействия для конкретной формы нозологии и 2) индивидуального подхода, в основе которого лежат частные особенности течения заболевания, индивидуальные особенности соматического статуса пациента, мотивации и поставленные перед собой задачи и ожидаемый результат [3, 5].

Главной диагностической проблемой является то, что клиническая картина пародонтита весьма разнообразна и не всегда соответствует рентгенологической, а пациенты обращаются уже в тяжелой, запущенной стадии пародонтита, когда сохранение зубов становится проблематичным (рис. 1).



Рис. 1. Пародонтит хронический генерализованный тяжелой степени тяжести.

Часто к аналогичному результату приводит длительное неполноценное или несистематическое консервативное лечение, в котором чрезмерное значение придается местному введению антибиотиков, а хирургическое лечение предлагается больному слишком поздно, либо заменяется закрытым кюретажем при средней степени тяжести пародонтита, что не может обеспечить стойкой ремиссии в силу недостаточной эффективности метода. Это неизбежно приводит к рецидиву и дискредитации комплексного подхода в целом. На это часто имеются и объективные причины: страх больного перед хирургическим лечением, длительность и высокая стоимость лечения, или просто отсутствие хирурга-пародонтолога в данном конкретном лечебном учреждении или районе.

В то же время, даже обладая всем необходимым техническим и кадровым обеспечением, при огромном количестве известных методов лечения сложно бывает

выбрать тот путь, который будет наиболее приемлемым в конкретной клинической ситуации и, главное, будет до конца реализован пациентом в зависимости от его настроения, состояния здоровья и, что немаловажно, финансовых возможностей [3, 4, 5, 10].

В связи с вышеизложенным, на первый план выходит проблема планирования рационального и оптимального лечения, с точки зрения как пациента, так и лечащего врача. Здесь важным моментом является то, что лечение пациента с заболеваниями пародонта проводится не одним узким специалистом, а несколькими врачами одновременно — пародонтологом-терапевтом, ортопедом и хирургом-пародонтологом. Несогласованность их действий может привести к непониманию пациентом путей достижения конечной цели, уменьшению или увеличению значимости того или иного этапа лечения, а коллегиально выработанный и максимально доступно разъясненный план лечения способен обеспечить стойкий и блестящий конечный результат.

Итак, речь идет о четкой согласованности всех действий всех узких специалистов и их постоянном взаимодействии в процессе лечения пародонтологического больного. Необходимо особо уточнить, что первый, примерный план лечения может достаточно сильно отличаться от окончательного, который будет выработан в ходе обследования и начального этапа лечения.

Один из критериев успеха — четко проведенное **обследование больного** пародонтитом. На данном этапе важно определить степень выраженности и активности течения воспаления, а также выяснить причины, его вызвавшие. Чрезвычайно важна роль тщательного пародонтологического обследования — первичного и в динамике, уже на фоне первоначального консервативного лечения. Сложность ранней диагностики заключается в том, что не всегда можно судить об активности деструктивных процессов в пародонте и его регенеративных возможностях по степени выраженности местного воспаления. Так, известно, что быстро прогрессирующие формы пародонтита, характеризующиеся активным лизисом костной ткани, наличием вертикальных карманов и гноетечением, часто протекают без признаков протекающий хронический пародонтит на фоне пародонтоза (при плохой гигиене полости рта) может сопровождаться выраженной кровоточивостью, активными жалобами при достаточной устойчивости костной ткани к вертикальной деструкции и медленной потере опорной функции тканей пародонта [2, 5].

На данном этапе оценка эффективности консервативного лечения в динамике позволит предположить или исключить наличие общих этиологических

факторов и механизмов, поддерживающих воспаление, и назначить обследование и комплексное лечение совместно со специалистами общего профиля — эндокринологом, терапевтом, кардиологом, невропатологом, гинекологом и т.д.

Итак, на основании полученных результатов первоначального этапа обследования и консервативного лечения мы можем, наконец, провести более или менее достоверную оценку резервов тканей пародонта, дать долгосрочный прогноз.

Следующим важным шагом является **планирование**. Планируя комплексное лечение при тяжелых пародонтопатиях, в зависимости от прогноза становится возможным произвести выбор окончательной шинирующей конструкции, которая должна обеспечить не только эстетический результат (что, несомненно, важно для данных больных), но и длительную, надежную стабилизацию зубного ряда при правильном распределении нагрузки на пародонт.

Планирование лечения проводится всеми участвующими в лечении специалистами — стоматологом-ортопедом, хирургом и терапевтом. Задача хирургического лечения — ликвидация карманов, стабилизация деструктивных процессов в пародонте, коррекция прикрепленной десны для поддержания стабильности десневого края и обеспечение длительной ремиссии, что, в свою очередь, должно обеспечить длительный результат ортопедического лечения. Если при пародонтите легкой, в начальной стадии перехода в среднюю, степени тяжести пародонтита хирургическое лечение носит ограниченный характер (вмешательства на отдельных сегментах, коррекция мягких тканей с целью углубления преддверия и устранения травматических факторов со стороны слизистой оболочки), то при уже развившихся формах пародонтита средней и тяжелой степени тяжести, сопровождающихся потерей зубов, основная роль в планировании принадлежит врачу-ортопеду с учетом реализации возможностей хирургического лечения и необходимой терапевтической подготовки.

Пациенту должны быть представлены все возможные варианты окончательных конструкций, их преимущества и недостатки, стоимость лечения с учетом всех промежуточных этапов, включая терапевтическую и хирургическую подготовку и временное шинирование, а также длительность и травматичность лечебных манипуляций. Таким образом, вместе с пациентом после определения вида окончательной ортопедической конструкции вырабатывается план комплексного лечения, определяется вид временного шинирования, необходимость в эндодонтическом лечении или удалении отдельных зубов и объем предстоящих хирургических вмешательств. И, что не менее важно, пациенту разъясняется, что данный план может несколько измениться в ходе его реализации в силу объективных причин.

Первый этап лечения — консервативный. Как правило, на данный момент он уже начат и является частью этапа динамического наблюдения и диагностики. Его цели — снятие воспаления для подготовки к хирургическому и ортопедическому этапу, профгигиена, проведение эндодонтического лечения, а главное — обучение гигиеническим навыкам и их закрепление. Без этого дальнейшее лечение просто невозможно. В дальнейшем, в ближайшем и отдаленном будущем, именно терапевту-пародонтологу отводится главная роль в поддержании и закреплении достигнутого результата, поддержании состояния ремиссии. На данном этапе проводится проверка прикуса на наличие суперконтактов и, при необходимости, избирательное шлифование зубного ряда.

Следующим шагом в комплексном лечении является **временное шинирование и избирательное шлифование**. Временное шинирование может быть проведено в виде самых различных вариантов и во многом определяется видом окончательной ортопедической конструкции. Их задача — обеспечить перераспределение жевательной нагрузки и неподвижность зубов, что крайне важно в послеоперационном периоде на этапе первичного заживления раны.

При невыраженной подвижности и потере единичных зубов предпочтительно использование ретенционной шины-каппы из прозрачной термопластмассы, которые позволяют не только удерживать зубы от смещения, но и защищают десневой край от травмы во время приема пищи и обеспечивают доступность при медикаментозной обработке послеоперационной раны (рис. 2).



Рис. 2. Шина-каппа из прозрачной термопластмассы.

Если ортопедическое лечение не планируется, то чаще используются ленточные и волоконные адгезивные системы из полиэтилена — Ribbond (США), Connect (США), или стекловолокна и керамики — Glass-span (США), Splint-IT! (США), Fiber Splint (Швейцария), Stick-Tech (Abykzylbz), J-Fiber (США) [1]. Их можно использовать на короткий или длительный период, как на ограниченных участках в переднем отделе челюсти, так и на протяжении всего зубного ряда. На ограниченных участках в переднем отделе нижней челюсти хорошо зарекомендовали себя ортодонтические ретейнеры.

При планировании сложного протезирования с использованием металлокерамических коронок в качестве временной шины могут быть изготовлены шинирующие временные коронки, после подготовки опорных зубов и обтачивания их с уступом на уровне десневого края. После окончания периода послеоперационного

заживления (через 3-4 недели) при формировании рецессий десны имеется возможность их эстетической коррекции.

При множественной потере зубов хирургическое лечение невозможно без восстановления жевательной функции временными съемными протезами, заменяемыми в дальнейшем на более удобные постоянные ортопедические конструкции.

На этапе временного шинирования обязательно проведение избирательного шлифования (при необходимости — повторного).

Хирургический этап лечения является самым важным этапом, обеспечивающим возможность длительной ремиссии состояния тканей пародонта и стабильности ортопедического лечения. Однако открытый кюретаж и лоскутные операции приводят к значительной потере высоты прикрепления и образованию рецессий 4-го класса по Miller, а эти изменения находятся в прямой зависимости от тяжести пародонтита и величины потери костной ткани альвеол. Уменьшается и глубина преддверия. Поэтому вопрос о планировании вспомогательных операций встает еще до проведения основных оперативных действий на пародонте [8, 10]. Иногда при средней глубине пародонтальных карманов вестибулопластика может быть выполнена на отдельных участках одновременно с открытым кюретажем (рис. 3).



Рис. 3. Большая хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести во время проведения открытого кюретажа и вестибулопластики.

Использование костнозамещающих препаратов и НРТ показало наибольшую эффективность при вертикальном типе деструкции костной ткани, но требует более длительного периода ожидания перед постоянным протезированием, определяемого сроком перестройки трансплантационного материала.

Постоянное протезирование у больных, которым проводились операции на тканях пародонта, начинается через 3-6 месяцев после окончания хирургического лечения и является завершающим и крайне важным этапом (рис. 4, 5).

Оно может надолго закрепить полученный результат, но может и привести к срыву вновь образованного пародонтального прикрепления, если не будут соблюдены требования к препарированию под коронки (не более чем 0,5-1,0 мм ниже уровня десны), отсутствие перегрузки тканей пародонта и опорных зубов при постоянном шинировании, восстановление правильных окклюзионных контактов и высоты прикуса. После комплексного лечения возможно также протезирование с использованием дентальной имплантации, хотя ее применение в данном случае несколько ограничено.



Рис. 4, 5. Вид окончательной ортопедической конструкции у больной хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени тяжести в сочетании с шиной Ribbond на нижней челюсти.

Поддерживающая терапия показана как постоянное поддерживающее лечение в ранние и отдаленные сроки.

Таким образом, только в результате объединения тщательно спланированных совместных действий всех участвующих в лечении специалистов и при условии четкой и устойчивой мотивации пациента на конечную цель возможно добиться длительного и стабильного результата при лечении пародонтологических больных.

Список литературы:

1. Акулович А. В. Адгезивные системы в стоматологии // Пародонтология. — 2009. — № 2 (51). — С. 26-33.
2. Безрукова И. В., Грудянов А. И. Агрессивные формы пародонтита // М., 2002. — 126 с.
3. Григорьян А. С., Грудянов А. И., Рабухина Н. А., Фролова О. А. Болезни пародонта // М., 2004. — 287 с.
4. Дмитриева Л. А. (ред.) Современные аспекты клинической пародонтологии. // М., 2001. — 127 с.
5. Модина Т. Н., Оспанова Г. Б., Овчинникова О. В., Богатырьков Д. В., Молькова С. С. Принципы планирования комплексного лечения взрослых пациентов с быстро прогрессирующим пародонтитом // Клиническая стоматология. — 2001. — № 1. — С. 52-56.
6. Цепов А. В., Михеева Е. А., Голева Н. А., Нестерова М. М. Хронический генерализованный пародонтит: ремарки к современным представлениям // Пародонтология. — 2010. — № 1 (54) — С. 3-7.
7. Mullary B. H., Dace B., Shelburne C. E. Prevalence of periodontal pathogens in localized and generalized forms of early-onset periodontitis // J. Periodontol. Res. — 2000. — Vol. 35. — P. 232-241.
8. Edward S. Cohen. Атлас косметической и реконструктивной хирургии // М., 2003. — 424 с.
9. Kornman K. S., Loe H. The role of local factors in the etiology of periodontal diseases // Periodontology 2000. — 1993. — Vol. 2, № 1. — P. 83-97.
10. Lynch S. E. & Coll. The effects of short-term application of combination of platelet-derived and insulin like growth factors on periodontal wound healing // J. Periodontal. — 1991. — V. 62. — P. 458-461.

Современные методы обработки персональных данных результатов клинического обследования и прогнозирования состояния пародонта после ортопедического лечения

Е. Н. ЖУЛЕВ, А. В. КОЧУБЕЙНИК.

Кафедра ортопедической стоматологии Нижегородской государственной медицинской академии.

Внедрение электронных технологий позволяет оптимизировать работу врача, сохранять информацию о ранее проведенном обследовании и лечении и вести динамическое наблюдение за состоянием здоровья пациента. Это в полной мере согласуется с решением коллегии МЗ РФ от 28.11.2001 г., где рекомендовано: «Сформировать программу по разработке клинических стандартов ведения больных на основе классификаторов и тарифов на медицинские услуги и использовать с этой целью автоматизированные информационные системы для оценки эффективности использования ресурсов». Одно из неоспоримых преимуществ этих систем — это повышение оперативности доступа к информации. Врач на своем рабочем месте в реальном времени может получать всю медицинскую информацию о пациенте, результатах профилактической и лечебно-диагностической работы, включая и результаты специальных исследований.

При проведении клинического обследования пациентов заполняется амбулаторная карта стоматологического больного. У пациентов с заболеваниями пародонта объем записываемой информации достаточно большой и, кроме того, длительное диспансерное наблюдение многократно его увеличивает. Электронная версия амбулаторной карты стоматологического больного предназначена для регистрации и анализа клинической картины полости рта пациентов в клинике ортопедической стоматологии, хранения и возможности статистической обработки информации. В карте фиксируются данные о симптомах пациента путем выделения соответствующих окон и выставляется предварительный диагноз, что позволяет уменьшить временные затраты врача на работу с медицинской документацией. Разработанная нами программа обеспечивает быстрое и надежное хранение информации о пациентах и позволяет создать базу данных пациентов (свидетельство о регистрации компьютерных программ для ЭВМ № 2005612520 от 30.09.2005 г.).

Запись результатов обследования производится по разделу: паспортная часть, данные внешнего осмотра, клинический осмотр полости рта и дополнительные методы обследования (рис. 1).

Каждый раздел в свою очередь состоит из нескольких окон-вкладок, куда вписывается числовая или вербальная информация, или отмечается из предлагаемого списка симптом, выявленный у пациента (рис. 2, 3).

По совокупности выявленных симптомов программа позволяет поставить предварительный диагноз с применением заранее введенных классификаций. В качестве дополнительного модуля в программу введен разработанный нами алгоритм прогнозирования состояния пародонта после ортопедического лечения, состоящий из следующих разделов:

I. Выбор наиболее значимых клинических признаков.

Для поиска наиболее значимых параметров был использован многомерный статистический анализ в пакете программ Statistica Neural Network 6.0. По результатам анализа экспертом были выделены 9 признаков, оказывающих наибольшее влияние на состояние пародонта после ортопедического лечения. Выделенные параметры были объединены в две группы по направлению действия (положительное или отрицательное):

а) параметры, положительно влияющие на состояния пародонта, — низкие значения упрощенного индекса гигиены Грин-Вермиллиона, наличие повышенного слюноотделения, удовлетворительное состояние гигиены ранее изготовленных протезов;

б) параметры, отрицательно влияющие на состояние пародонта, — кровоточивость десен, патологическая подвижность зубов, привычка сжимать зубы при выполнении каких-либо работ, привычка скрежетать зубами, верхнечелюстной синусит, заболевания почек.

Применение нейросетевых пакетов было использовано для проверки обучающей выборки на непротиворечивость и для приблизительной оценки сложности задачи. Возможность применения таких пакетов обусловлена незначительным временем обучения стандартных нейросетей при малом объеме выборки. Успешное построение нейросетей, решающих задачу прогнозирования с допустимой точностью, доказало непротиворечивость выборки.

II. Определение степени выраженности клинического признака и присвоение числового эквивалента (1-3). Результаты индексной оценки интерпретировались следующим образом: хорошо — 3, удовлетворительно — 2, плохо — 1. Наличие остальных параметров определялось как 1, отсутствие — 0. Данные параметры отмечаются в электронной карте обследования, и дальнейшие расчеты производятся автоматически.

III. Вычисление коэффициента значимости клинического признака путем построения прогностической модели с помощью программы SPSS 10.0.

Графическое изображение значимости каждого признака представлено на рис. 4.

IV. Суммирование полученных данных с учетом коэффициента значимости:

$$X = 0,205 y_6 + 0,295 y_3 + 0,340 y_2 + 0,228 y_4 + 0,221 y_5 + 0,117 y_7 - 0,133 y_8 - 0,53 y_1 - 0,191 y_9$$

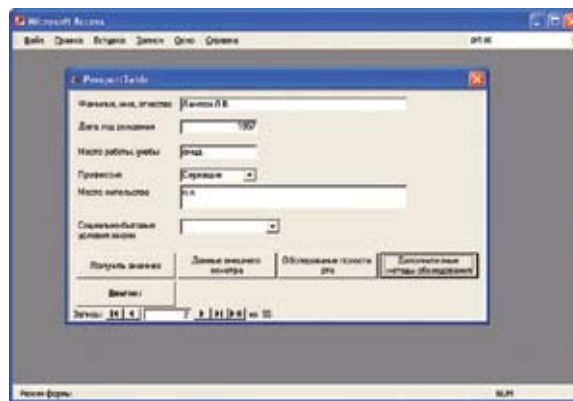


Рис. 1. Электронная версия карты обследования. Паспортная часть.

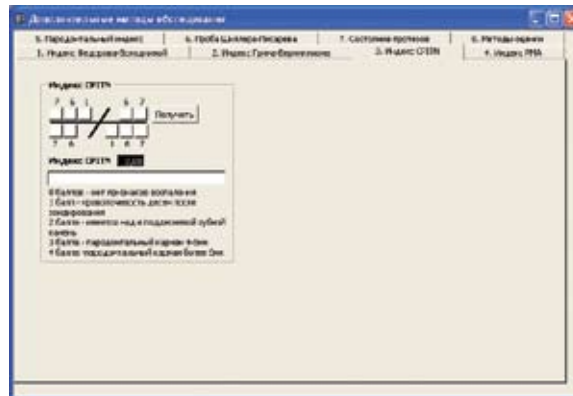


Рис. 2. Дополнительные методы обследования. Регистрация индекса CPITN.

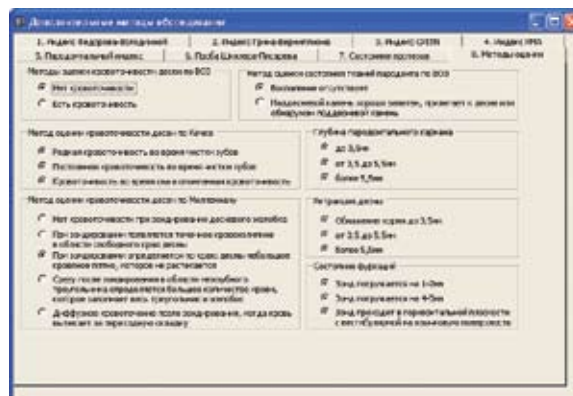


Рис. 3. Дополнительные методы обследования. Регистрация индексной оценки.



Рис. 4. Диаграмма значимости признаков для прогнозирования состояния пародонта после протезирования.

V. Оценка полученного прогноза (X):

- 0-1 — прогноз благоприятный
- 1-2 — прогноз менее благоприятный
- 2-3 — прогноз сомнительный
- 3-4 — прогноз плохой
- 4-5 — прогноз неблагоприятный

Прогнозирование характера течения заболеваний пародонта является одной из важнейших проблем ортопедической стоматологии, определяющих выбор оптимального способа ортопедического лечения. Именно поэтому нами была предпринята попытка создания алгоритма прогнозирования состояния пародонта при применении несъемных протезов. Учитывая специфику медицинских систем, для моделирования алгоритма был применен пассивный метод, основанный на использовании архивной информации. Определение прогноза состояния пародонта после ортопедического лечения позволяет врачу выбирать более рациональную конструкцию будущего протеза, а также наглядно усиливать мотивацию пациента для более тщательного соблюдения гигиены полости рта.

