

**Журнал
«МАЭСТРО
стоматологии»**

Главный редактор

Янушевич О.О. (Москва)

**Заместитель главного редактора,
продюсер**

Садовский В.В. (Москва)

Председатель Совета попечителей

Леонтьев В.К. (Москва)

Коммерческий директор

Садовская М.К. (Москва)

Редактор раздела

«Клиническая гнатология»

Хватова В. А.

Редакционный совет:

Янушевич О.О.

Садовский В.В.

U. Barr (Italy)

Редакционная коллегия (Editorial Board):

Россия

Адмакин О.И. (Москва)

Алямовский В.В. (Красноярск)

Блашкова С.Л. (Казань)

Зеленский В.А. (Ставрополь)

Гажва С.И. (Нижний Новгород)

Григорьянц Л.А. (Москва)

Зырянов Б.Н. (Омск)

Караков К.Г. (Ставрополь)

Кузьмина Э.М. (Москва)

Кунин А.А. (Воронеж)

Лосев Ф.Ф. (Москва)

Леонова Л.Е. (Пермь)

Макеева И.М. (Москва)

Мелехов С.В. (Краснодар)

Морозова Н.В. (Москва)

Миргазизов М.З. (Москва)

Михальченко Д.В. (Волгоград)

Трунин Д.А. (Самара)

Недосеко В.Б. (Омск)

Новгородский С.В. (Ростов-на-Дону)

Олесова В.Н. (Москва)

Оспанова Г.Б. (Москва)

Петрикас А.Ж. (Тверь)

Рабинович С.А. (Москва)

Расулов К.М. (Махачкала)

Ронь Г.И. (Екатеринбург)

Ряховский А.Н. (Москва)

Салеев Р.А. (Казань)

Семенников В.И. (Барнаул)

Тупикова Л.Н. (Барнаул)

Чиликин В.Н. (Москва)

Федяев И.М. (Самара)

Филимонова О.Н. (Челябинск)

Хацкевич Г.А. (С.-Петербург)

Цимбалистов А.В. (Белгород)

Чуйкин С.В. (Уфа)

Яременко А.И. (Санкт-Петербург)

СНГ

Алиева Р.К. (Баку)

Бекметов М.В. (Ташкент)

Новгородский С.В. (Ростов-на-Дону)

Леус П.А. (Минск)

Мирзабеков О.М. (Алматы)

Foreign members:

Пахомов Г.Н.

(Швейцария)

U. Barr (Italy)

F. Burger (Germany)

P. Dammer (G.B.)

Nermin Yamalik (Turkey)

G.B. Meyer (Germany)

E. Spohn (U.S.A.)

B. Touati (France)

V. Horre (Germany)

ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ ООО «ДЕНТАЛЬ»

Специалист по связям с общественностью

+7 (495) 223-69-30

E-mail: maestro-msp@yandex.ru

РЕДАКЦИЯ ООО «ДЕНТАЛЬ»

Зав. редакции

Кротова Елена Васильевна

+7 (495) 223-69-30

8 (916) 464-40-74

E-mail: maestro-stom@yandex.ru

Адрес редакции:

125047, Москва,

1-й Тверской-Ямской переулок, д.16

Журнал зарегистрирован в Министерстве РФ по делам печати
22 февраля 2002 г. ПИ № 77-11859, ООО «Денталь».

Издатель не несет ответственности за содержание
материалов, правильность адресных данных.
Перепечатка текстов и фотографий запрещена без
письменного разрешения издательства.

На обложке: А.Н. ШАРИН

**МАЭСТРО СТОМАТОЛОГИИ
ШАРИН Алексей Николаевич**

2

А.Н. Шарин

**4 июля 2015 г. в Москве открылась первая в России CAD/CAM
зуботехническая лаборатория совместно с немецкой
компанией BEGO**

12

А.Н. Шарин, Г.В. Булатова

**Отдаленные результаты множественной установки
имплантатов в полости рта. Планирование лечения
на большом количестве имплантатов**

18

Ф.Ф. Лосев, А.Н. Шарин, В.Ф. Лосев

**Планирование операции поднятия дна гайморовой пазухи.
Минимизация осложнений**

26

А.Н. Шарин, Н.А. Бондаренко

**Прогноз и отдаленные результаты применения штифтовых
конструкций с опорой на депульпированные зубы**

32

П.С. Юдин, Ф.Ф. Лосев, А.Н. Шарин, М.К. Поляков

**Немедленная имплантация с непосредственной нагрузкой
на нижней челюсти с использованием хирургического
шаблона и временной реставрации**

38

В.А. Путь, И.В. Решетов, В.В. Садовский, М.Е. Гапонов, Е.А. Ильичев
**Фармакоэкономическое обоснование применения препарата
полигемостат в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии**

46

Dr. Michael Dieter

**Красиво, надежно, быстро: новый уровень восстановления
жевательных зубов**

54

Р.А. Фадеев, К.Э. Ронкин, И.В. Мартынов

**Оценка результатов лечения зубочелюстных аномалий,
осложненных дисфункцией жевательных мышц,
методом сплит-терапии**

60

А.А. Самородов, А.И. Проняева, Е.А. Шавман

**Комплексное лечение пациентов с аномалиями прикуса,
ортодонтическая подготовка к протезированию,
рациональное протезирование**

65

Е.В. Честных, А.Ж. Петрикас, Д.В. Медведев

Возможный стандарт инъекции местного анестетика

70

**Всероссийские слушания по выработке критериев
оценки качества диагностики в стоматологии.
14-15 апреля 2016 г. Пост-релиз**

74

Л.М. Дубинина, Б.Н. Зырянов

**Анализ отдаленных результатов лечения зубов с диагнозом
“Глубокий кариес” в стоматологической поликлинике
клинической больницы №42 г. Зеленогорска Красноярского края**

78

А.В. Алимский, И.В. Купреева

**Возможности в социальном и организационном плане
лечения хронического генерализованного пародонтита
у больных бронхиальной астмой**

82

**Председатели аккредитационных комиссий по линии СТАР
приняли участие в репетиции процедуры первичной аккредитации**

86

А.В. Севбитов, О.И. Адмакин, Ю.Л. Васильев

Симуляционное обучение в стоматологии: состояние вопроса

88

**XXXV Всероссийская научно-практическая конференция СТАР
“Актуальные проблемы стоматологии”. 18-20 апреля 2016 г.**

94

**Мегастом провел XI международный имплантологический
симпозиум IMPLANTOLOGY 2015 “Имплантация XXI века. Next Level”
при поддержке Ассоциации стоматологов Московской области
и Кафедры ортопедической стоматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ**

98



ШАРИН Алексей Николаевич

**Главный врач клиники «Мегастом-Центр», Генеральный директор,
профессор кафедры ФУВ МОНКИ, доктор медицинских наук,
лауреат ордена Стоматологической Ассоциации России
«За заслуги перед стоматологией» I степени, врач-стоматолог-ортопед**

- В 1983 г. – окончил Московский медицинский стоматологический институт (ММСИ).
- С 1983 по 1985 г. – проходил обучение в клинической ординатуре на кафедре пропедевтики ортопедической стоматологии в ММСИ.
- С 1985 по 1993 г. – работал на кафедре пропедевтики ортопедической стоматологии ММСИ в качестве врача ортопедов и ассистента кафедры.
- С 1988 по 1991 г. – обучался в очной аспирантуре на кафедре пропедевтики ортопедической стоматологии в ММСИ.
- В 1991 г. – защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук о влиянии края различных искусственных коронок на маргинальный пародонт.
- В 1992 г. – прошел стажировку в Америке по теме: «Протезирование керамическими винирами».
- В 1993 г. – стажировка в Америке в компании «Jeneric Pentron» по изготовлению металлокерамических протезов.
- С 1994 г. работает Главным врачом клиники «Мегастом Центр».
- В 1994 г. – в течение 3 месяцев проходил обучение по имплантационной системе IMZ и Frialit-2 в Германии в компании «Friadent», а также на базе ведущих имплантологических клиник и зуботехнических лабораторий.
- В 1995 г. – проходил обучение по пародонтологии и имплантологии в «Датском Королевском пародонтологическом институте».
- В 2000 г. – защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Адапционно-компенсаторные изменения в структурных элементах зубочелюстной системы при частичной адентии и способах ее устранения».
- С января 2006 г. является профессором кафедры ортопедической стоматологии ФУВ МОНКИ.
- С 1996 г. является постоянным участником всех международных имплантологических симпозиумов ЕАО (Европейской Ассоциации Остеоинтеграции), которые проводятся ежегодно в разных странах Европы.
- В 2007 г. и в 2016 г. – участвовал в международной конференции по имплантологии в Монако.
- С 1991 г. занимается имплантологией и является членом совета имплантологов СТАР.
- С 1997 г. и по настоящее время является постоянным участником международных симпозиумов по имплантологии, проводимых СТАР и компаниями: «BEGO Implant Systems», «GORE-TEX», «Квинтэссенция», где регулярно выступает с докладами по имплантологии и вопросам ортопедической стоматологии.
- В 2015 г. прошел обучение по нейромышечной стоматологии в «Бостонском институте эстетической стоматологии».
- С 2000 г. читает лекции и проводит мастер-классы по имплантологии во всех регионах России (на счету уже 56 городов).
- Опубликовал 28 научных работ.

■ Алексей Николаевич, как Вы решили стать врачом-стоматологом? Правда, что у Вас сложилась семейная династия стоматологов?

– Мне было предопределено стать доктором и пойти по стопам моего отца – врача-стоматолога. Отец работал врачом-ортопедом в Московском медицинском стоматологическом институте. С ранних лет он приводил меня к себе на работу и показывал модели зубов, различные конструкции протезов. С самого детства я запомнил запах зуботехнической лаборатории. Отец рано ушел из жизни, когда мне было 13 лет. Это окончательно определило мой выбор, продолжить дело отца.

Потомственный стоматолог я не только по линии отца, но и моя родная тетя и старший двоюродный брат являются достаточно известными в Москве стоматологами.

С моей супругой, Натальей Владимировной Шароиной мы познакомились еще в стоматологическом институте и живем с ней дружно в браке уже 33 года. Можно сказать, что супруга стала стоматологом также по семейной традиции: ее мама – Вера Романовна Бобылева работала доцентом на кафедре биохимии в нашем стоматологическом институте. Наталья Владимировна училась еще у Татьяны Ивановны Лемецкой и, начиная с 1988 г., занимается хирургической пародонтологией.

У нас две дочери. Старшая дочь закончила психологический факультет МГУ, имеет двоих детей: дочку 6 лет и сына 2,5 года. Младшая дочь – студентка первого курса медицинского факультета Московского Государственного Медико-стоматологического Университета. Любимое место отдыха всей семьи – это загородный дом под старинным подмосковным городом Звенигород.

■ Что Вам наиболее запомнилось из студенческих лет?

– Я с теплотой вспоминаю студенческую жизнь и особенно активную работу в студенческом кружке по ортопедической стоматологии под руководством талантливого профессора Бориса Павловича Маркова. На 4 курсе института, мы, с моим другом Федором Федоровичем Лосевым, участвуя в конкурсе профессионального мастерства, заняли первое место. Получив заслуженную премию, мы отпраздновали победу, пригласив наших будущих жен в шикарный по тем временам ресторан «Москва».

■ Каковы основные моменты Вашего профессионального пути? Кого Вы считаете своими учителями?

– Первый этап моего профессионального пути, который хотелось бы отметить – это обучение в ординатуре. Мое профессиональное становление проходило под руководством уже упомянутого Б.П. Маркова – опытного врача, профессора, великолепного специалиста и очень хорошего человека. Другим наставником, сыгравшим немаловажную роль в моей судьбе, стал Алексей Иванович Дойников – заслуженный деятель науки РФ, профессор кафедры ортопедической стоматологии.

Следующей вехой моего профессионального пути стала защита кандидатской диссертации в 1991 г. на кафедре пропедевтики ортопедической стоматологии ММСИ.

Судьбоносным событием в моей профессиональной деятельности стала стажировка в Америке в 1992 г., где я увидел, на каком уровне работают американские стоматологи. Вернувшись в Россию, я принял решение, давшееся мне нелегко – уйти с кафедры и открыть собственное дело.





С дорогой женой

С супругой мы организовали частный стоматологический кабинет, где плодотворно проработали два года. Затем, мой студенческий товарищ Федор Федорович Лосев, как и я основавший свое дело, предложил объединиться, и в сентябре 1994 г. я пришел работать в Мегастом, где и тружусь в настоящее время.

С тех пор было много интересных стажировок, но одна из наиболее запомнившихся мне поездок состоялась в 1995 г. В течение 3 месяцев, по плану имплантологической подготовки, я посетил 12 стоматологических клиник и 3 зуботехнические лаборатории в Манхайме, Дайдесхайме, Ольсберге, Мюнхене и других городах Германии. После этой командировки у меня сложилось окончательное мнение, что необходимо развивать имплантологическое лечение у нас в России.

■ **Алексей Николаевич, Вы в Мегастом с 1994 г., расскажите подробнее о компании, в которой работаете уже 22 года.**

— Благодарю за вопрос, за два десятилетия плодотворной работы на фирме Мегастом мы с партнерами открыли 3 стоматологических клиники, организовали коммерческую фирму по продаже стоматологического оборудования и материалов, а с 2015 г. заработала зуботехническая CAD/CAM лаборатория, практически не имеющая аналогов. Мегастом 15 лет является официальным дилером немецкой компании «BEGO Implant Systems» и представляет имплантационную систему «SEMADOS» на нашем российском рынке.

■ **Да, но ведь Мегастом занимается еще просветительской и научной деятельностью, не так ли?**



В семейном кругу



Профессор Лосев Ф.Ф. с женой и Профессор Шарин А.Н. с женой и со своими пациентами

– Вы правы, я и мои коллеги, стоматологи клиник Мегастом, проводим авторские мастер-классы по ортопедии и имплантологии в учебном центре Мегастом. Нас регулярно приглашают в различные города России (Самара, Нижний Новгород, Саранск, Чебоксары, Екатеринбург, Казань Оренбург, Орел и многие другие) с обучающими программами, презентациями, лекциями и мастер-классами.

В течение 15 лет Мегастом проводит Международные симпозиумы по имплантации и направленной тканевой регенерации, популярность которых растет из года в год. К нам приезжают высококлассные специалисты из России и из-за рубежа. Они с удовольствием делятся своими секретами, опытом, наработками. В разные годы на этом симпозиуме выступали: Tinti Carlo (Italy), Valentin Andreas (Germany), Simion Massimo (Italy), Reinhard Iglhaut (Germany) Stefan Schultze-Mosgau (Germany), Streckbein Roland (Germany), Karl-Peter Meshke (Germany), Fridus van der Weijden (Netherlands), Ernst-Jurgen Richter (Germany), Gunter Rubeling (Germany), Joost Brouwers (Netherlands). Prof. Dr. Heiner Weber (Germany), Prof. Dr. Ralf Smeets (Germany) и другие.

Многие участники симпозиумов Мегастом, побывав у нас однажды, становятся нашими добрыми друзьями. Наши ежегодные встречи преобразовались в своего рода клуб, где мы не только обмениваемся опытом, повышая свой профессиональный уровень, но и непринужденно общаемся с коллегами.

■ Где будет проходить очередной Международный симпозиум Мегастом и какие темы будут на нем обсуждаться?

– XII Международный имплантологический симпозиум пройдет 21–22 октября 2016 г. в Сочи, на который я приглашаю всех желающих.

Как и всегда, программа симпозиума будет посвящена дентальной имплантологии, обсуждению клинических случаев, новых технологий, разработок и их практическому применению.

■ Чем еще занимается Мегастом?

– Наша компания является учредителем научного журнала “Российский Вестник Дентальной Имплантологии”, который выходит с 2003 г. Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, составленный Высшей Аттестационной комиссией (ВАК) Министерства Образования РФ, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёной степени доктора и кандидата наук. Тематика статей журнала очень разнообразна и охватывает все области стоматологии: терапию, ортопедию, хирургию; много статей, посвященных протезированию на имплантатах. В журнале публикуют статьи стоматологи из России, Ближнего и Дальнего зарубежья. Наш журнал может быть полезен как начинающим имплантологам, так и тем, кто давно и успешно работает в этой области. Большинство статей в журнале носят практический, прикладной характер и могут служить наглядным пособием при проведении различных этапов лечения. Помимо этого в журнале много информации по применению компьютерного планирования дентальной имплантации, по использованию различного оборудования и инструментария. Также в «Российском Вестнике Дентальной Имплантологии» публикуются отчеты о значимых конференциях, мероприятиях, проводимых СТАР, о ежегодных симпозиумах, посвященных имплантологии.



**С главными врачами ведущих клиник России
на Международном XI имплантологическом симпозиуме Мегастом BEGO**

■ Каковы Ваши персональные интересы в науке?

– Первая моя диссертация была посвящена зубодесневой щели и влиянию искусственных коронок на нее. Исследование было написано еще в 1989 г. В своей практике я много занимался эстетикой в стоматологии и одним из первых в России в 1991 г. начал устанавливать керамические виниры.

С 1994 г. я начал широко использовать в своей практике протезирование с опорой на имплантаты, и поэтому моя вторая диссертация была посвящена имплантологии.

Что касается моих сегодняшних научных интересов, то они лежат в плоскости изучения ранней нагрузки на имплантаты, тканевому ответу со стороны кости и формирования

мягких тканей вокруг коронки на имплантате с целью получения адекватных эстетических результатов.

Кроме того, мы занимаемся интересными наблюдениями и исследованиями такого явления, как «миграция» зуба, стоящего рядом с имплантатом, и образования промежутка между зубом и коронкой на имплантате по истечении нескольких лет после имплантации.

В настоящее время я также являюсь профессором кафедры ортопедической стоматологии ФУВ МОНКИ (факультет усовершенствования врачей, Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского), где регулярно читаю лекции.



Во время чтения лекции на Международном XI имплантологическом симпозиуме Мегастом BEGO в 2015 г.

Во время проведения мастер-класса



■ Применяете ли Вы результаты Ваших диссертационных исследований в своей практике?

– Все научные диссертационные исследования, проведенные в Мегастом, активно применяются мной и моими коллегами в профессиональной деятельности. Кроме того, благодаря продолжающимся наблюдениям и наращиванию клинической базы, они были неоднократно подтверждены и являлись предметом обсуждений и докладов на различных конференциях.

■ Вы один из известных и уважаемых в стране профессионалов в области дентальной имплантологии и ортопедии. Каковы перспективы развития этих направлений на Ваш взгляд?

– Дентальная имплантология развивалась и будет развиваться всегда. На мой взгляд, для того, чтобы

она была более эффективна, нужно совершенствовать программы компьютерного планирования и повсеместно внедрять их в практику стоматологов. 3D-планирование является профилактикой очень многих осложнений, которые на сегодняшний день существуют в имплантации.

Что касается ортопедической стоматологии, то я считаю, что безметалловые технологии постепенно вытеснят металлокерамику и другие материалы, поскольку являются более биологичными, эстетичными и, благодаря своей точной посадке и прочности используемых материалов, прослужат гораздо более длительное время. Кроме этого, и это очень важно, для них следует минимально препарировать ткани, следовательно, у пациента сохраняется максимум витальных тканей.

Во время выступления на 38 Московском международном стоматологическом форуме международной выставки ДЕНТАЛ-ЭКСПО 2015 в МВЦ «Крокус Экспо»





На курсе шинотерапии у профессора Сойхера М. Г. в 2015 г.



С любимой пациенткой Анастасией Калманович

■ Какие технологии применяются в Мегастом?

— В своей хирургической практике мы одними из первых в России внедрили технологию направленной тканевой регенерации, пригласив в Москву профессионала мирового уровня — профессора Карринга Торкиля. Уже много лет мы учимся и поддерживаем прекрасные профессиональные и дружеские отношения с еще одним корифеем в области имплантологии и менеджмента мягких тканей — профессором Карло Тинти. Доктор Тинти неоднократно выступал на Международных симпозиумах Мегастом, а также приглашал нас и наших коллег в свою клинику в Италии, где щедро делился секретами своего мастерства и итальянским гостеприимством. По его совету мы использовали различные мембранные методики, в том числе «Gortex». Сейчас успешно применяем коллагеновые мембраны «BEGO» и костнозамещающие материалы «BEGO OSS» и «BEGO OSS S» для костной пластики и направленной тканевой регенерации.

Что касается ортопедической стоматологии, то в области протезирования на имплантатах мы применяем «ноу-хау», которое есть только в Бремене в компании «BEGO» (Германия) и теперь у нас в России в нашей зуботехнической лаборатории — CAD/CAM GERMAN LAB.

ТЕХНОЛОГИЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ

CAD/CAM GERMAN LAB

CAD/CAM GERMAN LAB — это зуботехническая лаборатория, в которой происходит одновременное вытачивание индивидуальных абатментов и анатомических коронок.

Лаборатория оснащена уникальным швейцарским высокоточным семиосным станком компании «WILLEMIN-MACODEL» для изготовления индивидуальных абатментов из титановых прутков и пятиос-

На рыбалке.
Полуостров Камчатка.
С пойманной радужной форелью, занесенной в Красную книгу, которая после этой фотографии будет отпущена обратно в реку



На зимней рыбалке

ным немецким станком для изготовления анатомических коронок из диоксида циркония. Процесс полностью автоматизирован на всех этапах. На всех стадиях изготовления зуботехнических изделий осуществляется трехэтапный контроль качества техническими инженерами компании BEGO (Германия), а также инженерами и зубными техниками Мегастом, прошедшими специальную подготовку за рубежом.

Подробное описание этой технологии и клинические примеры мы предоставляем в статье в этом журнале.

■ **Алексей Николаевич, Вы не только активно практикующий врач-ортопед, но еще и много лет являетесь главным врачом клиники Мегастом-Центр. Что, на Ваш взгляд, является залогом успеха современного руководителя?**

— Современный главный врач должен обладать значительным багажом знаний в самых разнообразных аспектах руководства организацией: от административных и юридических, до управления персоналом и основ конфликтологии. Но самое главное в работе главного врача, на мой взгляд, это управление лечебным процессом. Во-первых, главный врач в совершенстве должен знать все применяемые в клинике стоматологические технологии, разбираться в тонкостях и строго следить за неукоснительным соблюдением протоколов. Во-вторых, быть в курсе последних достижений науки и техники в сфере стоматологии. Сегодня существует большое количество различных технологий, являющихся данью моде, так сказать «трендом», который угаснет через несколько



На охоте с главным стоматологом Мордовии А.В. Адамчиком

лет. А есть технологии и материалы, за которыми будущее. Важно не потеряться в этом многообразии и сделать правильный выбор. В-третьих, надо всегда помнить, что главный врач отвечает за качество проведенного лечения. Его задача контролировать весь процесс, начиная от первичной консультации и заканчивая полным завершением лечения, дабы предотвратить возможные ошибки в лечении и конфликтные ситуации на самых ранних стадиях. В-четвертых, главным врачам, безусловно, следует следить за уровнем профессиональной подготовки своих подчиненных, не забывая, при этом и о себе, и систематически обучаться, посещая курсы повышения квалификации, тематические конференции и мастер-классы. И, наконец, в-пятых, хотя я должен был с этого начать, главный врач, особенно в частной элитной стоматологической клинике, где индивидуальный подход к каждому пациенту – это аксиома, должен формировать безупречную репутацию и положительный имидж организации, служить примером для коллег и подчиненных.

■ Как Вам удалось собрать и сохранить сплоченную команду профессионалов Мегастом?

– Наш коллектив – это наша гордость! Следует отметить, что с момента основания Мегастом $\frac{3}{4}$ коллектива уже более 15–20 лет работает неизменным составом. Специалисты редко уходят из Мегастом по следующим причинам: мы всегда поддерживаем высокий уровень условий труда и возможность работать с самыми современными материалами и передовыми технологиями; создаем благоприятные условия докторам для профессиональной самореализации и хорошего заработка и, конечно же, дисциплина, на которой базируется Мегастом.

■ Алексей Николаевич, кому Вы отдадите предпочтение при приеме на работу: молодому специалисту или успешному себя зарекомендовать стоматологу?

– Непростой вопрос. Все очень индивидуально. К молодым докторам мы предъявляем требования профессионального стажа не менее 5 лет, затем они постепенно повышают свой уровень, учась работать по стандартам Мегастом.

А опытные врачи, имеющие свои собственные заслуги, при поступлении на работу в Мегастом сталкиваются с жесткими требованиями соблюдения профессиональной дисциплины и правил внутреннего распорядка. Пройдет не один месяц, прежде чем новый доктор завоеует признание коллег и доверие пациентов.

■ Что Вы порекомендуете своим коллегам – главным врачам стоматологических клиник?

– У меня есть несколько практических советов, которыми я хочу поделиться со своими коллегами. В процессе своего общения с врачами-стоматологами из разных регионов России я часто слышу, что они, по указанию своих руководителей, главных врачей стоматологических клиник разного уровня, депульпируют зубы при изготовлении металлокерамических и других видов коронок. Я считаю это вредительством и преступлением перед нашими гражданами, поскольку депульпированный зуб живет в 4 раза меньше, чем живой зуб. На сегодняшний день существует множество технологий, обеспечивающих жизнеспособность витального зуба под коронкой в течение многих десятков лет. Проверив это на собственном опыте, мы подтверждаем, что гораздо меньше осложнений возникает у витальных зубов под коронками, нежели у депульпированных.

■ **Расскажите, пожалуйста, как Вы проводите свободное от работы время? Есть ли у Вас хобби?**

– Моим основным хобби в детстве и юности была музыка, а моими любимыми музыкальными инструментами были гитара и фортепиано. Я долгое время играл в разных вокально-инструментальных ансамблях, на протяжении 10 лет выступал в «Голубом экспрессе» (ансамбль Московского метрополитена). Если говорить о любимых исполнителях, то вырос я на таких зарубежных группах, как: «The Beatles», «Deep Purple», «Pink Floyd» и, конечно же, на классической музыке Бетховена, Чайковского и Шопена. Из советских музыкантов слушаю «Машину времени», «Воскресение», а из современных исполнителей мне очень нравится Михаил Бублик.

В настоящее время моим любимым хобби является рыбалка. Больше всего мне нравится ловить семгу. Это спортивная рыбалка, требующая соответствующих знаний, умений и выносливости. В течение последних десятилетий мы с друзьями рыбачили на Камчатке, на Кольском полуострове, на плато Путорана (Эвенкия), в раскатах Волги и на Каспийском море.

Также, по приглашению друзей, я несколько раз побывал на охоте на крупного зверя – лося, кабана и антилопу. Хотя я и не профессиональный охотник, у меня собралась целая коллекция ружей, в том числе и нарезных. Жемчужиной своей коллекции я считаю подарок, сделанный мне друзьями-охотниками – это пистолет-пулемет Шпагина (известный как ППШ) 1944 года выпуска!

Мое увлечение охотой и рыбалкой позволяет мне часто находиться на свежем воздухе, побыть наедине с природой, отвлечься от повседневных забот.

Еще одним моим увлечением является русский бильярд. Я являюсь членом нескольких известных бильярдных клубов Москвы, где часто сражаюсь со своими друзьями.

■ **Алексей Николаевич, а как Вы относитесь к спорту?**

– Профессионально я никогда не занимался спортом, но регулярно играл в большой теннис, проводил систематические тренировки в спортивных залах, занимался плаванием. У меня, как и у многих стоматологов с годами появились проблемы с позвоночником, но я нашел решение и хочу дать совет всем, кто знаком с этим недугом не понаслышке – занимайтесь скандинавской ходьбой! Последние 5 лет я регулярно занимаюсь этим видом спорта, тренируюсь 5-6 раз в неделю, и за этот период у меня не было ни одного приступа боли в позвоночнике.

■ **Что Вы хотели бы пожелать читателям журнала «МАЭСТРО стоматологии»?**

– За последние годы я объездил более 50 городов России (от Нижнего Новгорода до Владивостока) с мастер-классами и лекциями от Мегастом, приобрел много друзей из числа стоматологов, главных врачей и генеральных директоров клиник. Пользуясь случаем, я хочу передать всем моим друзьям и читателям привет и пожелать удачи в профессиональной деятельности и счастья в жизни! Желаю всем читателям с вдохновением заниматься любимой профессией, быть первыми и не терять куража в стоматологии! ■



Во время празднования 20-летия клиник Мегастом



А.Н. Шарин

Главный врач клиники «Мегастом-Центр», Генеральный директор, профессор кафедры ФУВ МОНКИ, доктор медицинских наук, лауреат ордена СтАР «За заслуги перед стоматологией» I степени, врач-стоматолог-ортопед



**4 июля 2015 г. в Москве
открылась первая в России
CAD/CAM
зуботехническая лаборатория
совместно с немецкой
компанией BEGO!**

На открытии присутствовали высокопоставленные гости из Германии: глава компании BEGO Кристоф Вайсс. Из России: Заместитель министра здравоохранения РФ С.А. Краевой; Заместитель директора ЦНИИС по научной и лечебной работе Р.Ш. Гветадзе; Заслуженный деятель науки РФ, Главный стоматолог Управления Делами Президента РФ, доктор медицинских наук Ф.Ф. Лосев; доктор медицинских наук, профессор А.Н. Шарин и другие гости.

**Неповторимое сочетание
немецкого качества и
швейцарской точности**

Технология CAD/CAM – это компьютерное 3D-моделирование и изготовление зуботехнических изделий, где произведенные коронки и абатменты точно соответствуют моделям на компьютере. Индивидуальные абатменты вытачиваются из титанового прутка (рис. 1) на высокоточном швейцарском полностью автоматическом станке, при этом коронки из диоксида циркония одновременно вытачиваются на другом CAD/CAM станке.



Рис. 1. Титановый пруток и изготовленные из него абатменты

**Принцип работы станка
408 MT WILLEMIN-MACODEL (Швейцария):**



Рис. 2. Швейцарский станок

Станок представляет из себя полный автомат (рис. 2), поэтому руки инженера, зубного техника не касаются деталей и изделия выходят из станка уже на 100% обработанными. После 3D-моделирования происходит вытачивание, отделение от прутка и дошлифовывание его поверхности в станке фрезой в тех местах, где было отделение от прутка. В результате достигается точность посадки абатмента в имплантат, равная 0,01 мм (то есть 10 микрон).

Подобный швейцарский станок широко используется в производстве деталей для престижных швейцарских механических часов.