Разработанная нами математическая модель прогнозирования состояния пародонта после ортопедического лечения несъемными протезами позволила выделить наиболее информативные признаки, отражающие состояние пародонта. Кроме того, были определены коэффициенты значимости каждого признака, т.е. степень их влияния на конечный прогноз. Наиболее значимыми из них оказались признаки, отражающие состояние гигиены полости рта и степень деструкции тканей пародонта (кровоточивость десен, патологическая подвижность зубов), которые, по сути, являются главными звеньями этиопатогенетической цепи развития заболеваний пародонта, что подтверждается и результатами других исследований о влиянии гигиены полости рта на развитие гингивита и пародонтита [А. И. Грудянов, 2001; С. Б. Улитовский, 1999 и др.]. Необходимо отметить, что наибольшее влияние на точность прогноза состояния пародонта оказывает определение уровня гигиены полости рта, что, по нашему мнению, является совершенно логичным и закономерным.

Учитывая современные тенденции в разработке прикладных программ, созданная нами узкоспециализированная система может быть частью более обширной информационной системы.

Ранние клинические проявления парафункций жевательных мышц у лиц с интактными зубными рядами и пациентов с частичной потерей зубов

Е. Н. ЖУЛЕВ, профессор, зав. кафедрой; О. М. БРАГИНА, ассистент.
Кафедра ортопедической стоматологии
Нижегородской государственной медицинской академии.

Ранним клиническим проявлениям заболеваний пародонта уделяется недостаточное внимание, особенно актуальны исследования, изучающие изменения тонуса жевательных мышц. Нарушение сократительной активности и тонуса жевательных мышц проявляется в виде парафункций, играющих одну из главных ролей в патогенезе заболеваний пародонта.

Задача нашего исследования заключалась в изучении тонуса жевательных мышц у лиц с интактными зубными рядами и частичной потерей зубов.

Впервые проведена миоэлектродметрическая оценка состояния жевательных мышц у лиц с интактными зубными рядами и у больных с частичной потерей зубов, осложненных заболеванием пародонта, позволившая установить асимметрию сократительной активности жевательных мышц.

Обследование пациентов проводилось по специально разработанной карте. Кроме паспортной части, при опросе учитывали общее состояние, жалобы на момент обращения, выявляли парафункции жевательных мышц, их признаки, время и характер течения заболевания. Кроме того, проводили осмотр полости рта с учетом значений индексов, позволяющих провести оценку тканей пародонта, степень распространения процесса и его интенсивности. Для диагностики мышечной активности, регистрации деятельности мышц применялся пьезоакселерометр (ПАМТ-1БК), расположенный в функциональном комплексе кафедры ортопедической стоматологии НижГМА (Н. Новгород).

Конструкция пьезоакселерометра ПАМТ-1БК состоит из чувствительного пьезоэлемента, опирающего на корпус акселерометра, крепления, кабеля, монитор компьютера, для графических регистраций данных измерительных приборов. Датчики (пьезоакселерометры) должны быть надежно закреплены в строго установленных точках. При проведении миоэлектродметрии больному предлагалось выполнять функциональные пробы, в это время сигнал с датчиков поступает в анализатор СК-4-72 и с помощью персональной программы расшифровывается в ПК. Для выявления логических закономерностей использовалась система WizWhy предприятия WizSoft.

Для выявления ранних признаков заболеваний пародонта, в том числе парафункций жевательных мышц, нами были обследованы 100 студентов с интактными зубными рядами (контрольная группа) и 55 пациентов, обратившихся за ортопедическим лечением в стоматологическую клинику НижГМА.

Результаты изучения ранних клинических признаков заболеваний пародон-

та показали, что у лиц с интактными зубными рядами были выявлены привычки сжимать или прикусывать губы — у 41 (41%) обследованного, сжимать зубы во время просмотра фильма, чтения книги или выполнения любой другой работы — у 34 (34%) человек. У 14 (14%) выявлено повышенное слюноотделение, жалобы на чувство утомления жевательных мышц предъявляли 12 человек (12%), на боли в жевательных мышцах — 6 человек (6%), жалобы на боли по утрам в пародонте — 4 человека (4%), а 3% обследуемых «стискивали» язык между зубами и имитировали жевательные движения. Проявление одного или нескольких признаков парафункций выявлено у 63 обследованных контрольной группы. По результатам в контрольной группе при построении прогностической модели нами были установлены значимые корреляционные связи между данными опроса, индексной оценки пародонта и проявлениями парафункций жевательных мышц.

При обследовании больных с заболеванием пародонта на фоне частичной потери зубов были выявлены жалобы на утомляемость у 32 (58%) пациентов, нарушения сна — у 42%, привычка сжимать зубы — у 18 (33%) пациентов, привычка сжимать или прикусывать губы — у 16 (33%) больных, чувство утомления жевательных мышц отмечали 12 (22%) обследованных, привычка имитировать жевательные движения отмечена у 5 (9%) пациентов, привычка скрежетать зубами — у 7% лиц.

Анализ результатов тонической активности жевательных мышц у лиц молодого возраста показал, что на фоне начальных признаков заболевания пародонта имеются незначительные отклонения от нормы. У пациентов с заболеванием пародонта на фоне частичной потери зубов выявлены признаки асимметрии сократительной активности жевательных мышц. Проведенное ортопедическое лечение способствовало восстановлению тонической активности жевательных мышц.

Для прогнозирования заболеваний пародонта у лиц с интактными зубными рядами и пациентов с частичной потерей зубов мы проводили корреляционный анализ между отдельными значениями пародонтальных индексов, жалобами пациентов и клиническими симптомами у пациентов с частичной потерей зубов, т.е. использовали прогностическую математическую модель. Таким образом, нами была установлена четкая взаимосвязь между признаками заболеваний пародонта, проявлениями парафункций жевательных мышц и их сократительной активностью.

Оригинал или подделка — можно ли отличить?

16 ноября 2011 года мы дали старт новой программе — «Проверка подлинности товара», направленной на защиту товаров от подделок.

Ситуация на российском стоматологическом рынке такова, что ни один производитель уже не может «закрыться» от проблемы с подделками. Все мы знаем не об одном конфликте, связанном с использованием стоматологами недоброкачественных, поддельных товаров. Потребитель хочет получать от стоматолога качественные услуги, и его, потребителя, совершенно не волнуют причины, по которым у него вывалилась пломба или раскрошилась коронка через неделю после посещения стоматолога. В конечном итоге, пациент не хочет и не должен вникать в эти причины и совершенно справедливо переносит весь негатив от неудачного лечения на доктора в частности и на всю клинику в целом.

Совершенно справедливы слова «довольный клиент расскажет о вас трем знакомым, недовольный — десятком». Часто ничего не подозревающий стоматолог — хороший врач и добросовестный покупатель — приобретает фальсификат у нечистого на руку продавца, даже не преследуя особой цели сэкономить пару сотен рублей на материале, а, просто не подозревая, что тот или иной товар в принципе может быть поддельным. А потом бывает очень удивлен недовольством пациента или, еще хуже — судебным иском.

Возникает вопрос: что делать?

Мы использовали для защиты товаров наших поставщиков несколько способов, поначалу довольно эффективных. Первый — на товар наносились стикеры определенного вида и размера, позволяющие идентифицировать оригинальный товар. Их начали подделывать

через полгода. Второй — голографические наклейки с несколькими уровнями защиты — скрытыми знаками, индивидуальным рисунком, достаточно сложным для повторения, микротекстом и др. На что фэйкеры, не прошло и года, представили нам свой ответный удар — поддельные наклейки, по виду очень схожие с оригинальными, но без защиты.

На данный момент мы запустили защиту, которую обойти невозможно, — проверка подлинности товара по индивидуальному коду, скрытому под защитной пленкой. Многозначный код можно проверить на нашем сайте. Для внесения в нашу акцию живости и, чтобы заинтересовать покупателей самим процессом проверки, мы решили, что каждый N-й (какой? — не скажем☺) покупатель будет выигрывать приз!

На сегодняшний день мы считаем акцию успешной и стремительно развивающейся и очень надеемся на поддержку нашей идеи остальными участниками рынка, а также присоединением к нашей программе поставщиков стоматологической продукции. Готовы активно сотрудничать в этой области и оказывать поддержку всем, кто заинтересован в исчезновении с отечественного стоматологического рынка нечестных игроков.



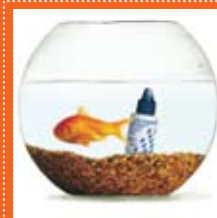
129626, Москва, ул. 3-я Мытищинская, д. 16,
тел. (495) 232-69-33, www.kraftwaydental.ru

8-800-100-100-9

(бесплатные звонки из любых регионов России)

ПРОВЕРКА ПОДЛИННОСТИ ТОВАРА

новый сервис от компании крафтвэй ...



1. Продукты - участники

Фуджи I
Фуджи IX (1-1)
Фуджи IX (2-3)
Фуджи Плюс
Градия Директ Интро Кит
Градия Директ Комплит Кит
Градия Директ шприц
Градия Директ шприц
Джи Бонд

2. Проверка подлинности

Произвести проверку - просто!



- Сотрите защитное поле.
- Введите код.
- Заполните короткую форму регистрации.
- Результат - на экране!

3. Получение приза

Регистрируя код вы можете не только проверить подлинность товара в режиме on-line, но и получить подарок! Если номер кода с приобретенного Вами товара оказался счастливым, вы мгновенно узнаете о своем выигрыше. Чем больше продуктов вы регистрируете, тем выше Ваши шансы!

Комплексный учет в стоматологической практике. Почему именно «Адента»?

Любой медицинской клинике рано или поздно приходится сталкиваться с проблемами учета и документооборота в работе.

Постепенно количество бумаг возрастает — медицинские карты, договора, соглашения. Пациенты начинают жаловаться, что им медленно оформляют документы; регистраторы забывают о долгах, теряют данные пациентов; на рабочих столах копится ворох бумаг; врачи не успевают заполнять медицинские карты; страховые компании задерживают платежи из-за отсутствия отчетов.

И, как следствие из всего этого, падает выручка клиники, пациенты уходят в другие медицинские учреждения, а руководство постоянно задает себе вопрос, «что бы нам еще придумать, чтобы привлечь пациентов?».

Казалось бы, все очевидно — надо организовать внутреннюю работу клиники так, чтобы каждый сотрудник четко знал свои функциональные обязанности и мог их быстро реализовать. Но очень часто ручная обработка огромного числа данных, медицинских карт, рентгеновских снимков не дает нужного результата. И в конечном итоге остается только один выход — автоматизировать работу учреждения, переведа его на компьютерный учет. В большинстве клиник достаточно только волевого решения администрации, чтобы сотрудники начали работать на новом уровне и получили более высокую прибыль и более высокую заработную плату.

Ответьте на 10 простых вопросов, и, если вы хоть один раз ответили «Да», то вам необходим компьютерный учет:

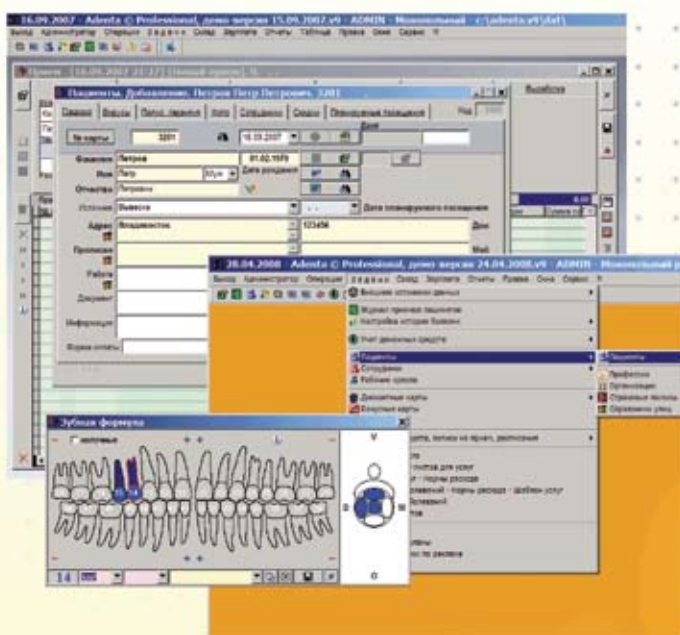
1. Вы хотите повысить уровень и скорость обслуживания пациентов в клинике?
2. Ваши регистраторы устали вручную оформлять документы?
3. Регистраторы забывают вовремя пригласить пациента на очередной осмотр?
4. Вы теряете контакты пациентов?
5. Вам надоело горы бумаг на рабочем столе?
6. Вы устали постоянно считать, кто кому и сколько должен?
7. Вам надоело вспоминать, что и кому делалось в прошлом месяце?
8. Вы не знаете, сколько пациентов принял доктор?
9. Вы тратите на расчет заработной платы целый день?
10. Вы тратите на подготовку отчетов для страховых компаний уйму времени?

Преимущества использования программы комплексного учета «Адента»

- Бесплатная версия для одиночно работающих врачей.
- Модульность программы. *Вы приобретаете только те модули, которые вам необходимы!*
- Простота использования. *Срок полного перехода на компьютерный учет 1 неделя.*
- Настраиваемый внешний вид программы.
- Настраиваемые шаблоны документов. *Вы применяете то оформление документов, которое принято в вашей клинике!*
- Разграничение прав пользователей. *Каждый сотрудник использует в работе только то, что разрешено и необходимо.*
- Разнообразные формы отчетов, в том числе и для страховых компаний.
- Разнообразные виды скидок, дисконтных и бонусных карт.
- Графики работы сотрудников, напоминания.
- Складской учет.
- Расчет заработной платы, учет проданных товаров.
- Разнообразные прайс-листы, УЕТ.
- Локальная и сетевая версии.
- Объединение клиник с помощью сети Internet.
- Оперативная техническая поддержка.
- Отсутствие дополнительных и скрытых платежей. *Приобретя программу один раз, вы используете ее неограниченное время, включая обновления в течение одного года.*

Приглашаем к сотрудничеству региональных представителей.

Программа комплексного учета и управления в стоматологической клинике



АДЕНТА®

Более 300 клиник в России и СНГ

История болезни
Статистика

Страховые полисы
Прайс-листы, УЕТ
Финансовая безопасность

Зарплата
Дисконтные карты

Любые шаблоны документов
Модульная система

Расписание
Регистратура

Визиографы

Служба сообщений

Склад, нормы расхода
Графики дежурств



ООО «Дентал Медиа Лтд»

г. Н. Новгород, ул. Обухова, д. 15,
тел.: (831) 245-87-10, 246-76-62, 246-76-63,

e-mail: info@dental-nnov.ru, www.dental-nnov.ru

Ортопедическое лечение хронического генерализованного пародонтита как этап комплексного этиопатогенетического лечения

Е. Н. ЖУЛЕВ, Е. Е. ЩЕПЕТНОВА.

Кафедра ортопедической стоматологии Нижегородской государственной медицинской академии.

Целью ортопедического лечения при заболеваниях пародонта является профилактика, устранение или ослабление его функциональной перегрузки, которая на определенной стадии патологического процесса является одним из главных патогенетических факторов, а в ряде случаев — самостоятельным заболеванием пародонта (травматическая окклюзия) [Жулев Е. Н., 2003].

Основным показанием для ортопедического лечения в виде шинирования зубов, по мнению большинства авторов [Криштаб С. И., 1979; Копейкин В. Н., 1988, 2004 и др.], является их патологическая подвижность. Однако J. Lindhe (1997) полагает, что шинирование зубов после устранения воспалительных явлений в пародонте не является обязательным.

В механизме развития воспалительного процесса важная роль отводится нарушению гемомикроциркуляции в пародонте, проявляющемуся в повышенной проницаемости капилляров и внутрициркуляторных расстройств [Прохончуков А. А. с соавт., 1980].

Установлено, что нарушения гемомикроциркуляции в пародонте нарастают в зависимости от тяжести процесса и особенно от степени выраженности воспалительных явлений. При этом наиболее значительные изменения выявляются на уровне капилляров [Грудянов А. И., 1997, 2004; Golden J. C., Miles D. S., 1986]. В последние годы получены новые данные, подтверждающие важную роль слюны в поддержании гомеостаза полости рта. Важнейшими свойствами слюны являются ее механическая, иммунологическая и антибактериальная активность [Иванов В. С., 2001; Копейкин В. Н., 2004].

Нами было обследовано и проведено лечение 92 пациентов (28 мужчин и 64 женщины) в возрасте от 21 года до 60 лет. Из них с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести было 47 человек (17 мужчин и 30 женщин) и тяжелой степени тяжести — 45 человек (11 мужчин и 34 женщины).

Всем пациентам проводилось обследование, которое включало: клинический осмотр, индексную оценку состояния пародонта, изучение ортопантомограмм, изучение состояния местного иммунитета полости рта с целью определения показателей неспецифической и специфической защиты: лизоцима, иммуноглобулинов (IgA, IgG, IgM) и коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта, изучение состояния гемомикроциркуляции в тканях пародонта методом лазерной доплеровской флоуметрии. Обследование проводилось до комплексного лечения, сразу после лечения, включавшего как временное, так и постоянное шинирование, через 3 и 6 месяцев.

Все пациенты были разделены на 2 группы по степени тяжести генерализованного пародонтита (средняя и тяжелая), каждая из которых в свою очередь была разделена на 2 подгруппы по виду шинирования — временного и постоянного. Первую группу составили пациенты с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. Из них пациентам первой подгруппы (24) проводили консервативное лечение и постоянное шинирование металлокерамическими искусственными коронками (12 шин), цельнолитыми коронками (2 шины), съемными шинирующими дугowymi протезами с металлическим базисом и литыми опорно-удерживающими кламмерами (3), шини-протезами с замковыми креплениями

(7); с внекоронковыми неактивируемыми рельсовыми аттачменами Bredent (5); с полулабильными сферическими аттачменами Rhein-83 (1); с балочными аттачменами (1). Второй подгруппе (23 пациента) проводили консервативное лечение и временное шинирование адгезивно-волоконными шинами на основе стекловолокна, керамики и композитного материала (Glass Span).

Вторая группа пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени тяжести была разделена следующим образом. В первой подгруппе (23 пациента) проводили консервативное лечение и постоянное шинирование (шины из металло-керамических коронок — 7, из цельнолитых коронок — 1, съемные шинирующие дуговые протезы с металлическим базисом и литыми опорно-удерживающими кламмерами — 2, шины-протезы с замковыми креплениями — 13; внекоронковые неактивируемые рельсовые аттачмены Bredent — 6; полулабильные сферические аттачмены Rhein-83 — 2; балочные аттачмены — 5). Во второй подгруппе (22 пациента) консервативное лечение сочетали с временным шинированием с использованием композитного материала и Glass Span.

Временное шинирование передних зубов проводили с помощью ленты-арматуры в виде адгезивной шины, накладываемой на язычную поверхность зубов. Жесткая иммобилизация достигалась посредством создания площадки на язычной поверхности зуба с переходом на контактные поверхности.



Рис. 1. Временная шина из Glass Span у пациента И. 38 лет с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, медицинская карта стоматологического больного (МКСБ) № 1215.



Рис. 2. Гипсовая модель с фантомным препарированием под временную шину из Glass Span.

Для шинирования боковых зубов использовали арматуру — жгутик. Для этого на жевательной поверхности зубов создавались специальные продольные бороздки.

Всем пациентам, как уже было отмечено, проводилось консервативное лечение по следующему плану: обучение пациентов правилам и методике чистки зубов с гигиеническим контролем, профессиональная гигиена полости



Рис. 3. Временная шина из Glass Span у пациентки М. 49 лет с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени тяжести, МКСБ № 667.



Рис. 4. Гипсовая модель с фантомным препарированием под временную шину из Glass Span.

рта, санация полости рта, избирательное шлифование зубов, временное шинирование, местное противовоспалительное лечение, общее противовоспалительное лечение при обострении хронического генерализованного пародонтита, а при тяжелой степени тяжести проведение антибиотикотерапии после определения чувствительности микрофлоры пародонтальных карманов, десенсибилизирующее лечение (антигистаминные препараты), противогрибковые препараты (полиеновые антибиотики), общеукрепляющее и иммунокорригирующее лечение.

Хирургическое лечение при средней степени пародонтита заключалось в проведении: гингивэктомии у 1 пациента; открытого юретажа у 7 пациентов, коррекции мягких тканей полости рта (формирование преддверия полости рта) у 9 пациентов. При тяжелой степени тяжести проводилась коррекция мягких тканей полости рта — формирование преддверия полости рта у 4 пациентов, десульцирующие операции у 19 пациентов. Поддерживающая терапия состояла из профессиональной гигиены полости рта, местного комплексного фармакотерапевтического лечения, противовоспалительного, общеукрепляющего и десенсибилизирующего лечения.

Результаты исследования: при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести через 3 месяца после комплексного лечения, включая и шинирование, наблюдалась тенденция к снижению значений пародонтальных индексов. Через 6 месяцев, наоборот, наметился рост всех индексов, однако при временном шинировании адгезивно-волоконными шинами этот рост был менее заметен. Кроме того, через 6 месяцев отмечается увеличение гигиенического индекса, что прежде всего, на наш взгляд, связано с ухудшением индивидуальной ги-

гиены полости рта. При рентгенологическом исследовании после комплексного лечения, с включением ортопедического, через 6 месяцев прозрачность костной ткани уменьшилась, появился более четкий контур межкорневых перегородок, крупноплетистость ее стала менее выраженной, что свидетельствует об увеличении плотности костной ткани.

При хроническом генерализованном пародонтите тяжелой степени тяжести уже через 3 месяца наблюдалось ухудшение индекса гигиены ОНI-S в обеих группах. Через 6 месяцев тенденция к росту сохранилась, однако показатели состояния гигиены полости рта после постоянного шинирования оставались ниже, чем после временного шинирования адгезивно-волоконными шинами. Подобная динамика говорит о необходимости проведения консервативного лечения после временного шинирования не реже, чем 1 раз в 3 месяца. При рентгенологическом исследовании после комплексного лечения в обеих группах наблюдалась стабилизация деструктивных процессов в костной ткани альвеолярных отростков и частей, прекратилось образование новых очагов деструкции и костных карманов, шинирование зубов способствует уменьшению дисбаланса между факторами местного иммунитета.

Во всех обследованных нами группах больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести после ортопедического лечения отмечена достоверная тенденция к снижению уровня IgG во все сроки наблюдений, уменьшение дисбаланса между факторами местного иммунитета, что свидетельствует о стихании воспалительного процесса и подтверждает лечебный эффект шинирования. Таким образом, шинирование при пародонтите средней степени тяжести способствует восстановлению физиологического равновесия в полости рта, причем временное шинирование адгезивно-волоконными шинами в этом плане практически не уступает постоянному.

У пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени в исследуемых группах больных сразу после комплексного лечения, с включением ортопедического, отмечено достоверное снижение уровня IgG, повышение уровня IgA. После постоянного шинирования только через 6 месяцев начинается повышение уровня IgG, однако он не достигает первоначальных отметок. После временного шинирования адгезивно-волоконными шинами уже через 3 месяца уровень IgG возвращается к первоначальному, что говорит о нарушении сбалансированности и необходимости проведения поддерживающей терапии.

После комплексного лечения с применением шинирования пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести и устранения функциональной перегрузки пародонта в обеих группах больных уровень капиллярного кровотока и показатель среднего квадратичного отклонения амплитуды колебаний кровотока повышаются практически в 2 раза по сравнению с исходными данными, причем временное шинирование по влиянию на микроциркуляцию не уступает постоянному. После комплексного лечения, включающего и шинирование, нормализуется сосудистый тонус; интегральный индекс флаксмоций, внутрисосудистое сопротивление.

Сразу после устранения функциональной перегрузки пародонта посредством шинирования при хроническом генерализованном пародонтите тяжелой степени тяжести уровень капиллярного кровотока повышается на 20%, возрастает активность кровотока, повышается миогенная активность микрососудов на 38%, снижаются величина венозного сопротивления на 7% и показатели сосудистого тонуса на 16%. На фоне постоянного шинирования через 6 месяцев отмечается незначительное ухудшение показателей. При временном же шинировании с применением адгезивно-волоконных конструкций наблюдается ухудшение всех показателей уже через 3 месяца,

что связано с глубокими трофическими нарушениями в тканях пародонта, резким снижением компенсаторно-приспособительных возможностей системы микроциркуляции. Таким образом, при постоянном шинировании поддерживающую терапию необходимо проводить раз в полгода, а при временном шинировании — не менее 1 раза в 3 месяца.

Через 3 года на диспансерном наблюдении после лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести и постоянного шинирования находилось 19 пациентов (7 мужчин и 12 женщин). После временного шинирования на диспансерном наблюдении находилось 17 человек (4 мужчины и 13 женщин). Всем пациентам каждые 6 месяцев проводилась профессиональная гигиена полости рта. Жалобы на переломы временных адгезивно-волоконных шин в течение 3 лет предъявили 5 пациентов. Четверем из них была проведена реставрация шин, так как сколы были незначительные, а одной пациентке временная адгезивно-волоконная шина была заменена постоянной.

Отдаленные результаты ортопедического лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести показали положительную динамику изменения пародонтального статуса и благополучное клиническое состояние пародонта у 83% пациентов как с постоянными, так и с временными адгезивно-волоконными шинами.

Через 3 года после лечения хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени тяжести на диспансерном наблюдении после комплексной терапии с применением постоянного шинирования находился 41 человек (10 мужчин и 31 женщина), так как временные адгезивно-волоконные шины всем пациентам через 6 месяцев были заменены постоянными. В течение первого года пользования протезами всем пациентам проводилась профессиональная гигиена, местная противовоспалительная терапия (пародонтальные повязки) каждые 3 месяца, а со второго года диспансеризации — каждые 6 месяцев.

Отдаленные результаты ортопедического лечения хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени тяжести показали, что спустя 3 года клиническое благополучие и положительная динамика изменения пародонтального статуса сохранилась у 57% пациентов.

Ухудшение клинико-иммунологических показателей и показателей гемомикроциркуляции в отдаленные сроки после лечения объясняются, на наш взгляд, нарушением гигиены полости рта после проведения комплексной терапии. Мы склонны объяснить это тем, что после комплексного лечения и шинирования многие пациенты полагают, что проведенного лечения достаточно, и не уделяют должного внимания гигиене полости рта.

Клинический пример: Пациентка З., 51 год, МКСБ № 1629, предъявляла жалобы на неприятный запах изо рта, кровоточивость десен во время чистки зубов, подвижность зубов (рис. 5).

Анамнез заболевания: 7 лет назад пациентка наблюдалась у пародонтолога. Тогда же было проведено ортопедическое лечение.

Объективно: Лицо симметричное, высота нижней части лица не изменена, подбородочные и носогубные складки выражены незначительно, открывание рта свободное, плавное, слизистая оболочка десны отека, гиперемирована, запах изо рта. Зубодесневые сосочки синюшные, при прикосновении кровоточат. Индекс РМА 59,5%. Обильный мягкий зубной налет, над- и поддесневые зубные отложения. Индекс гигиены 1,4 балла по ОНI-S (Oral Hygiene Indices Simplified).

Зубодесневое прикрепление нарушено, пародонтальные карманы в области зубов 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.7, 3.8, 4.7, 4.8 глубиной 5 мм, в области зубов 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3 — 4 мм. Из пародонтальных карманов обильное серозно-гноенное отделяемое. На верхней челюсти мостовидный протез с опорой на зубы 2.5, 2.7, 2.8. На нижней челюсти мостовидные протезы с опорой на зубы 3.5, 3.7, 3.8 и 4.5, 4.7, 4.8. Обратное резцовое перекрытие в об-

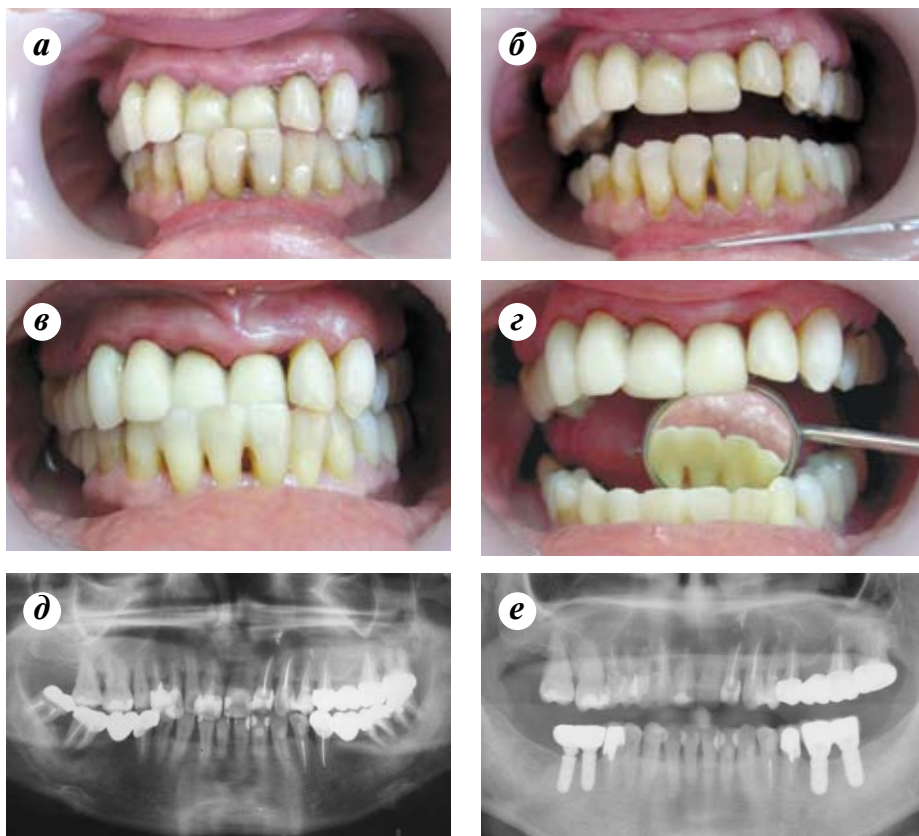


Рис. 5. Пациентка З. 51 года, МКСБ № 1629 (а — вид зубных рядов при центральной окклюзии; б — при разомкнутых зубных рядах; в — временная шина из «Glass Span» для передних зубов нижней челюсти; г — вид временной шины с язычной стороны; д — ортопантограмма до лечения; е — ортопантограмма через 3 года после комплексного лечения).

ласти зубов 1.1, 2.1. Множественные пломбы с нарушением краевого прилегания. Подвижность зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.7, 3.8, 4.7, 4.8 — II степени. Незначительное обнажение шеек и корневых зубов.

На ортопантомограмме от 26.12.2008 г. деструкция костной ткани по смешанному типу с преобладанием вертикального типа резорбции, сопровождающееся уменьшением высоты межальвеолярных перегородок на 1/2 длины корневых зубов 3.7, 3.8, 4.7, 4.8 и на 1/3 длины корневых в области остальных групп зубов. Структура ткани крупно- и среднетельстая.

Диагноз: хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести, частичная потеря зубов 2(а) класс по Жулеву на верхней челюсти и частичная потеря зубов 2(б) класс по Жулеву на нижней челюсти, обратное резцовое перекрытие.

План лечения: обучение пациентки правилам и методике чистки зубов с гигиеническим контролем, профессиональная гигиена полости рта, санация полости рта, проведение местного противовоспалительного лечения, общего противовоспалительного лечения, десенсибилизирующего лечения, назначение противовоспалительных препаратов, общеукрепляющее, иммунокорректирующее лечение, назначение пробиотиков. Временное шинирование адгезивно-волоконной шиной на основе стекловолокна материалом «Glass Span» передних зубов на нижней челюсти. Назначение на прием к врачу хирургу-стоматологу с целью проведения открытого кюретажа и удаления зубов 3.7, 3.8, 4.7, 4.8. Через 3 месяца имплантация дополнительных опор в области зубов 3.6, 3.7, 4.6, 4.7. Отдаленное протезирование на имплантатах. Каждые 6 месяцев проведение поддерживающей терапии: профессиональная гигиена полости рта и контроль гигиены полости рта, местное комплексное фармакотерапевтическое лечение, противовоспалительное, общеукрепляющее, десенсибилизирующее лечение.

Клинический пример: Пациент Ч. 46 лет, МКСБ № 815/2 предъявлял жалобы на боли в деснах, затрудненное жевание, кровоточивость и воспаление десен, подвижность зубов (рис. 6).

Анамнез заболевания: 5 лет назад пациент наблюдался у пародонтолога. Тогда же было проведено ортопедическое лечение.

Объективно: Лицо симметричное, высота нижней части лица не изменена, подбородочные и носогубные складки выражены незначительно, открывание рта свободное, плановое, слизистая оболочка десны отека, гиперемирована, запах изо рта. Зубодесневые сосочки синюшные, при прикосновении кровоточат. Индекс РМА 70%. Обильный мягкий зубной налет, над- и поддесневые зубные отложения. Индекс гигиены 2 балла по ОН1-S (Oral Hygiene Indices Simplified). Зубодесневое прикреплению нарушено, пародонтальные карманы в области зубов 1.7, 1.6, 1.5, 1.1, 1.2, 2.1, 2.2 глубиной 6 мм, в области зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 — 6,6 мм. Из пародонтальных карманов обильное гнойное отделяемое. На нижней челюсти мостовидные протезы с опорой на зубы 3.5, 3.7 и 4.2, 4.1, 3.1, 3.2. Подвижность зубов 1.7, 1.6, 1.5 — II степени. Обнажение шеек и корневых зубов. Прикус — глубокое резцовое перекрытие.

На ортопантомограмме от 22.05.2009 г. деструкция костной ткани по смешанному типу с преобладанием вертикального типа резорбции, сопровождающегося уменьшением высоты межальвеолярных перегородок на 2/3 длины корневых зубов 1.2, 1.1, 2.2, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 и на 1/2 длины корневых в области остальных групп зубов. Структура ткани крупно- и среднетельстая.

Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести, частичная потеря зубов 2(а) класс по Жулеву на нижней челюсти, глубокое резцовое перекрытие.

План лечения: обучение пациента правилам и методике чистки зубов с гигиеническим контролем, профессиональная гигиена полости рта, санация полости рта, проведение местного противовоспалительного лечения, общего противовоспалительного лечения, десенсибилизирующего лечения, назначение противовоспалительных препаратов, общеукрепляющее, иммунокорректирующее лечение, назначение пробиотиков. Изготовление временных пластмассовых импрессионных протезов на зубы верхней и нижней челюсти. Назначение на прием к врачу хирургу-стоматологу с целью проведения удаления зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 и проведения лоскутной операции на верхней

челюсти. Через 2 месяца постоянное протезирование шинами из металлокерамических искусственных коронок. Каждые 6 месяцев проведение поддерживающей терапии: профессиональная гигиена полости рта и контроль гигиены полости рта, местное комплексное фармакотерапевтическое лечение, противовоспалительное, общеукрепляющее, десенсибилизирующее лечение.

Таким образом, шинирование, как постоянное, так и временное, оказывает благоприятное воздействие на общее состояние полости рта — снижается патологическая подвижность зубов, стихает воспаление краевого пародонта, прием пищи (жевание) становится более уверенным, исчезает или снижается присущий генерализованному пародонтиту дискомфорт.

Адгезивно-волоконные шины обладают рядом преимуществ перед постоянными шинами из искусственных коронок: они не требуют депульпирования зубов, не травмируют краевой пародонт, достаточно эстетичны, позволяют беспрепятственно проводить местную противовоспалительную терапию, легко поддаются реставрации.

Практические рекомендации

1. Для повышения эффективности комплексной терапии необходимо, наряду с терапевтическими и хирургическими мероприятиями, как можно раньше начинать ортопедическое лечение, направленное прежде всего на устранение функциональной перегрузки пародонта зубов, способствующее стабилизации патологического процесса.

2. Для достижения длительного реабилитационного эффекта комплексного лечения, включающего и ортопедическое, хронического генерализованного пародонтита необходимо проводить диспансерное наблюдение пациентов с контролем гигиены полости рта и состояния шинирующих конструкций: сохранение хорошего шинирующего эффекта; отсутствие признаков балансирования шинирующих протезов; сохранение окклюзионных взаимоотношений; отсутствие травмы краевого пародонта. Контрольные осмотры и поддерживающую консервативную терапию в сочетании с постоянным шинированием необходимо проводить раз в полгода, а при временном — раз в 3 месяца.

3. Прогнозирование динамики клинического течения и эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита должно быть основано на комплексной оценке как клинической картины заболевания, так и данных лабораторных и функциональных исследований.

4. Тщательное соблюдение пациентом гигиены полости рта не только во время комплексной терапии, но и в отдаленные сроки после нее, способствует достижению максимальной эффективности в лечении хронического генерализованного пародонтита.

Список литературы:

1. Грудянов А. И. Диагностика в пародонтологии / А. И. Грудянов. — М.: МИА, 2004. — 104 с.
2. Жулев Е. Н. Клиника, диагностика и ортопедическое лечение заболеваний пародонта / Е. Н. Жулев. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003. — 276 с.
3. Иванов В. С. Заболевания пародонта / В. С. Иванов. — М.: МИА, 2001. — 300 с.
4. Копейкин В. Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. — М.: Триада-Х, 2004. — 174 с.
5. Прохончуков А. А. Функциональная диагностика в стоматологической практике / А. А. Прохончуков, Н. К. Логинова, Н. А. Жижина. — М.: Медицина, 1980. — 272 с.
6. Golden J. C. Assessment of Peripheral Hemodynamics using impedance plethysmography / J. C. Golden, D. S. Miles // Physical therapy. — 1986. — Vol. 61, № 10. — P. 1544-1547.
7. Lindhe, J. Clinical periodontology and implant dentistry / J. Lindhe. — Munksgaard: Copenhagen, 1997. — P. 461-843.