Клинический пример №1

На следующем клиническом примере разберём технологию производства индивидуальных анатомических CAD/CAM абатментов.

Имплантат в области 31 зуба (рис. 3) с временной коронкой и временным абатментом для формирования десневых тканей.

Имплантаты со стандартными формователями десны 6 мм в области 16, 26 и 27 зуба (рис. 4, 5).

После изготовления модели, в имплантаты устанавливаются сканмаркеры (рис. 6, 7), которые сканируются и переносятся на экран монитора, где происходит моделирование абатментов виртуальным способом (рис. 8).

Зубной техник очерчивает все границы будущего абатмента. Затем происходит вытачивание CAD/CAM абатментов из титанового прутка (рис. 9, 10, 11, 12).

В данной работе мы изготавливали циркон системы Prettau с циркониевой жевательной поверхностью. В системе Prettau сначала изготавливаются зеленые пластиковые колпачки (рис. 13, 14).

В полости рта происходит припасовка этих колпачков, проверка конструкции протеза. Затем вытачиваются циркониевые коронки, которые если необходимо облицовываются керамикой, как правило, с вестибулярной поверхности (рис. 15, 16, 17, 18).

Индивидуальные циркониевые абатменты (рис. 19) установлены на имплантат, винты-крепления закрыты гуттаперчей (рис. 20).

Одиночные коронки на имплантате фиксировались с помощью стеклоиономерного цемента GC Fuji I (рис. 23, 24, 25).



Рис. 3. 31 - временная коронка на временном абатменте



Рис. 4, 5. Имплантаты со стандартными формователями десны



Рис. 6, 7. Сканмаркеры

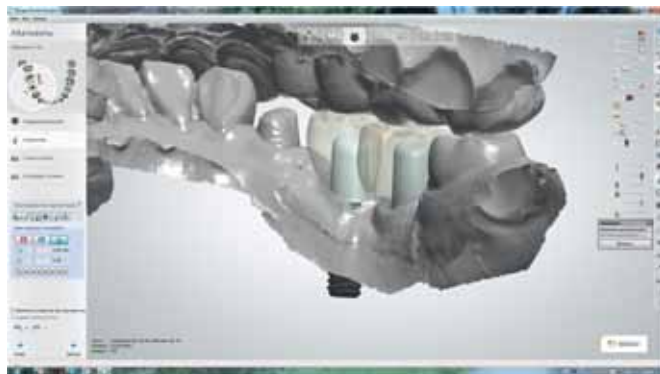


Рис. 8. Виртуальное моделирование абатментов



Рис. 9, 10, 11, 12. Изготовленные титановые CAD/CAM абатменты

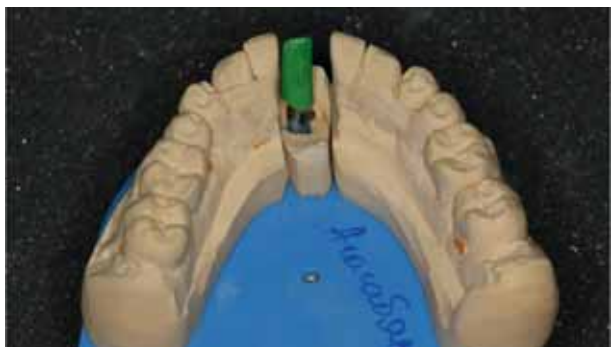


Рис. 13, 14. Пластмассовые колпачки



Рис. 15, 16, 17, 18. Изготовленные циркониевые коронки



Рис. 19. Титановые CAD/CAM абатменты



Рис. 20. Винт-крепление закрыт гуттаперчей



Рис. 21, 22. Индивидуальные титановые CAD/CAM абатменты в жевательном отделе



Рис. 23, 24, 25. Одиночные коронки на имплантах

Клинический пример №2



Рис. 26. Титановые CAD/CAM абатменты 12, 11, 21



Рис. 27. Циркониевые коронки, установленные на CAD/CAM абатменты 12, 11, 21

Преимущества технологии производства CAD/CAM GERMAN LAB:

1. Полностью автоматическое производство изделий исключает ошибки человеческого фактора.
2. Анатомические коронки и индивидуальные абатменты изготавливаются параллельно на станках в одно и то же время.
3. Высокая точность произведенной зуботехнической продукции.
4. Выведение форм и прикусов коронок абсолютно любой сложности.
5. Трехэтапный контроль качества каждого изделия, с обязательным электронным контролем качества BEGO (Германия).
6. Процесс производства изделий абсолютно идентичен процессу производства в Германии!
7. Удобный сервис. Изделия готовы через 3 дня (с момента поступления работы и до получения произведенных изделий клиентом).

Этапы изготовления анатомических коронок и индивидуальных абатментов:

1. Получение модели курьером по почте или скан модели через Интернет.
2. 3D – моделирование зуботехнических изделий врачом или зубным техником.
3. Online демонстрация клиенту смоделированной конструкции с возможностью корректировки.
4. После окончания 3D – моделирования производится контроль параметров производителя (компания BEGO в Германии) – первый этап контроля качества.
5. Отправление смоделированных изделий через Интернет в цифровой отдел компании BEGO в Германию (визуальный контроль геометрии смоделированных изделий) – второй этап контроля качества.
6. Параллельное и одновременное изготовление анатомических коронок и индивидуальных абатментов.
7. Третий этап контроля качества изготовленных изделий осуществляется инженерами и зубными техниками CAD/CAM GERMAN LAB (Россия).
8. Анатомические коронки обжигаются в печи синтеризации DEKEMA (Германия), а затем на них наносится керамика IPS E.MAX CERAM Ivoclar Vivadent (Германия).
9. Получение готовых изделий заказчиком.

**ПОЛНАЯ СТОИМОСТЬ ГОТОВОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ
КОРОНКИ ИЗ ДИОКСИДА ЦИРКОНИЯ - 5 000 руб.**

ТЕХНОЛОГИЯ ТРЕТЬЕГО ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ НА СТРАЖЕ ВАШИХ ЗУБОВ

БЫСТРЕЕ:

**ПАРАЛЛЕЛЬНОЕ ИЗГОТОВЛЕНИЕ ЛЮБЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ
КОРОНОК И ИНДИВИДУАЛЬНЫХ АБАТМЕНТОВ ЗА 3 ДНЯ**

ТОЧНЕЕ:

**КОМПЬЮТЕРНОЕ 3D-МОДЕЛИРОВАНИЕ; ТРОЙНОЙ
КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА; ПРЕЦИЗИОННОСТЬ ПОСАДКИ
0,01 ММ (10 МИКРОН)**

ДЕШЕВЛЕ:

**ПОЛНОСТЬЮ АВТОМАТИЗИРОВАННОЕ ПРОИЗВОДСТВО
ПОЗВОЛЯЕТ СНИЗИТЬ СТОИМОСТЬ НА 30%**

Каркас (колпачок) технология CAD/CAM GERMAN LAB

материал: диоксид циркония BEGO BeCe CAD ZIRKON+ (Германия)
совместное производство: BEGO (Германия) и CAD/CAM GERMAN LAB (Россия)

2 500 руб.

Нанесение керамики

керамика: Ivoclar Vivadent (Германия)

2 500 руб.

Индивидуальный абатмент технология CAD/CAM GERMAN LAB

материал: титан класса 5 (пруток) BEGO (Германия),
совместное производство: BEGO (Германия) и CAD/CAM GERMAN LAB (Россия)
для имплантатов: **Nobel Replace, Straumann, Astra Tech, XiVE, BEGO**

6 000 руб.

+7 (495) 150-32-32

117587, Москва, ул. Кировоградская, д.11, с.1
www.cadcamlab.ru



Новый аппарат Assistina 3x3 от W&H



На правах рекламы

Assistina 3x3

Чистота внутри и снаружи

assistina 3x3

Представительство в Москве :
Тел. 495/ 269 48 68
E-mail: info.ru@wh.com
www.wh.com/ru_cis

Импортеры фирмы W&H:
Дентекс, Москва
Тел. 495/ 974 30 30
495/ 645 45 03

ОМТ, Москва
Тел. 8 800 222 99 87, 495/ 229 33 75
Эксподент, Москва
Тел. 495/ 959 92 92, 495/ 332 03 16

Уралквадромед, Екатеринбург
Тел. 343/ 262 87 50, 343/ 262 88 51

Дистрибуция в Санкт-Петербурге –
Алвик-Медэкспресс: 812/ 326 29 17



А.Н. Шарин
 Главный врач клиники
 «Мегастом-Центр»,
 Генеральный дирек-
 тор, профессор
 кафедры ФУВ
 МОНИКИ, д.м.н.,
 Лауреат ордена
 СтАР «За заслуги
 перед стоматологией»
 I степени, врач-
 стоматолог-ортопед



Г.В. Булатова
 врач-ортодонт
 клиники
 «Дентал Фэнтези»
 (г. Москва),
 Член Профессио-
 нального общества
 Ортодонта,
 Российского
 стоматологического
 общества

Отдаленные результаты множественной установки имплантатов в полости рта. Планирование лечения на большом количестве имплантатов

Пятнадцатилетний опыт работы в имплантологии клиники «Мегастом» обязывает нас проанализировать свои отдаленные результаты. Особое место при протезировании на имплантатах занимают случаи отсутствия зубов по 3, 4, 5, классу по классификации А.М. Миргазизова (рис. 1):

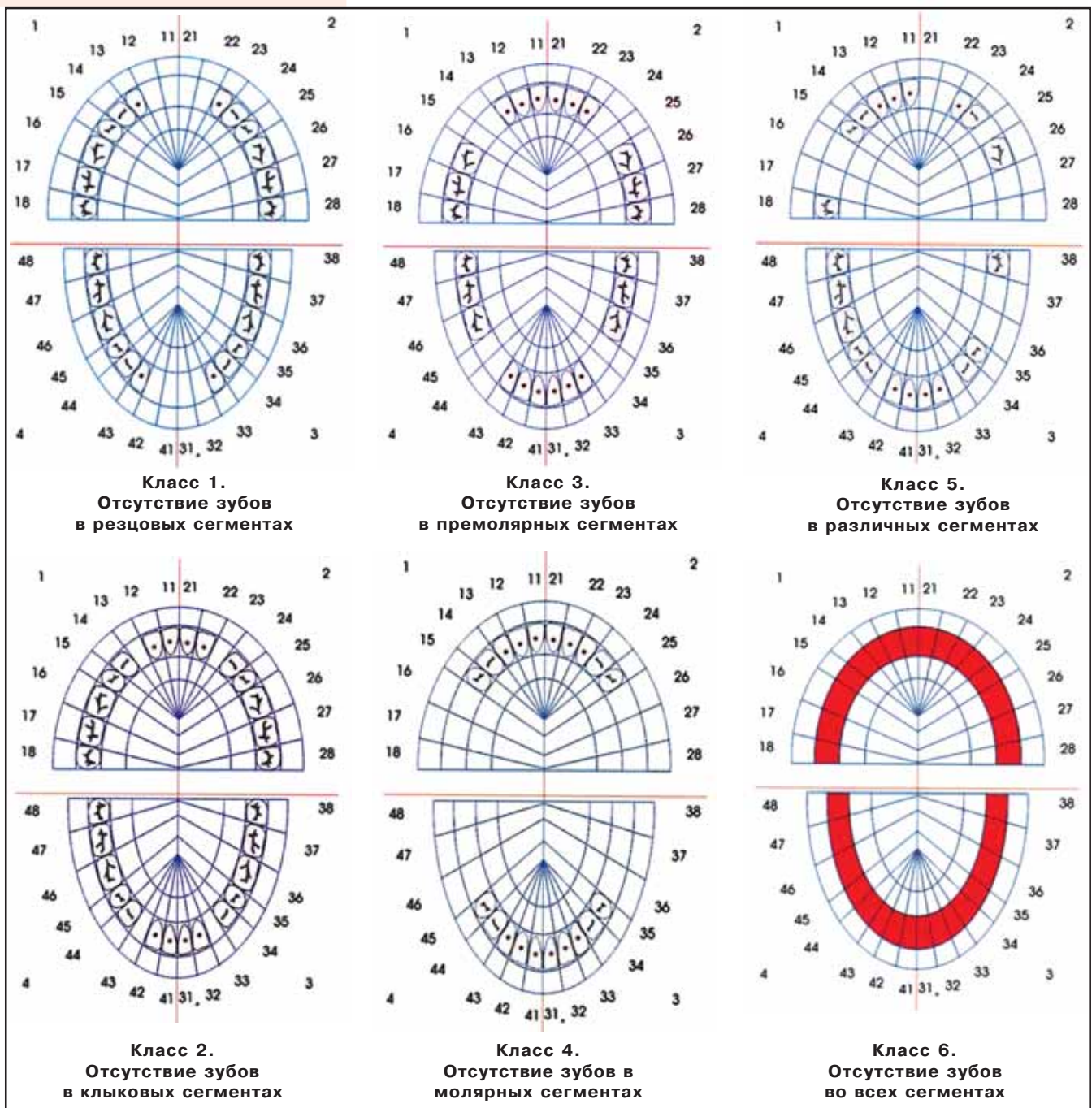


Рис. 1

Обязательным условием протезирования на большом количестве имплантатов является проведение тщательного планирования с доскональным сбором информации о клинической ситуации в полости рта.

ОПТГ, КТ, диагностическая модель, стереолитографическая модель, 3D моделирование, а также обследование полости рта дают нам очень ценную информацию о состоянии костной ткани, мягких тканей десны, межальвеолярном расстоянии, типе соотношения челюстей и т.д. (табл. 1).

При планировании имплантации на беззубой челюсти первоначально необходимо решить, какое количество имплантатов необходимо установить для изготовления надежной и долговечной конструкции. Ответ на этот вопрос зависит от следующих условий:

1. Объем костной ткани.
2. Качество костной ткани.
3. Необходимость проведения поднятия гайморовой пазухи.

Таблица 1. Планирование множественной установки имплантатов

Обслед. полости рта	ОПТГ	КТ	Диагн. модель	Стереолитогр. модель	3D Моделирование
++++	++++	++	++++	++	++

Таблица 2. Выбор оптимального диаметра и длины имплантата

№ зубов	Рекомендуемый диаметр имплантата	Рекомендуемая длина имплантата
11, 21	3,75-4,1-4,5	11,5
12, 22	3,25-3,75	11,5
13, 23	3,75-4,1-4,5	13,0 15,0
14, 24	3,75-4,1-4,5	11,5
15, 25	3,75-4,1-4,5	11,5 13,0
16, 26	4,5-5,5	11,5
31, 41, 32, 42	3,25-3,75	13,0
33, 43	4,5-5,5	13,0
34, 44	3,75-4,1-4,5	10,0
35, 45	3,75-4,1-4,5	10,0
36, 46	4,5-5,0	10,0

4. Костнопластические операции на челюстях.
5. Высота коронковой части конструкции на имплантате.
6. Угол наклона имплантата по отношению к коронковой части.
7. Диаметр имплантата.
8. Длина имплантата.
9. Анализ жевательной эффективности зубов антагонистов.

Обобщив все эти условия, необходимо решить, какой диаметр и какую длину имплантата выбрать для установки. Предпочтительно выбирать геометрические параметры для установки имплантатов в области соответствующих зубов в соответствии с табл. 2.

Пример планирования имплантации (рис. 2)

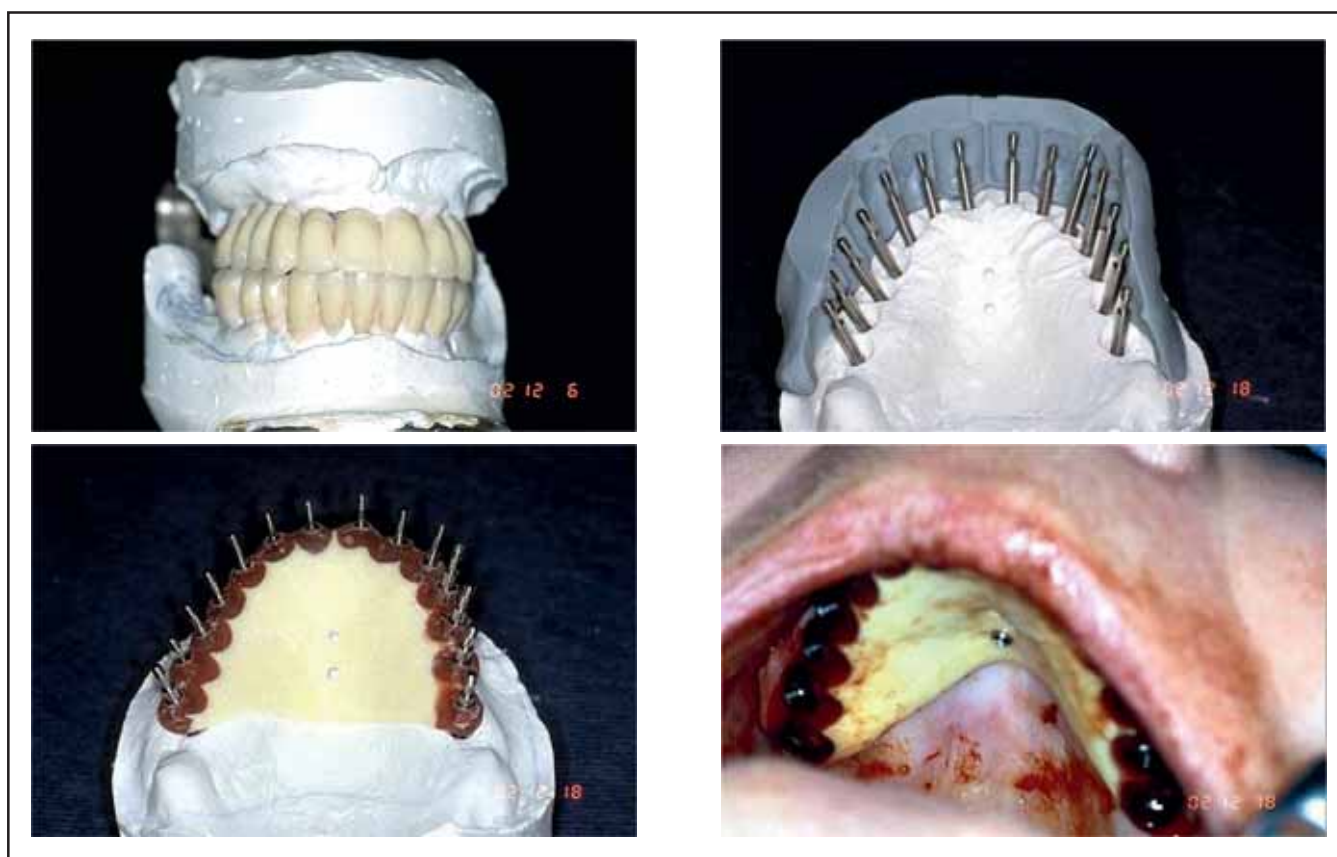


Рис. 2. 22 имплантата СЕМАДОЗ, установленные по шаблону с направляющими втулками



Рис. 3.

Выбор оптимального количества имплантатов

Основным принципом при определении количества имплантатов является соответствие их количеству отсутствующих зубов. Такой подход к выбору количества имплантатов основан на том, что площадь соприкосновения поверхности корней моляра с костной тканью в среднем в 1,5 раза больше, чем площадь соприкосновения имплантата с костью. В этом случае для восстановления двух моляров необходимо иметь 3 имплантата. В случае, когда невозможно установить 3 имплантата в области двух моляров, необходимо увеличивать длину имплантата и его диаметр с целью увеличения площади соприкосновения кости с поверхностью имплантата или объединять имплантаты в блоки с помощью коронок.

Установка оптимального количества имплантатов имеет ряд очевидных преимуществ. Как показывает клинический опыт, в области отсутствующего зуба в первый год происходит атрофия костной ткани до 20%, а через 5 лет она достигает 80% от

первоначального объема костной ткани в области удаленного зуба (Lewis S, 1996). Установка имплантата в области отсутствующего зуба предотвращает атрофию костной ткани и способствует сохранению кости в этом участке. Кроме того, увеличение количества имплантатов способствует равномерному распределению жевательной нагрузки между всеми имплантатами и тем самым предотвращает перегрузку имплантатов, а, следовательно, и резорбцию костной ткани в области перегруженного имплантата. И, наконец, располагая имплантаты в области отсутствующих зубов, чаще можно сформировать десневую сосочек и получить хорошую эстетику в области коронки на имплантате (Ф.Ф. Лосев, А.Н. Шарин, 2004).

Ранняя нагрузка

Достижение положительных результатов множественной имплантации возможно как при одноэтапной, так и при двухэтапной методике. Наиболее показательны данные, которые приводит Balshi (2003): в 55

последовательных клинических случаях полной адентии на верхней челюсти выполнялась имплантация (в среднем у каждого пациента установлено 10 имплантатов) с применением ранней нагрузки (522 имплантата); выживаемость в течение первого года составила 99%.

Оценивая лечение 34 пациентов (в среднем установлено 6-8 имплантатов на верхней челюсти) Jaffin R.A. (2004) отмечает, что через один год процент отторжения равнялся 7%. По данным Drago C.J. (2006) выживаемость в течение первого года при лечении 27 пациентов с применением ранней нагрузки (общее количество установленных имплантатов 151) составила 98%.

Изменение уровня кости, оцениваемое рентгенологическим, после установки большого количества имплантатов и немедленного протезирования незначительно и составляет 0,56 мм за 12 месяцев, 0,76 мм за 24 месяца, 0,84 мм за 36 месяцев, 0,82 мм за 48 мес, 0,83 мм за 60 мес и 0,94 мм за 72 месяцев (Zamar J.A., 2006).

Условиями для ранней нагрузки при функциональной имплантации являются:

- Достаточный объем костной ткани.
- Хорошая первичная фиксация имплантатов.
- Достаточное количество имплантатов (не менее 3 имплантатов в блоке).
- Шинирование нескольких имплантатов временным протезом.
- Преобладание имплантатов с длиной не менее 11,5 мм и диаметром не менее 3,75 мм и выше.
- Ослабление нагрузки со стороны зубов антагонистов (Ф.Ф. Лосев, А.Н. Шарин, 2004).

Факторы риска

В литературе описаны примеры успешного протезирования на большом количестве имплантатов и применении ранней нагрузки при наличии таких факторов риска, как курение и бруксизм (Ibacez J.C., 2005). Согласно результатам проведенного Davarganah M. (2007) лечения 5 пациентов с множественными факторами риска с диагнозом полная адентия верхней челюсти, выживаемость имплантатов составила 94%.

Karoussis с соавт. (2003) проводил сравнение имплантации у пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта в стадии ремиссии с имплантацией у пациентов без данной патологии. Результаты исследований в течение 10 лет показывают, что периимплантиты чаще встречаются у пациентов первой группы, чем у пациентов второй группы: 28,6% и 5,8% соответственно.

Таким образом, возможно достижение успеха протезирования при множественной имплантации у пациентов группы риска, если пациент и врач осознают и допускают высокую вероятность утраты

Таблица 3. Факторы риска в имплантации

Факторы риска	Низкий	Средний	Высокий
Медицинский статус	Здоровый пациент. Интakтная им.сист.		Поражение иммунной системы
Курение	Не курит	<10 сигарет в день	>10 сигарет в день
Эстетические ожидания пациента	Низкие	Средние	Высокие
Линия улыбки	Низкие	Средние	Высокие
Десневой биотип	Толстый биотип. Невыраженный р.		Тонкий биотип. Выраженный р.
Форма зубов	Прямоугольная		Треугольная

Martin, Morton, Buser: Pre-operative analysis and prosthetic implant planning in esthetic implants dentistry. ITI Treatment Guide, Vol.1, Chapter 3, 2006

Таблица 4. Факторы риска в имплантации

Факторы риска	Низкий	Средний	Высокий
Уровень костной ткани у соседнего зуба	<5мм до конт. пункта	5,5 – 6,5 мм до конт. пункта	>7мм до конт. пункта
Локальная инфекция в месте устан. Импл.	Отсутствует	Хроническая	Острая
Ортопедич. Статус соседних зубов	Интakтные		Покрытые коронками
Размеры альв. Гребня в области отсутст. зуба	1 зуб >7мм д 1 зуб >5,5 ш	1 зуб <7мм д 1 зуб <5,5 ш	Два и более зуба
Анатомия мягких тканей	Интakтные мягкие ткани		Дефект мягких тканей
Дефект костной ткани в области места уст. Импл.	Интakтная кость	Горизонтальный дефект	Вертикальный дефект

Martin, Morton, Buser: Pre-operative analysis and prosthetic implant planning in esthetic implants dentistry. ITI Treatment Guide, Vol.1, Chapter 3, 2006

имплантатов. В случае множественной установки имплантатов, мы всегда будем иметь возможность быстро решить проблемы пациентов, если через несколько лет произойдет отторжение одного или нескольких имплантатов в полости рта.

Buser с соавторами (2006) отмечают необходимость тщательной оценки факторов риска для достижения эстетического результата (табл. 3, 4).

Осложнения

Значительный интерес представляют работы по изучению осложнений при протезировании на имплантатах. Brugger U. (2001) в результате обследования в течение

5 лет 33 больных с мостовидными протезами с опорой на имплантатах установил, что наиболее частым осложнением являются периимплантиты – 9,6%. Кроме того, отрицательное влияние оказывает консольное удлинение, которое явилось причиной 23% осложнений и бруксизм. По данным других исследователей, такие осложнения как расцементировка встречаются в 17,7% случаев, скол керамики и потеря винта абатмента – в 7,2% и 2,2% случаев соответственно (Northon M.R., 2006). По сравнению с группой пациентов, у которых мостовидные протезы фиксировались на естественных зубах, больше сколов керамики

обнаружено на металлокерамических коронках с опорой на имплантатах.

Следует отметить, что в литературе недостаточно освещена концепция множественной имплантации, где количество имплантатов близко к числу отсутствующих зубов и расположено по сегментно там, где находились свои зубы. Требуется большее количество клинических исследований, подтверждающих правильность и реальность данной концепции. Наибольший интерес представляют работы по изучению одномоментной имплантации в комбинации с ранней нагрузкой. В связи с этим нами предпринята попытка проанализировать огромный опыт клиники «Мегастом», по установке множественных имплантатов и оценить клинические результаты через 1, 3, 5 и 8, и 10 лет.

Материал и методы исследования

В первую группу вошли 42 пациента с дефектами зубных рядов 4, 5, 6 классов по профессору Миргазизову, которым было установлено в общей сложности 624 имплантата системы Семадоз. Им проводились следующие методы оценки состояния твердых и мягких тканей в области имплантатов:

1. Анализ ОПТГ через 1, 3, 5 лет после установки имплантатов.
2. Обследование гигиенического состояния протезов с опорой на имплантаты.
3. Оценка кровоточивости десны в области имплантатов.
4. Оценка измерений глубины карманов в области имплантатов.
5. Количество имплантатов с диагностированными периимплантитами.

Пункты 2, 3, 4 оценивались по данным историй болезни за 1, 3, 5 лет после установки имплантатов.

Таблица 5. Рентгенологическая оценка результатов атрофии кости 1 группы пациентов.

	1 год	3 год	5 год	% через 5 лет
Атрофия 1 мм	24 импл.	36 импл.	42 импл.	6,7%
Атрофия 2 мм	16 импл.	25 импл.	36 импл.	5,8%
Атрофия 3 мм	-	8 импл.	14 импл.	2,2%
Атрофия 4 мм	-	-	5 импл.	0,8%
Атрофия более 5 мм	-	-	4 импл.	0,6%
Периимплантиты	-	-	-	3 импл.0,4%
Неудовлетворительный контроль гигиены (количество пациентов)	16	8	6	14,3%
Удовлетворительный контроль гигиены	26	34	36	85,7%
Кровоточивость десны (количество имплантатов)	28	42	56	9%
Глубина карманов 4 мм и более (количество импл.)	12	21	32	5,1%

В первой группе пациентов не отторглись ни одного имплантата.

Таблица 6. Рентгенологическая оценка результатов измерения атрофии кости 2 группы пациентов.

	8-10 лет	% атрофии
Атрофия 1 мм	36 импл.	17%
Атрофия 2 мм	25 импл.	11,7%
Атрофия 3 мм	16 импл.	7,5%
Атрофия 4 мм	12 импл.	5,6%
Атрофия более 5 мм	9 импл.	4,2%
Периимплантиты	6 импл.	2,8%
Неудовлетворительный контроль гигиены (количество пациентов)	3	17%
Удовлетворительный контроль гигиены	15	83%
Кровоточивость десны (количество имплантатов)	26	12,2%
Глубина карманов 4 мм и более (количество импл.)	28	13,1%

Во второй группе пациентов отторглись 4 имплантата.

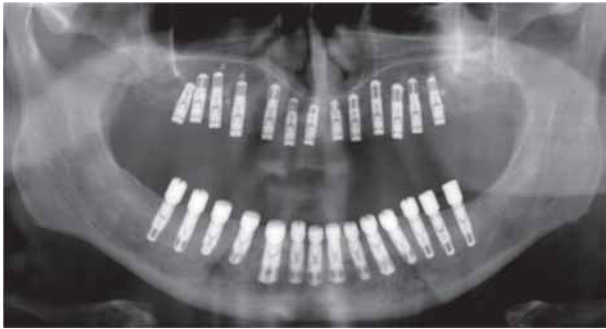
Во вторую группу вошли 18 пациентов с дефектами зубных рядов 4, 5, 6 классов по Миргазизову, которым были установлены в общей сложности 213 имплантатов: 168 имплантата системы IMZ и 45 имплантатов системы FRIALIT-2. Им проводились следующие методы оценки состояния пародонта в области имплантатов:

1. Анализ ОПТГ через 8-10 лет после установки имплантатов.
2. Обследование гигиенического состояния протезов с опорой на имплантаты.

3. Оценка кровоточивости десны в области имплантатов.
4. Оценка измерений глубины карманов в области имплантатов.
5. Количество имплантатов с диагностированными периимплантитами.

По данным ОПТГ атрофия костной ткани измерялась от ортопедической платформы имплантата до видимого прикрепления кости к имплантату: дистально и медиально (табл. 5, 6).

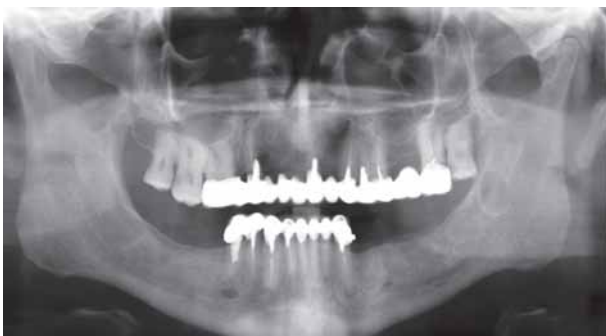
Клинические примеры множественной имплантации на слайдах:



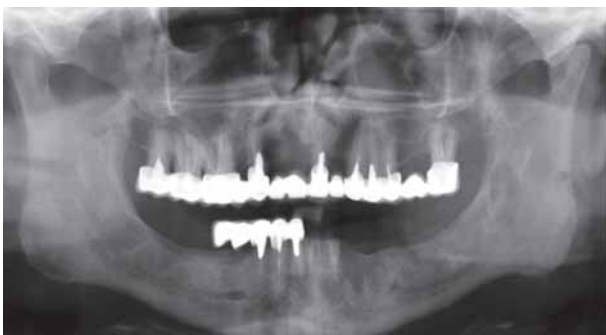
1997 г., 27 имплантатов, IMZ, 10 лет



2007 г.



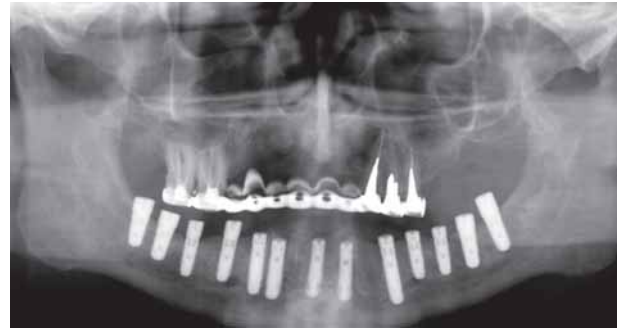
2002 г. Пациент отказался от имплантации



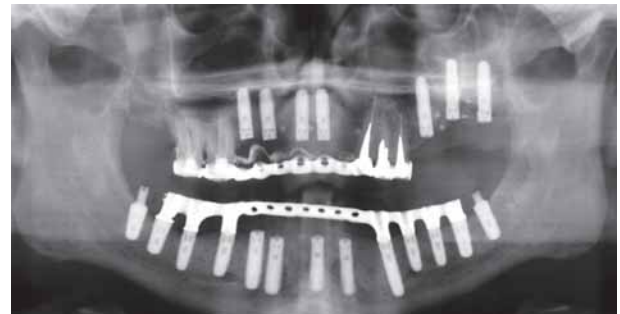
2005 г. Через 3 года пациент вернулся в клинику Мегастом. После протезирования в другой клинике. Пример ведения пациента без съемных конструкций



2005 г. Временная конструкция на передних зубах и установка имплантатов в дистальных отделах



2005 г. Удаление передних зубов и установка имплантатов. Временный протез на верхней челюсти



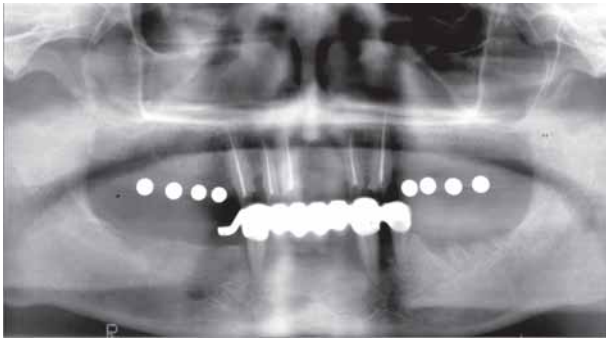
2006 г. Временный протез на остеоинтегрированных имплантатах на нижней челюсти и установка имплантатов на верхней челюсти



2006 г. Полученный результат. Готовая работа



2003 г.



2006 г. Ранняя нагрузка на имплантаты была проведена в 2003 г. на нижней челюсти



Готовая работа после ранней нагрузки на имплантаты нижней челюсти

Обсуждение полученных результатов

При анализе атрофии костной ткани в области имплантатов выявлено постепенное увеличение ее в зависимости от срока пребывания имплантата в полости рта. Диаграмма 1. Причем в первые 3 года атрофия кости происходит более быстро, затем она замедляется, и через 8-10 лет опять отмечается ее последующий рост. Таким образом, через 5 лет после имплантации ремоделировка костной ткани до 2 мм была отмечена у 12,5% имплантатов, а атрофия кости 3 и более мм у 3,6% имплантатов. В более отдаленные временные промежутки (8-10 лет) атрофия до 2 мм наблюдалась у 28,7%, и 3 и более 17,3 мм. Причем процент выявленных периимп-

лантитов оставался низким и не был связан с атрофией кости в области имплантатов.

Характерно, что в первые 5 лет после имплантации, отмечается снижение процента пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта. Это связано, по-видимому, с регулярным посещением пациентов врача-гигиениста во время гарантийного срока. И через 8-10 лет отмечается небольшой рост процента пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта (17%).

В первые 5 лет после имплантации постоянно растет количество имплантатов, в области которых отмечается кровоточивость десны. Через 8-10 лет отмечается наибольший процент кровоточивости десны. Отмечено, что кровоточивость десны наибо-

лее часто встречается в области имплантатов, между которыми расстояние 2 мм и менее, и связана с затруднением поддержания оптимальной гигиены в этих областях.

Отмечено также постепенное увеличение десневых карманов в области имплантатов в зависимости от срока нахождения их в полости рта. Однако нами не выявлена зависимость между кровоточивостью и глубиной карманов у имплантатов. Достаточно часто, в области карманов 4-5 мм кровоточивость отсутствовала.

Выводы

1. Атрофия костной ткани в области имплантатов до 2 мм отмечается в 2 раза чаще, чем атрофия 3 мм и более.
2. При проведении множественной имплантации необходимо тща-

- тельное планировать операцию имплантации, с расположением имплантатов в 3 и более мм друг от друга. При этом в некоторых случаях изготовления объединенной конструкции на имплантатах, рекомендуется уменьшать диаметр имплантатов, с целью увеличения расстояния между ними.
3. Для профилактики атрофии костной ткани в области имплантатов рекомендовано тщательное гигиеническое наблюдение пациента 1 раз в 3 месяца на протяжении всего срока пребывания имплантата в полости рта.
 4. Множественная имплантация позволяет сохранить костную ткань в области удаленных зубов и демонстрирует хорошие отдаленные результаты. Через 5 лет в данном ис-

следовании не отторглось ни одного имплантата. Через 10 лет процент отторжения составил 1,8%.

Литература

1. Миргазизов М.З. Российский вестник дентальной имплантологии 2003, №3.
2. Лосев Ф.Ф., Шарин А.Н. Российский вестник дентальной имплантологии. 2004.
3. Buser D., Dula K., Lang N.P., Nyman S. Clin Oral Implants Res. 1996 Jun;7 (2): 175-83.
4. Jaffin R.A., Kumar A., Berman C.L. Int J Oral Maxillofac Implants. 2004 Sep-Oct; 19 (5): 721-30.
5. Balshi S.F., Wolfinger G.J., Balshi T.J. Clin Implant Dent Relat Res. 2005; 7 (1): 24-31.
6. Ibacez J.C., Tahhan M.J., Zamar J.A., Menendez A.B., Juaneda A.M., Zamar N.J., Monqaut J.L. J Periodontol. 2005 Nov;76 (11): 1972-81.
7. Norton M.R. Int J Oral Maxillofac Implants. 2006 Sep-Oct;21(5): 777-84.
8. Davarpanah M., Caraman M., Jakubowicz-Kohen B, Kebir-Quelin M., Szmukler-Moncler S. Int J Periodontics Restorative Dent. 2007 Apr;27(2):161-9.
9. Brogger U., Aeschlimann S., Вьргин W., Ндммерле С.Н., Lang N.P. Clin Oral Implants Res. 2001 Feb;12 (1): 26-34.
10. Martin, Morton, Buser: Preoperative analysis and prosthetic implant planning in esthetic
11. Implants dentistry. ITI Treatment Guide, Vol. 1, Chapter 3, 2006.

Представляем золотого партнера
чемпионата стоматологического мастерства
СТАР в 2015 г. в номинации
“КЛИНИЧЕСКАЯ ПАРОДОНТОЛОГИЯ”

ЗДОРОВЫЕ ЗУБЫ – НОВЫЙ ВКУС ЖИЗНИ!



VIVAX DENT

Линия средств на основе активного синтезированного пептидного комплекса, специально разработанная для повышения эффективности лечения и активной профилактики заболеваний полости рта.

ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

- Эффективное очищение. Профилактика кариеса. Мягкое отбеливание. Препятствует образованию зубных отложений. Стимулирует местный иммунитет полости рта.

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБОСТРЕНИИ

- Помощь при пародонтите, гингивите, стоматите. Снимает воспаление и кровоточивость десен. Ускоряет заживление тканей слизистой оболочки полости рта и пародонта.

РЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ

- Повышение защитных свойств эмали. Снижение чувствительности зубов. Борется с кариесом и патологической стираемостью зубов.

+7 495 781-66-22 www.vivax.ru

Представляем золотого партнера
чемпионата стоматологического мастерства
СТАР в 2015 г. в номинации
“КЛИНИЧЕСКАЯ ПАРОДОНТОЛОГИЯ”

PHILIPS

Клиническое отбеливание



Philips ZOOM!
WhiteSpeed
с LED-активатором
отбеливания

Управляемая
интенсивность
светового
потока



Долговечный
источник света



Увеличенная
интенсивность
светового
потока



Улучшенная
эргономика



Philips ZOOM! — марка №1*
по рекомендациям стоматологов*
*среди лампового отбеливания в США



Ф.Ф. Лосев

Заслуженный деятель науки РФ, Лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, Главный стоматолог Главного Медицинского Управления Делами Президента РФ; Заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ФУВ МОНИКИ, Генеральный директор ООО «Немецкий Зуботехнический центр КАД/КАМ», д.м.н., профессор



А.Н. Шарин

Главный врач клиники «Мегастом-Центр», Генеральный директор, профессор кафедры ФУВ МОНИКИ, доктор медицинских наук, Лауреат ордена СтАР «За заслуги перед стоматологией» I степени, врач-стоматолог-ортопед



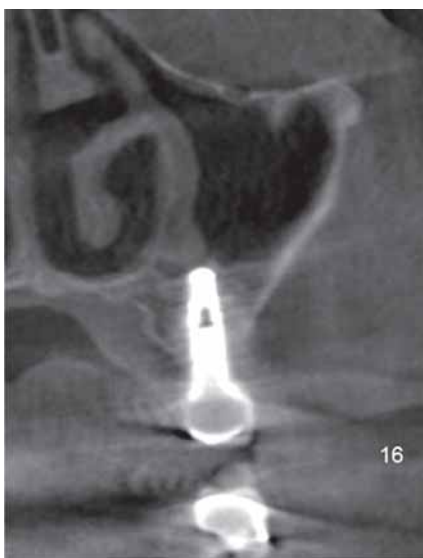
В.Ф. Лосев

к.м.н. врач-стоматолог-ортопед, хирург-имплантолог и Главный врач клиники Мегастом на Кутузовском

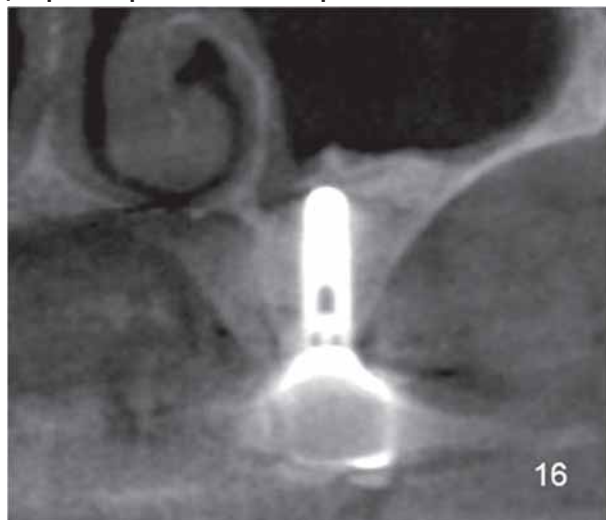
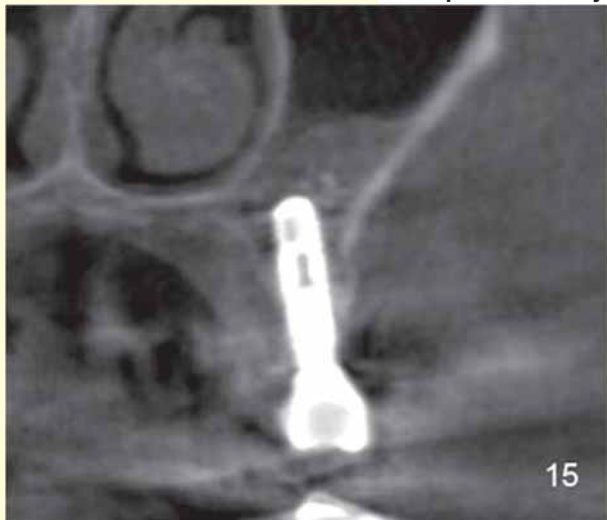
Планирование операции поднятия дна гайморовой пазухи. Минимизация осложнений

Методику операции поднятия дна гайморовой пазухи (далее ОПДГП) для создания необходимого объема альвеолярной кости на верхней челюсти в настоящее время в клинической практике применяют очень многие врачи-стоматологи-хирурги, профессионально занимающиеся восстановлением зубных рядов с применением дентальных имплантатов. В большинстве случаев такие оперативные вмешательства проходят успешно, не вызывая у докторов особых трудностей. Однако наш опыт показывает, что если доктор через год после протезирования на ус-

тановленных дентальных имплантатах использует для контрольного обследования проведенной работы только ортопантограмму, то он достаточно часто не видит ряда отрицательных моментов, связанных с ошибками в формировании окна в передней костной стенке гайморовой пазухи, нерациональной сепарации (отслаивания) слизисто-надкостничного лоскута пазухи для создания требуемого пространства по высоте и ширине, а также с неравномерным распределением и усадкой регенеративного материала вокруг имплантата.



Слайд №1: Через год после протезирования в области ОПДГП - вертикальная усадка регенеративного материала.



Слайд №2: Через год после протезирования в области ОПДГП - неравномерное распределение регенеративного материала.

В связи с вышеизложенным врачам-стоматологам-хирургам всегда необходимо строго выполнять протокол оперативного вмешательства с предварительным планированием хода ОПДГП с формированием окна в передней стенке гайморовой пазухи, так как такое хирургическое вмешательство является достаточно серьезным и доставляет пациенту не только существенные затруднения в послеоперационном периоде, но также может приводить к ряду сложно разрешимых осложнений.

Поэтому если пациенту показана ОПДГП, то врач-стоматолог-хирург должен провести клинические обследования, сделать 3D компьютерную томографию или ортопантограмму, общий клинический анализ крови, включая анализ сахара в крови. После чего врач-стоматолог-хирург должен провести тщательное планирование ОПДГП:

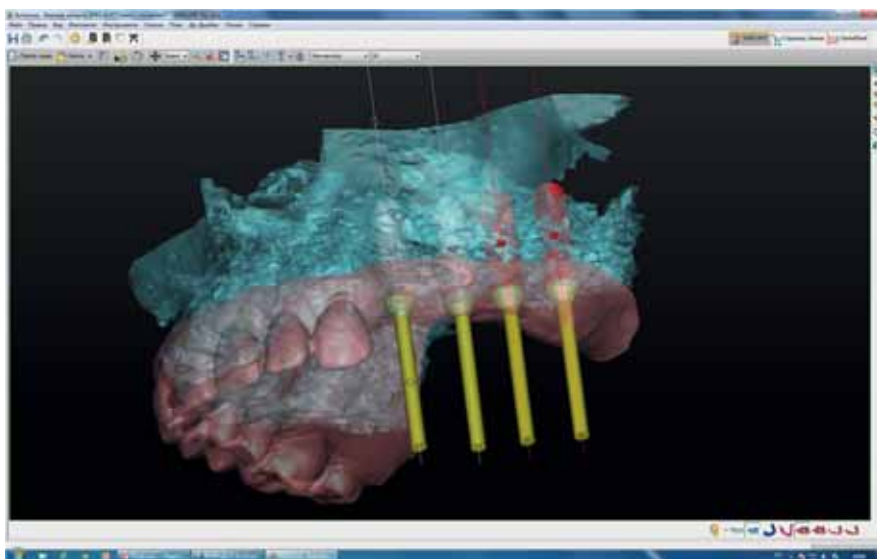
1. Определиться с количеством и конкретным местом установки зубных имплантатов, их диаметром и длиной.
2. В зависимости от ширины гребня альвеолярного отростка и объёма имеющийся кости спланировать высоту и ширину поднятия дна гайморовой пазухи, то есть объём искусственно создаваемого «костного

дефекта» при отслаивании слизисто-надкостничного лоскута гайморовой пазухи.

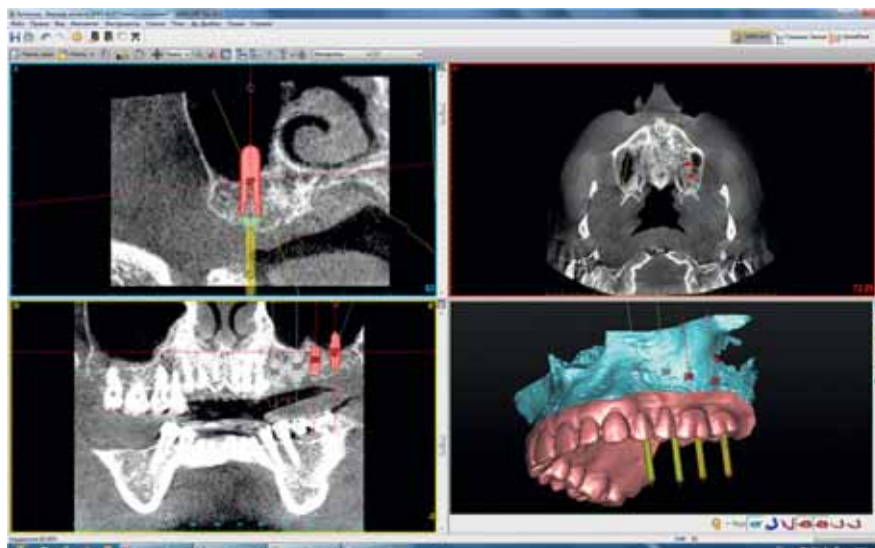
3. Выбрать методику формирования «окна» в передней стенке гайморовой пазухи и последующее закрытие его с применением фиксируемой или не фиксируемой мембранной техники.
4. Если имеются показания для применения дополнительной резорбируемой (коллагеновой) мембраны (типа Vego membrane – немецкой фирмы VEGO), при очень тонком слизисто-надкостничном лоскуте гайморовой пазухи, а так же при заполнении искусственно создаваемого «костного дефекта» регенеративным материалом без установки зубных имплантатов.
5. В зависимости от показаний спланировать, какой будет использоваться регенеративный материал для заполнения образовавшегося «костного дефекта».
6. Определиться, какой мембраной будет закрыто «окно» передней стенки пазухи, фиксируемой или не фиксируемой.

Количество зубных имплантатов для длительного, прогнозируемого их срока «службы», оптимально должно соответствовать количеству реально отсутствующих зубов.

Врач-стоматолог-ортопед, хирург определяют места установки зубных имплантатов и соответственно их диаметр и длину. Сегодня используют 3D компьютерную томографию и программу Simplant можно легко на мониторе определиться с диаметром, длиной зубных имплантатов, а так же «безошибочно расположить» их в нужных местах и нужном направлении, а так же практически точно супрагингивально сформировать «предварительные ложа» для зубных имплантатов по специально изготовленному хирургическому шаблону, с направляющими втулками, в программе Vego Simplant.



Слайд №3:
Планирование установки
зубных имплантатов.

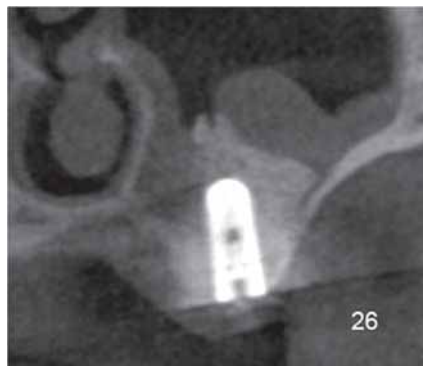




Слайд №4: Формирование «преварительного ложа» по специально изготовленному в программе Simplant хирургическому шаблону с направляющими втулками.

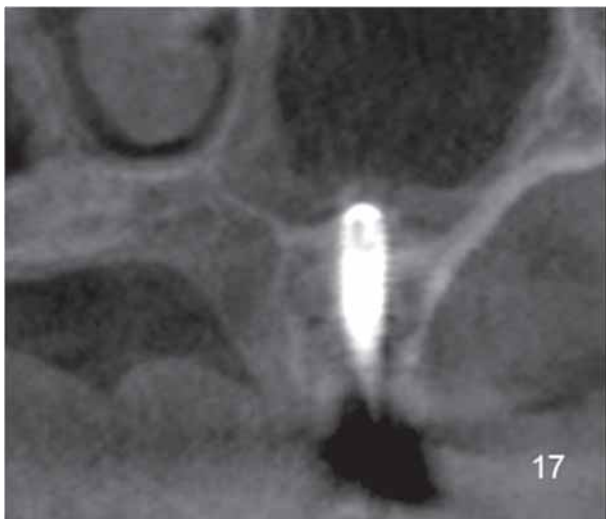
Одним из главных этапов планирования ОПДГП, которому врачи-стоматологи-хирурги достаточно часто не уделяют должного внимания, является высота и ширина искусственно создаваемого «костного дефекта», который они будут формировать за счет сепарации слизисто-надкостничного лоскута гайморовой пазухи и ее «поднятия» вверх. Этот этап является одним из основополагающих, так как «объем укладываемого» регенеративного материала должен быть минимум 2 мм вокруг каждого из устанавливаемых в «костного дефекта» зубных имплантатов.

Если «костный дефект» будет меньше, то при заполнении «костного дефекта» вокруг установленных зубных имплантатов регенеративным материалом слизисто-надкостничный лоскут испытывает чрезмерное давление и достаточно часто наступает как минимум «прободение» частичек регенеративного материала непосредственно в гайморову пазуху, так же может привести к значительному «порыву» слизисто-надкостничного лоскута с выходом достаточно большого количества регенеративного материала в гайморову пазуху.



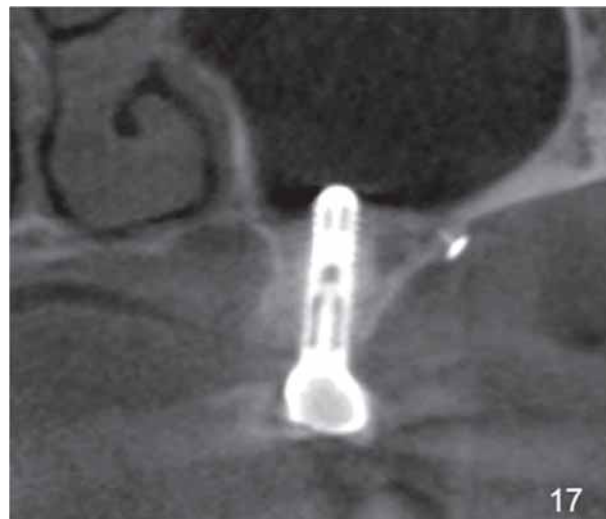
Слайд №6: Большой «порыв» слизисто-надкостничного лоскута с выходом большого количества регенеративного материала в гайморову пазуху. Что, как правило, впоследствии приводит к «экспонации» («проникновению») зубного имплантата под слизисто-надкостничный лоскут гайморовой пазухи или непосредственно в гайморову пазуху.

Слайд №5: «Прободение» регенеративного материала в гайморову пазуху.



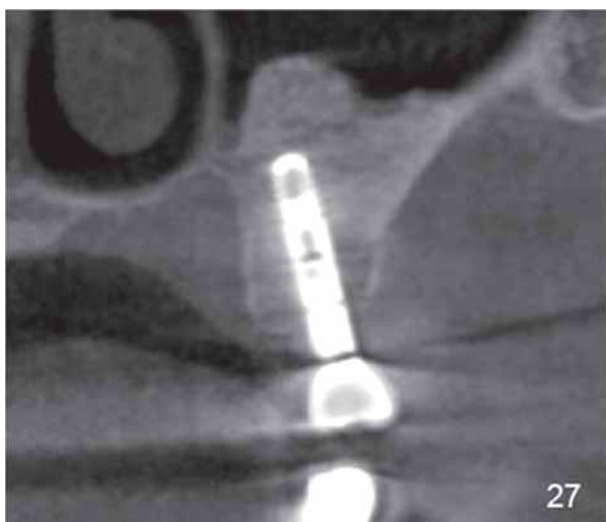
Слайд №7: Зубной имплантат под слизисто-надкостничным лоскутом гайморовой пазухи.

Так же если не планировать конкретную высоту сепарации слизисто- надкостничного лоскута гайморовой пазухи, то достаточно часто ее сепарируют чрезмерно “высоко”, что приводит к существенному риску порывов сли-



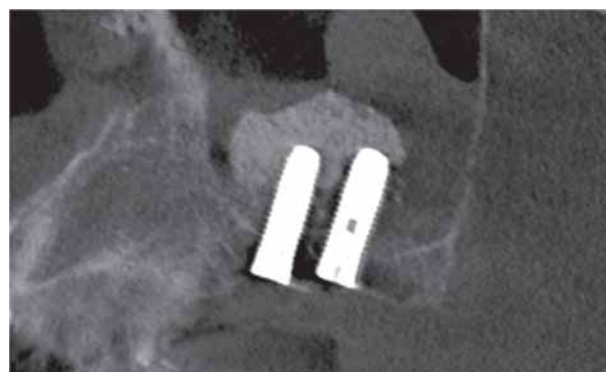
Слайд №8: Верхняя часть зубного имплантата находится в гайморовой пазухе.

зисто-надкостничного лоскута, возможному кровотечению, значительному перерасходу регенеративного материала, а так же значительно увеличивает сроки регенерации до 9-12 месяцев.



Слайд №9: Большое количество регенеративного материала вокруг имплантатов из-за чрезмерно высоко отслоенного слизисто-надкостничного лоскута гайморовой пазухи.

Особо хотелось бы остановиться на планировании формирования искусственно создаваемого «костного дефекта» по длине и ширине. От этого зависит величина и методика формирования «окна» в передней стенке гайморовой пазухи и равномерное распределение регенеративного материала в искусственно созданном «костном дефекте». «Окно» передней стенки гайморовой пазухи должно быть настолько малым, чтобы минимально «травмировать» пациента и в то же время настолько велико, чтобы равномерно и с одинаковой плотностью «заполнить» регенеративным материалом искусственно созданный «костный дефект», в том числе и вокруг зубных имплантатов и особенно с медиальной стороны переднего имплантата и дистальной стороны последнего имплантата при концевом дефекте.



Слайд № 10: Дистально не “уложен” регенеративный материал.



Слайд №11: Закрытие «окна» передней стенки гайморовой пазухи нерезорбируемой мембраной Gore-Tex с фиксацией её титановыми фиксаторами.

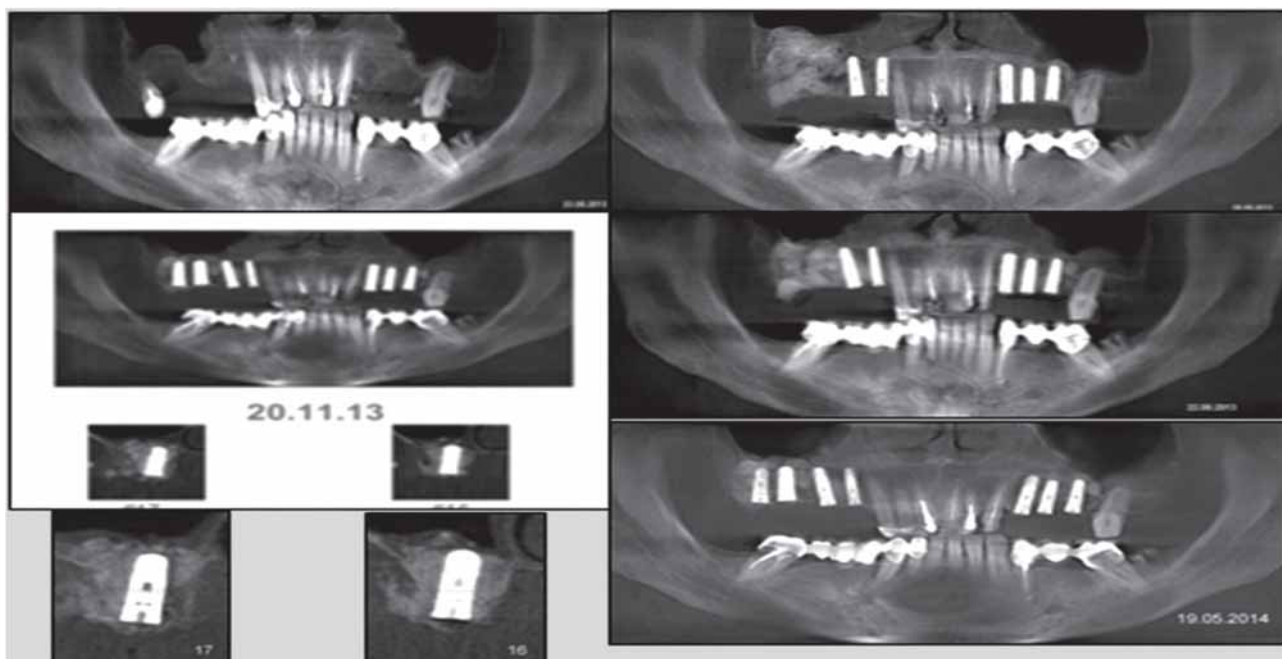
Планируя ОПДГП при очень тонком слизисто-надкостничном лоскуте гайморовой пазухи, а так же при заполнении искусственно создаваемого «костного дефекта» регенеративным материалом без установки зубных имплантатов, когда высота альвеолярной кости от гребня альвеолярного отростка до дна гаймо-

ровой пазухи составляет не более 2 мм, необходимо спланировать установку дополнительной резорбируемой (коллагеновой) мембраны (типа VegoOss – немецкой фирмы BEGO) между слизисто-надкостничным лоскутом и регенеративным материалом для равномерного распределения давления «укладываемого» регенеративного материала на слизисто-надкостничный лоскут гайморовой пазухи и профилактики его перфораций.