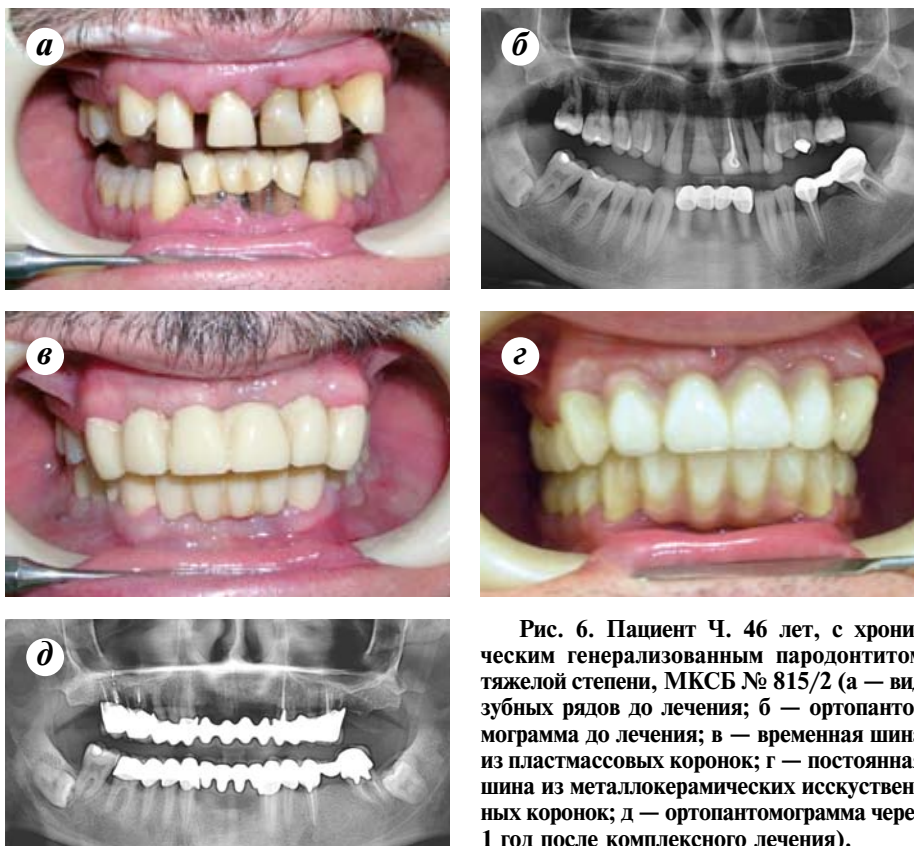


Рис. 6. Пациент Ч. 46 лет, с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени, МКСБ № 815/2 (а — вид зубных рядов до лечения; б — ортопантомограмма до лечения; в — временная шина из пластмассовых коронок; г — постоянная шина из металлокерамических искусственных коронок; д — ортопантомограмма через 1 год после комплексного лечения).

Особенности хирургического лечения десневых рецессий

Е. А. ДУРНОВО, С. В. ШАШУРИНА, Н. А. БЕСПАЛОВА, А. В. ВОРОБЬЕВА, Н. Б. РУНОВА.
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Нижегородской государственной медицинской академии.

С развитием современной стоматологии в России за последние несколько десятков лет возросли и эстетические требования пациентов к комфорту и качеству стоматологической помощи. Пациенты больше стали уделять внимания не только здоровью зубов, но и их эстетике, а также гармоничности окружающих мягких тканей пародонта, стремясь выглядеть моложе, успешнее и привлекательнее. Одной из актуальных проблем эстетической пародонтальной хирургии является лечение десневых рецессий, появление которых ставит под угрозу стоматологическое здоровье человека. Поэтому эстетическая пародонтальная хирургия стремительно развивается, приобретает популярность, улучшая качество жизни пациентов и позволяя врачам добиться великолепных эстетических результатов [1].

Проблема повышения эффективности хирургического устранения различного вида рецессий тканей пародонта приобретает все больший интерес. Это связано с большой распространенностью, неясностью этиологии в каждом конкретном случае и, как следствие, — неправильным выбором и отсутствием результата при устранении рецессии.

Как ни парадоксально, но рецессия десны часто наблюдается у пациентов с достаточно хорошим уровнем гигиены полости рта. Известно, что основными этиологическими факторами развития рецессии являются: особенности анатомо-морфологического строения тканей пародонта, мелкое преддверие полости рта, натяжение уздечек губ и тяжей слизистой оболочки, скученность зубов, неправильное выполнение гигиенических и профилактических мероприятий, ортодонтическое лечение (в первую очередь, вестибулярное перемещение зубов), отсутствие физиологической стираемости твердых тканей зубов, нерационально проведенное терапевтическое и хирургическое лечение. Также к факторам риска следует отнести недостаточное количество прикрепленной десны (менее 2 мм), невыраженный экватор клинической коронки зуба и курение [1, 2].

Успешность хирургического устранения рецессий десны в значительной степени зависит от выявления всех причин ее развития, а также от грамотного планирования и выбора рациональной методики лечения [5].

Основными критериями при выборе той или иной методики являются ширина и глубина рецессии, ширина и толщина прикрепленной слизистой оболочки апикальнее рецессии, биотип десны, этиология и наличие факторов риска, эстетические ожидания пациента и степень его сотрудничества.

Очень важно понимать ожидания пациента от предполагаемого лечения и обсудить все возможные исходы, в том числе и неудовлетворительные. Это имеет большое юридическое значение, поскольку операция по устранению рецессий является факультативной (т.е. проводится не по жизненным показаниям).

Особое значение при планировании хирургического лечения следует уделять высоте линии улыбки, которая может быть очень высокой, высокой, средней и низкой [11]. Эстетический исход устранения рецессий предопределяется такими критериями, как степень устранения рецессии; цвет десны в области устраненной рецессии относительно прилежащих тканей; форма и толщина десны в области устраненной рецессии относительно прилежащих тканей; текстура и качество десны в области устраненной рецессии; фестончатость краевой десны [3].

Н. Erpenstein, R. Borchard (2006) предложили свою классификацию методов устранения рецессии. Они разделяют все методы на консервативные и хирургические. В свою очередь, среди хирургических методов выделяют так называемые «однослойные» и «двухслойные» методики, а также метод направленной тканевой регенерации. В отдельную группу вынесены дополнительные методики, такие как протравливание поверхности корня зуба (лимонной кислотой, гидрохлоридом тетрациклина, ЭДТА) и использование биологических медиаторов (например, эмалевых матричных протеинов, богатой тромбоцитами плазмы) [10].

Алгоритм выбора однослойных методов хирургического устранения рецессий десны определяется индивидуальными анатомическими особенностями пациента. При расположении широкой зоны кератинизированных тканей апикально рецессии наиболее целесообразным для закрытия рецессий и достижения максимального эстетического результата будет использование коронально перемещенного слизисто-надкостничного лоскута, а латерально или мезиально от рецессии — латерально перемещенного лоскута. При недостатке кератинизированных тканей апикально рецессии можно использовать двойной сосочковый, а латерально и мезиально от рецессии — полулунный лоскут. Однако при отсутствии кератинизированных тканей, множественных или широких глубоких рецессиях желателен использовать двухслойную методику [4].

Но, как уже было отмечено, недостаточно учитывать лишь анатомические параметры окружающих мягких тканей. Успешность оперативного вмешательства и полнота закрытия оголенной поверхнос-

ти корня будет зависеть также от уровня костной ткани межзубных перегородок, а также характеристик самой рецессии.

Наиболее часто в клинической практике пациенты обращаются за помощью при наличии рецессий 1-го и 2-го классов по Р. Miller (1985) [12]. Устранение любых рецессий 1-го и 2-го классов наиболее успешно при использовании двухслойных методик, а также двухэтапной методики по J. P. Bernimoulin (1975) [7], особенно при тонком фенотипе десны. Однослойные методики (с использованием полулунного, коронально смещенного или двойного сосочкового лоскута) требуют толщины слизистой оболочки не менее 1,0 мм, и их рекомендуется использовать при устранении рецессий 1-го класса, а также узких рецессий 2-го класса по Miller. Использование методики направленной тканевой регенерации также показано при наличии рецессий 2-го класса. Применение эпителизированного свободного трансплантата оправдано лишь при наличии широких рецессий 1-го класса [6].

При использовании однослойных методик рецессии устраняются за счет перемещения слизисто-надкостничного лоскута. Условием их применения является наличие кератинизированной слизистой достаточной ширины и толщины [4]. При толщине лоскута менее 0,8 мм возможно лишь частичное устранение рецессии [9]. Чаще всего в клинической практике используется трапециевидный или полулунный коронально смещенный лоскут. Трапециевидный лоскут формируют для устранения множественных рецессий, а полулунный — для устранения одиночных рецессий.

Преимуществом однослойных методик является простота, меньшая травматичность по сравнению с двухслойными, идеальные цвет, форма и текстура поверхности десны. Но вероятность полного устранения рецессии и получения оптимального количества плотных кератинизированных тканей невысока.

Наибольшая вероятность успеха при хирургическом устранении рецессий десны — при пересадке свободного десневого трансплантата (рис. 1-2). Использование именно свободного аутогенного десневого трансплантата является «золотым стандартом» для увеличения зоны кера-



Рис. 1-2. Вестибулопластика свободным десневым трансплантатом в области рецессии 4.5 и имплантата 4.6. Вид до операции и через 1,5 года после.

тинизированной прикрепленной десны и устранения рецессий. Плотные прикрепленные ткани десны успешно противостоят механическим нагрузкам, долгое время стабильны и являются естественным буфером для костной ткани [8].

Двухслойные методы получили свое название из-за наличия соединительнотканного свободного трансплантата между лоскутами и поверхностью корня зуба. За счет этого достигается лучшее питание трансплантата, его лучшая стабильность, т.е. механическая нагрузка не приводит к нарушению адгезии фибрина к поверхности зуба [13].

Различают полнослойный трансплантат (full flap), состоящий из эпителия, соединительной, жировой ткани и надкостницы; и расщепленный трансплантат (split flap), не включающий в себя все слои слизистой твердого неба, и он может быть полностью эпителизован, с эпителиальной полоской (комбинированный) и соединительнотканной. По толщине также выделяют тонкие трансплантаты (thin flap) — 0,5-0,8 мм, средней толщины (average flap) — 0,9-1,5 мм, и толстые (thick flap) — 1,5-2,0 мм и более.

Соединительнотканый трансплантат, как правило, используют в сочетании с коронально смещенным, латерально смещенным лоскутом, а также методикой конверта.

Число устраняемых рецессий по двуслойной методике ограничено протяженностью соединительнотканного трансплантата. Двухслойные методики технически более сложны и травматичны из-за наличия второго хирургического поля. Но несомненными преимуществами этих методик является увеличение зоны

кератинизированной прикрепленной десны, устранение рецессий, увеличение толщины десны (изменение ее биотипа), возможность восстановления десневых сосочков.

Таким образом, основной задачей хирургического лечения десневых рецессий является полное восстановление анатомических структур, создание зоны прикрепленных кератинизированных тканей десны и устранение самой рецессии. Современная пародонтальная хирургия ставит перед собой все более сложные задачи. Требования к отдаленным результатам лечения достаточно высоки, и сочетание этиотропной терапии с пластическими хирургическими вмешательствами на тканях пародонта является приоритетной задачей хирургов-пародонтологов.

Литература

1. Ганжа И. Р. Рецессия десны: диагностика и методы лечения / И. Р. Ганжа, Т. Н. Модина, А. М. Хамедова. — Самара: Содружество, 2007. — 84 с.
2. Голубь А. А. Влияние курения и наличия соматической патологии на состояние слизистой оболочки полости рта / А. А. Голубь, Т. С. Чемикосова, О. А. Гуляева // Пародонтология. — 2011. — № 3. — С. 66-69.
3. Демирель К. Оценка пародонта сточки зрения эстетики // Пародонтология. — 2011. — № 3. — С. 55-58.
4. Жданов Е. В. Анализ значения десневого фенотипа при выборе хирургического метода закрытия рецессий десны / Е. В. Жданов, А. Ю. Февралева // Пародонтология. — 2006. — № 1. — С. 33-39.
5. Жданов Е. В. Влияние этиологических факторов развития рецессии на выбор

тактики и результаты хирургического лечения / Е. В. Жданов, А. Ю. Февралева, О. В. Савич // Новое в стоматологии. — 2005. — № 5. — С. 46-55.

6. Февралева А. Ю. Устранение рецессии десны. Планирование, современные методы лечения, прогноз / А. Ю. Февралева, А. Л. Давидян. — М.: Поли Медиа Пресс, 2007. — 152 с.

7. Bernimoulin J. P. Coronally repositioned periodontal flap / J. P. Bernimoulin, B. Luscher, H. R. Muhlemann // J Clin Periodontol. — 1975. — Vol. 2. — P. 1.

8. Cohen Edward S. Atlas of cosmetic and reconstructive periodontal surgery / Edward S. Cohen. — Lea & Febiger, 1994. — 424 p.

9. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Is flap thickness al relevant predictor to achieve root coverage? A 19-case series / C. Baldi [et al.] // J Periodontol. — 1999. — Vol. 70. — P. 1077-1084.

10. Erpenstein H. Criteria for the selection of root coverage procedures. Part 1: intention, indication, methods // H. Erpenstein, R. Borchard // PERIO. — 2006. — № 2. — P. 139-152.

11. Jensen J. The smile line of different ethnic groups in relation of age and gender / J. Jensen, A. Joss, N. P. Lang // Acta Med Dent Helv. — 1999. — № 4. — P. 38-46.

12. Miller P. D. A classification of marginal tissue recession // Int J Periodontics Restorative Dent. — 1985. — № 5. — P. 8-14.

13. Wikesjo U. M. E. Periodontical repair in dogs : effect of wound stabilization on healing / U. M. E. Wikesjo, R. Nilveus // J Periodontol. — 1990. — Vol. 161. — P. 719-724.

ВЕНД

Предприятие-изготовитель:
НПП «ВЕНД»

410033, г. Саратов, пр. 50 лет Октября, 101.
Тел./факс (8452) 633-759, тел. (8452) 797-169, 797-171
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 022а1307/0363-04.
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.

Влияние ингаляционных гормональных препаратов на состояние слизистой оболочки полости рта у больных бронхиальной астмой

Л. Н. КАЗАРИНА, д.м.н., профессор, зав. кафедрой; И. М. ЧУВАРКОВА, аспирант.
Кафедра пропедевтической стоматологии Нижегородской государственной медицинской академии.

Бронхиальная астма (греч. *asthma* — удушье) — одно из самых частых хронических заболеваний легких. Заболеваемость бронхиальной астмой в мире составляет от 4 до 10% населения [6]. В России, по разным данным, распространенность среди взрослого населения колеблется от 2,2 до 5-7% [8], а в детской популяции этот показатель составляет около 10% [7]. Заболевание может возникнуть в любом возрасте; примерно у половины больных бронхиальная астма развивается до 10 лет, еще у трети — до 40 лет. Бронхиальная астма больше распространена среди городского населения, а также среди лиц, живущих в странах с холодным климатом и в индустриальных районах.

Основными проявлениями бронхиальной астмы являются приступы удушья, обусловленные обструкцией бронхов и расширяющиеся, в редких случаях, самостоятельно, но чаще в результате лечения [8].

При базисном медикаментозном лечении бронхиальной астмы применяют две группы лекарственных препаратов. При этом для купирования и предупреждения приступов бронхиальной астмы ингаляционные глюкокортикостероиды являются приоритетными [2].

Применение данного вида препаратов сопровождается различными осложнениями в полости рта, гортани, глотке и пищеводе [9].

Из литературных источников известно, что этой проблемой занимались ряд ученых, например, Н. П. Княжеская, М. О. Потапова («Глюкокортикостероидная терапия бронхиальной астмы», 2003 г.) и А. В. Емельянов («Лечение бронхиальной астмы в амбулаторных условиях: использование ингаляционных глюкокортикостероидов», 2000 г.).

Однако недостаточно изучено влияние ингаляционных гормональных препаратов на слизистую оболочку полости рта, эмаль зубов, а также местный иммунитет полости рта. В связи с чем возникает необходимость, во-первых, установить характер этих осложнений и, во-вторых, попытаться определить пути их профилактики и лечения.

Цель исследования. Изучить осложнения в полости рта у больных с бронхиальной астмой, получающих ингаляционную гормональную терапию, и разработать методы профилактики и лечения.

Материал и методы исследования

Исследование проводили на базе пульмонологических отделений клинических больниц № 5 и № 10 г. Нижнего Новгорода, а также на базе кафедры пропедевтической стоматологии Нижегородской государственной медицинской академии.

Обследовано 38 пациентов с бронхиальной астмой различной степени тяжести в возрасте от 23 до 70 лет.

Все пациенты проходили комплексное обследование основного заболевания (бронхиальная астма) и стоматологического статуса по единой схеме. На каждого из них заполняли индивидуальную карту, включающую анамнез (паспортные данные, основные и дополнительные жалобы, анамнез жизни и настоящего заболевания), результаты объективного обследования (общий осмотр, обследование местных изменений челюстно-лицевой области), предварительный диагноз, дополнительные методы исследования, окончательный диагноз [5].

Интенсивность поражения зубов кариесом у пациентов определялась по индексу КПУ (К — кариозный зуб, П — пломбированный, У — удаленный) [5]. Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали упрощенный индекс гигиены J. C. Green, J. K. Vermillion (1964). Состояние пародонта определяли с помощью индекса кровоточивости десен по Н. Р. Muhlemann, S. Son (1971), резистентности эмали оценивали с помощью проведения ТЭР-теста по В. Р. Окушко (1983). Кроме того, для определения pH ротовой жидкости использовали pH-метр Checker («Hanna Instruments»). Микробиоциноз полости рта определяли путем проведения соскоба со

слизистой оболочки на *Candida*. Забор материала производился натошак на нечищенные зубы.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакетов прикладных программ.

Результаты исследования и их обсуждение

При определении интенсивности кариеса зубов было выявлено, что среднее значение индекса КПУ составило $21,84 \pm 0,21$.

У всех участников исследования присутствовал зубной налет. Средняя величина индекса гигиены составила $2,9 \pm 0,18$.

Показатель индекса кровоточивости десен составил в среднем $1,92 \pm 0,1$, величина функционального состояния эмали зуба (ТЭР-тест) — $1,44 \pm 0,47$.

Важной предпосылкой возникновения кандидоза слизистой оболочки полости рта (СОПР) является также определенное состояние ротовой полости: увлажненность, температура, аэрация и, особенно, нарушение pH среды в сторону повышения кислотности [1]. Значение pH составило $7,19 \pm 0,26$. Соскоб на *Candida* оказался положительным у 18 больных, у 20 — кандид в соскобе не обнаружено или обнаружено в незначительном количестве.

Заключение

Таким образом, полученные результаты демонстрируют выраженные изменения стоматологического статуса у данной категории больных и диктуют необходимость проведения комплекса мероприятий по лечению и профилактике осложнений в полости рта, вызванных применением ингаляционных кортикостероидов у больных бронхиальной астмой. Пациентам с данной патологией следует рекомендовать профессиональную гигиену полости рта 3-4 раза в год, обучение личной гигиене с контролем качества, а также назначение общего этиопатогенетического лечения бронхиальной астмы с индивидуальным подбором ингаляционного гормонального препарата и с четким контролем его дозы врачом-аллергологом или пульмонологом. Это позволит значительно поднять не только стоматологический статус, но и качество жизни пациентов, страдающих бронхиальной астмой.

Литература

1. Данилевский Н. Ф., Леонтьев В. К., Несин А. Ф., Рах-ний Ж. И. Заболевания слизистой оболочки полости рта // Стоматология. — 2001. — 117 с.
2. Добротина И. С. Бронхиальная астма: современные подходы к диагностике и терапии. — Н.Н.: Издательство НГМА, 2002.
3. Емельянов А. В. Лечение больных бронхиальной астмой в амбулаторных условиях: использование ингаляционных глюкокортикостероидов. — СПб., 2000. — С. 76-90.
4. Княжеская Н. П. Глюкокортикостероидная терапия бронхиальной астмы / Н. П. Княжеская, М. О. Потапова // Consilium-Medicum. — 2003. — Т. 5. — № 4.
5. Лукиных Л. М. Болезни полости рта. — Н.Н.: Издательство НГМА, 2004. — С. 4-6.
6. Овчаренко С. И. Бронхиальная астма: диагностика и лечение / РМЖ. — 2002. — Т. 10. — № 17.
7. Черняк Б. А. Агонисты beta2-адренергических рецепторов в терапии бронхиальной астмы: вопросы эффективности и безопасности / Б. А. Черняк, И. И. Воржева // Consilium Medicum. — 2006. — Т. 8. — № 10.
8. Masoli M. Global Burden of Asthma / M. Masoli, D. Fabian, S. Holt, R. Beasley. — 2003. — 20 с.
9. Yokoyama H., Yamamura Y., Ozeki T., Iga T., Yamada Y. Influence of mouth washing procedures on the removal of drug residues following inhalation of corticosteroids // Biol Pharm Bull. — 2006; 29 (9): 1923-5.

Острые стоматиты у детей

Л. Н. ДРОБОТЬКО, С. Ю. СТРАХОВА.

Московский государственный медико-стоматологический университет.

Проблема заболеваний слизистой оболочки полости рта является одной из важнейших в стоматологии.

Особое место в этой проблеме занимает острый герпетический стоматит, на который приходится более 80% всех случаев заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. Кроме того, острый герпетический стоматит занимает одно из ведущих мест в структуре детской инфекционной патологии, встречаясь чаще скарлатины, кори, эпидемического паротита. Совокупность методов вирусологического, серологического и иммунофлюоресцентного исследований доказано, что острый герпетический стоматит служит одной из клинических форм проявления первичной герпетической инфекции.

Известно, что около 70% случаев заболевания возникает у детей в возрасте от 1 года до 3 лет. Это объясняется переходным периодом в развитии иммунной системы ребенка, когда исчезают антитела, полученные от матери интраплацентарно, ведущую роль в защите продолжают играть реакции неспецифической защиты, а реакции специфического иммунитета еще не достигают необходимого уровня развития. Среди детей старшего возраста заболеваемость значительно ниже вследствие приобретенного иммунитета после перенесенной герпетической инфекции в ее разнообразных клинических проявлениях. В развитии этой инфекции, проявляющейся преимущественно поражением слизистой оболочки полости рта, большое значение имеют как структура слизистой оболочки у детей, так и активность местного тканевого иммунитета.

Высокая распространенность острого герпетического стоматита у детей в возрасте до 3 лет может быть обусловлена высокой проницаемостью в этот период гистогематических барьеров. Кроме того, для детей этого возраста характерны тонкий эпителиальный покров с низким содержанием гликогена и рибонуклеиновых кислот, рыхлость и низкая дифференцировка базальной мембраны и волокнистых структур соединительной ткани (обильная васкуляризация, высокое содержание тучных клеток с низкой функциональной активностью и др.). Большое значение в патогенезе заболевания придается лимфатическому узлам и элементам ретикулоэндотелиальной системы, что вполне согласуется с патогенезом последовательного развития клинических признаков стоматита.

В устойчивости организма к заболеванию и его защитных реакциях определенную роль играют иммунологическая защита, ее специфические и неспецифические факторы. Исследования неспецифической иммунологической реактивности доказали наличие нарушения защитных барьеров организма, которые отражали тяжесть болезни и периоды ее развития. Среднетяжелая и тяжелая формы стоматита приводили к резкому угнетению естественного иммунитета, который восстанавливался через 7-14 дней после клинического выздоровления ребенка.

Диагноз острого герпетического стоматита ставят на основании клинической картины заболевания. Использование вирусологических и серологических методов диагностики, особенно в практическом

здравоохранении, затруднено. Это связано, прежде всего, с трудностью названных специальных методов исследования. Кроме того, с помощью этих методов можно получить результаты в лучшем случае к концу заболевания или спустя некоторое время после выздоровления. Такая ретроспективная диагностика не может удовлетворить врача-клинициста. В последние годы находят все большее применение метод иммунофлюоресценции. Высокая частота совпадений (около 80%) диагноза острого герпетического стоматита по данным иммунофлюоресценции с результатами вирусологических и серологических исследований делает этот метод ведущим в диагностике заболевания.

Тактика врача при лечении больных острым герпетическим стоматитом должна определяться формой тяжести заболевания и периодом его развития. В связи с особенностями течения острого герпетического стоматита рациональное питание и правильная организация кормления больного занимают немаловажное место в комплексе лечебных мероприятий.

Местная терапия при остром герпетическом стоматите ставит перед собой следующие задачи: снять или ослабить болезненные симптомы в полости рта; предупредить повторные высыпания элементов поражения (реинфекцию) и способствовать их эпителизации.

С первых дней развития острого герпетического стоматита, учитывая этиологию заболевания в местном лечении, серьезное внимание должно уделяться противовирусной терапии. С этой целью рекомендуется применять 0,25% оксолиновую и 0,5% теброфеновую мази, препараты интерферона, ацикловир. Указанные лекарственные препараты рекомендуются применять многократно (3-4 раза в день) не только при посещении врача-стоматолога, но и дома. С учетом того, что противовирусные средства в большей степени обладают профилактическим эффектом, чем лечебным, рекомендуется воздействовать и на пораженные участки слизистой оболочки, и на области без наличия элементов поражения. В период угасания болезни противовирусные средства можно отменить.

Ведущее значение в этот период следует придавать кератопластическим средствам: это прежде всего масляные растворы витаминов А и В, облепиховое масло, каратолин, масло шиповника, мази с метилурацилом, кислородный коктейль. Исследование состояния местного иммунитета у детей, больных острым герпетическим стоматитом, выявило, что оно коррелирует с характером течения патологического процесса, поэтому патогенетически обосновано включение в комплексную схему терапии мероприятий, направленных на его коррекцию.

На кафедре детской терапевтической стоматологии МГМСУ в комплексном лечении острого герпетического стоматита у детей уже более 10 лет применяется смесь лизатов бактерий — препарат Имудон — топический иммунокорректор, применяемый для лечения острых и профилактики хронических инфекционных заболеваний глотки и полости рта. Эффекты препарата на иммунную систему выражаются в повышении выработки интерферона (противовирусное действие),

увеличении фагоцитарной активности макрофагов, повышении содержания лизоцима в слюне, а также увеличении числа иммунокомпетентных клеток и содержания иммуноглобулинов класса А. В результате, смесь лизатов бактерий оказывает лечебное действие — этиотропное и патогенетическое, а также, повышая активность иммунной системы, обеспечивает профилактику рецидивов.

В исследовании, проведенном на базе кафедры, анализировались результаты лечения детей с герпетическим стоматитом. 1-ю группу составили дети, в лечении которых применялась 0,5% теброфеновая мазь, 2-ю — дети, лечившиеся раствором интерферона (по 3-4 капли в нос и под язык каждые 4 ч.), в 3-й группе в день обращения, кроме 0,5% теброфеновой мази, детям назначали смесь лизатов бактерий, в 4-й — смесь лизатов в комплексе с раствором интерферона. Таблетку, содержащую смесь лизатов бактерий, детям рекомендовали рассасывать 5-6 раз в день не ранее, чем через 30-40 мин., после обработки полости рта противовирусной мазью или раствором.

Критериями клинико-лабораторной оценки терапевтической эффективности препарата, содержащего смесь лизатов бактерий, явились:

- лечебный эффект (средние сроки выздоровления);
- анальгезирующее действие;
- общие и местные реакции на прием препарата;
- влияние на состояние местного иммунитета.

Признаками выздоровления считали эпителизацию элементов поражения (не имея при этом в виду полное излечение ребенка от острого герпетического стоматита), длительность которого определяется не только окончанием эпителизации элементов поражения, но и продолжительностью гингивита и лимфаденита, а также общим самочувствием ребенка. В случае обращения к врачу в 1-й день заболевания признаки эффективности проводимого лечения отмечались у детей 3-й и 4-й групп уже на 2-е сутки от его начала: эрозии не переходили в афты, окружающая слизистая оболочка не инфицировалась. Было установлено, что высокая эффективность смеси лизатов бактерий при лечении детей с острым герпетическим стоматитом связана с повышением уровня защитных факторов в слюне. Осложнений и побочных действий при использовании препарата не отмечалось.

В результате наблюдения был сделан вывод о принципиальной необходимости комплексной терапии детей с острым герпетическим стоматитом с обязательным применением препарата Имудон и как стимулирующего, и как заместительного средства для коррекции нарушения реакций местного иммунитета. Таким образом, острый герпетический стоматит является инфекционным заболеванием, требующим, независимо от тяжести состояния больного, внимания со стороны педиатра и стоматолога, основной задачей которых является назначение комплексного лечения, а также исключение контакта больного со здоровыми детьми и профилактика распространения инфекции в детских коллективах.

ИМУДОН®

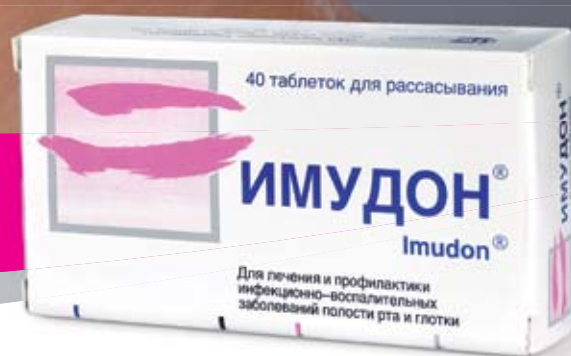
ВИРУСЫ

БАКТЕРИИ

ГРИБКИ

ТРОЙНОЙ ЭФФЕКТ

Эффективная защита
слизистой оболочки глотки
и полости рта



- пародонтоз • парадонтит • стоматит • гингивит
- глоссит • афты • профилактика изъязвлений,
вызванных зубными протезами

- профилактика и лечение воспаления после
удаления зубов, имплантации искусственных
зубных корней

ИМУДОН (лизатов бактерий смесь)

Регистрационное удостоверение П №014990/01 от 02.08.2010 г. Таблетки для рассасывания. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА: иммуностимулирующий препарат для местного применения. Активирует фагоцитоз, способствует увеличению количества иммунокомпетентных клеток, повышает выработку лизоцима и интерферона, иммуноглобулина А в слюне. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: фарингит, хронический тонзиллит, предоперационная подготовка и послеоперационный период после тонзилэктомии, пародонтозы, пародонтит, стоматит, глоссит, гингивит, дисбактериоз полости рта, инфекции после удаления зубов, имплантации искусственных корней, изъязвления, вызванные зубными протезами. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: повышенная индивидуальная чувствительность к препарату и его компонентам, детский возраст до 3-х лет, аутоиммунные заболевания. Не рекомендуется принимать Имудон в период беременности или лактации. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Для взрослых и подростков старше 14 лет: для лечения по 8 таблеток в день, рассасывают с интервалом в 1-2 часа, для профилактики по 6 таблеток. Для детей от 3 до 14 лет: для лечения и профилактики принимают по 6 таблеток. Продолжительность курса лечения 10 дней, профилактики — 20 дней. Дети от 3-х до 6 лет рассасывают таблетки под присмотром взрослых. После приема Имудона необходимо воздержаться от приема пищи и воды в течение часа. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: тошнота, рвота, боли в животе, аллергические реакции, повышение температуры, обострение бронхиальной астмы, кашель. В очень редких случаях — узловатая эритема, геморрагический васкулит, тромбоцитопения. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ: не отмечено. УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ И ТРАНСПОРТИРОВАНИЯ: при температуре не выше 25°C, хранить в недоступном для детей месте. УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК. Без рецепта. См. полную информацию о препарате в инструкции по применению. Информация для медицинских работников, не для пациентов.

119334, г. Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5, тел.: (495) 411-69-11, факс: (495) 411-69-10
www.abbott-products.ru, www.dentalsite.ru

 **Abbott**
A Promise for Life

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 универсальный динамометрический	7900
КЛЮЧ-ТРЕЩОТКА	4450
ХРАПОВИК (переходник под ключи других систем)	1050
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 ВТІ-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



Инструменты NOVA: стальные традиции качества

Что всплывает у нас в памяти при слове Англия?

Двухэтажные автобусы, Лондон, туманы, рышари круглого стола... Некоторые вспомнят, что когда-то Британия была самой большой империей в мире и всегда являлась главной мировой мастерской. Мануфактуры, заводы, технологии — все это было предметом гордости британцев, а металл составлял значительную часть экспорта королевства. Даже сегодня, в век стандартизации и глобального перемещения производств, Великобритания остается крупной промышленной державой, не утратившей секретов мастерства и технологий. К производителям, поддерживающим английские традиции, относится и компания Dentafix, выпускающая металлические стоматологические инструменты под торговой маркой NOVA.

Dentafix — не типичный по современным меркам производитель оборудования. Среди лайнеров и броненосцев мирового бизнеса небольшая компания напоминает скорее изящную яхту. Dentafix многие годы производит только стоматологические инструменты, концентрируя все свое внимание на этом направлении. Такая преданность выбранному курсу обеспечивает непревзойденное качество продукции торговой марки NOVA.

Основа любого металлического инструмента — сталь. Вернее, марка стали.

Вам, наверное, приходилось проходить мимо прилавков с холодным оружием или кухонными ножами — блеск, разнообразие форм и, казалось бы, бритвенная заточка.

Практически все эти изделия произведены из стали марки 420. Да, это действительно нержавеющей сталь, но для специалиста способность металла противостоять коррозии является далеко не основной его характеристикой. К сожалению, сталь 420 пригодна исключительно для производства ширпотреба или недорогих инструментов. Ей не хватает твердости и прочности, простая заточка режущих кромок инструментов из этой стали обрачивается их быстрым затуплением.

Компания Dentafix использует исключительно сталь марки 440F. После термической обработки она достигает более высокой прочности, твердости и износостойкости по сравнению с другими нержавеющей сплавами. Благодаря большой концентрации углерода из стали марки 440F изготавливают элементы силовых каркасов для суперкаров, ра-

кетную технику, эксклюзивные образцы оружия и, конечно, сталь применяют в производстве высококачественных хирургических инструментов — таких, как NOVA. Болванки, из которых получаются уникальные инструменты NOVA, производит всемирно известная старейшая британская компания Camberley.

Второй важный фактор — это обработка стали. Без нее даже самая лучшая сталь остается куском железа. Стоматологические инструменты производят в несколько этапов. Сначала на компьютере моделируется будущий облик инструмента: создается его трехмерная модель, виртуально рассчитываются прочностные характеристики. Затем с помощью автоматических фрезерных станков CNC получают опытную партию инструментов, на которых проводят цикл испытаний. Сталь проверяют на пределе ее прочности: экстремально высокие и низкие температуры, искусственное затупление, воздействие едких растворов и многое другое. Только после успешного прохождения испытаний инструмент может быть рекомендован к серийному производству.

Английской компании Dentafix удастся сочетать современные технологии и традиционные способы обработки при создании инструментов. Здесь есть мастера, посвятившие работе в компании четверть

века. До появления станков они создавали инструменты с нуля вручную и полностью отвечали за качество изделия. Теперь они контролируют окончательную стадию отжига, термическую обработку, испытание на твердость и лазерную маркировку.

Что касается ассортимента NOVA, то это и стандартные, знакомые всем инструменты, и эксклюзивные, использующиеся при редких и сложных операциях экземпляры. Более 250 предметов на все случаи стоматологической практики. Все инструменты делятся на 6 категорий: диагностика, реставрация, эндодонтия, парадонтия, хирургия и вспомогательные инструменты. И в каждой категории десятки наименований. Особо хотелось бы отметить новые эндодонтические инструменты, снабженные удобными силиконовыми рукоятками. Их легко держать, они не скользят в руке и не боятся высокотемпературной стерилизации.

Инструменты NOVA полностью удовлетворяют потребностям специалиста в высококачественном ручном инвентаре. Инструменты NOVA сначала были признаны в Великобритании, затем обрели популярность в Европе и Соединенных Штатах. Сегодня и вы имеете возможность оценить их качество. Приобрести инструменты NOVA можно у эксклюзивного дилера — компании Unident.



Fengdan

medical equipment

- Длина волны 420 – 480 нм
- Мощность излучения 1 200 мВт/см²
- 4 режима продолжительности полимеризации
- 3 режима работы: мягкий старт, импульсный и турбо режим



БЕСПРОВОДНЫЕ ПОЛИМЕРИЗАЦИОННЫЕ ЛАМПЫ

 UNIDENT

Эксклюзивный дистрибьютер продукции компании Fengdan в России
Тел. +7 (495) 434 10 27, горячая линия для клиентов +7 (965) 310-3820, ornt@unident.net

Использование профессионального отбеливания для лечения дисколоритов фронтальной группы зубов

С. И. ГАЖВА, Т. В. ВОЛКОМОРОВА, Н. Н. ШУРОВА, Н. А. ГУРЕНКОВА.
Нижегородская государственная медицинская академия.

С каждым годом эстетическая стоматология в нашей стране становится более востребованной, поскольку красивые зубы — это элемент современной культуры, символ молодости, здоровья, красоты и успеха. Дисколорит зубов — весьма распространенная и многофакторная по природе патология, составляющая актуальную проблему стоматологии, с одной стороны, связанную с эстетическим дефектом, а, с другой стороны, с несовершенством существующих методов лечения [1]. До недавнего времени лечение дисколоритов заключалось лишь в ортопедическом лечении с применением металлокерамических коронок, для лечения флюороза использовался 24% раствор соляной кислоты, для улучшения цвета зубов, пораженных флюорозом, проводилось отбеливание их в течение 2-4 недель 5,3% перекисью водорода [2]. Однако эффективность данных методов вызывает сомнение и требует дальнейших исследований. Одним из современных и востребованных методов отбеливания является профессиональное отбеливание зубов [3].

В настоящее время в эстетической стоматологии важное место отводится разработке методов эффективного и безопасного отбеливания зубов, т.к. использование препаратов перекиси водорода и карбамида может вызвать побочные явления и неблагоприятные исходы [4]. Однако, до настоящего времени отсутствуют четкие показания к отбеливанию, как домашнему, так и профессиональному. До конца не изучены ошибки и осложнения, возникающие в процессе отбеливания и после него, не в полном объеме осуществляется программа профилактики этих осложнений. Поэтому поиск новых методов отбеливания в настоящее время продолжается.

Цель исследования — повышение эффективности лечения дисколоритов зубов с использованием отбеливающих систем, содержащих различную концентрацию перекиси водорода.

Материалы и методы исследования

Для выявления потребности в лечении дисколоритов нами были проанализированы 256 амбулаторных карт стоматологических пациентов, обратившихся к терапевту-стоматологу. Сведения о наличии и форме дисколоритов зубов были зафиксированы в амбулаторных картах 50 пациентов.

Для реализации клинического исследования были отобраны 50 пациентов со средней степенью окрашивания зубов, в соответствии с рекомендациями И. А. Барковой (2006), сопоставимые по возрасту и полу. Среднее окрашивание соответствовало цветовым показателям от 7 до 11 (C2, D4, A3, D3, B3).

В свою очередь данные пациенты были разделены на 2 подгруппы в зависимости от отбеливающей системы.

1. 25 пациентов со средней степенью окрашивания зубов в возрасте от 20 до 45 лет, из которых 50% — мужчины, 50% — женщины (отбеливание было проведено системой «Amazing white», содержащей 16% перекись водорода).

2. 25 пациентов со средней степенью окрашивания зубов в возрасте от 20 до 45 лет, из которых 50% — мужчины, 50% — женщины (отбеливание было проведено системой «ZOOM», содержащей 25% перекись водорода) (рис. 1).



Рис. 1. Отбеливание системой «ZOOM».

В качестве инструмента для социологического анализа была использована анкета субъективной оценки эстетики улыбки [5], содержащая 22 целевых вопроса по степени удовлетворенности пациента цветовой гаммой зубов, потребности и мотивированности пациентов к посещению стоматолога с целью коррекции цвета и отбеливания зубов.

Механизм отбеливания

Перекись водорода способна образовывать свободные радикалы $\text{HO}_2\cdot$ и $\text{O}\cdot$, которые вступают в химическую реакцию. Радикал $\text{HO}_2\cdot$ более активный и обладает большей окислительной способностью. В процессе отбеливания перекись водорода проникает в эмаль и дентин по органической матрице, расположенной между неорганическими кристаллами твердых тканей зуба. На начальной стадии отбеливания эмали интенсивно окрашенные карбоновые кольца пигмента разрываются, превращаясь в линейные цепи с двойными валентными связями, которые значительно светлее, чем карбоновые кольца. Затем эта цепь, имеющая желтую окраску, превращается в гидроксильную спиртовую группу, которая бесцветная [6].

Методика отбеливания зубов системой «ZOOM 3 Advanced Power»

Профессиональная система «ZOOM 3 Advanced Power» представлена гелем, содержащим 25% перекись водорода, активируемым ксеноновой металлоалюидной лампой, излучающей свет в диапазоне 400 нм.