Закрытие «окна» передней стенки гайморовой пазухи осуществляют фиксируемыми, не фиксируемыми мембранами, а если не было мобилизации, то слизисто-над-

костничным лоскутом. Практика показывает, что если слизисто-надкостничный лоскут не мобилизуется, то нет необходимости применения не фиксируемой резорбируемой мембраны, так как надкостница откинутого слизисто-надкостничного лоскута плотно закрывает «окно». А если слизисто-надкостничный лоскут был мобилизован, то необходимо применение фиксируемых мембран типа Gore-Tex.

А также полилактидных резорбируемых мембран и резорбируемых фиксаторов SONIC WELD, которые дают прогнозируемые результаты регенерации костного дефекта гайморовой пазухи.



Слайд №12: Закрытие костного дефекта гайморовой пазухи полилактидной резорбируемой мембраной и резорбируемыми фиксаторами SONIC WELD.

Выводы

1. Для планирования ОПДГП необходимо проводить 3D компьютерную томографию, которая позволяет достаточно точно определиться с диаметром и высотой как самих зубных имплантатов, так и с объемом искусственно создаваемого «костного дефекта», а так же количеством применяемого реге-

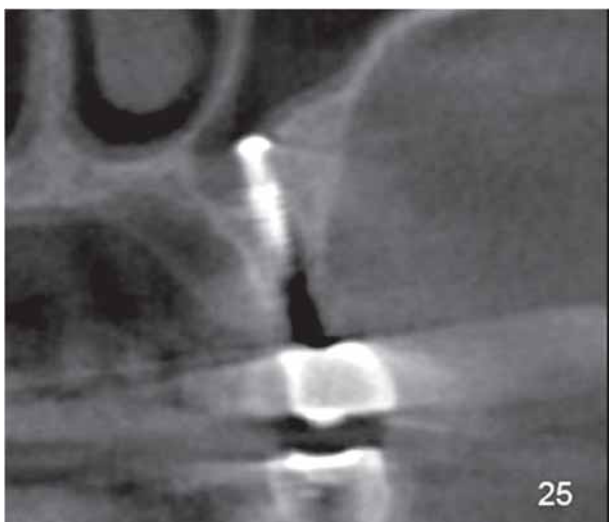
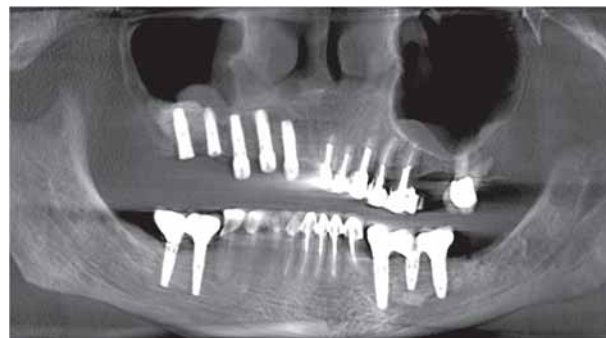
неративного материала, а изготовление специального хирургического шаблона с направляющими смоделированными в программе Simplant «безошибочно» супрагингивально сформировать «преварительные ложа» для запланированной установки зубных имплантатов.



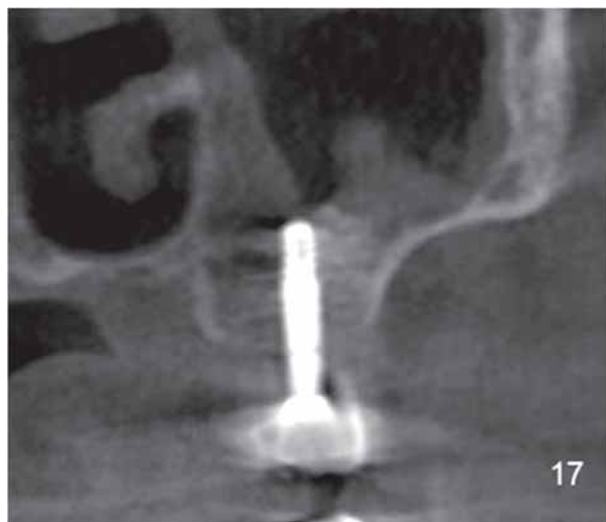
Слайд №13.

Установка имплантатов с использованием хирургических шаблонов, изготовленных с применением 3D планирования.

2. Рекомендуем искусственно создаваемый «костный дефект» формировать более прямоугольным, а не полукругом, так как при последнем часто в верхней части медиального и дистального зубных имплантатов происходит недоукладка регенеративного материала.



Слайд № 14: Недоукладка регенеративного материала над медиальным имплантатом.



Слайд № 15: Недоукладка регенеративного материала над дистальным имплантатом.

3. При очень тонком слизисто-надкостничном лоскуте гайморовой пазухи, а также при заполнении искусственно создаваемого «костного дефекта» регенеративным материалом без установки зубных имплантатов, расстояние от гребня альвеолярного отростка до дна гайморовой пазухи составляет не более 2 мм, необходимо дополнительно применять резорбируемую (коллагеновую) мембрану (типа VegoMembrane – немецкой фирмы BEGO) для равномерного распределения давления «укладываемого» регенеративного материала (рекомендуемый нами регенеративный материал VegoOss – немецкого производителя BEGO) на слизисто-надкостничный лоскут гайморовой пазухи и профилактики его перфораций.



Слайд № 16: Установка под слизисто-надкостничный лоскут резорбируемой мембраны Vego.

4. Для прогнозируемого положительного результата необходимо применять фиксируемые мембраны, включая полилактидные резорбируемые мембраны и фиксаторы SONIC WELD.



А.Н. Шарин

Главный врач клиники «Мегастом-Центр», Генеральный директор, профессор кафедры ФУВ МОНИКИ, доктор медицинских наук, лауреат ордена СтАР «За заслуги перед стоматологией» I степени, врач-стоматолог-ортопед

Н.А. Бондаренко

к. м. н., врач стоматолог-хирург (г. Краснодар), врач высшей категории

В статье рассматриваются результаты применения ортопедических конструкций с опорой на штифтовые вкладки. Приводятся данные по их изучению в отдаленные сроки после протезирования.

Ключевые слова: штифтовые конструкции, депульпированные зубы

The article presents information on the results of use of orthopaedic structures supported by shaft inserts. Data on long-term assessment of prosthetics outcomes are provided as well.

Key words: shaft structures, pulpless teeth

Прогноз и отдаленные результаты применения штифтовых конструкций с опорой на депульпированные зубы

В 1988 г. в Воронеже под руководством профессора Е.А. Брагина вышли **Методические рекомендации для студентов, клинических ординаторов, врачей-интернов и стоматологов практического здравоохранения**. В них были освещены классические и современные методы реставрации коронково-корневой части зуба с применением различных модификаций штифтовых конструкций.

Наибольшую известность получили следующие штифтовые зубы:

- 1) по Ричмонду и в модификации ММСИ со штампованным колпачком;
- 2) по Катцу – с надкорневой защиткой и полукольцом;
- 3) по Ортону – цельнолитой, с опорной вкладкой;
- 4) по Ильиной-Маркосян – с опорной частью в виде литой вкладки кубической формы;
- 5) по Цитрину – с опорной частью в виде литой вкладки, состоящей из двух встречных треугольников, соединенных вершинами;
- 6) по Копейкину – надкорневая культевая вкладка со штифтом, которую можно покрывать коронкой любого вида;
- 7) по Шаргородскому – с кольцом из нержавеющей стали и пластмассовой или фарфоровой облицовкой;
- 8) по Девису (фарфоровая коронка и штифт);
- 9) по Логану – фарфоровый зуб со штифтом (монолитный);
- 10) по Дювелю – диаторический фарфоровый зуб, в котором укрепляется штифт со специальной шайбой;

11) по Ахмедову – металлическая коронка со штифтом, облицованная пластмассой;

12) по Паршину – металлическое кольцо, штифт и пришлифованный стандартный зуб из пластмассы;

13) по Ширакой – стандартный пластмассовый зуб и штифт;

14) пластмассовый штифтовый зуб – стандартный штифт с пластмассовой коронковой частью;

15) стандартные штифтовые конструкции Бонвиля, Форстера, Стиля;

16) штифтовые зубы с вкладкой по Штейнбергу-Константинову.

Отдавая дань уважения всем авторам, занимавшимся разработкой штифтовых конструкций, нам представляется, что мы выскажем общее мнение, что из всех перечисленных конструкций в современной стоматологии осталась в использовании только надкорневая культевая штифтовая вкладка по Копейкину, которую можно покрывать коронкой любого вида. Металлические анкерные штифты, наполнившие стоматологический рынок в 90-х годах прошлого столетия, не выдержали испытания временем и сейчас применяются врачами-стоматологами значительно реже.

С введением в современную стоматологическую практику безметалловой прессованной керамики и цельнокерамических протезов на оксиде циркона на смену анкерным штифтам приходят стекловолоконные конструкции, которые начинают применяться с осторожностью, особенно теми докторами, у которых за плеча-

ми был негативный опыт использования анкерных штифтов.

Проанализировав большое количество литературы, посвященной штифтовым конструкциям, мы не нашли исследований, касающихся отдаленных результатов применения различных штифтовых конструкций через 10 и более лет. В связи с этим задачами данного исследования явилось изучение:

1. Распространенности штифтовых конструкций и культовых вкладок.
2. Проблем зубов, имеющих штифтовые конструкции в отдаленные сроки и способы их решения.
3. Показаний к изготовлению штифтовых конструкций
4. Показаний к удалению депульпированных зубов и установке имплантатов.

Для изучения распространенности штифтовых конструкций были отобраны истории болезни 20 первичных пациентов, обратившихся в клинику «Мегастом» в 1995–2000 гг., 20 первичных пациентов, обратившихся в клинику «Мегастом» в 2006–2011 гг. и 20 пациентов после прохождения лечения в клинику «Мегастом» 2006–2011 гг. На основании анализа ОПТГ и КТ у этих пациентов определялось:

1. Количество депульпированных зубов.
2. Количество зубов, укрепленных анкерами.
3. Количество зубов, укрепленных культевыми вкладками.
4. Количество зубов, укрепленных стекловолоконными штифтами.
5. Количество депульпированных зубов, не укрепленных никакими штифтовыми конструкциями.

Результаты исследования представлены в табл. 1 и 2.

При сравнении распространенности различных штифтовых конструкций было выявлено увеличение изготовления культовых вкладок в последние годы (42%) по сравнению с периодом 90-х годов (25%). Несколько снизилось изготовление анкерных штифтов 35% и 44%. И увели-

Таблица 1.

	1995–2000	2006–2011	Мегастом 2006–2011 после леч.
Зубы, укрепл. анкерами	64	44	0
Зубы, укрепл. культевыми вкладками	37	53	68
Зубы, укрепл. стекловол. штифтами	0	8	13
Депульп. зубы без штиф. констр.	45	19	5
Общее кол. депульп. зуб.	146	124	86

Таблица 2.

	1995–2000	2006–2011	Мегастом 2006–2011 после леч.
Зубы, укрепл. анкерами	44%	35%	0%
Зубы, укрепл. культевыми вкладками	25%	42%	79%
Зубы, укрепл. Стекловол. штифтами	0%	7%	15%
Депульп. Зубы без штиф. констр	31%	15%	6%
Общее кол. депульп. зуб.	146	124	86

чилось изготовление стекловолоконных конструкций.

В процессе исследования мы обратили внимание, что при изготовлении штифтовых конструкций не выдерживался основной принцип: внутрикорневая часть штифтовой конструкции должна быть длиннее коронковой части (рис. 1).

У 30 первичных пациентов, обратившихся в клинику «Мегастом» в период с 2000 г. по 2010 г. мы обследовали 86 культовых вкладок, из которых 54 культовых вкладки имели штифт короче длины коронковой ча-

сти зуба. 79% обследованных культовых вкладок были изготовлены с нарушением правил.

В клинике Мегастом-Центр были обследованы 148 культовых вкладок, изготовленных врачами клиники, из которых 52 имели длину штифта меньше длины коронковой части. 35% изготовленных культовых вкладок были изготовлены с нарушением технологии. Мы проанализировали эти данные и пришли к выводу, что в некоторых случаях, когда произошла атрофия кости вокруг зубов, равная 20–25%, невоз-

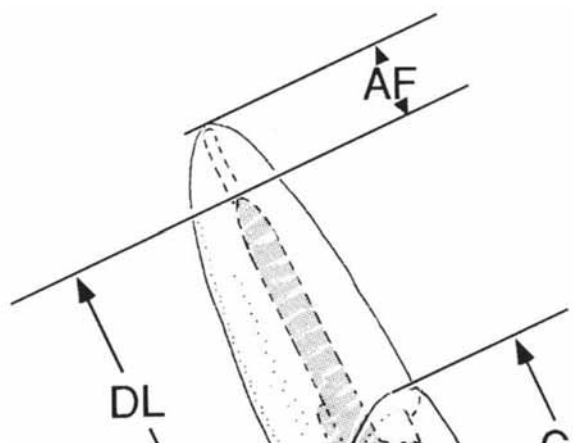


Рис. 1. Расстояние DL должно быть длиннее расстояния CL

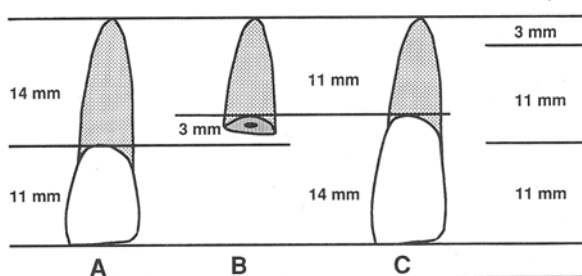


Рис. 2. При атрофии костной ткани в области зубов В и С невозможно изготовить культовую вкладку со штифтом, длиннее чем коронковая часть зуба

можно, в принципе, изготовить штифт длиннее коронковой части (рис. 2).

Мы обследовали 386 депульпированных зубов, на которые изготавливали коронки, вкладки, штифтовые конструкции до 2001 г.

К 2011 г. выжили 218 зубов. 168 зубов были удалены. Таким образом, 43% зубов, укрепленных различными штифтовыми конструкциями, были удалены в течение 10-14 лет после протезирования. Основными осложне-

ниями при изготовлении штифтовых конструкций были:

1. Отлом коронковой части зуба (рис. 3, рис. 4).
2. Расцементировка штифтовой конструкции (рис. 5).
3. Трещина коронки и корня зуба (рис. 6, рис. 7, рис. 8).
4. Перфорация стенки корня зуба (рис. 9, рис. 10).
5. Декальцинация твердых тканей зуба вокруг штифтовой конструкции (рис. 11).
6. Обострение хронической инфекции в периапикальных тканях зуба (рис. 12).



Рис. 3. Отлом коронковой части зуба вместе с анкерным штифтом



Рис. 7. Продольная трещина коронковой части зуба и корня



Рис. 4. Остаток анкерного штифта в канале



Рис. 8. Продольный раскол корня депульпированного зуба 14

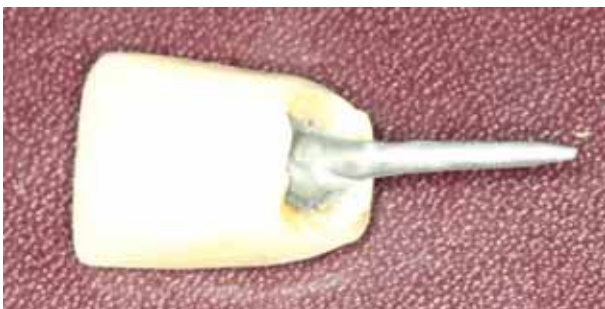


Рис. 5. Расцементировка штифтовой вкладки с коронкой



Рис. 6. Трещина корня 12



Рис. 9. Перфорация медиально-щечного корня 46

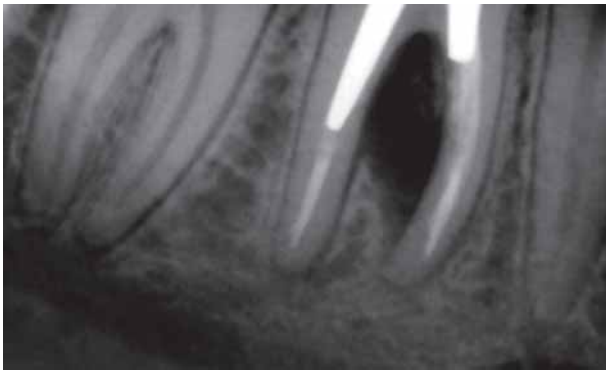


Рис. 10. Резорбция костной ткани через 2 года после перфорации медиально-щечного корня 46



Рис. 11. Декальцинация твердых тканей зуба под вкладкой, результатом чего явилась неоднократная расцементировка культевой вкладки со штифтом



Рис. 12. Хронический гранулирующий периодонтит у верхушки корня 33 зуба



Рис. 13. ОПТГ перед началом протезирования, 1997 г.

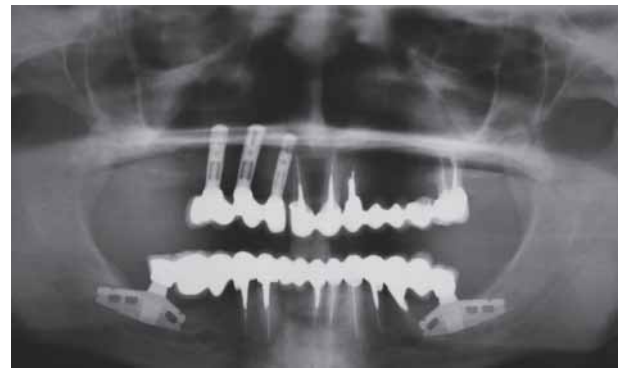


Рис. 14. ОПТГ после окончания протезирования, 1998 г.

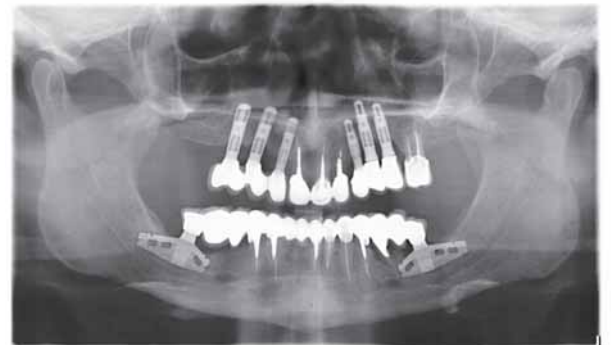


Рис. 15. ОПТГ 2002 г. – трещина корня 35 зуба

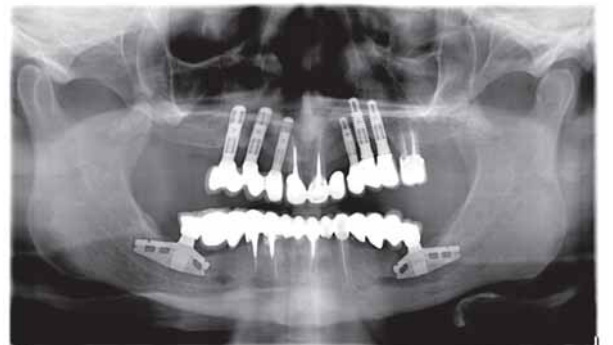


Рис. 16. Постепенно к 2004 г. были удалены корни 32, 34, 35. Удаление было проведено без снятия мостовидного металлокерамического протеза на нижней челюсти



Рис. 17. ОПТГ 2009 г. Удаление последних зубов на нижней челюсти и установка имплантатов

Большинство осложнений депульпированных зубов со штифтовыми конструкциями связано с дегидратацией зуба после депульпирования, уменьшением упругости твердых тканей и появлением повышенной хрупкости зуба. Кроме того, изготовление штифтовых конструкций с внутрикорневой частью, которая короче коронковой ча-

сти зуба так же увеличивает процент осложнений депульпированных зубов.

Для сравнения мы провели исследование выживаемости витальных зубов, покрытых различными видами протезов. Было обследовано 346 витальных зубов, покрытых коронками, винирами, полукоронками и вкладками онлэй до 2000 г. В последующие годы 4 (1,1%) зуба были удалены, в результате развившегося пародонтита по показаниям рационального протезирования и имплантации и 6 (1,7%) зубов были депульпированы, в результате некроза пульпы. За 11 лет из 346 витальных зубов было удалено 10 зубов (2,8%). Напомним, что депульпированных зубов через 10–14 лет после протезирования было удалено 168 зубов (43%).

Приводим пример нашей пациентки, которую наблюдаем в клинике «Мегастом» в течение 14 лет (рис. 13).

Литература

1. Аванесов Р.В. Клиническая эффективность штифтовых конструкций из композитного материала на основе стекловолоконных штифтов, фиксированных на композитный цемент Rely X ARC через 18 мес. составляла 96%, а фиксированных на Luxa-Core Dual 100%. – 2009.
2. Адилханян В.А., Чуев В.В. Анализ причин выбора метода восстановления зубов после эндодонтического лечения//Актуальные проблемы современной науки: Труды IV Международной конференции молодых ученых. – Самара, 2003. – Часть 25. – С. 9–10.
3. Антонова Л.П., Винтовкина Т.Г., Абугалиева Л.Р. Опыт реставрации зубов штифтовыми вкладками//Проблемы стоматологии. – 2002. – Т.17, №3. – С. 95–96.
4. Арутюнов С.Д., Чумаченко Е.Н., Лебедеко И.Ю. и соавт. Сравнительный анализ результатов математического моделирования напряженно-деформированного состояния различных конструкций штифтовых зубных протезов//Стоматология. – 2001. – №2. – С.41–46.
5. Бауман М. Пломбирование системы корневого канала//Клиническая стоматология. – 1998. – №4. – С. 18–21.
6. Бенаму Л.М., Сюльтан П., Эльт Р. Корневые штифты: аргументированный выбор//Клиническая стоматология. – 1998. – №3. – С. 14–20.
7. Боровский Е.В., Попова И.И. Внутриканальные штифты при подготовке зубов к реставрации коронковой части//Клиническая стоматология. – 2000. – №2. – С. 32–35.
8. Булыгин А.Д. Применение штифтовых вкладок и

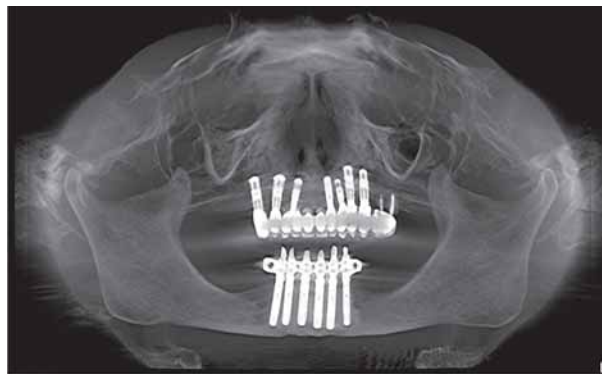


Рис. 18. ОПТГ 2011 г. Удаление 11, 21 на верхней челюсти и изготовление нового мостовидного металлокерамического протеза с опорой на имплантаты. За 14 лет пациентке постепенно было удалено 10 депульпированных зубов, с культевыми вкладками



Рис. 19. Фото готовых протезов. 2011 г.

- культевых коронок для восстановления формы и функции зубов//Воен. мед. журнал. – 1986. – №8. – С. 51–53.
9. Герасимчук П.Г. Обоснование и разработка способа восстановления культи разрушенной коронки зуба с помощью стандартных штифтовых конструкций: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Львов, 1987.
10. Герасимчук П.Г. Результаты протезирования стандартными штифтовыми конструкциями//Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедии: Сб. тезисов VIII Всесоюзного съезда стоматологов. – Волгоград, 1987. – С. 134–135.
11. Дмитриевич Д.А. Эффективность клинического применения отечественных и зарубежных стекловолоконных штифтов при реставрации зубов: Дисс. канд. мед. наук. – М., 2007.
12. Жохова Н.С. Сравнительная оценка пломбирования каналов с использованием различных видов штифтов: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1997.
13. Каламкаров Х.А., Смирнов А.С., Глазов О.Д., Кирьянов Ю.В. и соавт. Современные методы протезирования при полном разрушении коронок зубов //Стоматология. – 1977. – №3. – С. 39–42.
14. Реставрация и реконструкция коронковой части зуба с использованием эластичных штифтов.



Мы позаботились
о вашей спине.

Не говоря уже обо всем остальном.

Возможность работать комфортно трудно переоценить. Наши новые стулья созданы для комфортной работы. Стулья A-dec 500 оснащены уникальной системой динамической поддержки с функциональными зонами, которые подстраиваются под форму тела. Благодаря эргономичным стульям A-dec вы сможете сконцентрироваться на том, что наиболее важно – на ваших пациентах.

Система динамической поддержки





П.С. Юдин

Действительный член Академии дентальной имплантации; научный руководитель консультативно-диагностического центра «ЗД-диагностика на Новослободской» (г. Москва); основатель и Генеральный директор стоматологической клиники «Карат» (г. Новокузнецк); д. м. н.; профессор



Ф.Ф. Лосев

Заслуженный деятель науки РФ, Лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, Главный стоматолог Главного Медицинского Управления Управления Делами Президента РФ; Заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ФУВ МОНИКИ, Генеральный директор ООО «Немецкий Зуботехнический центр КАД/КАМ», д. м. н., профессор



А.Н. Шарин

Главный врач клиники «Мегастом-Центр», Генеральный директор, профессор кафедры ФУВ МОНИКИ, д.м.н., лауреат ордена СтАР «За заслуги перед стоматологией» I степени, врач-стоматолог-ортопед

Немедленная имплантация с непосредственной нагрузкой на нижней челюсти с использованием хирургического шаблона и временной реставрации

Представляемая компанией «ЗД-Диагностика» на российском стоматологическом рынке программа Simplant, разработанная компанией Materialise Dental, Leven, Belgium около 20 лет назад, занимает большую часть быстро растущего мирового рынка в указанной области. Относительно беспроблемное развитие дентальной имплантологии в течение многих лет и довольно долго существующий благополучный период, подтвержденный значительными успехами в этом направлении, заканчивается и наступает время качественно другого подхода к дентальной имплантации, имплантации, выполняемой с помощью компьютера. Немедленная нагрузка имплантатов и реставрация, выполняемая одновременно во время операции, является полезной и необходимой опцией этого современного подхода. Изложенный в настоящей статье клинический

случай стал возможным благодаря сотрудничеству стоматологической клиники «Карат», компании «ЗД-Диагностика» и CAD/CAM центра «Мегастом», которым удалось в короткие сроки выстроить логистические схемы, успешно передавать, обрабатывать, хранить большие объемы цифровой информации и производить хирургические шаблоны и временные протезы по технологии Materialise для быстрой и эффективной реабилитации стоматологических пациентов с отсутствием зубов.

Ключевые слова: управляемая дентальная имплантация, безлоскутный метод, рентгенологический и хирургический шаблоны, 3D принтер, непосредственная зубная имплантация, CAD/CAM технологии, немедленная нагрузка, Surgery Guide, Immediate Smile Bridge.

Установка имплантатов, управляемая компьютером, более точна, нежели ручная установка и достаточное число исследований, проведенных в мире, это убедительно показывают (1, 2, 5, 7). При этом возможная установка имплантатов без обнажения кости (flap-less) уменьшает риск возникновения послеоперационного отека, боли, инфекции, других осложнений и создает больший комфорт для пациентов. Эффективность планирования имплантации и технологически простое лечение достигается за счет применения специальных инструментов для сверления и установки имплантатов в точно запланированное положение. Кроме того, имплантаты могут быть немедленно установлены вместо только что



М.К. Поляков

врач-стоматолог-ортопед, заведующий ортопедическим отделением стоматологической клиники «Карат» (г. Новокузнецк)



Рис. 1. У пациента частично беззубая верхняя челюсть с сохранившимися 13 и 23 зубами с изготовленным для диагностического 3D исследования съёмным протезом и частично беззубая нижняя челюсть с 5 оставшимися зубами (31, 32, 41, 42, 43), из которых три (31, 32 и 42) необходимо удалять

удаленных зубов с большей долей уверенности в успехе. Van Steenberghe D, Glauser R, Blomback U. и др. в 2005 году (8) предложили новую методику под названием «Teeth-in-One-Hour» (Зубы за один час). Этот протокол, основанный на компьютерном 3D-планировании, позволяет устанавливать имплантаты с помощью хирургического шаблона с опорой на слизистую оболочку (безлоскутная технология) и делает возможным использование несъемных протезов по технологии Immediate Smile Bridge, замещая от 3 до 14 отсутствующих зубов подряд немедленно после хирургического вмешательства. Точность изготовления временного несъемного протеза, предложенного компанией Materialise Dental (Leven, Belgium), находит в последнее время применение в практике врачей стоматологов Европы и США «Immediate Smile Bridge» – название уникальной процедуры, посредством которой протез изготавливается на основании компьютерных данных по технологии CAD/CAM до операции установки имплантата, без традиционного оттиска (4, 6). Имплантаты и протез устанавливаются одновременно во время одного единственного приема у врача без боли и, во многих случаях, без поднятия лоскута. Наконец можно предвидеть и точно рассчитать стоимость лечения на основании протетически направленного плана и согласованного с пациентом лечения. Программа Siplant представляет логически обусловленный понятный и доступный любому врачу метод переноса данных виртуального предоперационного планирования в полость рта пациента, что гарантирует предсказуемый хирургический и, как следствие, протетический результат лечения (3).