Пациенту перед началом процедуры обязательно надевают защитные очки, ретрактор для щек и защитные салфетки (рис. 2).

Для защиты мягких тканей используют Liquidam (жидкий коффердам). Для достижения отбеливающего эффекта необходима одна процедура.

Методика отбеливания зубов системой «Amazing white»

Профессиональная система «Amazing white» представлена гелем, содержащим 16% перекись водорода, активируемым ксеноновой металлоалюидной лампой, излучающей свет в диапазоне 430-490 нм.

Пациенту перед началом процедуры обязательно надевают защитные очки, ретрактор для щек и защитные салфетки.

Для защиты мягких тканей используют жидкий коффердам. Для достижения отбеливающего эффекта необходима одна процедура.

Схема лечения

1. Проведение профессиональной гигиены полости рта за 2 недели до начала лечения.
2. Проведение индивидуальной чистки зубов перед процедурой отбеливания.
3. Установка ретрактора для щек со специальной защитной салфеткой.
4. Определение исходного цвета зубов.

5. На губы пациента следует нанести тонкий слой защитного крема.

6. Нанесение жидкого коффердама на шейки зубов по маргинальному краю десен и десневые сосочки для защиты мягких тканей полости рта.

7. Нанесение отбеливающего геля на зубы и активация ультрафиолетовым источником света в течение 15 минут.

8. Тщательное удаление геля водой.



Рис. 2. Пациентка Т.



Рис. 3. До отбеливания.



Рис. 4. После отбеливания.

9. Этапы с 7-го по 8-й повторяются 3 раза в одно посещение.

10. После удаления последней порции геля пациент должен прополоскать полость рта водой.

11. Определяется полученный цвет зубов [7].

Комплексное стоматологическое обследование пациентов, планирующих отбеливание зубов, включало в себя определение уровня гигиены полости рта по упрощенному индексу Грин-Вермильона (ОНИ-S), а также степени воспалительного процесса в динамике по индексу РМА (Parma, 1960).

Для определения цвета зубов до и после отбеливания использовались стандартную и реорганизованную шкалу Vita.

Фотодокументирование клинического материала в динамике наблюдения было проведено с согласия пациентов, с соблюдением необходимых этических норм, с помощью фотоаппарата Canon, в режиме макросъемки.

Пациенты подписывали информированное добровольное согласие на проведение стоматологических манипуляций.

Полученные результаты

В результате проведенного исследования установлено, что в группы исследования были включены пациенты с сопоставимыми исходными данными.

Как показал анализ амбулаторных карт, в структуре дисколоритов зубов преобладали стойкие формы окрашивания зубов, отмечаемые у 38 из 50 пациентов. Установлено, что в структуре стойких дисколоритов доминировали их приобретенные формы, связанные с витальным окрашиванием зубов (35 пациентов). Врожденное окрашивание выявили у 4 пациентов. Наличие нестойкого окрашивания, связанного с вредными привычками, приемом лекарственных препаратов, пищевыми хромогенами и пр. зафиксировано у 12 пациентов. У пациентов групп исследования преобладала средняя степень окрашивания.

В 1-й группе исследования хорошую гигиену полости рта (от 0 до 0,6) до начала лечения по индексу гигиены ОНИ-S выявили у 10 пациентов. У 14 пациентов преобладал удовлетворительный гигиенический уровень (0,7-1,6). Индекс гигиены ОНИ-S в диапазоне 1,7-2,5 имел 1 пациент. Пациенты с плохим уровнем гигиены полости рта отсутствовали. Среднее значение индекса ОНИ-S во 2-й группе составило $0,9 \pm 0,16$ и достоверно не отличалось от такового у пациентов первой группы.

После отбеливания индекс гигиены ОНИ-S в обеих группах снизился почти на 70%. Наибольшее снижение индекса произошло в течение первых суток после проведения профессионального отбеливания.

Значения индекса РМА в обеих группах исследования до отбеливания не превышали 30%, что указывало на легкую степень тяжести гингивита. Индекс РМА у пациентов 1-й группы после отбеливания с использованием системы «Amazing White» снизился на 60% у большинства пациентов. А во 2-й группе исследования снижение показателей не было достаточным, у 6 пациентов выявили признаки раздражения и легкую десквамацию маргинальной части десны, на последующих этапах наблюдения показатели индекса были снижены и показывали хорошее состояние десны.

По прошествии суток после проведения отбеливания у пациентов обеих групп произошло изменение оттенка в сторону осветления на 5-8 тонов. Эффективность отбеливания выражена у пациентов с дисколоритами средней степени окрашивания, при которой оттенок зуба соответствует оттенкам от С2 до В3 по реорганизованной шкале Vita.

Выводы

• По данным анкетирования и стоматологического приема выявлена высокая нуждаемость в проведении лечебно-гигиенических мероприятий по поводу дисколорита

фронтальной группы зубов, в структуре которого доминируют стойкие, особенно приобретенные формы, связанные с приемом лекарственных средств, пищевых хромогенов, вредными привычками.

• Качество отбеливания наиболее выражено у пациентов со средней степенью окрашивания, при котором оттенок зуба соответствует оттенкам от С2 до В3 по реорганизованной шкале Vita. В обеих группах произошло изменение оттенка в сторону осветления на 5-8 тонов (рис. 3, 4).

• При использовании системы, содержащей 25% перекись водорода, чаще встречаются признаки раздражения десневого края, которые приводят к дискомфорту пациента во время и после отбеливания. Система, содержащая 16% перекись водорода, является более щадящей технологией, связанной с умеренной концентрацией перекиси водорода и может быть использована в стандартных условиях без неблагоприятных последствий.

Список литературы:

1. Ерофеева Е. С., Гилева О. С. Повышение качества лечения пациентов с дисколоритами фронтальных зубов.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Пермь, 2010. — С. 4.
2. Акулович А. В. Отбеливание зубов — чего мы боимся? // Профилактика сегодня. — 2008. — № 8. — С. 14-20.
3. Артрушкевич В. Г. Влияние отбеливающего геля, содержащего перекись карбамида, на ультраструктуру эмали и дентина // Стоматология. — 1996. — Т. 85. — № 6. — С. 15-18.
4. Кузьмина Э. М. Профилактика осложнений при отбеливании зубов системой, содержащей 25% раствор перекиси водорода // Российский стоматологический журнал. — 2005. — № 6. — С. 23-25.
5. Гилева Е. С. Системный анализ параметров макро- и микроэстетики улыбки у лиц молодого возраста и его динамика в процессе лечения скученного положения зубов во фронтальном отделе.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Пермь, 2007. — С. 22.
6. Крихели Н. И. Отбеливание зубов и микроабразия эмали в эстетической стоматологии. — М., 2008. — С. 15.
7. Крихели Н. И. Обоснование комплексной программы повышения эффективности лечения дисколоритов и профилактики осложнений, возникающих при отбеливании и микроабразии эмали измененных в цвете зубов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2008. — С. 53.

Особенности стоматологического статуса пациентов с гастродуоденальной патологией

С. И. ГАЖВА, д.м.н., профессор; О. В. ШКАРЕДНАЯ, А. С. ЛЕСКОВ, аспиранты кафедры стоматологии ФПКВ ИПО НижГМА; Р. С. ГУЛУЕВ, врач-стоматолог. Нижегородская государственная медицинская академия.

На сегодняшний день значимую медико-социальную проблему представляют болезни органов пищеварения, что связано с их высокой распространенностью среди людей всех возрастных категорий и особенностями клинического течения. Анатомо-физиологическая и функциональная связь создают предпосылки вовлечения органов полости рта в патологический процесс при заболеваниях органов пищеварения (рис. 1) [4].

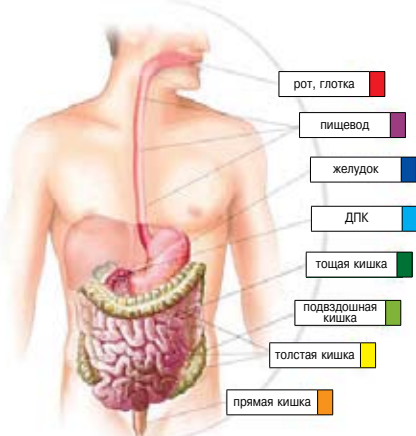


Рис. 1. Анатомия ЖКТ.

В последние годы появились работы, выявляющие патогенетическую связь заболеваний органов пищеварения с воспалительными процессами тканей пародонта [11, 12], заболеваниями слизистой оболочки полости рта [5], изменениями в слюнных железах [6] и даже костной ткани. Кроме того, патологические процессы в полости рта становятся очагами хронической инфекции и, нарушая акт жевания, приводят к ухудшению функционирования желудочно-кишечного тракта и обострению его хронических заболеваний [7].

Таким образом, существует определенная связь между хронической общесоматической патологией и изменениями в полости рта, и эта зависимость проявляется в форме взаимного отягощения [10, 14].

Воспалительные заболевания пародонта остаются одной из актуальных проблем современной стоматологии. По данным ВОЗ (1990), более 98% населения среднего и старшего возраста име-

ют заболевания пародонта, которые в России занимают второе место в структуре стоматологических заболеваний [3, 9]. Около 85% пациентов с патологией пародонта имеют заболевания желудочно-кишечного тракта, среди которых наиболее распространенным является язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Многочисленные исследования посвящены изучению патологии пародонта у больных с гастродуоденальными заболеваниями [1, 13]. По мнению авторов, распространенность и тяжесть заболеваний пародонта коррелируют со стадией, длительностью и тяжестью заболевания.

Одной из серьезных проблем современной стоматологии также являются заболевания слизистой оболочки полости рта. В последнее время возросла частота этих заболеваний под влиянием внешних и внутренних факторов, наблюдается многообразие их клинических форм, для них характерно упорное течение и рецидивы, высокий риск малигнизации. Диагностика и лечение хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта зачастую затруднена, в том числе и из-за их тесной взаимосвязи с общесоматической патологией [5].

Таким образом, вопросы сочетанных поражений полости рта и внутренних органов среди проблем стоматологии в настоящее время занимают видное место, так как позволяют отразить сущность генеза многих заболеваний, проявляющихся в полости рта [2]. Изменения в полости рта при заболеваниях внутренних органов нередко возникают раньше других признаков и поэтому имеют важное диагностическое значение [8].

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей стоматологического статуса у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы

Объектом исследования были 84 пациента в возрасте от 23 до 59 лет. В зависимости от общего состояния здоровья все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (основная) — 64 (76,2%) пациента с язвенной болезнью

двенадцатиперстной кишки, 2-я группа (контрольная) — 20 (23,8%) пациентов без диагностированной сопутствующей общесоматической патологии. Пациенты сравниваемых групп, в целом, были сопоставимы по возрасту и полу.

Диагностика заболеваний пародонта проводилась на основании клинической картины, расчета основных гигиенических (ОНИ-S) и пародонтологических (РМА, ВоР, СРITN) индексов, рентгенографии (ортопантомография).

Диагностика заболеваний слизистой оболочки полости рта проводилась на основании клинической картины заболевания, лабораторных (микробиологические, цитологические, гистологические) и инструментальных («VisiLite Plus») методов исследования.

Значительно расширяло возможности визуального осмотра слизистой оболочки полости рта использование хемилюминесцентного источника света, генерируемого системой «VisiLite Plus», который значительно улучшает идентификацию элементов поражения, локализованных на различных участках слизистой оболочки полости рта (СОПР): интактный эпителий десны поглощает свет, участки гиперкератоза отражаются бело-голубоватым свечением, зоны эрозирования, десквамации и застойной гиперемии проявляются более темным цветом (рис. 2).



Рис. 2. Тест-система «VisiLite Plus».

Результаты исследования

В основной группе обследования (больные с ЯБДК) заболевания пародонта диагностированы в 100% случаев, в контрольной группе (пациенты без сопутствующей общесоматической патологии) — в 95,0% случаев, причем структура

Таблица 1.

Структура и распространенность заболеваний пародонта в группах обследования

1-я группа — пациенты с ЯБДК						2-я группа — пациенты без общесоматической патологии					
Гингивит			Пародонтит			Гингивит			Пародонтит		
Легкая ст. тяж.	Средняя ст. тяж.	Тяжелая ст. тяж.	Легкая ст. тяж.	Средняя ст. тяж.	Тяжелая ст. тяж.	Легкая ст. тяж.	Средняя ст. тяж.	Тяжелая ст. тяж.	Легкая ст. тяж.	Средняя ст. тяж.	Тяжелая ст. тяж.
2 (3,1%)	7 (11,0%)	5 (7,8%)	10 (15,6%)	23 (35,9%)	17 (26,6%)	2 (10,5%)	4 (21,0%)	1 (5,3%)	6 (31,6%)	4 (21,1%)	2 (10,5%)

заболеваний пародонта в группах наблюдения отличалась: в основной группе пародонтит диагностирован у 78,1% обследованных, гингивит — в 21,9% случаев, причем преобладали заболевания пародонта средней и тяжелой степени тяжести (рис. 3, 4); в контрольной группе пародонтит выявлен у 63,2% обследованных (преимущественно легкой степени тяжести (31,6%), гингивит — у 36,8% обследованных (преимущественно средней степени тяжести (21,0%)) (табл. 1).



Рис. 3. Пациент М., 39 лет. ЯБДК, хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести.



Рис. 4. Пациент К., 53 года. ЯБДК, хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести.

Распространенность заболеваний СОПР у пациентов с ЯБДК составила 43,7% (28 человек), в контрольной группе — 15,0% (3 человека). В структуре заболеваний СОПР у больных ЯБДК на первом месте — КПЛ, на втором — ХРАС, затем с одинаковой частотой встречаемости диагностированы лейкоплакия и кандидоз (рис. 5, 6, 7), в контрольной группе вышеперечисленные патологии СОПР наблюдались в одинаковом процентном соотношении (диагр. 1, 2).

Выводы:

1. При обследовании больных с ЯБДК выявлено поражение тканей пародонта у 100% пациентов. По сравнению с контрольной группой исследования преобладали заболевания пародонта



Рис. 5. Пациент Н., 43 года. ЯБДК, КПЛ, эрозивно-язвенная форма.



Диаграмма 1. Структура и распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта в основной группе обследования.

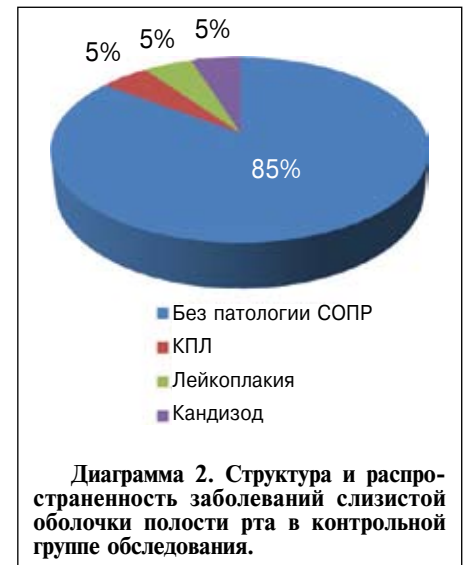


Диаграмма 2. Структура и распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта в контрольной группе обследования.

в форме пародонтита средней и тяжелой степени тяжести.

2. Распространенность заболеваний СОПР в группе пациентов с ЯБДК значительно выше, чем у пациентов без сопутствующей общесоматической патологии (43,8% и 15,0% соответственно). В структуре заболеваний СОПР у больных ЯБДК преобладали эрозивно-язвенные поражения: КПЛ, эрозивно-язвенная форма и хронический рецидивирующий афтозный стоматит.

Список литературы

1. Аруин Л. И. *Helicobacter pylori*: каким образом один возбудитель вызывает разные болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2004. — № 1. — С. 36-41.
2. Банченко Г. В., Рабинович И. М. Симптомы внутренних болезней // Материалы 8 и 9 конференций и труды 7 съезда СтАР. — М., 2002. — С. 253-254.
3. Безрукова В. В. Быстропрогрессирующий пародонтит. Этиология. Клиника. Лечение.: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2001. — С. 36.
4. Борисенко Г. Г., Лукина Г. И., Базилян Э. А., Ковалева А. М. Оценка морфологических изменений слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Клиническая медицина. — 2009. — № 6. — С. 36-38.
5. Боровский Е. В., Данилевский Н. Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта. — М., 1991. — С. 219.
6. Васильев В. Н. Секреторная и экскреторная функции желудка при нарушении



Рис. 6. Пациент С., 46 лет. ЯБДК, ХРАС, типичная форма.

деятельности слюнных желез: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Новосибирск, 1981. — С. 20.

7. Воложин А. И., Субботин Ю. К. Учение о болезни (нозология) // Уч. пос. — М., 1994 — С. 78.

8. Григорьев П. Я., Яковенко Э. П. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения. — М.: Медицина, 1996. — С. 515.

9. Грудянов А. И. Овчинникова В. В. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта. — М.: МИА, 2007. — С. 80.

10. Запруднов А. М., Григорьев К. И. Гастроэнтерологическая патология в клинике детских болезней // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 1993. — № 4. — С. 25-28.

11. Робакидзе Н. С. Состояние полости рта у *Helicobacter pylori*-ассоциированных больных при различных вариантах течения язвенной болезни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2000.

12. Сойхер М. Г. Совершенствование диагностики и комплексного лечения больных с *Helicobacter pylori*-ассоциированной патологией желудочно-кишечного тракта и воспалительными заболеваниями пародонта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ставрополь, 1998.

13. Цепов Л. М., Николаев А. И. Патология пародонта как проявление соматических заболеваний // Пародонтология. — № 1. — 1998. — С. 23-31.

14. Leodolter A., Megraud F. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection // Current opinion on gastroenterology. — 2001. — Vol. 17, suppl. 1. — S. 19-23.



Рис. 7. Пациент Р., 54 года. ЯБДК, лейкоплакия, плоская форма.

Влияние ингаляционных гормональных препаратов на ткани пародонта

И. М. ЧУВАРКОВА, аспирант кафедры пропедевтической стоматологии
Нижегородской государственной медицинской академии.

Бронхиальная астма является серьезной глобальной проблемой здравоохранения.

Распространенность бронхиальной астмы в мире составляет от 4 до 10% [1]. В России, по разным данным, распространенность среди взрослого населения колеблется от 2,2 до 5-7% [12].

Исследования, проведенные в России при поддержке Всемирной организации здравоохранения, показали, что в нашей стране по сравнению с Западной Европой среди больных бронхиальной астмой преобладают тяжелые формы заболевания (до 71,4%), при этом в основном болеют лица молодого трудоспособного возраста (средний возраст 46,2 года) [9].

Показатель смертности от этой патологии в последние десятилетия колебался в разных странах в пределах от 0,15 до 3,0 на 100 тысяч населения. Из каждых 100 пациентов с бронхиальной астмой 32 вынуждены сменить профессию [6]. Кроме этого, бронхиальная астма сокращает продолжительность жизни мужчин на 6,6 года, а женщин на 13,5 года [8].

Бронхиальная астма — это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, особенно по ночам или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкцией дыхательных путей, которая часто бывает обратимой — либо спонтанно, либо под воздействием лечения [9].

В качестве базисного медикаментозного лечения бронхиальной астмы применяют ингаляционные глюкокортикоиды, такие как Симбикорт, Будесонид, Серетид, Беклазон и др. [3]. Из литературных источников известно, что этот вид лекарственных средств, особенно при неправильном использовании, вызывает ряд осложнений в полости рта, гортани, глотке и пищеводе [14].

Известно, что глюкокортикоиды, с одной стороны, улучшают состояние мягких тканей пародонта благодаря противовоспалительному действию, но в то же время приводят к остеопорозу альвеолярной кости и дегенерации тканей пародонта в результате нарушения синтеза коллагена [2, 4, 5, 7, 11].

Глюкокортикоиды широко используются в терапии бронхиальной астмы, но их применение сопряжено с негативным влиянием на костную ткань. Даже короткие, но частые курсы терапии системными глюкокортикоидами могут быть причиной остеопороза [10, 13].

Цель исследования. Изучить влияние ингаляционных препаратов на ткани пародонта и слизистую оболочку полости рта у больных с бронхиальной астмой, получающих ингаляционную гормональную терапию.

Материал и методы исследования

Исследование проводили на базе пульмонологических отделений клинических больниц № 5 и № 10 г. Нижнего Новгорода, а также на базе кафедры пропедевтической стоматологии Нижегородской государственной медицинской академии.

Обследовано 65 пациентов с бронхиальной астмой различной степени тяжести в возрасте от 23 до 70 лет, в том числе 23 мужчины и 42 женщины, а также 16 человек, не страдающих бронхиальной астмой (3 мужчин и 13 женщин), которые составили контрольную группу.

Все пациенты проходили комплексное обследование основного заболевания (бронхиальная астма) и стоматологического статуса по единой схеме. На каждого из них заполняли индивидуальную карту, включающую анамнез (паспортные данные, основные и дополнительные жалобы, анамнез жизни и настоящего заболевания), результаты объективного обследования (общий осмотр, обследование местных изменений челюстно-лицевой области), предварительный диагноз, дополнительные методы исследования, окончательный диагноз.

Интенсивность поражения зубов кариесом у пациентов определялась по индексу КПУ (К — кариозный зуб, П — плом-

бированный, У — удаленный). Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали упрощенный индекс гигиены J. C. Green, J. K. Vermillion (1964). Состояние пародонта определяли с помощью индекса кровоточивости десен по Н. Р. Muhlemann, S. Son (1971). Тяжесть деструктивных процессов в пародонте оценивали с помощью пародонтального индекса (PI) по А. Russel (1956). Резистентность эмали оценивали с помощью проведения ТЭР-теста по В. Р. Окушко (1983). Для определения pH ротовой жидкости использовали pH-метр Checker («Hanna Instruments»). Микробиоценоз полости рта определяли путем проведения соскоба со слизистой оболочки на *Candida*. Активность лизоцима в смешанной слюне оценивали фотонейтральным методом [Дорофейчук В. Г., 1965] до и после лечения.

Но для данной публикации нас интересуют только показатели, отражающие состояние тканей пародонта и неспецифической защиты полости рта, а именно: упрощенный индекс гигиены J. C. Green, J. K. Vermillion (1964), индекс кровоточивости десен по Н. Р. Muhlemann, S. Son (1971), пародонтальный индекс (PI) по А. Russel (1956) и активность лизоцима до и после лечения.

Из всех представленных на современном рынке иммуномодуляторов выбран препарат Ликопид, повышающий местный иммунитет не только в полости рта, но на всем протяжении дыхательных путей.

Ликопид — регистрационный номер ЛС-001438 от 24.03.2006 г.; свидетельство на товарный знак №№ 154238, 154239, производитель ЗАО «Пептек», Россия. Активное вещество — ГМДП (глюкозаминилмурамилдипептид) — 0,001 г и 0,01 г. Иммуностимулирующее средство. Усиливает функциональную (бактерицидную, цитотоксическую) активность фагоцитов (нейтрофилов, макрофагов), повышает пролиферацию Т- и В-лимфоцитов и активность естественных киллерных клеток.

Пациентам, у которых диагностирован кандидоз, назначался препарат Ликопид в дозировке 10 мг 1 раз в сутки за 30 минут до еды, курс лечения — 10 дней. Пациентам с неподтвержденным лабораторно кандидозом с профилактической целью назначался препарат Ликопид в дозировке 1 мг 1 раз в сутки за 30 минут до еды — 10 дней.

Для получения более точных и достоверных результатов всем пациентам, помимо проведенной нами профессиональной гигиены полости рта и обучения индивидуальной гигиене, рекомендовано использование зубной пасты и ополаскивателя для полости рта Elmex на протяжении всего курса лечения.

Зубная паста и ополаскиватель для полости рта Elmex выпускаются компанией «GABA International AG». Данная зубная паста содержит органический аминофторид (AmF) *olaflur*, который является активным ингредиентом для защиты от кариеса. Ополаскиватель Elmex — не требующий разведения лечебно-профилактический ополаскиватель для реминерализации и защиты зубов.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью программы «StatSoft» и пакета прикладных программ «STATISTICA v. 6.0». Для оценки достоверности полученных результатов использовался коэффициент Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

В процессе лечения клиническое состояние полости рта оценивали по субъективным ощущениям пациентов, результатам визуального осмотра, динамике показателей исследуемых индексов (ИГ, ИК) и изменению активности лизоцима в смешанной слюне. Все показатели сведены в таблицу 1.

Величина индекса гигиены после применения лечебного комплекса в среднем снизилась с $3,271 \pm 0,081$ до $2,961 \pm 0,026$.

Показатель индекса кровоточивости также снизился в среднем с $2,292 \pm 0,096$ до $1,031 \pm 0,065$.

Пародонтальный индекс в основной группе после лечения достоверно ($p < 0,05$) снизился с $1,673 \pm 0,074$ балла до $0,624 \pm 0,058$ балла, что демонстрирует улучшение состояния тканей пародонта и гигиены полости рта.

Таблица 1.

**Динамика индексов ИГ, ИК и лизоцима
у больных бронхиальной астмой,
получающих ингаляционную гормональную терапию**

Показатель	До лечения, n=65	После лечения, n=65	Контрольная группа, n=16
ИГ [J. C. Green, J. K. Vermillion]	3,271±0,081	2,961±0,026**	1,321±0,021
ИК [H. P. Muhlemann, S. Son]	2,292±0,096	1,031±0,065*	0,448±0,083
PI [A. Russel, 1956]	1,673±0,074	0,624±0,058*	-
Уровень лизоцима, %	30,36±0,62	48,23±0,08*	48,93±0,01

* — статистически достоверно со значениями ($p < 0,05$);

** — статистически достоверно со значениями ($p < 0,01$);

*** — статистически достоверно со значениями ($p < 0,001$).

Включение в комплексное лечение препарата Ликопид привело к достоверному повышению уровня лизоцимной активности на 13,4% ($p < 0,01$) относительно исходного уровня.

Так как лизоцим относится к основным факторам физиологической неспецифической защиты, основным биологическим эффектом которого является его бактерицидное и бактериологическое действие на некоторые микроорганизмы, то увеличение его активности благоприятно сказывалось на клиническом течении пародонтита. А именно, после лечения в основной группе быстрее спадал отек десневых сосочков, пропадали цианоз десневого края, восстанавливалась целостность эпителия десны.

Заключение

Таким образом, включение в комплекс терапии бронхиальной астмы местного препарата Ликопид для профилактики и лечения осложнений в полости рта после приема ингаляционных глюкокортикоидов улучшает клиническое состояние больных, их стоматологический статус, а также качество жизни пациентов.

Литература

1. Барановская Т. В. Лечение обострений бронхиальной астмы / Минск: Издательство МГМА, 2003.
2. Беляков Ю. А. Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях. — М.: Медицина, 1983. — 208 с.
3. Данилевский Н. Ф., Леонтьев В. К., Несин А. Ф., Рахний Ж. И. Заболевания слизистой оболочки полости рта // Стоматология. — 2001. — 117 с.
4. Дмитриева Л. А., Атрушкевич В. Г., Пихлак У. А. Состояние тканей пародонта у пациентов с системным остеопорозом // Стоматология. — 2006. — № 5. — С. 17-19.
5. Иксанов М. К. Изменение в пародонте, тканях зуба и слизистой оболочке полости рта и их профилактика при лечении пузырчатки кортикостероидами. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1981. — 22 с.
6. Осадчук М. А., Усик С. Ф., Исламова М. А., Зарубина Е. Г. Пульмонология. Учебное пособие. — М.: Медицинское информационное агентство, 2010.
7. Сильвестрова А. С. Клинико-лабораторная и морфологическая характеристика патологии пародонта при системной красной волчанке. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006. — 20 с.
8. Хасанова Р. Б. Статистика инвалидности и обучающие программы при бронхиальной астме / Р. Б. Хасанова, Н. В. Некрасова // Пульмонология. — 1999. — № 4. — С. 406.
9. Чучалин А. Г. GINA-2006 и национальная программа по лечению бронхиальной астмы / А. Г. Чучалин // Consilium medicum. — 2007. — Экстрывыпуск. — С. 3-4.
10. Braun J., Sieper J. Die glukokortikoidinduzierte Osteoporose // Orthopade. — 2001. — Vol. 30, № 7. — P. 444-450.
11. Lacatusu S., Ghiorghe A. Clinical aspects of the evolution of dental caries and periodontal disease in patients treated with corticosteroids // Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. — 2004. — Vol. 108, № 4. — P. 899-902.
12. Masoli M. Global Burden of Asthma / M. Masoli, D. Fabian, S. Holt, R. Beasley. — 2003. — 20 с.
13. Van Staa T. P. The pathogenesis, epidemiology and management of glucocorticoid-induced osteoporosis // Calcif Tissue Int. — 2006. — Vol. 79, № 3. — P. 129-137.
14. Yokoyama H., Yamamura Y., Ozeki T., Iga T., Yamada Y. Influence of mouth washing procedures on the removal of drug residues following inhalation of corticosteroids // Biol Pharm Bull. — 2006; 29 (9): 1923-5.

**НИЖНЕВОЛЖСКИЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ**



- 11 Всероссийская специализированная выставка «Дентал-Экспо.Волгоград» - оборудование, установки - инструмент, материалы
- Межрегиональный клинический симпозиум
- Мастер-классы, обучающие семинары

**27-29
МАРТА
ВОЛГОГРАД
ЭКСПОЦЕНТР**

Организаторы:
ИП «ВолгоградЭКСПО»
Тел./факс: (8442) 55-13-37
E-mail: stoma@volgogradexpo.ru
www.volgogradexpo.ru

Официальные партнеры:
ВК ДЕНТАЛЕКСПО
Тел./факс: (495) 921-40-69
E-mail: region@dental-expo.com
www.dental-expo.com

14-16 марта 2012 г. ВОРОНЕЖ

12-я межрегиональная специализированная выставка
СТОМАТОЛОГИЯ

Организаторы:
Департамент здравоохранения
Воронежской области

Официальные партнеры:
Воронежская Государственная
Медицинская Академия
им. Н.И. Пирогова

Поддержка:
Администрация городского округа
г. Воронеж

т./ф.: (473) 251-20-12,
т./ф.: (473) 277-48-36
e-mail: zdrav@veta.ru

(Дворец творчества
детей и молодежи,
пл. Детей 1)

Подробная информация
на www.veta.ru

Министерство здравоохранения Ставропольского края
Стоматологическая ассоциация Ставропольского края
Ставропольская государственная медицинская академия
Администрация города Ставрополя
Выставочный центр "Прогресс"

**11-я специализированная
выставка-конгресс**

СТОМАТОЛОГИЯ
Ставрополья

5-7 апреля 2012 г.

Основные разделы выставки:

Оборудование:
- стоматологические установки и компрессоры;
- рентгеновские аппараты;
- аппараты для диагностики кариеса и заболеваний пародонта;
- аппараты для фотополимеризации; пескоструйные и внутриротавые;
- эндодонтические; для хирургических вмешательств;
- физиотерапевтические;
- наконечники и микромоторы;
- оборудование для стерилизации;
- оборудование зуботехнической;
- мебель для оснащения стоматологических кабинетов и клиник.

Инструменты, принадлежности и материалы:
- общего назначения;
- для терапевтической стоматологии и реставрации;
- эндодонтические;
- ортопедические;
- для стоматологии хирургической, ортопедической, пародонтологической.

Профилактические средства:
- профессиональная гигиена;
- индивидуальная гигиена полости рта.
- Специализированная литература.

Выставочный комплекс "Прогресс"
г. Ставрополь, пр. Кулакова, 37а
(8652) 500-700, 394-610
stoma@progrexpo.ru
www.progrexpo.ru

Галоидосодержащие антисептики в отношении микробиоценозов корневых каналов

Л. М. ЛУКИНЫХ, А. С. КОКУНОВА.

Кафедра терапевтической стоматологии Нижегородской государственной медицинской академии.

Актуальность. Периодонтит является наиболее частой причиной обращения населения за стоматологической помощью [1, 6]. Болезни периодонта выявляются у 99,8% населения в различных возрастных группах [2, 3] и, как правило, характеризуются длительным бессимптомным периодом формирования деструктивных очагов в периодонте, которые не только существенно изменяют свойства окружающих тканей [7], но могут стать причиной удаления зуба или развития генерализованных системных патологий [5]. В полости рта обнаружено более 300 видов микроорганизмов, характеризующихся разнообразием фенотипических свойств, неодинаковой чувствительностью к антимикробным препаратам, что значительно затрудняет выбор антибактериальных средств при лечении воспалительных заболеваний периодонта [4]. Более чем в 60% случаев успешно проведенной санации корневых каналов, направленной, в первую очередь, на устранение бактериальной инфекции, у пациентов вновь развиваются клинические и рентгенологические признаки патологии периодонта [8].

Цель исследования: изучить видовой состав, уровень микробной контаминации корневых каналов при различных видах патологических процессов и оценить эффективность использования 3% раствора гипохлорита натрия и 0,5% раствора хлорексидина для обработки корневых каналов зубов.

Материалы и методы. Были обследованы 38 пациентов с клиническими диагнозами хронический пульпит и хронический периодонтит (17 и 21, соответственно) в возрасте от 17 до 72 лет. Отбор, транспорт клинических образцов и выделение микроорганизмов проводили общепринятыми методами: содержимое корневых каналов (при пульпите), периапикальных очагов (при периодонтите) забирали пульпоэкстракторами, в асептических условиях до и после эндодонтического лечения. Пульпоэкстракторы помещали в пробирку с 1,0 мл казеинового-соевого бульона (для выделения аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов) и в пробирку с бульоном Китт-Тароцци (для выделения анаэробных бактерий). С казеинового-соевого бульона высеивали на агаровые среды: Сабуро, желточно-солевой агар, коринеагар, ПЦХ агар, Эндо, кровяной агар, для выделения соответственно, *Candida spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Corynebacterium spp.*, *Pseudomonas spp.*, энтеробактерий, *Streptococcus spp.*, и *Enterococcus spp.* С бульона Китт-Тароцци после инкубирования пересев делали на специальный анаэробный агар (Anaerobic agar, «Laboratorios Conda S.A.», Madrid, Spain) с добавлением витамина K₁, канамидина, ванкомицина и 5% суспензии эритроцитов человека. Посевы инкубировали в анаэроостате (микроанаэроостат МИ мод. 752) в течение 7 дней, с использованием газогенерирующих пакетов «Анаэрогаз» (ООО «Новое дело», г. Санкт-Петербург). Идентификация до рода проводилась на основании морфологических, тинкториальных, культуральных свойств, каталазной активности, чувствительности к антибиотикам (для родовой дифференциации анаэробных бактерий).

Результаты исследования и обсуждение. В результате микробиологических исследований выделен 21 вид микроорганизмов с различным типом метаболизма. В 4 клинических образцах (19%) от пациентов с хроническим периодонтитом рост бактерий отсутствовал, что позволяет характеризовать очаг инфекции как асептический, или предположить изначально низкую концентрацию жизнеспособных бактерий, превышающих чувствительность бактериологического метода. Полученные данные согласуются с результатами,

полученными Д. Кантаторе, который выявил контаминацию жизнеспособной пульпы при закрытой полости зуба и хронических пульпитах только в 80%. Ни в одном клиническом образце не обнаружены грибы *Candida spp.* и бактерии рода *Pseudomonas*, что противоречит данным Г. Р. Байрамова, исследовавшего микробиоценозы при воспалительных заболеваниях периодонта и установившего частоту выделения *Candida spp.* в пределах от 70,3 до 98,4% при различных степенях тяжести патологического процесса.

Частота выделения основных видов микроорганизмов, ассоциированных с патологическими процессами в корневом канале, представлена в таблице 1. Как следует из результатов исследования, частота выделения факультативно-анаэробных и облигатно-анаэробных микроорганизмов неодинакова: чаще при хронических пульпитах выделяются факультативно-анаэробные микроорганизмы, среди которых доминируют резидентные микроорганизмы полости рта — *Streptococcus spp.* (35,5%), *Neisseria spp.* и *Lactobacillus spp.* (23,5%). Реже из клинического материала при пульпитах выделяются возбудители с облигатно-анаэробным типом метаболизма, в спектре которых преобладают *Fusobacterium spp.* и *Peptococcus spp.*, *Leptotrichia spp.* (29,4 и 11,8% соответственно). Достоверных различий в частоте выделения отдельных видов бактерий при хронических пульпитах и периодонтитах не выявлено, хотя следует отметить, что при распространении воспалительного процесса из ткани пульпы в ткань периодонта количество видов возбудителей увеличивается с 12 до 18, соответственно; доминирующими микроорганизмами в очаге воспаления становятся облигатные анаэробы; из клинических образцов высеваются представители семейства *Enterobacteriaceae*, в норме не типичные для данного биотопа.

Таблица 1.

Частота выделения различных видов микроорганизмов из корневого канала при хронических процессах в тканях пульпы и периодонта

Виды микроорганизмов	Хронический пульпит		Хронический периодонтит	
	абс.	%	абс.	%
<i>Nonhemolytic Streptococcus spp.</i>	6	35,3	4	23,5
<i>Streptococcus viridans</i>	6	35,3	1	5,9
<i>Neisseria spp.</i>	4	23,5	3	17,6
<i>Enterococcus spp.</i>	4	23,5	7	41,2
<i>Lactobacillus spp.</i>	2	11,8	2	11,8
<i>Staphylococcus spp.</i>	2	11,8	-	-
<i>B-hemolytic Streptococcus spp.</i>	1	5,9	-	-
<i>Corynebacterium spp.</i>	1	5,9	-	-
<i>Rothia spp.</i>	-	-	1	5,9
<i>Actinobacillus spp.</i>	-	-	2	11,8
<i>Citrobacter spp.</i>	-	-	1	5,9
<i>Escherichia spp.</i>	-	-	1	5,9
<i>Proteus spp.</i>	-	-	1	5,9
<i>Enterobacter spp.</i>	-	-	1	5,9
<i>Fusobacterium spp.</i>	5	29,4	1	5,9
<i>Peptococcus spp.</i>	2	11,8	1	5,9
<i>Leptotrichia spp.</i>	2	11,8	2	11,8
<i>Veillonella spp.</i>	1	5,9	2	11,8
<i>Bacteroides spp.</i>	-	-	2	11,8
<i>Propionibacterium spp.</i>	-	-	1	5,9
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	-	-	3	17,6

Как правило, при воспалительных заболеваниях из закрытых очагов микроорганизмы выделяются в монокультурах. Стоматологические заболевания микробной этиологии, в основном, характеризуются ассоциациями различных видов. Исследование содержимого корневых каналов показало, что в большинстве случаев (84,4%) клинические образцы содержат ассоциации из 2 и более видов микроорганизмов. Как следует из данных таблицы 2, в клинических образцах при хроническом пульпите и периодонтите чаще (в 65% и 62,5% случаев, соответственно) выделялись ассоциации, состоящие из 2 и 3 видов микроорганизмов. Микробные ассоциации при пульпитах и периодонтитах были представлены разными видами микробов с обязательным участием и облигатно-, и факультативно-анаэробных бактерий, без достоверных различий преобладания тех или иных видов. Вместе с тем полученные данные позволяют выявить некоторые закономерности. Так, чаще других видов микроорганизмов из клинического материала выделялись *Enterococcus spp.*, негемолитические и зеленящие *Streptococcus spp.*: ассоциации этих видов с другими микроорганизмами определялись у 87,5% больных; при пульпитах в ассоциациях преобладали *Streptococcus spp.* (81,8%), при периодонтитах — *Enterococcus spp.* (53,8%). В воспалительных очагах выявлены различные концентрации микроорганизмов, в зависимости от числа видов, составляющих тот или иной микробиоценоз: в монокультурах количество жизнеспособных микроорганизмов находилось в диапазоне от 30 до 90 КОЕ/п., при пульпитах и периодонтитах, соответственно. В ассоциациях, состоящих из 2 и более видов возбудителей, уровень контаминации воспалительного очага увеличивался до $4,5 \times 10^3$ КОЕ/п. (при пульпитах) и до $8,6 \times 10^3$ КОЕ/п. (при периодонтитах).