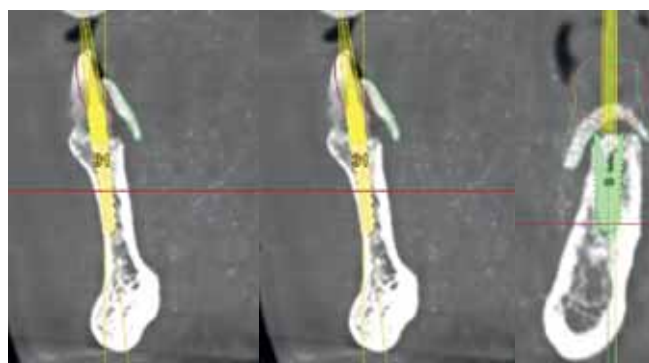
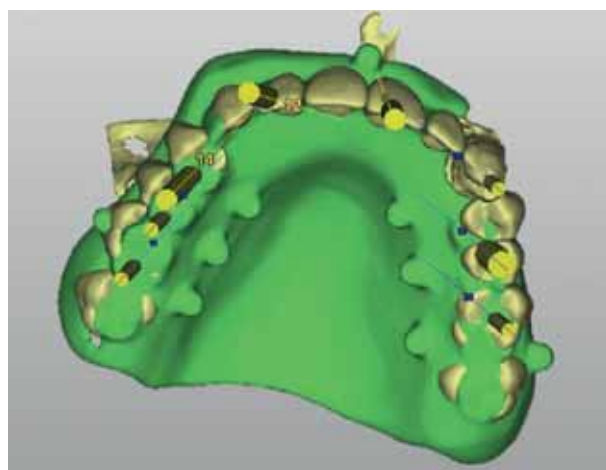
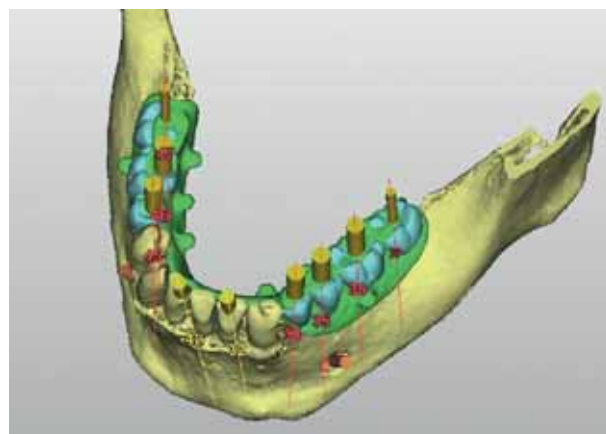


Рис. 2. а, б. Планирование имплантологического лечения проводится одновременно на обеих челюстях. г, д. Тщательное изучение состояния кости на различных срезах позволяет рационально позиционировать выбранные имплантаты

Сегодня используются 3 вида хирургических шаблонов: – хирургический шаблон с опорой на кость, – хирургический шаблон с опорой на слизистую оболочку и хирургический шаблон с опорой на зубы и слизистую: этот шаблон размещают непосредственно на зубах, имеющихся в зубной дуге во время операции. Он предназначен для частично беззубых пациентов, с одним зубом или несколькими, ког-

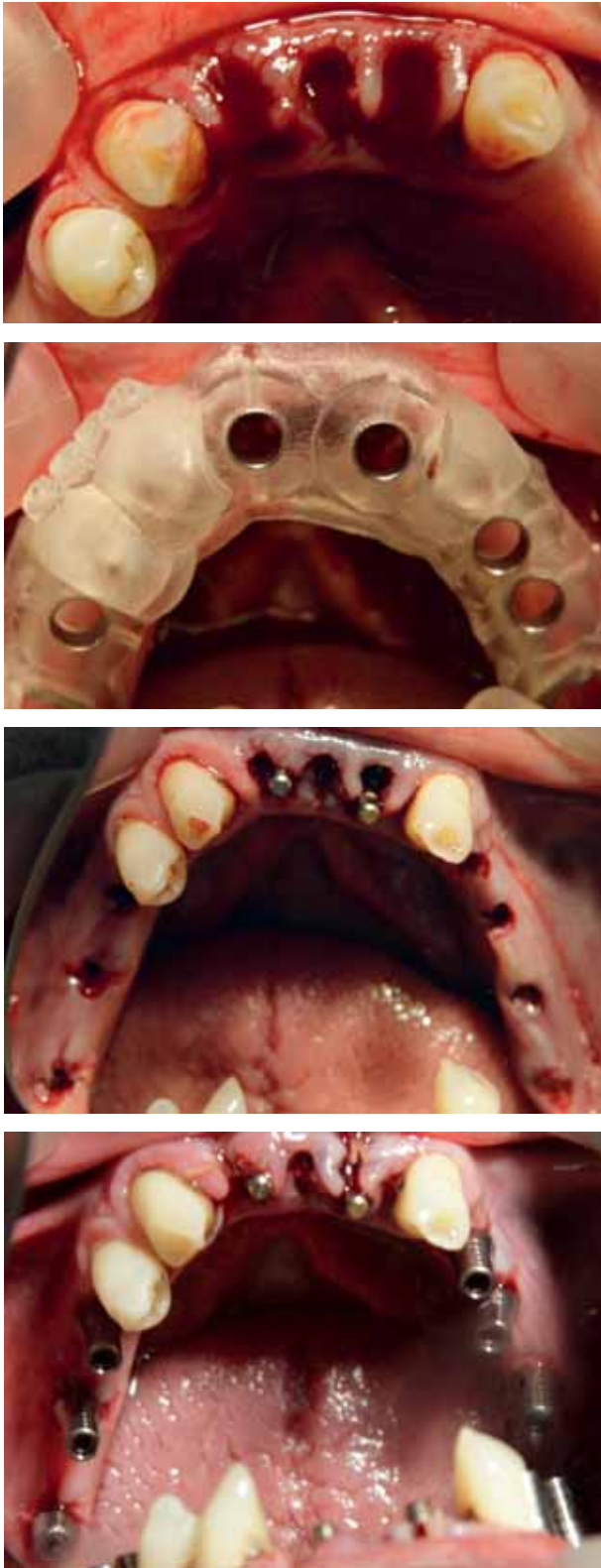


Рис. 3. а) Удаленные зубы были извлечены тщательно, без повреждения альвеол, б) установлен назубный хирургический шаблон-направитель, в) подготовлено ложе для имплантатов, сверление проводилось без откидывания слизисто-надкостничного лоскута (flapless), г) установлены имплантаты и абатменты

да безлоскутная или иная технология нежелательна. Именно такой шаблон использован в описываемом в настоящей статье случае. 64-летний мужчина обратился по поводу полной реабилитации (протезирования зубов) верхней и нижней челюстей. На верхней челюсти кератинизированная воспалённая слизистая над всем протезным ложем (рис. 1).



Рис. 4. а, б, в. Временные протезы установлены сразу после завершения хирургического этапа имплантации

После того, как пациенту разъяснили различные варианты лечения, был выбран вариант с удалением 31, 32 и 42 зубов, установкой имплантатов SPI и ARRP компании Alfa Bio с немедленной нагрузкой и одновременным использованием временного протеза. Было принято решение в первую очередь реабилитировать нижнюю челюсть. На втором этапе, после удаления оставшихся зубов верхней челюсти и использования подобного протокола, верхняя челюсть будет реабилитирована примерно также. В ходе консультации с пациентом принято решение об одновременном удалении нижних фронтальных зубов, применением техники управляемой имплантации с помощью хирургических шаблонов (Surgery Guide) и концепцией немедленной реставрации (Immediate Smile Bridge). Был согласован и принят следующий план:

- 3D диагностика в клинике: двойное сканирование пациента с рентгенологическим шаблоном;
- импортирование Dicom файлов в специализированный центр «3 Д Диагностика», обработка и просмотр изображений в программе SimPlant;
- виртуальное планирование имплантологического лече-

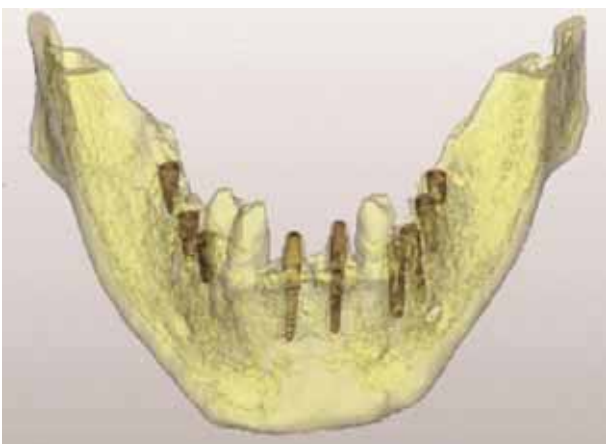


Рис. 5. а, б. Лечение закончено, осуществлена немедленная имплантация и непосредственная нагрузка на установленные имплантаты. б) Рентгенологический контроль: переформатированный из трехмерного изображения 2D вид и в) виртуальная 3D модель нижней челюсти после имплантации (контроль)

ния в программе SimPlant в центре и согласование с лечащим врачом;

- изготовление и отправка из центра планирования в клинику хирургического шаблона и временной несъемной реставрации;
- операция дентальной имплантации в клинике с удалением зубов, использованием хирургического шаблона и установкой временной несъемной реставрации.

Радиологический (рентгенологический) шаблон – это ключ к управляемой дентальной имплантации, так как позволяет передать predetermined протетический план в компьютерный (виртуальный) план и, впоследствии, в соответствии с последним, установить имплантаты в максимально выгодное положение. Рентгенологический шаблон по сути точная копия протетического плана, позволившая врачам: ортопеду и хирургу предметно обсуждать планирование и исход имплантации с желаемым протетическим результатом. Таким образом, в описываемой ситуации осуществлено планирование «от конечного результата».

Качество кости очень важно для избранной технологии Immediate Smile Bridge. Точные данные компьютерной томографии (КТ) и интерактивные программные средства позволили планирующему врачу определить «зону имплантации», исходя из которой определены идеальные параметры имплантатов, т.е. длина и ширина. КТ и программное обеспечение в комбинации помогли в определении типа имплантата необходимого для конкретной ситуации. Неразборные узкие имплантаты ARRP для одноэтапной имплантации и разборные стандартного диаметра имплантаты SPI компании Alfa Bio были признаны подходящими для решения конкретных проблем пациента. На этом этапе решение принималось коллегиально, чтобы определить, какое мероприятие проводить, в какой последовательности, одновременно с установкой имплантатов или нет. Планирование количества и типа имплантатов основывалось на протетическом планировании (рис. 2 а, б).

Следующим шагом было разъяснение пациенту понятными для него способами плана лечения. В рамках презентации планирование лечения, возможные осложнения, его продолжительность и, что немаловажно, его стоимость были рассмотрены в деталях. Это обсуждение является краеугольным камнем любого информированного согласия. Без достижения окончательного соглашения и оформления соответствующей медицинской и финансовой документации лечение в клинике не осуществляется.

Заключительный этап заключался в процессе одновременных хирургических и восстановительных мероприятий со строгим соблюдением принятого плана лечения. В случае, представленном здесь, удаленные зубы были извлечены тщательно, без повреждения альвеол. При установке имплантатов сверление проводилось последовательно: специальными сверлами от 2 мм до 2,8 мм и 3,2 мм с использованием хирургического шаблона. При досверливании на больший диаметр соблюдали рекомендованный компанией производителем

лем имплантационной системы протокол. Отметим, что сверление проводилось без откидывания слизистой-надкостничного лоскута (flap-less) (рис. 3).

По завершении хирургического этапа имплантации немедленно были установлены на боковые зубы нижней челюсти изготовленные заранее по технологии CAD/CAM временные протезы из акрила. Временный протез на фронтальные зубы нижней челюсти был изготовлен в лаборатории (рис. 4). Пациент остался доволен результатом лечения: последующие наблюдения и рентгенологическое исследование через 6 месяцев это подтверждают (рис. 5 а, б, в).

В другом клиническом случае 3Д планирование и использование CAD /CAM технологий предоставило врачу уникальную возможность в сложной ситуации, когда традиционными методами невозможно было решить вопрос протезирования с опорой на имплантаты, добиться хорошего результата.

Пациент В., 34 года, с 13 лет пользуется бюгельными протезами на верхней и нижней челюсти. При планировании и обсуждении с пациентом выяснено, что костная пластика с наращиванием альвеолярного отростка по вертикали, невозможна, так как пациент не сможет остаться без бюгельного протеза или других временных съемных конструкций (рис. 6). Поэтому принято решение об установке имплантатов рядом с нижним альвеолярным нервом и ранней нагрузкой на имплантаты системы Semados S (BEGO, Германия).

В этой сложной клинической ситуации только использование предхирургического планирования в программе SimPlant и применение хирургического шаблона с опорой на зубы дало возможность установить и дать раннюю нагрузку на имплантаты (рис. 6-8). Через 3 месяца было проведено окончательное протезирование с опорой на имплантаты с трансокклюзионной фиксацией в жевательных отделах и металлокерамическими мостовидными протезами на основе оксида циркона (система Pretau, Ivoclar, Германия) с цементной фиксацией в переднем отделе. На 33, 32 были изготовлены виниры. 43 зуб отбелили (рис. 9). В другой клинической ситуации при применении наддесневых шаблонов использованы дополнительные отверстия для их фиксации к альвеолярному отростку. Это позволило добиться устойчивого наложения шаблона на десну и провести точную установку имплантатов (рис. 10).

Точные КТ данные и интерактивные программные средства позволили врачам в разных клинических ситуациях определить «зону имплантации», исходя из которой определены идеальные параметры имплантатов, т.е. длина и ширина. КТ и программное обеспечение в комбинации с другими современными технологиями помогли врачу в определении того, какой тип имплантата: цилиндрический или конический лучше всего подходил для конкретной ситуации. Немаловажно на этом этапе, что принималось решение вместе с коллегами, чтобы опре-



Рис. 6. На ОПТГ на нижней челюсти в жевательных отделах определяется значительная атрофия по вертикали, нижнечелюстной канал расположен вблизи гребня альвеолярного отростка

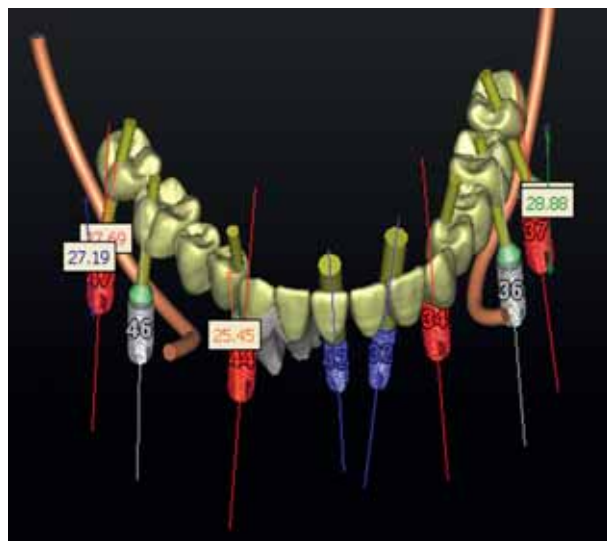


Рис. 7 а. Имплантаты системы Semados S (BEGO) достаточного для осуществления ранней нагрузки диаметра установлены виртуально в программе SimPlant на расстоянии 1 мм от проекции нижнего альвеолярного нерва (выделена коричневым цветом)



Рис. 7. б, в. В области 36,37,46,47 установлены имплантаты диаметром 4,5 мм, в области 34,44,41,32 диаметром 3,75 мм. Желтым выделена проекция нижнего альвеолярного нерва





Рис. 8. а) В соответствии с планированием был изготовлен хирургический шаблон с опорой на оставшиеся зубы, б) с помощью этого же шаблона на диагностической модели были просверлены соответствующего диаметра отверстия, в) установлены аналоги имплантатов, г) в них введены временные абатменты, д) по технологии CAD/CAM изготовлены и адаптированы к модели временные коронки из акрила

делить, какое мероприятие проводить, в какой последовательности, одновременно с установкой имплантатов или нет. Но планирование количества и типа имплантатов во всех случаях основывалось на протетическом планировании, то есть «от конечного результата».

Предсказуемость методов управляемой дентальной имплантации, доступных сегодня для любого специалиста независимо от его опыта и квалификации, позволяет надеяться, что состояние кости челюстей вскоре не будет абсолютным определяющим фактором в имплантации. В рамках презентации планирование лечения, возможные осложнения, продолжительность лечения, и, что немаловажно, его стоимость должны быть рассмотрены в деталях. Это обсуждение, в котором могут принять участие родственники или доверенные лица пациента, является краеугольным камнем любого информированного согласия. Без достижения окончательного соглашения и оформления соответствующей медицинской и финансовой документации лечение мы не осуществляем.

Немедленная нагрузка имплантатов является хорошей альтернативой лечению. Достаточно данных доказывают долгосрочный успех этих типов реставраций. Этот вид лечения особенно полезен при реставрации зубов в эстетической зоне, что и продемонстрировано в настоящей работе. Преимущество в уменьшении периода заживления, сводящего к минимуму резорбцию альвеолярной кости, и уменьшение количества хирургических процедур, а также предсказуемость методов управляемой дентальной имплантации, доступных сегодня для любого специалиста независимо от его опыта и квалификации, позволяет надеяться на то, что этот метод станет более востребованным.

Выводы

1. Успех всей стоматологической реабилитации определяется конечным результатом, поэтому во время установки дентальных имплантатов хирург должен следовать заранее согласованному протетическому плану. Предоперативно определяются особенности, ограничения имплантологического лечения и предполагаемые затраты.
2. Дооперационное, а не интраоперационное ситуационное планирование, составляет сущность управляемой дентальной имплантации; использование во время операции хирургического шаблона – направителя существенно уменьшает риски хирургического этапа имплантации.
3. Врач-ортопед принимает роль лидера в междисциплинарном сотрудничестве, устанавливая исполнительные стандарты для всех коллег, участвующих в процессе лечения и контроля за пациентом для достижения лучшего результата.
4. Дентальная имплантация больше не должна полагаться на традиционную «ментальную навигацию», а на точный запланированный предхирургически и управляемый компьютером процесс.

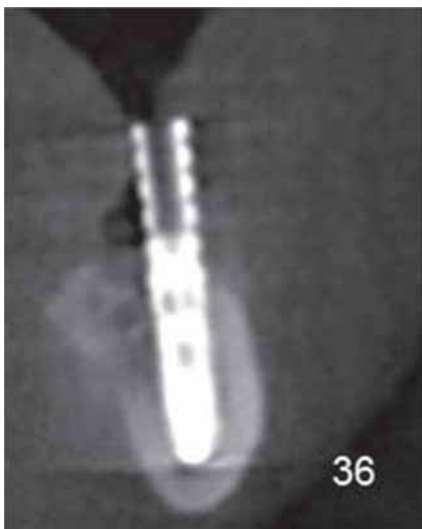
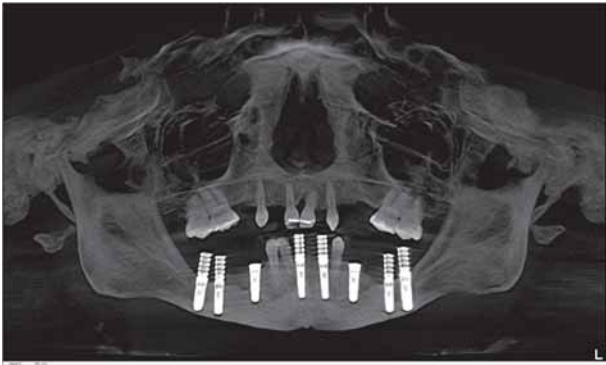


Рис. 9 а, б, в, г. Рентгенологический контроль установки имплантатов на ОПТГ и в боковой проекции, хорошо различим нижнечелюстной канал (отмечен стрелкой)



Рис. 10. а) после установки имплантатов были вкручены временные абатменты и нанесена самоотвердеющая пластмасса б) после отверждения пластмассы коронки вместе с абатментами извлекли из полости рта, в) временные коронки соединены в полости рта с абатментами самоотвердеющей пластмассой, г) после полного отверждения пластмассы коронки вместе с абатментами извлекли из полости рта, добавили пластмассу в поднутрения, на этом этапе, добавляя пластмассу по шейке, можно расширить или заузить шейку коронок для формирования десны, д) на 33, 32 были изготовлены виниры, 43 зуб отбелили



Рис. 11. а) наддесневой хирургический шаблон, б) шаблон прикручен в полости рта специальными пинами, в) сверление через шаблон и рукоятку, компенсирующей диаметры, г) имплантаты установлены без откидывания лоскута (flapless), д) окончательный вид

Литература

1. Олесова В.Н., Гарафутдинов Д.М., Кабанов А.Ю., Дмитренко Л.Н., Мушеев И.У., Данко Л.А. Компьютеризированное планирование дентальной имплантации // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2004. – №2(6). – С. 54-57
2. Юдин П.С., Юдин Л.П. Предоперационное планирование дентальной имплантации с помощью специализированного программного обеспечения SimPlant. Российский вестник дентальной имплантации. – 2012. – 1(25). – С. 9–19.
3. Misch K.A., Yi E.S., Sarmant D.P. Accuracy of cone beam computed tomography for periodontal defect measurements. J Periodontol. 2006; 77: 1261–6.
4. Van Assche N, van Steenberghe D, Guerrero ME, Hirsch E, Schutyser F, Quirynen M, Jacobs R. Accuracy of implant placement based on pre-surgical planning of three-dimensional cone-beam images: a pilot study. J Clin Periodontol. 2007 Sep; 34 (9): 816-821.
5. Eggers G., Patellis E., Muehling J. Accuracy of template-based dental implant placement Int. J. Oral Maxillofac. Implants 2009; 24:447-45410.
6. Ganz SD Computer-aided design/computer-aided manufacturing applications using CT and cone beam CT scanning technology. Dent. Clin. North Am. 2008 Oct;52(4):777-808
7. Tardieu PB., Rosenfeld AL. The art of computer-guided implantology. Quintessence Publishing, 2009, 221 с.
8. Van Steenberghe D., Glauser R., Blomback U., Andersson M., Schutyser F., Pettersson A., Wendelhag I. A computed tomographic scan-derived customized surgical template and fixed prosthesis for flapless surgery and immediate loading of implants in fully edentulous maxillae: a prospective multicenter study. Clin Implant Dent Relat Res. 2005;7 Suppl 1: S111-20.

Фармакоэкономическое обоснование применения препарата полигемостат в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

В.А. Путь

д.м.н., профессор кафедры пластической хирургии Института профессионального образования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

И.В. Решетов

д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой пластической хирургии Института профессионального образования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, директор научно-клинического и образовательного центра пластической хирургии Первого медицинского государственного университета им. И.М. Сеченова

В.В. Садовский

Директор НИИАМС, Президент Стоматологической Ассоциации России

М.Е. Гапонов

сотрудник кафедры пластической хирургии Института профессионального образования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Е.А. Ильичёв

сотрудник кафедры пластической хирургии Института профессионального образования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Кафедра пластической хирургии Института профессионального образования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва, Стоматологическая Ассоциация России

Введение

Заживление тканей в полости рта при проведении широкого спектра хирургических вмешательств характеризуется различными особенностями и широтой клинических проявлений, особенно при возникновении осложнений. Проблемы в первую очередь возникают на этапах проведения различных регенеративных методик, операций направленной тканевой регенерации, а также при отсутствии достаточного количества мягких тканей и в условиях дискредитированной кости. Потеря и убыль как кости, так и мягких тканей в первую очередь обусловлена как травматическим или некачественным удалением зубов, так и последующими осложнениями при данном вмешательстве [1]. Следствием длительного ношения мостовидных протезов с опорой на депульпированные зубы, особенно с некачественно запломбированными каналами, является зона дискредитированной кости и мягких тканей, что осложняет дальнейшее лечение. На опорных зубах часто формируются периапикальные воспалительные процессы, которые требуют вмешательства как терапевтического, так и хирургического. Дискредитированные ткани полости рта: врожденные пороки и аномалии развития челюстей, травма, атрофия костной ткани, хронические дегенеративные воспалительные процессы в полости рта и челюстно-лицевой области, пост-онкологические состояния, осложняют и затрудняют проведение имплантации и предпротезной восстановительной хирургии (preprosthetic reconstructive surgery) [2, 3]. В настоящее время успешно решается проблема презервации лунок зубов и установки в данные зоны имплантатов. Однако несмотря на ог-

ромный опыт хирургии в стоматологической практике, достаточно часто встречаются как значительные, так и небольшие длительностью до нескольких суток кровотечения из лунок удаленных зубов, так и гематомы, возникающие после оперативных вмешательств. На сегодняшний день в хирургической стоматологии предложено большое количество методов и препаратов, направленных на восстановление гемостаза. Как правило, это препараты с местным эффектом.

Операция синуслифтинга и имплантации в антральных отделах верхней челюсти при наличии там воспалительных процессов затруднена и достаточно часто сопровождается осложнениями. Это междисциплинарная проблема, в которой задействованы стоматологи, оториноларингологи, анестезиологи и челюстно-лицевые хирурги, в ряде случаев онкологи и пластические хирурги [4].

Полигемостат – отечественный препарат (Регистрационное удостоверение Р № 003802/01 от 23.12.2009 г. ФСП 42-0126-5854-04), обладающий полилечебным эффектом и не имеющий прямых аналогов используется при проведении операций имплантации и реконструктивной костно-пластической хирургии (предпротезная восстановительная хирургия) с 2011 г. В публикации мы стремимся формализовать и клинически обосновать показания и противопоказания к применению метода фармакоэкономической стандартизации хирургических протоколов при ряде хирургических вмешательств в полости рта и челюстно-лицевой области, их сущность и возможности. Рассматриваются преимущества применения новых методов обработки и ведения хирургических

ран, малой инвазивности представленных методик и возможности проводить хирургические вмешательства в челюстно-лицевой области с высоким уровнем биологической целесообразности и объективности полученных данных. Подробно представлены протоколы ПВХ при удалении зубов, операции имплантации и интраоперационного непосредственно протезирования, в пародонтологии и при проведении малоинвазивной радикальной гайморотомии с применением препарата полигемостат [5]. Препарат «Полигемостат» обладает выраженными адгезивными свойствами, так как благодаря своей порошкообразной форме не требует дополнительной фиксации, но не демонстрирует чрезмерного слипания частиц материала. Кроме того, антисептическая активность препарата позволяет применять его не только в области чистых ран, но и в зоне нагноения, в отличие от многих препаратов данного ряда. Фармакоэкономика новая самостоятельная наука, которая изучает в сравнительном плане соотношение между затратами и эффективностью, безопасностью, качеством жизни при альтернативных схемах лечения (профилактики) заболевания.

Материалы и методы

1. Клинические протоколы.

С 2011 г. в ряде клиник РФ широко применяется полигемостат при различных стоматологических хирургических вмешательствах. В настоящее время препарат использовался более чем у 640 пациентов при различных стоматологических вмешательствах и у 134 пациентов, которым проведены операции в челюстно-лицевой области. Наиболее часто препарат применяется при удалении зубов. Фармакоэкономическое обоснование протокола вмешательства подразумевает сочетание эффективности непосредственно удаления зуба со сни-



Рис. 1. Удалены 14 и 24 зубы, лунки выполнены сгустками и нанесен полигемостат. Время остановки кровотечения 2 минуты

жением уровня интра и постоперационных осложнений в данной области. Важной особенностью при удалении зубов является следующее:

- Все зубы удаляются максимально атравматично, с использованием элеваторов, люксаторов, пьезо-хирургической техники и традиционных методов разделения корней с использованием вращающихся инструментов и физиодиспенсера. Применение хирургических щипцов является методом выбора.

- Также мы всегда используем технологию PRF с 2002 г. и с 2014 г. адаптированного в стоматологии плазмолифтинга. Как правило, после удаления зубов проводится ревизия лунки обработка при необходимости антисептиками (октенисепт), стандартно устанавливается имплантат и проводится протокол интраоперационного непосредственного протезирования (ИНП).

- В случае противопоказаний к установке имплантата (достаточно редко) и при удалении третьих моляров в лунку укладываются центрифугированные мембраны (гель), полученные по вышеуказанным технологиям. Проводится наложение швов.

- На зону вмешательства наносится дисперсный слой полигемостата, (рис. 1). В случае продолжительного кровотечения из лунки полигемостат наносится в большем объеме и прижимается марлевым тампоном. В удалении избытков пре-

парата нет необходимости, так как в полости рта присутствует значительное количество слюны.

- В случае расхождения швов (случается крайне редко) пациенту проводится повторное нанесение дисперсного слоя препарата на зону вмешательства.

Аналогично операции удаления зуба, полигемостат применяется в пародонтологии.

- Наиболее эффективно нанесение порошка препарата при открытом кюретаже пародонтальных карманов и лоскутных операциях. Как правило, при значительных грануляциях присутствует сильная кровоточивость из грануляционной и фиброзно-изменённых тканей пародонта.

- Всегда проводится обработка кости и отслоенных тканей пародонта механически и далее антисептиком. После чего наносится дисперсный слой полигемостата. Следует избегать создания слоя препарата толщиной более 0,1 мм. В связи с высоким адсорбирующим эффектом полигемостата важнейшим фактором является точная дозировка препарата.

- Гипертермическая фаза, возникающая на этапе адсорбции тканевой жидкости при избытке материала, может вызвать пересушивание окружающих тканей. Это важно в зоне наложения швов. Препарат допускается наносить на костную ткань тонкодисперсным слоем. Это по нашему опыту не вызывает негативных последствий со стороны кости и окружающих тканей.

- Также в дальнейшем эффективно применение полигемостата на этапе проведения перевязочных процедур и в качестве регенерирующего и антисептического препарата, особенно в домашних условиях. Пациенты самостоятельно наносят тонкий слой препарата в область швов не менее 2 раз в день.

- Разработана методика применения полигемостата пациентами в домашних условиях в качестве превязочного средства нанесения на область швов или рану.

При проведении операции имплантации и протоколов интраоперационного непосредственного протезирования (рис. 2, 3) достаточно редко в нашей практике случается расхождение операционных швов.

Особенно неприятно и дискомфортно для пациента, когда проблемы возникают в области ортопедической конструкции, установленной с опорой на имплантаты.

- Это связано с тем, что доступ специалистов в данную зону ограничен протезом и также иногда затруднена гигиена в данной области.

- Основной причиной расхождения швов, по нашему мнению, является недостаточная мобилизация лоскута, без учета дальнейшего послеоперационного отёка в данной зоне. Также важным является опыт специалистов и владение различными методиками наложения швов в зависимости от типа вмешательства.

- Значительную роль играет факт наличия в данной зоне дискредитированных тканей и недостаток мягких тканей (рис. 4).

- В случае осложнения данного протокола необходим ежедневный (желательно) мониторинг пациента, антисептическая и медикаментозная обработка зоны швов и нанесение препарата полигемостат, не менее 2-3 раз в день в том числе и на костную ткань, в случае её обнажения.