Таблица 2.

Частота выделения ассоциаций с различным количеством видов микроорганизмов и уровень контаминации воспалительного очага

Количество микроорганизмов в составе микробиоценозов / уровень контаминации	Хронический пульпит	
	абс.	%
1 / $3,0 \times 10^1$ КОЕ/п.	2	12,5
2 / $4,4-4,5 \times 10^3$ КОЕ/п.	6	37,5
3 / $7,0 \times 10^2 - 3,3 \times 10^3$ КОЕ/п.	6	37,5
4 / $1,7 \times 10^2 - 1,5 \times 10^3$ КОЕ/п.	2	12,5
	Хронический периодонтит	
	абс.	%
1 / $9,0 \times 10^1$ КОЕ/п.	4	25,0
2 / $3,0 \times 10^1 - 8,6 \times 10^3$ КОЕ/п.	4	25,0
3 / $4,0 \times 10^1$ КОЕ/эк — $3,4 \times 10^3$ КОЕ/п.	6	37,5
4 / $2,0 \times 10^2$ КОЕ/п.	1	6,3
5 / $3,3 \times 10^3$ КОЕ/п.	1	6,3

Примечание: КОЕ/п. — количество колониеобразующих единиц на пульпоэкстрактор.

Обработка корневых каналов в стоматологической практике проводится с использованием антисептиков различных химических групп. На современном этапе развития стоматологии рекомендуемыми антимикробными препаратами являются 3% раствор гипохлорита Na и 0,5% раствор хлоргексидина.

Эффективность эндодонтического лечения с использованием галогеносодержащих антисептиков оценивали микробиологическим методом. Антимикробную активность антисептиков определяли по отсутствию видимого роста микроорганизмов на питательных средах в смывах с пульпоэкстрактора после обработки корневого канала. Оба антисептика обладали высокой активностью в отношении различных видов бактерий, выделенных от больных с патологией тканей периодонта: отсутствие антимикробного действия наблюдали у 6 пациентов (28,6%) с хроническим периодонтитом и у 2 (11,8%) — с хроническим пульпитом.

Различные виды микроорганизмов в составе микробиоценозов при пульпитах и периодонтитах характеризовались неодинаковой чувствительностью к антисептикам. Общий уровень резистентности облигатно-анаэробных микроорганизмов при патологиях периодонта в составе ассоциаций с преобладанием родов *Veillonella spp.* и *Leptotrichia spp.* к 0,5% раствору хлоргексидина составил 15,8%. Наименьшая резистентность облигатно-анаэробных микроорганизмов выявлена к 3% раствору гипохлорита Na (у 5,3% больных). В то же время факультативно-анаэробные виды в составе тех же микробиоценозов оказались чувствительными к обоим видам антисептиков, за исключением микробиоценозов, в составе которых выявлены *Escherichia spp.* и *Staphylococcus spp.* (выделенные, соответственно, от больного с хроническим периодонтитом и пульпитом).

Резистентные к антисептикам облигатные анаэробы в основном были выделены в составе микробиоценозов, участниками которых являются виды микроорганизмов, относимые к факультативным, не типичным обитателям слизистой ротовой полости, обладающим генетическим потенциалом вызывать гнойное воспаление в периодонте.

Выводы:

1. Микробиоценозы корневых каналов зубов отличаются составом при различных видах патологии периодонта. При пульпитах и периодонтитах микробиоценозы представлены в основном ассоциациями факультативно- и облигатно-анаэробных микроорганизмов 2 и 3 видов. При пульпитах в составе ассоциаций доминируют *Streptococcus spp.*, при периодонтитах — *Enterococcus spp.*

2. Галогеносодержащие антисептики обладают неодинаковой активностью в отношении возбудителей, выявленных в периодонте. Меньшая активность выявлена у 0,5% раствора хлоргексидина в отношении облигатно-анаэробных микроорганизмов, выделяемых при хронических периодонтитах.

Литература:

1. Гречишников В. В. Комплексное лечение хронических деструктивных периодонтитов зубов человека: дис. канд. мед. наук / В. В. Гречишников. — Краснодар., 2000. — 220 с.
2. Байрамов Г. Р. Исследование пародонтопатогенной микрофлоры и ее этиологическая значимость в формировании разных форм воспалительных заболеваний пародонта / Г. Р. Байрамов // Клиническая стоматология. — 2010. — № 2. — С. 84-86.
3. Леус П. А., Горегляд А. А., Чудакова И. О. Заболевания зубов и полости рта / П. А. Леус, А. А. Горегляд, И. О. Чудакова // Учебное пособие для медицинских училищ. — Мн.: «Рипол Классик», 2002. — 222 с.
4. Кантаторе Д. Ирригация корневых каналов и ее роль в очистке и стерилизации системы корневых каналов / Д. Кантаторе // Новости Dentsply. — 2004. — № 1. — С. 61-69.
5. Шаргородский А. Г. Роль хронических периодонтитов в возникновении одонтогенных воспалительных процессов / А. Г. Шаргородский // Актуальные вопросы эндодонтии: сб. науч. тр. / ЦНИИС/ЦНИИ стоматологии. — М., 1990. — С. 107-111.
6. Meloning J. T. Porous particulate hydroxyapatite in a human periodontal osseous defect: a case report / J. T. Meloning // Intern. J. Periodont. Restor. Dent. — 1990. — V. 11.3. — P. 216-223.
7. Friedman S. Treatment outcome and prognosis of endodontic therapy / S. Friedman // Orstavik D., Pitt Ford T. R. (eds.): Essential Endodontology: Prevention and Treatment of Apical Periodontitis. Blackwell Science.
8. Ostavik D., Pitt-Ford T. R. / D. Ostavik, T. R. Pitt-Ford // Essential endodontology. Prevention and treatment of apical periodontitis // Blackwell Sciences, Hamilton-London.
9. Weiger R., Hitzler S., Hermle G., Lost C. Periapical status, quality of root canal fillings and estimated endodontic treatment needs in an urban German population. Endod Dent Traumatol. — 1997. — № 13. — P. 69-74.

R&T: А чем вы стерилизуете стоматологические инструменты?

Нужно ли говорить о том, что стоматология — наиболее технологичная и наукоемкая область медицины? Пожалуй, сегодня этот факт не подвергается сомнению так же, как и прямая зависимость качества стоматологических услуг от применяемых технологий, оснащенности рабочего места, уровня подготовки специалистов и оплаты их труда. Со временем отношение к стоматологии претерпело существенные изменения, во многом это связано с информированностью пациентов. Теперь, обращаясь в клинику, люди интересуются не только профессиональными качествами врачей и оборудованием, но и уделяют большое внимание инфекционной безопасности, которая долгое время оставалась «за кадром».

Каждый, даже начинающий стоматолог знает, что в медицине существует единственная максимально эффективная система защиты от перекрестных инфекций, которая включает в себя 7 ступеней: дезинфекция инструментов, предстерилизационная обработка инструментов, стерилизация инструментов, дезинфекция рабочих поверхностей, дезинфекция воздуха, дезинфекция рук и дезинфекция отходов. Только полный комплекс мер обеспечивает эффективную защиту врачей и пациентов, а высокий уровень инфекционной безопасности (особенно в период эпидемий) — неотъемлемая часть доверительных отношений врача и пациента.



Принимая во внимание важность стерилизации инструментов, клиники очень тщательно подбирают производителей в этой области, ведь специалистам нужно быть всегда уверенными в безупречном качестве подготовки инструментов. Кто может дать гарантии? Только производитель, продукция которого прошла проверку временем, клиническими испытаниями и продолжает развиваться. Таких производителей единицы, и в их число входит компания R&T. Корпорация Kingo, в состав которой входит R&T, крупнейший производитель и поставщик оборудования для ресторанов, гостиниц и других учреждений общественного питания по всему миру. Очевидно, что в соответствии с положением законов об охране здоровья уровень инфекционной безопасности этих предприятий должен быть крайне высок. Немудрено, что по мере развития концерна Kingo специалисты стали получать заказы на изготовление деталей для смежных профилей. Так родилась идея создания дочерней организации R&T. Благодаря успешному опыту главного офиса, компании R&T удалось быстро наладить собственное производство стерилизационного оборудования для медицинских целей и в первый год существования показать высокие продажи в мире, ввиду высокого качества и надежности. Сегодня R&T имеет разветвленную сеть представительств по всему миру, в России продукцию компании представляет ведущий поставщик качественного инновационного стоматологического оборудования — холдинг Unident.

Широкая палитра стерилизационного оборудования R&T демонстрирует комплексный подход компании к обеспечению инфекционной безопасности. Учитывая новые санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским

организациям (СЭС), предписывающие автоклавировать наконечники путем паровой стерилизации, что возможно достигнуть только с помощью автоклавов класса В, интерес к оборудованию этого типа значительно возрос. Задолго до принятия этого пункта требований компания R&T занялась освоением данной области. Разработки завода увенчались успехом, так в продаже появилось две модели автоклавов класса В — ВТD 17 и ВТD 23, которые дают гарантию стерильности всего спектра стоматологических инструментов, включая наконечники и полые инструменты. Автоклавы были отмечены высокими оценками стоматологов всего мира, доказав на практике свои достоинства.

Несмотря на то, что автоклавирование — важное звено в комплексе мер обработки стоматологического оборудования, это далеко не единственный способ обезопасить себя, пациента и продлить срок эксплуатации инструментов. Простой пример. За вращающимися инструментами требуется тщательный уход, потому что они являются самыми важными и необходимыми в арсенале стоматолога, кроме этого они требуют больших капиталовложений, особенно если специалист предпочитает продукцию мировых брендов: W&H, Bien Air, Faro, NSK и др. Как раз для этого был создан аппарат ВТУ 700. Его преимущество состоит в том, что помимо основных «обязанностей» по смазке наконечников, он выдувает из них остатки масла, при этом весь процесс обработки занимает всего несколько минут.

Когда, казалось бы, все дезинфекционно-стерилизационные меры приняты, а инструментарий готов к работе, наступает время аппарата для запечатывания ВТFJ-500. Готовые для работы инструменты, прошедшие все этапы обработки, ждут своей очереди, однако в процессе ожидания на них оседает пыль и микроорганизмы. Чтобы этого избежать, а процесс очистки не пришлось повторять перед использованием инструмента, необходимо запечатать их при помощи ВТFJ-500. Таким образом, стерильные инструменты будут готовы к длительному хранению и при первой необходимости готовы к работе.

Важная особенность оборудования R&T (помимо высоких технических характеристик) состоит в том, что ни один аппарат торговой марки не поступает в широкую эксплуатацию до тех пор пока не пройдет заводские испытания на прочность, соответствие заявленным производителем функциональным особенностям и устойчивости к длительным нагрузкам. Приобретая ВТD 17, ВТD 23, ВТУ 700, ВТFJ-500, можно быть уверенным, что аппараты прошли независимые тесты на безопасность и соответствие самым жестким европейским требованиям и стандартам, ведь R&T — знак качества стерилизационного оборудования.



YOUJOY® — наслаждайся жизнью!

Специфика рыночных отношений ставит стоматологию в особое положение по сравнению с другими медицинскими специальностями. При этом повышаются требования, предъявляемые к стоматологическим клиникам, к уровню их оснащенности. Повысились требования к работе врачей с учетом положений законов об охране здоровья, медицинского страхования и защите прав потребителей.

В последние десятилетия актуальность проблемы внутрибольничных инфекций (ВБИ) возрастает во всем мире, в том числе и в нашей стране. ВБИ возникают у 6-7% больных, находящихся в лечебных учреждениях страны. По данным официальной статистики, ежегодно в России регистрируются от 50 до 60 тысяч случаев внутрибольничного инфицирования, однако, по расчетным данным, эта цифра в 40-50 раз выше.

В связи с этим необходимо уделять огромное значение дезинфекции и стерилизации стоматологического инструментария и оборудования. Понятие стерилизации обозначает уничтожение всех способных к размножению микроорганизмов, в особенности, возбудителей болезней, являющихся причиной заболеваний, порой со смертельным исходом. Стоматологические инструменты стерилизуют в два этапа: предстерилизационная очистка и непосредственно стерилизация.

Многие годы стоматологи проводили обеззараживание стоматологических инструментов традиционными методами: проводилось предварительное замачивание в течение 15-60 минут в специально приготовленном растворе, мойка при помощи ерша или других атрибутов, ополаскивание, а затем и сушка при определенной температуре. Вся эта длительная процедура занимает, безусловно, огромное количество времени у врачей. Но при современном темпе жизни, плотном графике работы это практически становится невозможным и немногие врачи, идущие в ногу со временем, могут позволить себе подобную «роскошь».

Проблема была решена с появлением на российском рынке специальных аппаратов для проведения предстерилизационной очистки и стерилизации компании YOUJOY.

Усовершенствование процесса предстерилизационной очистки, вместо ранее применяемого ручного способа обработки с использованием моющего раствора, возможно за счет разработки и внедрения установок, процесс очистки в которых осуществляется путем обработки изделий моющими или моюще-дезинфицирующими средствами в сочетании с ультразвуком. В стоматологии обработка ультразвуком позволяет добиться полной очистки боров, эндодонтического и других инструментов от остатков дентина, крови, ротовой жидкости, пломбировочных материалов, чего невозможно добиться при ручной мойке щетками даже после длительного замачивания в моющем растворе.



Применение ультразвуковых ванн для предстерилизационной очистки позволяет:

- сократить тактильный контакт рук медицинского персонала с обрабатываемым инструментарием, что гарантирует снижение риска инфицирования и распространения внутрибольничных инфекций;
- предотвратить повреждения дорогостоящих медицинских инструментов и изделий и увеличить срок их службы;
- значительно улучшить качество очистки медицинских инструментов и изделий сложной конфигурации;
- значительно сократить время обработки при большом объеме инструментов и изделий.



Ультразвуковые мойки компании YOUJOY представлены следующими моделями: Clean 7800, Clean 6800, Clean 2800, Clean 3800, Clean 4800, Clean 5800, Clean 7800 и Clean 7810. Емкость вышеуказанных моек варьируется в зависимости от модели. Рабочие контейнеры всей линейки продукции, где непосредственно размещаются инструменты, выполнены из нержавеющей стали, позволяющей избежать повреждений, образования грибка и плесени на поверхности, корпус самих аппаратов выполнен из высококачественного медицинского пластика, легко поддающегося очистке с помощью стандартных дезинфицирующих и моющих средств.

Безусловным преимуществом ультразвуковых моек является то, что они оснащены таймером и цифровым дисплеем, что позволяет самостоятельно следить и регулировать процесс очистки в зависимости от степени загрязненности инструмента. Благодаря своему размеру ультразвуковая мойка с легкостью найдет свое место в любой современной клинике.

Вторым этапом стерилизации стоматологических инструментов является стерилизация. Предусмотрены два способа стерилизации: сухим горячим воздухом в сухожаровых шкафах и влажная стерилизация горячим паром в автоклавах. При стерилизации горячим воздухом возбудители болезней уничтожаются высокой температурой (180 °С), а при стерилизации горячим паром под давлением возбудители болезней и уничтожаются уже при 120 °С.

При всех технологических, достаточно сложных процессах стерилизации, оборудование производства YOUJOY оказалось простым в управлении, и очень надежным в эксплуатации.

Как известно, в настоящее время опубликован европейский норматив для стерилизаторов мелких предметов. Автоклавы компании YOUJOY сертифицированы по международным нормам и отвечают нормативам классов N и B в соответствии со сложностью стерилизуемых инструментов.

Автоклавы отличаются ярким дизайном и широкой номенклатурой размеров. Производитель предлагает автоклавы с объемами камер в 8, 12, 15, 17, 22 литров. Автоклавы компании YOUJOY не снабжены вакуумной помпой, и набор воды осуществляется с помощью заливного отверстия.

Вся линейка продукции компании YOUJOY — это высокотехнологичные изделия, качество которых подтверждено международными сертификатами качества.



АППАРАТ ДЛЯ БЫСТРОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ ИНСТРУМЕНТОВ

- Ультрафиолетовое излучение уничтожает 99,9% известных бактерий
- Абсолютно бесшумная работа аппарата
- Время очистки 10 секунд
- Размеры: 105 x 200 x 105 мм
- Уникальная функция ароматерапии (аромамасло в комплекте)
- В комплекте ароматическое масло
- Вес: 1,5 Кг

ДЕНТАЛ-ЭКСПО ОМСК



ОМСК

29 - 02
февраля марта
2012

Организаторы:
ОМСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
Тел.: (3812) 23-46-15

DENTALEXPO®
Тел./факс: (495) 921-40-69
www.dental-expo.com/omsk

При поддержке:



Министерство
здравоохранения
Омской области

КАР

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

КОНФЕРЕНЦИЯ ВЫСТАВКА



14—16
МАРТА С И Б И Р С К И Й
КРАСНОЯРСК СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ФОРУМ ' 2 0 1 2

VI СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА

НА ВЫСТАВКЕ БУДУТ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

- Стоматологические установки, инструменты и материалы
- Зуботехническое и рентгеновское оборудование
- Гигиена и профилактика

В ПРОГРАММЕ:

- Межрегиональная научно-практическая конференция «Инновационная стоматология»
- Международная конференция «Современные методы в имплантологии»

Контакты:
г. Красноярск, МРД «Сибирь», ул. Авангард, 19
Тел. (391) 22-88-408, 22-88-61 (бухгалтерия)
stom@krsnib.ru, www.krsnib.ru

ДЕНТАЛ-ЭКСПО
495 921-40-69
region@dental-expo.com
www.dental-expo.com



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»

Девятая межрегиональная
специализированная выставка

УРАЛСТОМАТОЛОГИЯ

20-22
марта

РАЗДЕЛЫ ВЫСТАВКИ:

- Стоматологическое оборудование и инструменты
- Фармацевтика
- 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

ВОСТОЧНЫЕ ВОРОТА

г. Челябинск,
Свердловский пр., 51
ДС «Юность»

(351) 263-75-12, 266-67-83(81)
e-mail: expo@chelsi.ru
www.expo74.ru

XVII Специализированная медико-экологическая выставка-ярмарка

ЧЕЛОВЕК ЭКОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЕ

25-27
апреля

г. Барнаул,
Дворец зрелищ и спорта



Дни здоровья и медицины на Алтае

Разделы выставок:

- Медицинское оборудование, технологии и материалы
- Стоматология
- Фармация
- Медицинские услуги
- Товары для здоровья
- Здоровое питание, воды и напитки
- Экология. Курортная медицина и туризм
- Все для материнства и детства

Организаторы: 

т.: (3852) 65-88-44

Электронный пригласительный билет на www.med.altfair.ru

DENTAL[®]
SALON

31-й МОСКОВСКИЙ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ФОРУМ

23-26

апреля, 2012

МОСКВА, КРОКУС ЭКСПО
ПАВИЛЬОН 2, ЗАЛЫ 7, 8

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
САЛОН 2012

ВЫСТАВКА / КОНФЕРЕНЦИЯ

DENTALEXPO[®] 

www.dental-expo.com



На правах рекламы



Спонсор выставки Генеральные информационные партнеры





ультразвуковые скейлеры
ELITEDENT®



Многофункциональные ультразвуковые пьезоэлектрические системы **ELITEDENT** - идеальное решение для выполнения периодонтических, эндодонтических процедур, а также для удаления зубного камня. Наличие режима TURBO для удаления застарелых камней.

Автономная подача воды позволяет использовать антисептические растворы в зависимости от проводимых манипуляций.