- Как правило, пациент после инструктажа специалиста проводит процедуры в домашних условиях. Однако мониторинг пациента необходим в силу вышеуказанных причин.



Рис. 2. Состояние после установки имплантатов на верхней и нижней челюстях. Вид верхней челюсти. Подготовка к протоколу интраоперационного непосредственного протезирования, установлены слепочные модули



Рис. 3. Состояние после выполнения протокола интраоперационного непосредственного протезирования на верхней и нижней челюстях. Спустя 24 часа после операции установлены несъемные мостовидные протезы

Средний срок применения препарата составляет от 5 до 14 суток. Одной упаковки препарата достаточно на весь курс лечения.

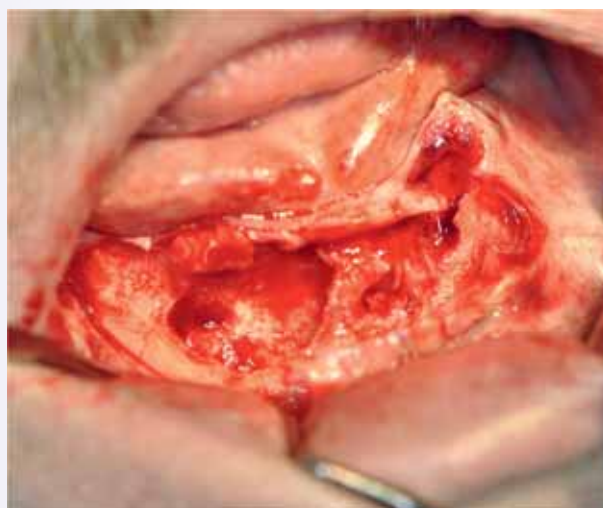


Рис. 4. Обширные дефекты нижней челюсти после удаления множественных кист тела нижней челюсти. Зона дискредитированной кости и мягких тканей

- Как правило, расход препарата на этапах перевязки пациентов с осложнениями (расхождение швов) настолько незначителен, что 2/3 упаковки сохраняются после окончания курса лечения.

В челюстно-лицевой хирургии в настоящее время накоплен опыт работы с применением полигемостата в области гайморовых пазух [6].

Консервативное и хирургическое лечение хронического одонтогенного гайморита представляет собой довольно сложную задачу и зачастую заканчивается рецидивом и требуется радикальное вмешательство (рис. 5).

В данной публикации мы предлагаем комбинированную методику санации гайморовых пазух с последующим синуслифтингом и имплантацией. Также при реабилитации атрофированных дистальных участков верхней челюсти используется протокол трансскуловой имплантации. Следует отметить, что при проведении синуслифтинга в условиях дискредитированных тканей, мы отдаём предпочтение в первую очередь отечественным биоматериалам Аллоплант, Лиопласт и КоллапАн-С с коллоидным серебром, применяя их в различных сочетаниях.



Рис. 5. МСКТ верхней челюсти справа (скриншот). Хронический одонтогенный гайморит

Таким образом, наличие воспалительных процессов в гайморовых пазухах в настоящее время расценивается как зона дискредитированных тканей, которая требует санации, санации гайморовых пазух при хроническом одонтогенном гайморите с последующей реабилитацией пациентов за счёт технологий имплантации и методов предпротезной восстановительной хирургии.

В настоящее время, благодаря возможностям современной эндоскопической хирургии гайморэктомия, уже довольно широко вошедшая в мировую практику, успешно используется при любых вариантах одонтогенного гайморита. В настоящее время для санации верхнечелюстной (гайморовой) пазухи используют 3 различных доступа: через прокол её передней стенки, через средний носовой ход (эндоназально) и через ороантральное соустье или свищ (сообщения между ротовой полостью и гайморовой пазухой), если таковые уже существуют [7].

В тоже время при всей эффективности и прогрессировании эндоскопических технологий, есть ряд ограничений и проблем, которые ограничивают проведение данных лечебных мероприятий в повседневной амбулаторной практике (необходимость наркоза, лечение в стационаре), и вероятность развития кровотечений как на этапе лечения, так и в периоде реабилитации.

Важность правильного подхода к лечению и профилактике таких осложнений, как гемосинус, и снижение интенсивности медикаментозной терапии пациентов после

вмешательства по поводу санации гайморовых пазух, за счёт оптимизации фармакоэкономического протокола лечения с применением полигемостата позволяет намного сократить **их число** и материальные затраты на дальнейшее лечение и реабилитацию таких пациентов.

При проведении санирующей малоинвазивной радикальной гайморотомии и последующей активной послеоперационной реабилитации, как правило, в домашних условиях акцент установлен на максимальное использование ресурсов собственной кости, а также фактор времени проводимого лечения. Показанием являлось полное или более чем на 2/3 выполнение синуса патологически изменёнными тканями. По данным КЛКТ исследовалась вентиляция гайморовой пазухи и состояние ostium-отверстия и состояние всего остеомеатального комплекса



Рис. 6. У пациента удалены фиброзно-изменённые ткани в области стенок и дна гайморовой пазухи справа

(meatus-ход). В некоторых случаях пациентам необходимо проведение бужирования отверстия Лор-специалистами, а также предварительная фармакологическая и медико-техническая подготовка к вмешательству. Это обусловлено нарушением вентиляции гайморовых пазух и устанавливается специалистом по данным МСКТ и клиническим исследованиям. Через 3 месяца после санации гайморовых пазух назначалась операция синуслифтинга и имплантации.

В клиниках с 2011 г. проведено лечение и находились под наблюдением 80 пациентов с хроническими одонтогенными воспалительными процессами в гайморовой пазухе. Возраст больных от 28 до 78 лет. У всех пациентов выявлено наличие в полости рта хронических очагов инфекции в боковых участках верхней челюсти хронический одонтогенный гайморит (**рис. 6**).

У 46 пациентов полностью отсутствуют боковые группы зубов на верхней челюсти.

Лечение осуществляли как с использованием местной анестезии, пациентов, так и под комбинированным обезболиванием, сбалансированной седацией и местной анестезией. Все пациенты были прооперированы в амбулаторных условиях. Показанием к седации является выраженная дентофобия пациента, соматическая патология в стадии компенсации и декомпенсации (проводилась дополнительная подготовка), объём и длительность проводимого вмешательства. Основание принятия решения о проведении седации является безопасность и возможность ускорения хирургических протоколов [4].

При проведении санирующей радикальной малоинвазивной гайморотомии доступ в гайморову пазуху осуществлялся в зоне клыковой ямки по Калдвелл-Люку. Далее специальными кюретами Aesculap Ergoplant (набор из 3 инструментов). Особенностью кюрет является отсутствие



Рис. 7. Препарат полигемостат подготовлен для приготовления массы на основе физиологического раствора (допускается антисептик)



Рис. 8. Подготовлена гомогенная масса пастообразной консистенции для внесения на дно гайморовой пазухи

острых рабочих режущих частей, что позволяет наносить минимальную травму мембране Шнейдера и в тоже время удалять инфицированные фиброзные разрастания. При проведении МРГ проводится тщательное удаление изменённых тканей со дна передней и задней стенки гайморовой пазухи. Термин радикальная мы представляем для дискуссии специалистов, так как при различной степени выраженности патологического очага, как правило, степень инвазивности различна. Главное условие освободить нижнюю и переднюю стенки пазухи от патологических тканей. Далее промывается гайморовая пазуха препаратом Октенисепт и готовится на физиологическом растворе из препарата Полигемостат, пастообразная масса (**рис. 7, 8**).

Препарат полигемостат обладает высоким адсорбирующим свойством, что позволяет создать плотную гомогенную массу пластичной конси-



Рис. 9. Этап внесения полигемостата в полость гайморовой пазухи с помощью набора инструментов для синуслифтинга

стенции и уложить на дно гайморовой пазухи (**рис. 9**).

Возможно нанесение в полость полигемостата с помощью воздушно-напыления (данный метод находится в разработке). Проводится гемостаз, как правило, после нанесения композиции кровотечение останавливается. Особенностью является плотная фиксация к костной стенке дна гайморовой пазухи марлевым тампоном. Окно перекрывается резорбируемой мембраной, рана ушивается. Проводится контрольная ортопантограмма. Особенностью является тот факт, что пациенту необходимо в течение 20–30 минут находиться в максимально-вертикальном положении для формирования кровяного сгустка на дне гайморовой пазухи. Это является лучшим способом профилактики гемосинуса после амбулаторного вмешательства, как в раннем периоде, так и в дальнейшем. У 3 пациентов на этапах реабилитации были выявлены свищевые ходы в области вмешательства, успешно закрывшиеся через 12–14 дней. На 1–3 сутки у более чем 80% пациентов было незначительное отделяемое из полости носа. Это по нашему мнению, является положительным эффектом указывающим на полноценную вентилизацию гайморовых пазух.

На этапе активной послеоперационной реабилитации всегда используется технология «Камертон Здоровья™». «Способ информационной радиоволновой диагностики и лечения заболеваний в области стоматологии» (Патент на изобретение № 2246262 от 29.07.2003) стал основой для создания прикладной практической методики «Камертон-Имплантат™», применяемой в стоматологии и че-

люстно-лицевой хирургии. Аппарат «Камертон», в сочетании с наработанной методикой, обеспечивает терапевтический эффект, который возникает при местном воздействии на поражённый участок тканей, и выражается в формировании капиллярной системы в условиях изменённых и воспалённых тканей человека. Причем уровень излучаемой мощности используемого аппарата «Камертон» в каждой частотной точке миллиметрового диапазона не превышает 1 мкВт, т.е. применяется ЭМИ сверх низкой мощности.

2. Краткая характеристика лекарственного препарата.

Торговое название препарата: «Полигемостат».

Лекарственная форма: порошок для наружного и местного применения.

Состав: 2,5 г препарата в полимерном саше/контейнере.

Активные вещества:

- е-аминокапроновая кислота 0,1500 г
- хлоргексидина биглюконат 0,0025 г
- в виде 0,05 % раствора
- дуба коры экстракт сухой 0,5375 г
- тысячелистника экстракт сухой 0,0250 г

- крапивы экстракт сухой 0,0250 г
- зверобоя экстракт сухой 0,0250 г
- хвоща полевого экстракт сухой 0,0250 г

Вспомогательные вещества:

- кальция альгинат 1, 7100 г

Описание: порошок от коричневого до темно-коричневого цвета со специфическим запахом.

Фармакотерапевтическая группа: гемостатическое средство для наружного и местного применения.

Показания к применению: капиллярные и венозные кровотечения у взрослых.

Противопоказания: индивидуальная повышенная чувствительность к компонентам препарата; беременность; период лактации.

Фармакодинамика: частицы альгината кальция, находящиеся в составе препарата, обладают высокой сорбционной способностью и большой контактной поверхностью, а также обеспечивают необходимую концентрацию ионов кальция в раневой зоне, что является основой для формирования тромба. Экстракт коры дуба обеспечивает коагуляцию белков плазмы и оказывает противовоспалительное действие. При контакте с раневой поверхностью, кальция альгинат и дубильные вещества коры дуба обеспечивают быстрое образование тромба, тем самым, останавливая кровотечение. Аминокaproновая кислота, угнетая фибринолиз, предотвращает вторичное кровотечение. Экстракты крапивы, тысячелистника, зверобоя, хвоща активизируют репаративные процессы в ране. Хлоргексидин является антисептическим средством, что предотвращает развитие инфекции в ране.

3. Способ применения лекарственного средства:

1. Саше с препаратом вскрывают непосредственно перед применением.

2. Порошок наносят равномерным слоем на кровоточащую раневую поверхность. В настоящее время разработаны и проходят клинические испытания устройства для равномерного распыления и насыщения поверхности тканей полигемостатом на основе воздушных пистеров.

3. На ранах с невысокой интенсивностью кровотечения допускается применение препарата без предварительного осушения раневой поверхности марлевой салфеткой и без последующего прижатия слоя препарата.

4. Если на поверхность выступает свернувшаяся кровь, то на кровоточащие участки необходимо досыпать дополнительное количество препарата.

5. При интенсивных кровотечениях раневую поверхность следует осушить марлевой салфеткой, сразу после осушения кровоточащей раневой поверхности наносят порошок равномерным слоем, затем прижимают его марлевой салфеткой до полной остановки кровотечения. При недостаточной толщине слоя порошка на поверхность может выступить несвернувшаяся кровь. В этом случае следует приподнять марлевую салфетку и на кровоточащие участки досыпать дополнительное количество препарата, а затем вновь прижать.

6. Ключевым фактором, особенно в закрытых полостях, является высокая точность дозировки препарата.

Результаты. Формализована возможность фармакоэкономической стандартизации протоколов ПВХ при удалении зубов, операции имплантации, интраоперационного непосредственного протезирования, в пародонтологии и при проведении малоинвазивной радикальной гайморотомии. Рассматриваются преимущества применения новых методов обработки и ведения хирургических ран, малой инвазивности представ-

ленных методик и возможности проводить хирургические вмешательства в челюстно-лицевой области с высоким уровнем биологической целесообразности и объективности полученных данных. При удалении зубов по вышеуказанной методике с соответствующим послеоперационным протоколом и применением фармакоэкономических (полигемостат) и медико-технических средств (камертон) в абсолютном большинстве случаев не выявлено интраоперационных и послеоперационных кровотечений. Статистически не выявлено ни одного случая альвеолоневрита в послеоперационном периоде. Послеоперационный период всегда проходит гладко, без особенностей. Качество жизни пациентов высокое, что неоднократно указывалось самими пациентами.

При проведении операций имплантации и протоколов ИМП из 151 пациента у 6 было выявлено расхождение швов в зоне временных мостовидных конструкций. В 3 случаях с обнажением костной ткани. Было установлено более 420 имплантатов в основном по одноэтапному и одномоментному протоколам. Утеряно в раннем послеоперационном периоде 4 имплантата, в отдалённом 6 (фиброosteointegrация). Во всех случаях проведена успешная реплантация. При расхождении швов и обнажении костной ткани в области имплантатов препарат полигемостат использовался по вышеуказанным схемам и протоколам. Произошла успешная эпителизация и формирование слизисто-надкостничного прикрепления в области имплантат-протезных конструкций в течении 6-12 суток. В пародонтологии полигемостат применён у 24 пациентов. Послеоперационный период протекал более гладко и практически при полном отсутствии болевого синдрома. В двух случаях при несоблюдении дозировки препарата были выявлены очаги незначи-

тельных некрозов в зоне наложения швов. Эпителизация наступила на 5-6 сутки.

Наибольший интерес представляет применение полигемостата при проведении малоинвазивной радикальной гайморотомии. Использование гемостатических швов при проведении гайморотомии не представляется возможным в связи с наличием в первую очередь костного кровотечения и малым оперативным доступом. Электрокоагуляция, достоинствами которой являются простота применения, доступность большинству хирургов, уменьшение продолжительности операции, также крайне затруднительна внутри гайморовой пазухи по вышеуказанным причинам и в связи с травматичностью [8]. Использование высокотехнологичных физических методов гемостаза (ультразвукового, радиочастотного, аргоноплазменного) является более эффективным и надежным, однако их широкое применение ограничено, ввиду необходимости наличия специальной аппаратуры и высокой стоимости расходного материала. Имеющиеся в арсенале хирурга современные кровоостанавливающие материалы имеют определенные ограничения при использовании в различных клинических ситуациях и не лишены недостатков.

Важность правильного подхода к лечению и профилактике таких осложнений, как гемосинус, и снижение интенсивности медикаментозной терапии пациентов после вмешательства по поводу санации гайморовых пазух, за счет оптимизации фармакоэкономического протокола лечения с применением полигемостата позволяет намного сократить **их число** и материальные затраты на дальнейшее лечение и реабилитацию таких пациентов. У 3 пациентов из 80 на этапах реабилитации были выявлены свищевые ходы в области вмешательства, успешно закрывшиеся через 12-14 дней. Это, по нашему мнению,

является следствием передозировки препарата. В связи с чем требуется дальнейшее совершенствование вышеуказанной методики.

5. Заключение

Фармакоэкономика изучает в сравнительном плане соотношение между затратами и эффективностью, безопасностью, качеством жизни при альтернативных схемах лечения (профилактики) заболевания. Фармакоэкономическое обоснование протоколов ПВХ в данном исследовании: удаление зубов, операция имплантации и интраоперационного непосредственного протезирования, пародонтологические операции и малоинвазивной радикальной гайморотомии подразумевает формализацию и клиническое обоснование показания и противопоказания к применению полигемостата как элемента фармакоэкономической стандартизации хирургических протоколов их сущность и возможности [9].

Анализ современных данных литературы, представленных результатов клинического исследования препарата «Полигемостат» в клинике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ряда медицинских учреждениях страны, а также опыт собственного клинического применения, позволили выявить следующие основные свойства препарата «Полигемостат»: быстрый и устойчивый гемостатический эффект, отсутствие вторичных кровотечений и осложнений после применения, наличие противовоспалительных, антисептических, антибактериальных и стимулирующих репаративные процессы свойств, расширяющих спектр возможного применения препарата. Это позволяет повысить эффективность оперативного вмешательства и лечения пациентов, предотвратить рецидивы возникновения кровотечений, развития гемосинуса и оптимизировать протекание регенеративных процессов после вмешательств на верхней и нижней челюстях. Прямых аналогов импортных препаратов данной фармакологической группы нет.


Препарат «Полигемостат» обладает выраженными адгезивными свойствами, так как благодаря своей порошкообразной форме не требует дополнительной фиксации, но не демонстрирует чрезмерного слипания частиц материала. Кроме того, антисептическая активность препарата позволяет применять его не только в области чистых ран, но и в зоне нагноения, в отличие от многих препаратов данного ряда. Наиболее важным является точная дозировка препарата в зависимости от клинической ситуации и, безусловно, опыт работы с препаратом.

Литература

1. Зеленская И.М. Постэкстракционные изменения костной ткани альвеолярных отростков челюстей // Актуальные проблемы теории и практики в стоматологии: Сб. науч. работ Ставрополь. – 1998. – С. 28–30
2. Иванов С.Ю., Мураев А.А., Солодкий В.Г., Ямуркова Н.Ф. Современные методы реконструкции альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти при стоматологической имплантации. // Сб. научных трудов X Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Новые технологии в стоматологии и имплантологии». – 2010. – С. 80–84.
3. The methods of alveolar bone reconstruction before dental implant treatment. Abstracts from the XXth Congress of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial surgery, Brudes, Belgium, – 2010, p. 446-447. (Murav A.A., Ivanov S.Y., Yamurkova N.F., Solodkiy V.G.).
4. Джоэл Розенлихт. Синус-лифтинг // Издательский дом «Азбука». – Москва, 2005.
5. Валентиенко А.В., Путь В.А., Сергеев С.С. Профилактика и лечение альвеолита с применением препарата полигемостат. Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием «Челюстно-лицевая реконструктивная хирургия и имплантологическая реабилитация» г. Красноярск 2012. – С. 7–8.
6. Варданян Б.Г., Путь В.А., Ильичёв, Е.А., Селиванов С.С. Малоинвазивная радикальная гайморотомия, применение препарата полигемостат при реабилитации пациентов с хроническим синуситом. Сборник Тезисов II Междисциплинарного конгресса по заболеваниям органов головы и шеи. Медицина XXI века" Междисциплинарный подход к патологии органов головы и шеи". – Москва. – 2014. – С. 121.
7. Качалова А.В. Использование эндоскопической техники для диагностики и проведения хирургических операций на верхнечелюстном синусе. Автореф. дисс. канд. мед. наук. г. Санкт-Петербург. – С. 24 с.
8. Курьёв А.А. Оптимизация диагностики и лечения травматических повреждений верхнечелюстной пазухи при переломах средней зоны лицевого черепа: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Санкт-Петербург. – 2014. – 22 с.
9. Дзанаева А.В., Омеляновский В.В., Кагермазова С.А. Принципы импортозамещения лекарственных препаратов. Фармакоэкономика М., – Т. 8. – 2015. – С. 38-42.

N-Cement Collection

Материалы для фиксации от Ivoclar Vivadent



Прочная СВЯЗЬ обеспечивает
уверенность и поддержку

- Надежные материалы для фиксации
- Проверенные на практике сочетания продуктов
- Обширная коллекция для различных запросов

ЭСТЕТИКА | УНИВЕРСАЛЬНОСТЬ | ПРОСТОТА
Variolink® N | Multilink® N | Multilink® Speed

www.ivoclarvivadent.ru

ООО "Ивоклар Вивадент"

Россия | Москва | 115432 Проспект Андропова 18, корп. 6, офис 10-06

Тел.: +7 (499) 418-03-01

Факс: +7 (499) 418-03-10



**ivoclar**
vivadent[®]
passion vision innovation

Dr. Michael Dieter,
врач-стоматолог
(Лихтенштейн)

Статья предоставлена
ООО "Ивоклар Вивадент"

Красиво, надежно, быстро: новый уровень восстановления жевательных зубов

В реставрационной стоматологии с изготовлением прямых реставраций существует заметная тенденция к применению более быстрых и эффективных методик внесения композитных материалов. Кроме того, стоматологи ожидают появления композитов, простых и предсказуемых в применении в повседневной практике. Вопрос, однако в том, не скажется ли негативно рост эффективности и простоты на качестве и эстетике реставраций.

До сих пор традиционные композитные материалы могли вноситься только последовательными слоями, толщина которых не превышала 2 мм. Более того, для обеспечения долгосрочного успеха финальной реставрации эти слои должны были индивидуально полимеризоваться.

Возможны ли иные решения в качестве альтернативы затратной по времени технике послойного нанесения? Да – с появлением Tetric N-Ceram[®] Bulk Fill это становится возможным. В случае с Tetric N-Ceram Bulk Fill врач-стоматолог получает в свое распоря-

жение новый материал, в котором идеально сочетаются эффективность применения, качество и эстетика. Теперь внесение композита может осуществляться слоями толщиной до 4 мм, время отверждения которых составляет лишь 10 секунд (при интенсивности светового потока более 1000 мВт/см²).

Tetric N-Ceram Bulk fill содержит те же ингредиенты, что входят и в Tetric N-Ceram[®] (клиническая эффективность, которого доказана многолетним применением), и поэтому также обладает аналогичными положительными свойствами. Для того, чтобы стало возможным внесение материала толстыми слоями, в него были добавлены несколько инновационных компонентов.

В Tetric N-Ceram Bulk Fill используется запатентованный фотоинициатор Ivocerin[®], который обеспечивает быструю полимеризацию и позволяет добиваться полного отверждения цельного 4-миллиметрового слоя композита. В отличие от традиционных фотоинициаторов Ivocerin является гораздо более реактивным. Это означает, что его ак-



Схема 1.
Слева – традиционное нанесение слоями толщиной 2 мм,
справа – внесение Tetric N-Ceram Bulk Fill порциями 4 мм



Схема 2.

Благодаря появлению новых материалов даже большие полости могут пломбироваться за одно внесение композита

New photo-initiator Ivocerin®

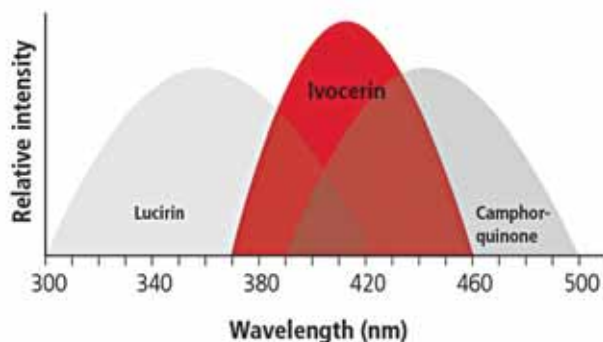


Схема 3.

Спектр активации Ivocerin по сравнению с другими фотоинициаторами

тивация возможна даже в глубоких полостях — это позволяет надежно отверждать материал в течение короткого временного интервала. Клинически это означает существенную экономию времени и делает прямые композитные реставрации в жевательной области гораздо более эффективным решением, чем раньше.

Для того, чтобы избежать сильного усадочного стресса в области границ реставрации при полимеризации Tetric N-Ceram Bulk Fill содержит специальный компонент, уменьшающий усадку — Shrinkage Stress Reliever — эластичный наполнитель, который может абсорбировать возникающие усадочные напряжения внутри материала. Чем меньше усадочные стрессы передаются стенкам полости, тем выше качество краевого запечатывания, а именно оно является необходимым условием долгого срока службы реставрации.

Также для того, чтобы увеличить рабочее время (т.е. предотвратить преждевременную полимеризацию) в условиях воздействия

света операционного светильника, в материал добавлен еще один компонент — Light Sensitivity Inhibitor (ингибитор световой чувствительности).

Благодаря оптимальной консистенции Tetric N-Ceram Bulk Fill легко адаптируется к стенкам полости. При работе с новым материалом исчезает необходимость отдельного использования в качестве подкладки текучего композита. Работа может быть целиком выполнена одним и тем же материалом, что позволяет создать гомогенную и прочную реставрацию.

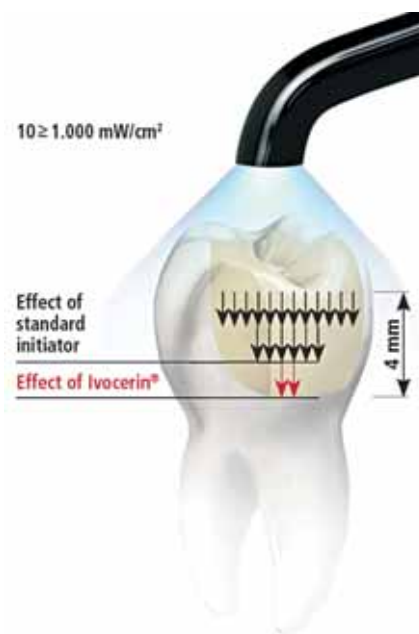


Схема 4.
Глубина активации Ivocerin при использовании мощных ламп выше, чем у других фотоинициаторов

Новый композитный материал выпускается в 3 универсальных оттенках — IVA (между A2 и A3), IVB (между B1 и B2) и IWV (ненасыщенный белый), используя которые можно добиться адекватного подбора цвета реставрации. Реставрации, выполненные с помощью Tetric N-Ceram Bulk Fill, хорошо вписываются в существующее окружение в полости рта, поскольку степень прозрачности материала идеально согласована со свойствами естественной эмали. Таким образом, стало возможным за более короткий временной промежуток создавать естественно выглядящие эстетические реставрации.





1



2



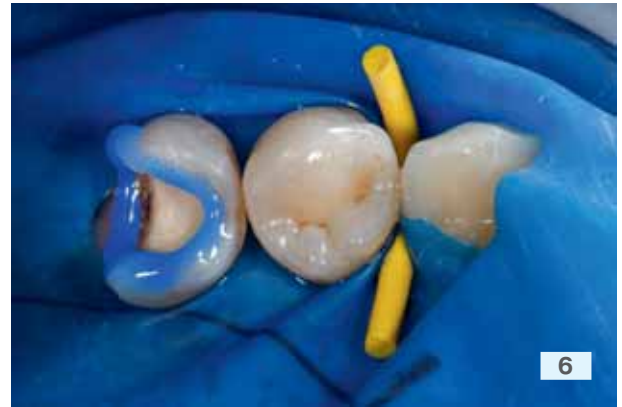
3



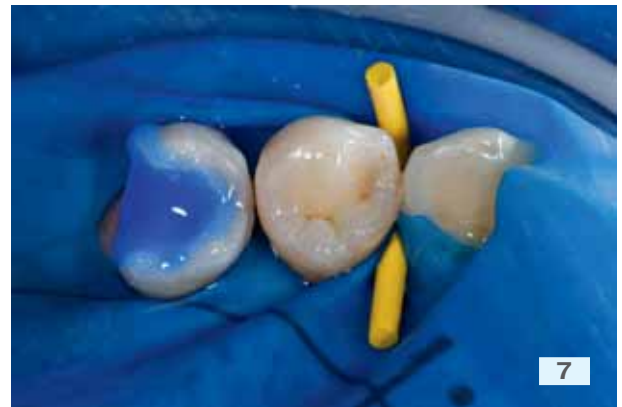
4



5



6



7



8

Клинический случай

28-летней пациентке необходимо заменить изготовленную ранее композитную реставрацию на втором нижнем премоляре. На **рис. 1** хорошо заметно изменение цвета на границе реставрации и краевое кариозное поражение в пришеечной области. Перед удалением дефектной реставрации был

выбран оттенок IVA композитного материала Tetric N-Ceram Bulk Fill. С помощью нанесения и отверждения небольшого его количества на зуб врач убедился в правильности подбора оттенка (**рис. 2**).

После удаления старой реставрации и имеющихся поражений эмалевая граница обработана с помощью ультразвуковой насадки для препариро-



вания (рис. 3). Оклюзально глубина полости составляет примерно 3 мм (рис. 4), а в проксимальной зоне высота полости равна примерно 6 мм (рис. 5). Для оптимизации качества адгезии на границу эмали наносят гель фосфорной кислоты и оставляют на 20 секунд (рис. 6). Затем протравочный гель распределяют по всей поверхности

дентина и оставляют там еще на 10 секунд. Затем его смывают с помощью водяного спрея в течение 10 секунд (рис. 7) и слегка подсушивают потоком воздуха – так, чтобы дентин оставался немного влажным и слегка блестел.

Как обычно, Tetric N-Bond® наносится с помощью Vivapen® (рис. 8). Нажатием на специальный



выступ на Vivarep достигается точная дозировка бондинга, который наносится непосредственно на протравленную поверхность зуба и втирается в течение 10 секунд с помощью щеточки (рис. 9).

На зуб устанавливается круговая металлическая матрица (из нержавеющей стали) и Tetric N-Ceram Bulk Fill вносится проксимально с помощью Cavifil (рис. 10). Материал легко адаптируется к дну полости (рис. 11) с помощью OptraSculpt® (цилиндрической формы) и полимеризуется светодиодной мощной полимеризационной лампой Bluephase® Style (рис. 12). Глубина полости, измеренная с помощью зонда, составляет на этом этапе 3 мм (рис. 13). Следовательно, заполнить ее можно внесением одного слоя Tetric N-Ceram Bulk Fill.

Tetric N-Bulk Fill оттенка IVA вносится с применением Cavifil (рис. 14). Этот заключительный слой быстро адаптируется и моделируется инст-

рументом OptraSculpt для создания окончательной анатомической формы зуба (рис. 15,16). Финальная 10-секундная полимеризация выполняется лампой Blue phase Style. Благодаря световоду диаметром 10 мм это делается за один цикл отверждения, так как световод полностью перекрывает полость (рис. 12).

Доводка анатомического контура зуба и финишная обработка выполняются тонким алмазным бором (рис. 17).

Для корректировки цвета в области фиссур и создания соответствия с соседними зубами наносится и полимеризуется небольшое количество светоотверждаемого красителя цвета "охра" (Tetric® Color) – рис. 18.

Реставрация полируется до высокого блеска с помощью OptraPol® Next Generation (рис. 19). Вид реставрации непосредственно после полировки показан на рис. 20.

Заключение

С появлением Tetric N-Ceram Bulk Fill у врачей-стоматологов появилась возможность выполнять реставрации жевательных зубов эффективно и с достижением более высоких эстетических результатов. Благодаря внесению материала слоем толщиной до 4 мм и быстрому (10 сек.) светоотверждению время лечения может быть заметно снижено – без оказания какого-либо негативного влияния на уровень качества финальной реставрации.

PIEZOMED

Минимально инвазивный.

Максимально эффективный.



Автоматическое
распознавание
насадки



Инновационное
кольцо светодиодов
LED ring



Чрезвычайно
мощный
и быстрый



Отличные
режущие
характеристики



Эффективное
охлаждение



Хирургические вмешательства еще никогда
не были такими простыми и безопасными

piezomed

Представительство
в Москве: Тел.: 495/ 269 48 68 E-mail: info.ru@wh.com
Web-site: www.wh.com/ru_cis

Импортеры
фирмы W&H:

Дентекс, Москва
495/ 974 30 30
495/ 645 45 03

ОМТ, Москва
8 800 222 99 87
495/ 229 33 75

Эксподент, Москва
495/ 959 92 92,
495/ 332 03 16

Уралквадромед,
Екатеринбург
343/ 262 87 50, 343/ 262 88 51

Дистрибуция в С.-Петербурге –
Алвик-Медэкспресс:
812/ 326 29 17

Оценка результатов лечения зубочелюстных аномалий, осложненных дисфункцией ВНЧС и/или парафункцией жевательных мышц, методом сплит-терапии

**Р.А. Фадеев,
К.З. Ронкин,
И.В. Мартынов**

СПБИНСТОМ, НовГУ
им. Ярослава Мудрого,
ПСПб ГМУ им. акад.
И.П. Павлова, СПбГУ

EVALUATION OF THE SUCCESSFULNESS OF MALOCCLUSION TREATMENT AT THE PRESENCE TMD (TEMPOROMANDIBULAR DISORDER) BY THE METHOD OF SPLINT THERAPY

Резюме

В статье приводятся результаты лечения 20 взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями, осложненными дисфункцией ВНЧС и/или парафункциями жевательных мышц. С целью определения положения нижней челюсти применялась ТЭНС-терапия (транскожная электронейростимуляция). На основании результатов ТЭНС-терапии каждому пациенту была выполнена разобщающая зубные ряды каппа (сплент), которая использовалась на протяжении 3 месяцев. Терапевтический эффект был положительным в 85% клинических наблюдениях. Следующим этапом планируется модификация окклюзии.

Abstract

This article describes the results of treatment of 20 adult malocclusion patients at the presence TMJ disorder and/or masticator muscles parafunction. We used TENS (transcutaneous electric nervous stimulation) for optimal mandibular location. On totals we had exploited occlusal splints for each of patients during 3 months. The therapeutic results were positive in 85% cases. The modification of occlusion is planning next stage.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, дисфункции ВНЧС, парафункции жевательных мышц, ТЭНС-терапия, миорелаксация, сплент-терапия.

Keywords: malocclusion, mandibular location, temporomandibular joint disorder, masticatory muscles parafunction, TENS-therapy, myorelaxation, splint therapy.

Введение

Проблема лечения зубочелюстных аномалий, осложненных дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) и парафункцией жевательных мышц, является актуальной, поскольку требует особого подхода к диагностике и лечебным мероприятиям [1-19]. Сегодня до конца не разработан алгоритм действий врача-ортодонта в подобной клинической ситуации [8, 11-13].

В целом ряде случаев нижняя челюсть занимает вынужденное положение, которое может являться пусковым механизмом возникновения парафункций жевательных мышц и дисфункции ВНЧС [1, 5, 8, 9, 11, 13, 14].

Для определения оптимального положения нижней челюсти рядом специалистов рекомендуется использовать метод транскожной электронейростимуляции (ТЭНС) ветвей тройничного, лицевого и добавочно-го нервов [14, 16]. Подобные методики реабилитации мышц используются в неврологии и спортивной медицине [4, 16].

После физиотерапевтического воздействия, направленного на миорелаксацию жевательных и шейных мышц, регистрируют комфортное положение нижней челюсти, и затем в артикуляторе изготавливают каппу (сплент) с выраженным окклюзионным рельефом, передним клыково-резцовым и боковым клыковым ведением, которая закрепляет выявленное положение нижней челюсти [13, 14].

Цель данного исследования – изучить терапевтический эффект использования разобщающей зубные ряды каппы (сплента), изготовленной после выполнения ТЭНС-терапии, у группы пациентов с дисфункцией ВНЧС и парафункциями жевательных мышц.

Клинический контингент и методы исследования

Было обследовано 20 пациентов (16 женщин и 4 мужчин) в возрасте от 18 до 45 лет. Средний возраст обследованных составил $32 \pm 4,5$ года. У всех обследованных присутствовали жалобы и симптомы, характерные для дисфункции ВНЧС и парафункций жевательных мышц.

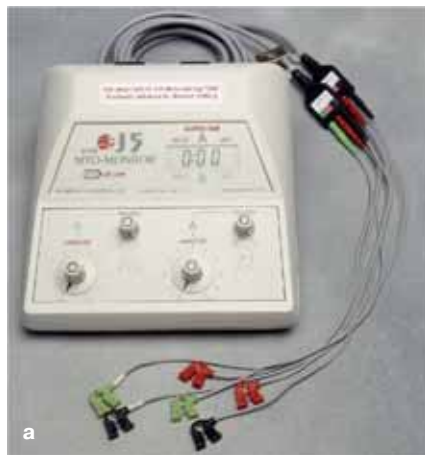


Рис. 1. а - миомонитор J-5, б - вариант расположения электродов при проведении транскожной электронейростимуляции (ТЭНС)





Рис. 2. Разобщающая каппа, вид с правой (а) и левой (б) сторон



Рис. 3. Разобщающая каппа, приоткрытый рот

Транскожная электронейростимуляция проводилась методом наложения электродов на область наименее глубокого залегания ветвей тройничного, лицевого и добавочного нервов. Частота электрических импульсов составляла 1 раз в 1,5 секунды. Время воздействия – 60 минут (рис. 1а, б).

По результатам ТЭНС изготавливалась разобщающая зубные ряды каппа для постоянного использования, исключая время приема пищи и гигиенических мероприятий (рис. 2, 3).

Для каждого пациента выделялась доминирующая жалоба из перечня краниомандибулярных проявлений. В дальнейшем отслеживалась динамика изменений этой жалобы по субъективной шкале оценки, проводимой самим пациентом. Первоначальный уровень основной жалобы принимался за 100%, затем производилась фиксация выраженности этого показателя через 1,5 и 3 месяца после начала лечения по оценке пациента в процентах относительно начального значения.



Рис. 4. а - боковая телерентгенограмма до начала лечения, б - боковая телерентгенограмма с каппой спустя 3 месяца от начала лечения

Проводилось рентгенологическое исследование – боковые ТРГ до начала лечения и через 3 месяца после его начала (рис. 4 а, б).

Сравнивались угловые и линейные показатели, которые описывают положение нижней челюсти в вертикальном и сагиттальном направлениях: Pm/Pb, s-n-spm, spa-me (рис. 5, 6, 7).

При оценке изменений параметров ТРГ в процессе лечения проводилось сравнение изучаемых величин с показателями анатомической нормы. Для расчета общего усредненного отклонения нижней челюсти по 3 параметрам от своего начального положения использовался индекс изменения параметра в процентах относительно своего первоначального значения, что позволило объединить угловые и линейные показатели в одной системе расчета.

Проводился также анализ субъективной оценки результатов лечения самим пациентом за период 3 месяца от начала лечения. Для этого пациенту в конце отчетного периода предлагалась следующая шкала оценки: (0) – без изменений, (-1) – ухудшение, (+1) – незначительное улучшение, (+2) – улучшение, (+3) – значительное улучшение.

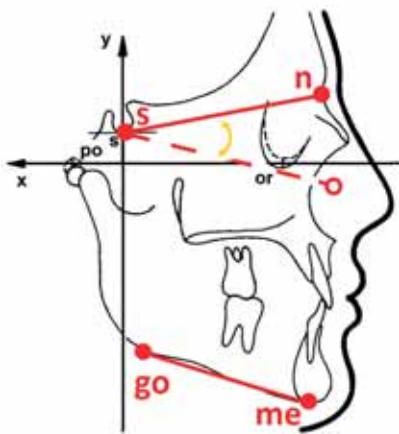


Рис. 5. Угол между базальной плоскостью и плоскостью основания нижней челюсти (Pm/Pb)

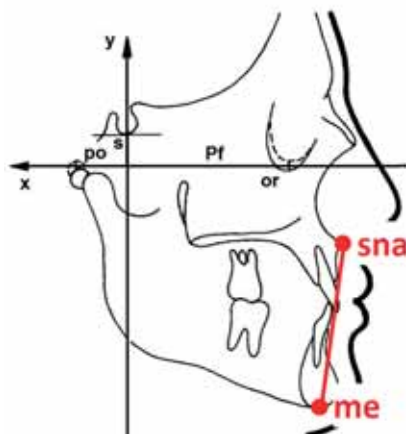


Рис. 6. Расстояние между точками «sna» и «me»

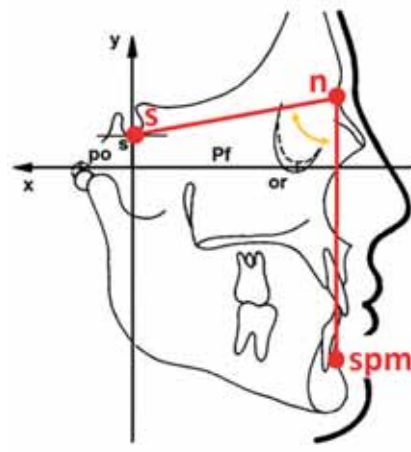


Рис. 7. Угол между плоскостью основания черепа и линией «n-spm»

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам анализа боковых ТРГ до лечения спустя 3 месяца от начала использования каппы было установлено, что нижняя челюсть изменила свое пространственное положение по всем 3 изучаемым параметрам в среднем на 6,2% от первоначальных показателей (рис. 8).

Анализ параметра sna-me показал, что после проведенного лечения число пациентов, попавших в «зону анатомической нормы», выросло на 15% (рис. 9).

Аналогичную динамику, но уже на 5% показал анализ параметра Pm/Pb (рис. 10).

В то же время параметр s-n-spm показал обратную динамику: число пациентов в зоне анатомической нормы после лечения снизилось на 25% (рис. 11).

Изучение динамики основной жалобы показало снижение ее уровня через 1,5 месяца после начала лечения на 41%, а через 3 месяца уже на 62% (рис. 16).

Субъективная оценка результатов лечения демонстрирует следующие показатели: 10% пациентов не отмечали изменений, 5% отметили ухудшение, 15% отметили незначительное улучшение, 45% – улучшение, 25% – значительное улучшение (рис. 13).

Выводы

1. Использование методики транскожной электростимуляции ветвей тройничного, лицевого и добавочного нервов для определения оптимального положения нижней челюсти и применение разобщающей зубные ряды каппы у пациентов с дисфункцией ВНЧС и парафункцией жевательных мышц оказало положительный терапевтический эффект в 85% клинических ситуаций.

2. Изменение положения нижней челюсти приводит не только к уменьшению симптоматики или ее полному исчезновению, но также изменяет цефалометрические показатели как приближая, так и отдаляя их от нормальных значений.

3. Оптимальное положение нижней челюсти, закрепленное с помощью разобщающей зубные ряды каппы,

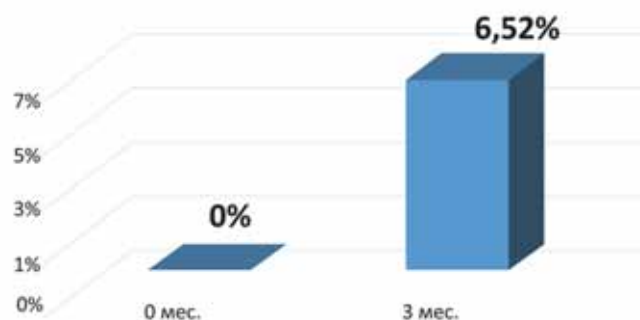


Рис. 8. Усредненные показатели отклонения нижней челюсти от своего начального положения по трем параметрам ТРГ

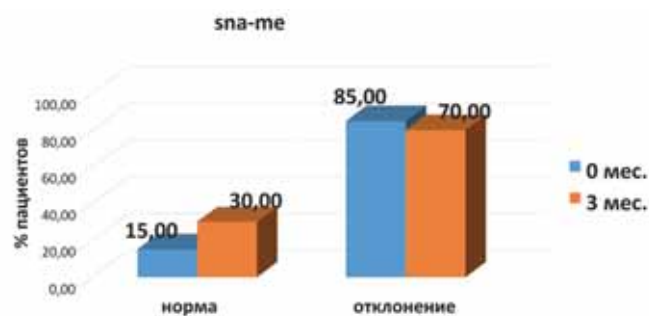


Рис. 9. Динамика изменений параметра «sna-me» в процессе лечения

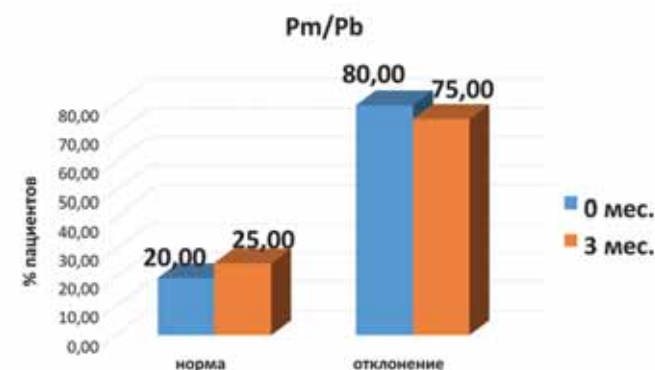


Рис. 10. Динамика изменений параметра Pm/Pb от анатомической нормы в процентах

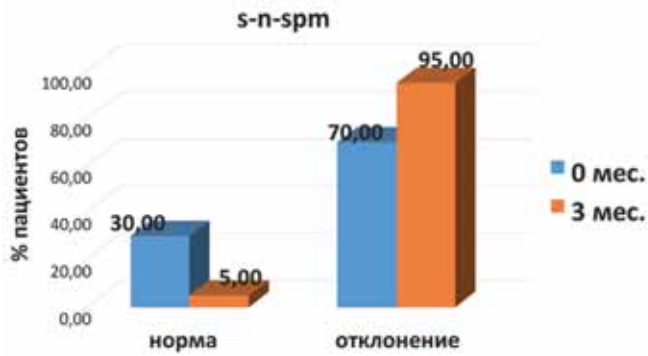


Рис. 11. Динамика изменений параметра s-n-spm

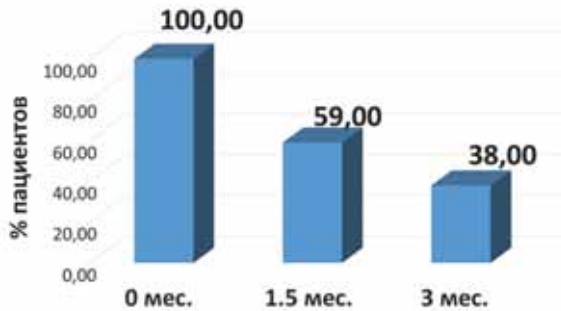


Рис. 12. Динамика изменения основной жалобы по субъективной оценке пациентов

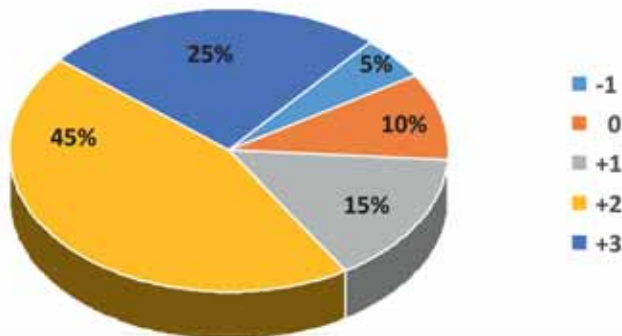


Рис. 13. Распределение субъективных оценок результатов лечения за период 3 месяца

является основанием для последующей модификации окклюзии посредством ортодонтического и/или реставрационного лечения.

Литература

- Булычева Е.А. Дифференцированный подход к разработке патогенетической терапии больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, осложненной гипертонией жевательных мышц: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб.: ГОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, 2010. – 31 с.
- Булычева Е.А. Обоснование психосоматической природы расстройств височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц и их комплексное лечение // Стоматология. – 2007. – Т. 86, №6. – С. 58-61.
- Ишмурзин П.В., Данилова М.А., Убирия Ю.И. Компенсация зубочелюстных аномалий, сочетанных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава: оценка результатов лечения во временном аспекте // Институт Стоматологии. – 2012. – Т.55. – С. 40–41.

- Лопушанская Т.А., Войтяцкая И.В., Овсянников К.А. Диагностическая значимость компьютерной стабиллометрии в клинике ортопедической стоматологии // Институт Стоматологии. – 2011. – Т.53, №4. – С. 86-87.
- Пантелеев В.Д. Артикуляционные дисфункции височно-нижнечелюстных суставов. Часть 3 // Институт Стоматологии. – 2002. – №3. – С. 52–54.
- Пономарев А.В., Потапов В.П., Зотов В.М., Беззубов А.Е. Комплексный подход к оценке состояния функциональной окклюзии у клинически здоровых людей // Маэстро стоматологии. – 2003. – №4. – С. 50–52.
- Силин А.В., Сатыго Е.А., Семелева Е.И., Сеницина Т.М. Изменение стандартизированных показателей поверхностной электромиографии жевательных мышц при использовании окклюзионных капп у пациентов с остеоартрозом височно-нижнечелюстных суставов // Институт Стоматологии. – 2011. – Т.62, №1. – С. 60-61.
- Силин А.В. Проблемы диагностики, профилактики и лечения морфофункциональных нарушений в височно-нижнечелюстных суставах при зубочелюстных аномалиях: Дис. ... док-ра мед. наук: 14.00.21 / Силин Алексей Викторович; [Место защиты: ГОУДПО "Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования"]. – Санкт-Петербург. – 2007.
- Славичек Р. Жевательный орган. Функции и дисфункции. – Азбука. – 2008.
- Солдатова Л.Н. Возрастные особенности патологии височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб. – 2011. – 26 с.
- Фадеев Р.А., Кудрявцева О.А., Польщикова И.В. Выявление и подготовка к устранению окклюзионных нарушений у пациентов с дисфункциями височно-нижнечелюстных суставов // Институт Стоматологии; часть I – №32, часть II – № 33. – 2006.
- Фадеев Р.А., Кудрявцева О.А. Особенности диагностики и реабилитации пациентов с зубочелюстными аномалиями, осложненными заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц // Ж-ал Институт Стоматологии. – 2008. – Т.41. – С. 20–21.
- Фадеев Р.А., Мартынов И.В., Ронкин К.З., Емгахов А.В. Последовательность действий ортодонта при исправлении зубочелюстных аномалий, осложненных заболеваниями ВНЧС и парафункциями жевательных мышц // Институт Стоматологии. – 2014. – Т.66, №1. – С. 52–53.
- Фадеев Р.А., Ронкин К.З., Мартынов И.В., Червоток А.Е. Применение метода определения положения нижней челюсти при лечении пациентов с частичной потерей зубов // Институт Стоматологии. – 2014. – Т.63, №2 (63). – С. 32–35.
- Хватова В.А. Клиническая гнатология. – М.: Медицина, 2005. – 295 с.
- Цимбалитов А.В., Калмыкова Э.А., Сеницкий А.А., Лопушанская Т.А., Войтяцкая И.В. Клинико-физиологическое обоснование применения чрескожной электростимуляции для лечения стоматологических больных с дисфункцией жевательной мускулатуры // Институт Стоматологии. – 2012. – Т.57. – С. 51–53.
- Щербаков А.С., Петрикас И.В., Буланов В.И., Загорко М.В. Изучение распространенности и диагностика функциональных нарушений ВНЧС у лиц молодого возраста // Институт Стоматологии. – 2013. – Т. 58, №1 (58). – С. 18–19.
- Chan C.A. Applying the neuromuscular principles in TMD and Orthodontics. J of the American Orthodontic Society. 2004.
- Jankelson R.R.: Neuromuscular Dental Diagnosis and Treatment, Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Publishers, 1990.

НОВЫЙ VECTOR PARO - ЩАДЯЩАЯ ТЕРАПИЯ



СЖАТЫЙ ВОЗДУХ
АСПИРАЦИЯ
ПЕРЕДАЧА
ИЗОБРАЖЕНИЯ
СОХРАНЕНИЕ ЗУБОВ
ГИГИЕНА



С ультразвуковой системой Vector Paro фирмы Dürr Dental открывается новая глава в области пародонтологии.

- Основа: щадящее отношение к тканям пародонта*
- Целевое направление ультразвуковой энергии
- Безболезненность благодаря параллельной работе к поверхности корня
- Новая концепция эргономики панели управления
- Удобное управление, совершенный по форме дизайн

Больше информации на сайте www.duerr.de

ООО «Дентекс»

125284, Москва, Хорошевское шоссе, д. 12, к. 1, 3-й этаж.
+7 /495/ 974 30 30
+7 /812/ 318 03 79
info@dentex.ru
www.dentex.ru

ООО «ВиталЕВВ»

620144, г. Екатеринбург,
ул. Сурикова, д. 37
+7 343 257 75 67
+7 343 251 48 97
office@vitalevv.ru
www.vitalevv.ru

*Исследование: A. Braun, F. Krause, G. Hahn, M. Frentzen: Субъективные болевые ощущения при лечении пародонта. Quintessenz 53, 7, 749-754 (2002)

 **DÜRR
DENTAL**

Комплексное лечение пациентов с аномалиями прикуса, ортодонтическая подготовка к протезированию, рациональное протезирование



А.А. Самородов
Генеральный директор сети клиник ООО "Эстет Дент", врач-ортопед, хирург-имплантолог



А.И. Проньева
к.м.н, врач-ортодонт



Е.А. Шавман
врач-ортопед

В современной стоматологии успешно развивается и совершенствуются междисциплинарные связи и интеграция различных специальностей, что позволяет решать ряд сложных вопросов у пациентов с аномалиями прикуса, нуждающихся в ортопедическом лечении для восстановления функции жевательного аппарата.

В последнее время наблюдается высокая нуждаемость взрослого населения с аномалиями и деформациями зубных рядов в ортодонтическом лечении – от 30 до 55% (Алимский А.В. и соавт., 2006; Дмитриенко С.В. и соавт., 2006; Смердина Л.Н., 2000; Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., 2005 и др.). Такая патология сопровождается перегрузкой тканей пародонта, что не позволяет проводить рациональное ортопедическое лечение без предварительной коррекции аномалий и деформаций зубочелюстного комплекса (Голубенцева Н.С., Шулькина Н.М., 2000; Арсенина О.И., 2005; Кулаков А.А., Лосев Ф.Ф., Гветадзе Р.Ш., 2006).

Аномалии окклюзии у взрослых в 98% случаев сочетаются с частичным отсутствием зубов (Шварцман В.А., 2003), это сопровождается эстетическими и психологическими проблемами, наблюдается нарушение морфологии и функции зубочелюстной системы. Адекватное ор-

топедическое лечение пациентов с дефектами и деформациями зубных рядов лишь в редких случаях может быть проведено без участия врача-ортодонта.

Внедрение современных технологий позволяет проводить эффективное ортодонтическое лечение взрослых пациентов с аномалиями зубочелюстной системы и показывает необходимость и целесообразность сотрудничества ортодонта со специалистами смежных специальностей – хирургом, пародонтологом, ортопедом, терапевтом и др. (Арутюнов Д.С. 2006; Мягкова Н.В., Бимбас Е.С., 2003; Оконешников Е.А. 2007; Spalding P., 2001). Врачи различных стоматологических направлений тесно сотрудничают, решая проблемы пациентов в комплексе, составляя оптимальный план лечения и реабилитации пациентов.

Актуальность изучения вышеизложенных вопросов, определяющих тактику врачей разных стоматологических специальностей при лечении пациентов с аномалиями прикуса, является важнейшим направлением в современной стоматологии.

Клинический случай

Пациентка в возрасте 27 лет обратилась с жалобами на эстетику улыбки, нарушение качества ранее сделанных реставраций зубов, отсутствие зубов и нарушение прикуса (рис. 1).



Рис. 1. Клиническая картина пациентки на момент обращения в стоматологическую клинику

Клиническое обследование пациентки проводили в условиях стоматологического кабинета с помощью стандартного набора инструментов и включало результаты опроса, визуальной и инструментальной диагностики. Дополнительное исследование включало изучение контрольно-диагностических моделей, рентгенологическое обследование зубочелюстной системы (ортопантограмма и боковая телерентгенограмма). Создание wax up моделей.

На основании полученных данных врачами различных стоматологических специальностей был составлен план лечения, включающий проведение профессиональной гигиены и санацию полости рта, подготовку зубов под протезирование, удаление разрушенных зубов не удовлетворяющих условиям дальнейшего протезирования, проведение ортодонтической подготовки под протезирование на нижней челюсти параллельно с протезированием зубов верхней челюсти. Составление плана реабилитационного периода.

Пациентка с представленным планом согласилась. Предварительный период лечения около одного года.

Преортодонтическая и преортопедическая фаза лечения включала:

- обучение и контроль гигиены полости рта;
- лечение заболеваний пародонта (снятие зубных отложений, устранение признаков воспаления);
- устранение несостоятельных ортопедических конструкций не отвечающим

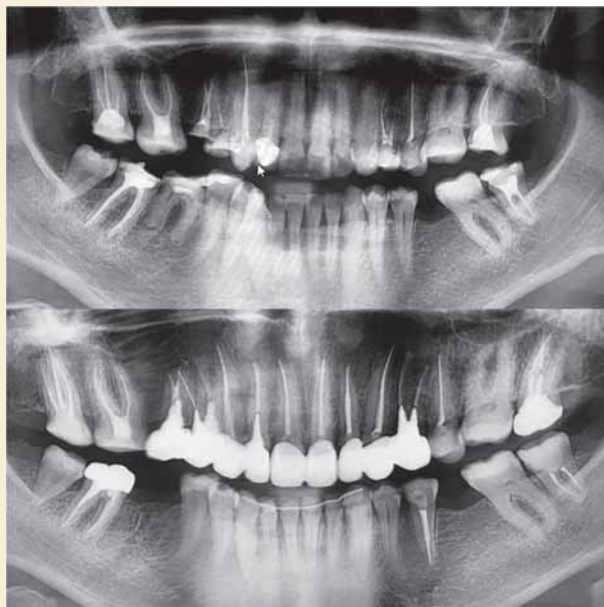


Рис. 2. Санация полости рта и подготовка опорных зубов под протезирование



Рис. 3. Гингивотомия, коронковое удлинение 14, 15



Рис. 4. Ортодонтический этап лечения на несъемной аппаратуре на нижней челюсти (лигируемая брекет-система)



Рис. 5. Завершающие этапы ортодонтического лечения

рациональным требованиям эстетики и функции (снятие металлокерамической коронки 12 зуба и изготовление временной коронки);

- санация полости рта и подготовка опорных зубов под протезирование (рис. 2). А именно: лечение кариеса 48, 34 зубов, ревизия и перелечивание ранее леченных зубов по поводу осложнения кариеса (15, 14, 17, 12, 24, 27 зубов), лечение пульпита 13, 25, 35 зубов, эндодонтическая подготовка опорных зубов (11, 21, 22, 23, 45 зубов), удаление 46 зуба в связи с обострением периодонтита. Гингивотомия, коронковое удлинение в области 14, 15, 47 (рис. 3);
- временное протезирование.

Подготовительный период лечения 3 месяца.

Ортодонтическое лечение проводилось при соблюдении адекватной гигиены полости рта и при отсутствии признаков воспаления тканей парадонта и периодонта. На момент начала ортодонтического лечения у пациентки наблюдалось: тенденция к мезиальному прикусу, несоответствие ширины верхнего и нижнего зубных рядов, перекрестный правосторонний прикус во фронтальном отделе, тесное положение зубов на н/ч, обратная окклюзия и вестибулярное положение 43, 42 зубов. Смещение центральной линии. Вторичная адентия 46 и 36 зубов (рис. 4).

Было рекомендовано лечение на несъемной аппаратуре на нижней челюсти (лигируемая брекет-система) в сочетании со



Рис. 6. Создание провизорными конструкциями места для последующего протезирования

стриппингом 42 и 43 зубов параллельно с временным протезирование зубов фронтального отдела на верхней челюсти согласно *wax up* моделям. Проведено ортодонтическое лечение по типу “камуфляж”, включающее нивелирование зубов (выравнивание наклоненных зубов), дистализацию 45, 44, 43 зубов, стриппинг, достижение нормального перекрытия во фронтальном отделе (**рис. 5**). Период лечения 5 месяцев.

Ортопедический этап лечения пациентки проходил в два этапа и включал в себя:

1. Предварительное восковое моделирование. Зубной техник провел восковое моделирование предполагаемых реставраций на гипсовых моделях.

Перед началом проведения любого реставрационного лечения очень важно оценить отношение пациента к состоянию его зубов и определить его ожидания в отношении функциональных и эстетических результатов.

2. Период провизорных конструкций, необходимых для создания условий для ортодонтического лечения и завышения прикуса, **рис. 6**.



Рис. 7. Металлические культевые штифтовые вкладки



Рис. 8. Восстановление зубов керамическими вкладками IMAX



Рис. 9. Восстановление боковых групп зубов циркониевыми коронками



Рис. 10



Рис. 11

3. Период окончательного рационального протезирования:

1) Восстановление зубов с индексом разрушенности окклюзионной части 100% культевыми штифтовыми вкладками (14, 15, 47, 24, 12) **рис. 7**.

2) Восстановление зубов с индексом разрушенности до 70% керамическими вкладками с адгезивной фиксацией (17, 26, 38, 37) (**рис. 8**).

3) Восстановление анатомической формы зубов с помощью циркониевых коронок (15, 14, 24, 47) (**рис. 9**).

4) Восстановление анатомической формы эстетическими коронками циркониевыми с керамической облицовкой (13, 12, 11, 21, 22, 23) (**рис. 10, 11, 12**).

Этап протезирования – в течение 5 месяцев.



Рис. 12

Заключение

В совокупности весь период лечения занял 10 месяцев. Проведенное лечение полностью удовлетворило пациентку в физиологическом и эстетическом ожиданиях, позволило восстановить утраченные зубы. Функция жевания восстановлена.

При контрольном осмотре через год пациентка отмечает комфорт при жевании, отсутствие жалоб, полную личностную и социальную удовлетворенность. Установленные конструкции неподвижны, при рентгенологическом исследовании патологических изменений в периапикальных тканях не обнаружено, очагов воспаления не выявлено, что позволяет прогнозировать долгосрочный положительный результат.

Литература

1. Алимский А.В., Никоненко В.Г., Смолина Е.С. Распространенность аномалий зубочелюстной системы и их структура среди первокурсников военного университета // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2006. – №2 (19). – С. 60–62.
2. Дмитриенко С.В., Воробьев А.А., Краюшкин А.И. Морфологические особенности челюстно-лицевой области при аномалиях и деформациях и методы их диагностики. Учебное пособие. – М., 2009. 144 с.
3. Смердина Л.Н. Психологическая подготовка ортодонтического больного // Новое в стоматологии. – 1997. – Вып. 1 (51). – С. 126–128.
4. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., Окушко-Калашникова В.П. Ортодонтия. Профилактика и лечение функциональных, морфологических и эстетических нарушений в зубочелюстно-лицевой области. Книга 4. – М.: «Ортодент-инфо», – 2005. – 134 с.
5. Голубенцева Н.С. О необходимости сотрудничества ортодонта и ортопеда // Клинич. имплантология и стоматология. – 2000. – № Ъ-4. – С. 100–103.



Рис. 13. Сравнительная оценка протезирования боковой группы зубов



Рис. 14. Гармоничная улыбка на основе антропометрических данных

6. Кулаков А.А., Лосев Ф.Ф., Гветадзе Р.Ш. Зубная имплантация: основные принципы, современные достижения. Руководство. – М., 2006. – 152 с.
7. Арутюнов Д.С. Комплексная диагностика и планирование лечения взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями и дефектами зубных рядов: Дисс. канд. мед. наук. – М.: МГМСУ, 2006 – 168 с.
8. Шварцман В.А. Особенности ортопедической реабилитации взрослых пациентов с дистальным прикусом, осложненным частичной потерей зубов // Эстетика. – 2003. – №8. – С. 116.

НАТУРАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ДЕСЕН
ОТ КРОВОТОЧИВОСТИ И ВОСПАЛЕНИЯ

НОВИНКА!

R.O.C.S.[®]
REMINERALIZING ORAL CARE SYSTEMS

SMART ORAL CARE



БЕЗ ФТОРА



НАТУРАЛЬНАЯ
ЗАЩИТА



АКТИВНЫЙ
КАЛЬЦИЙ

Реклама

ЗУБНАЯ ПАСТА R.O.C.S.[®] БАЛЬЗАМ ДЛЯ ДЕСЕН

С ЭКСТРАКТАМИ ЛЕСНЫХ РАСТЕНИЙ

ЭФФЕКТ 3 В 1:

- ЗАЩИЩАЕТ ДЕСНЫ ОТ КРОВОТОЧИВОСТИ И ВОСПАЛЕНИЯ;
- НАСЫЩАЕТ ЭМАЛЬ ЗУБОВ МИНЕРАЛАМИ;
- ПРЕПЯТСТВУЕТ РАЗМНОЖЕНИЮ БАКТЕРИЙ.

- Для защиты десен в пасте использован двойной экстракт коры осины, сохранивший все целебные свойства растения, известного своими мощными противовоспалительными, антиоксидантными и вяжущими свойствами.
- Введенный в состав пасты гидрокарбонат натрия позволяет уменьшить отек и нормализовать уровень кислотности (pH).
- Для реминерализации эмали зубов использовано кальций-фосфатное соединение с высокой биодоступностью и биосовместимостью.
- Натуральные свойства ксилита (6%) предотвращают образование зубного налета, обеспечивают нормализацию бактериального баланса полости рта.
- Видимый результат в кратчайшие сроки.
- Длительная свежесть дыхания.
- Не содержит фториды, триклозан и хлоргексидин.



World Oral
Health Day



Бренд R.O.C.S.[®] – Партнер по проведению Всемирного Дня здоровья полости рта 2016 г. в России, проходящего под эгидой Стоматологической Ассоциации России (СтАР) и Всемирной Федерации Стоматологов FDI.



www.rocs.ru



Е.В. Честных,
А.Ж. Петрикас,
Д.В. Медведев

Тверской государственный
медицинский университет

Возможный стандарт инъекции местного анестетика

Клинический протокол – это документ, определяющий стандартные требования к выполнению медицинской процедуры, в соответствии с Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”. Разработаны протоколы для подкожных – 23 пункта и внутримышечных инъекций – 17 пунктов [1]. Протокол инъекций в полости рта пока отсутствует. Проблемы стандартизации активно развиваются в России, благодаря Стоматологическая ассоциации России (СтАР) и Московскому государственному медико-стоматологическому университету (МГМСУ) [2]. Внутриворотная инъекция самая распространенная и самая эффективная обезболивающая процедура. Из анализа фирмы Септодонт (2013) каждую секунду в мире проводится 15 инъекций в полости рта [3]. Естественно, мы учли вековой опыт дентальной анестезии и взяли за основу нашего проекта свежий протокол Американской дентальной ассоциации (ADA) [4]. Он слегка обобщен. Поводом к его созданию, возможно, сыграл опрос

209 dentists, проведенный Malamed в 1980 г. [5]. При этом выяснилось, что более 70% из них не проводят какой-либо антисептической и болеутоляющей подготовки пациента к инъекции. В России эта тенденция в также имеет место. Российский рыночный переворот 90-х годов существенно изменил материальную базу местной анестезии: возник арсенал ампулированных анестетиков в виде цилиндрических картриджей или карпул, в моду вошли спוגиозные дополнительные методы инъекций [6]. Возник доступный богатый арсенал антисептиков, топикальных (аппликационных) анестетиков и их комбинаций [7, 8]. Мы несколько модифицировали американский протокол BLANTON P, JESKE AN [4].

Картриджный шприц громоздок и неудобен при инъекции. Ю.Г. Кононенко (2008) предложил перекачивать анестетика из картриджа в разовый привычный пластиковый изящный шприц (рис. 3).

Современные компьютерные шприцы обеспечивают контролируемую скорость введения анестетика



Рис. 1. Набор инструментов для анестезии.

Heiserman DL Primary contact providers. The US Army.TheUSNavyAncillary content and onlive version 2011: SweetHasen Publishing Servicces [9]

(CCLAD) в разных по плотности тканях. Французская система компьютерных шприцев DHT на системе PAR более удобна и совершенна.

В проект не входило применение каких-то новых нестандартных средств для обеспечения антисептического статуса инъекции. Применяв метод микробного числа на 19 пациентах, мы сравнили 4 метода подготовки инъекционного поля перед инъекцией на глубину 3 мм. На чашках Петри учитывалось число выросших колоний из бактерий, попавших в просвет иглы из 2 исследуемых капель анестетика. Подготовка слизистой оболочки заключалась: 1) промывание раствором марганцовокислого калия, 2) аппликация 0,2% раствора хлоргексидина, 3) протирание стерильным марлевым тампоном, 4) без какой-либо обработки.

Полоскание раствором 0,2% хлоргексидина резко уменьшало микробное число слизистой оболочки (5,3 ± 3,35 КОЕ). Этот эффект почти не отличался !!! от эффекта протирания места вкола стерильным марлевым тампоном (4,5 ± 1,34 КОЕ) (t=0,21, p>0,05). Очищение слизистой оболочки стерильным марлевым тампоном значительно превосходило эффект промывания раствором марганцовокислого калия: 58,2 ± 24,63 КОЕ (t=2,17, p<0,05).

Рассматривая стандартную дентальную инъекцию как первую реальную встречу пациента с врачом, надо учитывать её роль для дальнейшего психоэмоционального контакта [17, 18]. Неудивительно, что свою расширенную модификацию протокола Malamed (2004) назвал травматической. Уровень дентофобии к настоящему времени снизился. Chanprong et al. [19], анализируя разновидности дентального страха на у 1100 пациентов Канады перед инъекцией нашёл, что 64% пациентов никакого страха не испытывают, 30% имеют небольшой страх и напряженность, но 5,5% сохраняют тяжёлый страх, связанный со стоматологией.

Таблица 1. Модифицированный протокол проведения дентальной анестезии согласно основному стандарту ADA (левая сторона) с возможными модификациями (правая сторона)

ADA стандарт	Наши предложения
1 – Полный предоперационный обзор медицинского статуса пациента	Опрос. Как вариант “Карта здоровья”. Создание специального лоточка-набора для инъекции (рис. 1).
2 – Предоперационное исследование артериального давления и пульса	На усмотрение врача. Простейший вариант: мониторинг в виде пальчиковой пульсоксиметрии (NisseiOX-700) (рис. 2А). Оптимальный вариант мониторинга: артериальное давление до анестезии, через 15 мин и после окончания лечения, например, OmronMX3 plus. E.R.A.tehnology [6.10]
3 – Учитывайте волнения пациента перед проведением инъекции местного анестетика	Премедикация, например, корвалол, беседа.
4 – Оптимальное положение пациента лёжа на спине	Полулёжа, на усмотрение оператора. Врач должен выбрать положение, которое позволит ему комфортно провести инъекцию.
5 – Использование одноразовых игл, картриджей, разовых шприцев, аспирационных шприцев	Аспирация при длинных инъекциях необходима, при инфильтрационных – на усмотрение врача. Применение разовых пластиковых шприцев – на усмотрение врача. Загрузка этого шприца из картриджа иглой через диафрагму картриджа (рис. 3). [12]
6 – Асептическая обработка инъекционного поля стерильным марлевым тампоном	Марлевый тампон высоко эффективен на гладких поверхностях слизистой оболочки (рис.2В). При интралигаментных инъекциях более эффективно двухминутная аппликация десневой борозды раствором хлоргексидина.
7 – Использование топикулярной анестезии	Аэрозольный лидокаин 10%. Диплен ЛХ, «Xylonorgel» (Septodont). На усмотрение врача [7, 8].
9 – Использование минимального объема раствора анестетика, введенного медленно (1,8 мл за 2 мин)	Оптимально 1,8 мл 1 мин [16]
10 – Не оставляйте пациента без внимания после проведения анестезии	

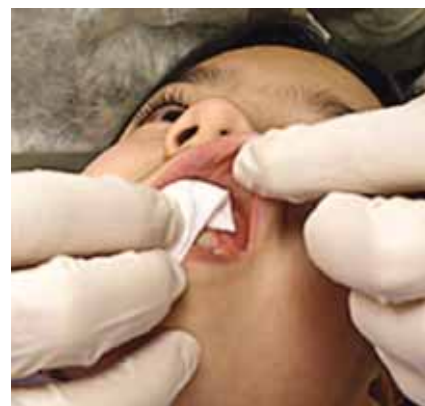


Рис. 2. А – Оксиметр (“Nissei” OX-700). В - Протирание места вкола стерильным марлевым тампоном



Рис. 3. Заправка пластикового шприца местным анестетиком из картриджа [12]

Таблица 2. Число выросших колоний в зависимости от способа обработки места вкола у 19 пациентов [15]

Обработка места инъекции	n	Число колоний				
		мини-мальное	макси-мальное	Среднее M	SD	±m
1. Промывание раствором марганцово-кислого калия	19	2	210	58,22	38,15	±24,63
2. Апликацией раствором 0,2% хлоргексидина	19	0	31	5,3	6,09	±3,35
3. Протирание стерильным марлевым тампоном	19	0	21	4,53	4,03	±1,34
4. Без какой-либо обработки	19	2	215	28	44,5	±13,62

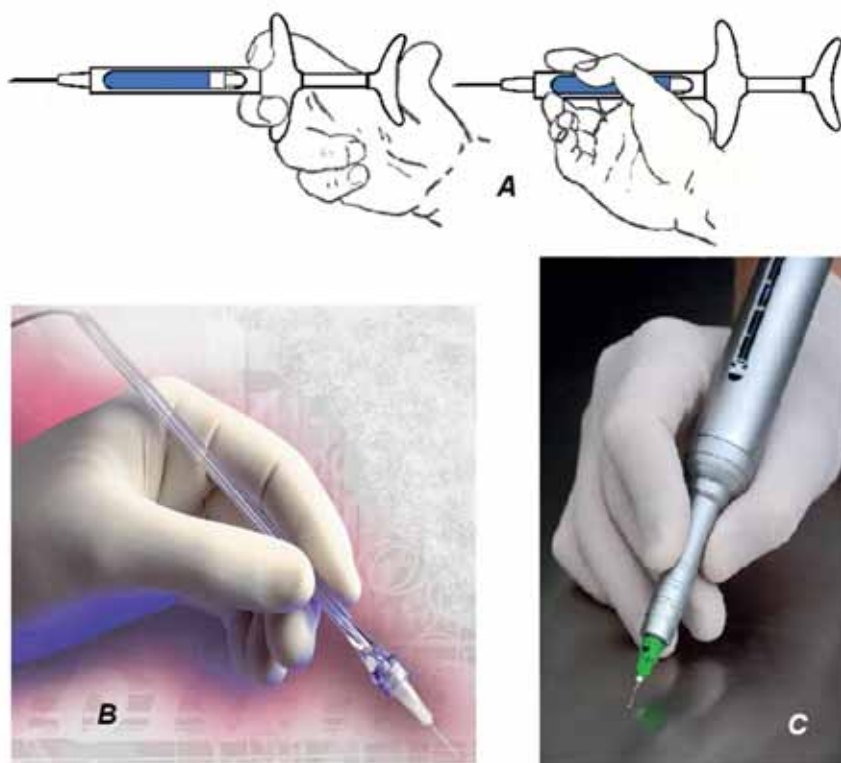


Рис. 4. А - Инъекция стандартным картриджным шприцем правильно и неправильно. В – инъекционный манипулятор компьютерного шприца “Wand”- CCLAD (хватка пером); С – Инъекция компьютерным шприцем QuickSleeper DHT с вращающейся иглой - PAR (хватка пером)

КАРТА ЗДОРОВЬЯ

Приложение к истории болезни № _____

Фамилия _____ Возраст _____

ВОПРОСЫ

Ответьте на каждый вопрос “ДА” или “НЕТ”, впишите или подчеркните:

1. Обнаруживают ли у Вас повышенного кровяного давления? _____
2. Был ли у Вас инфаркт миокарда? _____
3. Был ли у Вас гепатит или желтуха? _____
4. Больны ли В диабетом? _____
5. Были ли у Вас припадки и обмороки? _____
6. Возникло ли у Вас длительное кровотечение? _____
7. Болеете ли Вы туберкулёзом? _____
8. Имеется ли у Вас непереносимость (аллергия) к новокаину, или а) другому лекарству или веществу? _____
9. Заражены ли Вы СПИДом? _____
10. Больны ли Вы ревматизмом? _____
11. Больны ли Вы венерическими заболеваниями? _____
12. Имеете ли Вы другие серьёзные сопутствующие заболевания или б) перенесенные операции? _____
13. Применяете ли Вы какие-нибудь лекарства в настоящее время? _____
14. (Специальный вопрос для женщин) Беременны ли Вы? _____

Дата _____ Подпись _____

Рис. 5. Анкета для оценки медицинского статуса

Сейчас, когда проблема боли в стоматологии дошла до страха перед иглой, D. Ise (2014) предлагает специальный протокол для редукации стресса у пациента [20].

- 1) Увидеть страх и тревожность пациента.
- 2) Персонизировать его страх и тревожность.
- 3) Минимизировать период ожидания приёма.
- 4) Принимать пациента рано утром.
- 5) Сначала легкие и короткие процедуры.
- 6) Постепенно перейти к более сложным по принципу: расскажи-покажи-сделай.
- 7) Анксиолитики.

Для обязательной оценки медицинского статуса мы рекомендуем короткую индивидуальную анкету, состоящую из четких вопросов, требующих ответов “да” или “нет”, заполняемой пациентом в период ожидания. Она подшивается к истории болезни и может оказаться полезной в последующем на многие годы.

В ответах “нет” анкеты врач освобождается от излишней информации и акцентирует внимание на положительных ответах, развивая их. Дентальный страх американцы компенсируют тщательным выполнением “национальной идеи” 30-х годов XX века, заключающейся в эффективном уходе за зубами, как профилактики заболеваний полости рта [23]. Таким образом, страх становится механизмом профилактики стоматологических заболеваний.

Анкета использована в 4 медицинских учреждениях с 1972 г. Она исследована у 5,3 тыс. стоматологических пациентов, решая текущие врачебные проблемы, не только индивидуальные.

Из многочисленных техник мониторинга мы используем частоту сердечных сокращений и реже показатели систолического и диастолического

давления. В регулярных клинических условиях измерение АД обременительно. Неудивительно, что многие практические врачи за рубежом предпочитают использование простого и удобного пульсоксиметра, например, Nissei OX-700, надеваемого на палец (рис. 2А).

Хотя болеутоляющая топикальная аппликационная подготовка не введена в широкий протокол ADA, мы считаем использование его по усмотрению врача в некоторых случаях. Марлевый тампон должен занять в протоколе важное место, не только как средство высушивания слизистой оболочки, но и как эффективное антисептическое мероприятие.

Сборка и разборка картриджного шприца должна быть безупречно освоена оператором ещё на уровне фантомного курса. Следует аккуратно работать с двухсторонними дентальными иглами, учитывать их опасность в виде самонинфицирования при СПИДе и гепатите.

Заключение. Каждый врач имеет свой опыт работы с местной анестезией. Рассчитываем на полезность данной разработки.

Литература

1. Методические рекомендации профессиональной деятельности медицинской сестры процедурной Стандарты и технологии практической деятельности медицинских сестёр. Новосибирск, 2013.
2. Петрова А.П., Сергиенко Е.Д., Мирзаева Л.И., Кадиев У.А. Проблемы стандартизации в стоматологии <http://medconfer.com/node/4435>.
3. Septodont Leading Innovation 2013; <http://www.septodontindia.com/html/whoarewe.php>
4. P.L. Blanton, A H. JESKE JADA Continuing Education Avoiding complications in local anesthesia induction. Anatomical considerations J Am Dent Assoc, Vol 134, No 7, 888-893. © 2003 American Dental Association.
5. Malamed S.F. Textbook of local anesthesia 1980, 1990, 1997, 2004 Ed. 1.2.3.4.5 MOSBY.
6. Петрикас А.Ж. Обезболивание в эндодонтии – М.МИА, 2009. – 212 с.
7. Рабинович С.А. Современные технологии обезболивания в амбулаторной стоматологической практике – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. – 144 с.
8. Николаев А.И., Николаев Д.А. «Карпульная» анестезия в терапевтической стоматологии: выбор препарата, особенности проведения. – Информационный проект STI – online. – №7. – апрель 2011. – С. 22-26.
9. Heiserman DL Primary contact providers. The US Army. The US Navy Ancillary content and onlive version 2011: SweetHasen Servicces.
10. Анисимова Е.Н., Давыдова С.С., Орехова И.В. Диагностика артериальной гипертензии у пациентов на амбулаторном стоматологическом приёме Эндодонтия today. – 2015, №2. – С.3-5.
11. Petrikas A.Z. Medvedev D.V. , Efimova O.E. et al. Systemic Reactions of Intraosseous (Vascular, Spongy) Anesthesia - Research & Reviews//Journal of Dental Sciences |RRJDS | Volume 3 | Issue 3 | 2015 Dec| p. 1-6.
12. Кононенко Ю.Г., Рожко Н.М., Рузин Г.П. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии. Киев: Книга плюс. – 2008. – 304 с.
13. Самохина В.И. Клинико-микробиологическое исследование антикробной активности озона а терапии хронического периодонтита у детей. Эндодонтия, today. – 2013. – №1. – С. 3-7.
14. Самохина В.И. Доказательный подход при выборе антимикробных препаратов в практике детского стоматолога Эндодонтия today. – 2015. – №2. – С. 12-17.
15. Червинец В.М., Петрикас А.Ж., Честных Е.В., Нечаева А.А., Шедякова Н.В. Микробное загрязнение инъекционного поля полости рта и его антисептическое очищение //Стоматолог-практик. – 2015. – №3. – С. 68–71
16. Malamed S.F. Handbook of Local Anesthesia. 5th Edition. Mosby, St. Louis, 2004.
17. Трезубов В.Н. Приспособительные реакции у больных на ортопедическом стоматологическом приеме (особенности состояний эмоционального напряжения, и профилактика и коррекция) Дисс. докт. 1989.
18. Трезубов В.Н., Арутюнов С.Д. Стоматология учебник Медицинская книга 2003. Гл. 5. Психотерапия и анестезиологическая защита больных. – С.191-198.
19. Chanpong B., Haas B., Locker D. Need and demand for sedation or general anaesthesia in dentistry: national survey of the Canadian population. Anesth. Prog. [Internet]. 2005.– Vol. 52(1): 3–11.
20. Isen D. Medical Emergencies In The. Dental Office: Current Concepts.2014 d.isen@rogers.com. 416-498-8484. Toronto Crown.
21. Петрикас А.Ж., Ковальчук Л.Н., Пиекалнитс З.В., Саввиди З.И. Оценка медицинского статуса амбулаторных стоматологических больных с помощью «Карты здоровья». – Стоматология. – 1985. – №3: – С. 82-84.
22. Петрикас А.Ж. Метод получения информации о медицинском статусе амбулаторных стоматологических больных//Здравоохранение РСФСР. – 1979, №5. – С. 37-38.
23. Anon A Pictorial History of Dentistry -© 2013 DentalAssistant.net | Schools | Job Description | Salary



НИИАМС

Стоматологическая Ассоциация России
Секция «Лучевой диагностики в стоматологии» СтАР
Региональная общественная организация «Стоматологи столицы»
Московский Государственный Медико-Стоматологический
Университет имени А.И. Евдокимова
Чемпионат стоматологического мастерства
НИИАМС

**ВСЕРОССИЙСКИЕ СЛУШАНИЯ
ПО ВЫРАБОТКЕ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА
ДИАГНОСТИКИ В СТОМАТОЛОГИИ
14-15 АПРЕЛЯ 2016 г.
ПОСТ-РЕЛИЗ**

14 апреля 2016 г. в Москве на базе Клинического Центра стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова состоялись Всероссийские слушания по выработке критериев оценки качества диагностики в стоматологии, в рамках которых прошли финал Конкурса «Диагностика в стоматологии» и научно-практическая конференция «Диагностика в стоматологии». Открыли Всероссийские слушания Президент СтАР **Владимир Викторович Садовский** и Председатель секции «Лучевой диагностики в стоматологии» СтАР, профессор **Марина Анатольевна Чибисова**, которая в своем приветственном слове подчеркнула, что система стандартизации диагностического обследования, планирования процесса и результата лечения – это гарантия повышения качества оказания стоматологической помощи, а практическое применение инновационных высокотехнологичных методов лучевой диагностики значительно расширяет диагностические горизонты оценки анатомических особенностей и патологических процессов зубочелюстной системы. «Применение новейшей современной цифровой рентгенодиагностической аппаратуры для обследования зубочелюстной системы у пациентов различного возраста обеспечивает сокращение сроков обследования и снижение суммарной лучевой нагрузки на пациента в амбулаторной стоматологии. Для эффективного использования современных методов лучевой диагностики необходимо разработать систему оценки критериев качества различных методов диагностики и алгоритмы обследования пациентов по различным направлениям амбулаторной стоматологической практики», – отметила М.А. Чибисова.

В ходе научно-практической конференции были заслушаны доклады ведущих практикующих специалистов стоматологической отрасли:

- «Об актуальности применения диагностических манипуляций на стоматологическом приеме в свете обязательности исполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения больных)» – Президент СтАР, директор НИИАМС *Садовский Владимир Викторович*;

- «Стандарты использования КЛКТ в различных разделах амбулаторной практики для повышения качества стоматологического лечения. Алгоритмы чтения и интерпретации данных рентгенологических исследований в практике врача-стоматолога (радиовизиография, ортопантомография, КЛКТ). Критерии оценки качества методов и результатов исследований в лучевой диагностике (ЛД) в стоматологии» – д.м.н., профессор, Пред-

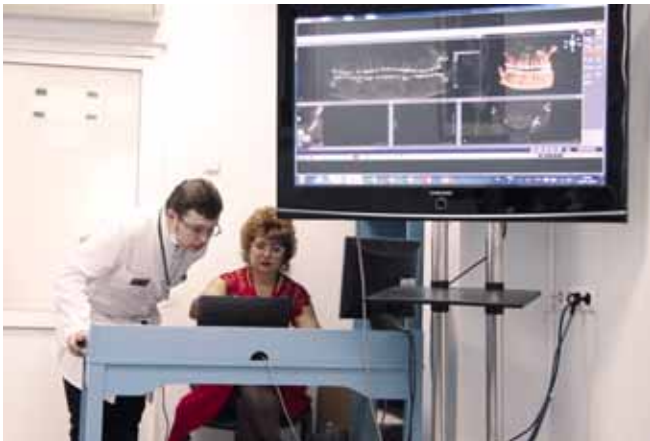


седатель секции «Лучевой диагностики в стоматологии» СтАР, ректор, заведующая кафедрой рентгенологии в стоматологии СПбИНСТОМ *Чибисова Марина Анатольевна*;

- «Лучевая нагрузка при проведении рентгенологических исследований в современной стоматологической практике. Международный опыт и возможности оптимизации» – врач-рентгенолог, радиолог, научный сотрудник отдела лучевой диагностики Федерального научно-клинического Центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева МЗ РФ *Краснов Алексей Сергеевич*;

- «Вопросы функциональной диагностики дисфункции ВНЧС в амбулаторной стоматологической практике. Современный алгоритм обследования пациентов с заболеваниями ВНЧС» – к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии с/ф МГМСУ им. А.И. Евдокимова *Ступников Алексей Анатольевич*;

- «Организация массового онкоскрининга в стоматологических организациях Российской Федерации (на примере Московской области, Республики Татарстан и Республики Чувашия)» – содокладчики: Лауреат Госпремии СССР, Заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, главный челюстно-лицевой хирург МЗ МО, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ФУВ, руководитель отделения ЧЛХ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, *Никитин Александр Александрович*; Президент СтАР *Садовский Владимир Викторович*; врач челюстно-лицевой хирург, аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского,



Рабочие моменты чемпионата СТАР «ДИАГНОСТИКА В СТОМАТОЛОГИИ»

исполнительный директор РОО «Московская областная ассоциация стоматологов и челюстно-лицевых хирургов» *Кряжинова Ирина Алексеевна*.

Параллельно с научно-практической конференцией прошел **финал чемпионата стоматологического мастерства «Диагностика в стоматологии»**. Конкурсную программу открыл мастер-класс для участников соревнования «Новые возможности в оценке и коррекции окклюзии при восстановительном лечении в комбинации с имплантацией и окклюзионного баланса в случаях обширного восстановительного лечения. Компьютерный анализ окклюзии зубных рядов аппаратом T-scan». Материалы и оборудование для конкурса предоставили компании «ВладМиВа», «Валлекс М» (DMG), «ДжиСи» (гипс) и партнеры Финала – компании PLANMECA и T-SCAN. За право носить почетное звание Чемпиона России боролись 6 претендентов. Финал состоял из 3 этапов: 1) осмотр и обследование, функциональная диагностика ВНЧС, составление плана лечения пациента; 2) лучевая диагностика и 3 ДКТ – диагностика в стоматологии; 3) компьютерный анализ окклюзии зубных рядов аппаратом T-SCAN, представленным главным партнером в номинации, – компанией T-SCAN (ООО «АВОС» эксклюзивный представитель в РФ). Компетенции и навыки участников оценивало строгое, но справедливое жюри под председательством **Марины Анатольевны Чибисовой**. Также в состав жюри вошли заместитель председателя заведующая кафедрой ортопедической стоматологии МГМСУ имени А.И. Евдокимова, д.м.н., профессор **Дубова Любовь Валерьевна**, **Ступников Алексей Анатольевич**, врач-стоматолог, клинический консультант T-SCAN в России, региональный менеджер компании «AVOS» **Борн Андрей Георгиевич**, **Кряжинова Ирина Алексеевна**, профессор кафедры стоматологии ГБОУ ДПО РМАПО, д.м.н. **Заславский Семён Александрович**.

Градус соревнования повышался с каждым этапом, ведь на кону стоял уникальный приз – поездка в Хельсинки на новый завод компании PLANMECA – генерального партнера чемпионата, в рамках тура «Диджитал перфекшн тур»! По итогам конкурса с минимальным отрывом первое место занял **Дружинин Антон Александрович**. Второе место досталось **Ожигову Евгению Михайловичу**, третье место заняла **Мельник Алена Сергеевна**. Таким образом, конкурсанты, занявшие первое и второе место соответственно получили в подарок от компании PLANMECA сертификаты на тур «Диджитал перфекшн тур», включающий в себя экскурсию по новому заводу и практические демонстрации и презентации оборудования и программ. От компании T-SCAN в подарок участники получили фирменные рюкзаки и книгу «Физиологическая окклюзия».

Партнеры чемпионата стоматологического мастерства СТАР «ДИАГНОСТИКА В СТОМАТОЛОГИИ» в 2016 г.

Генеральный партнер Planmeca

PLANMECA

Главный партнер в номинации «Компьютерный анализ окклюзии зубных рядов» T-Scan

Tekscan



Поздравление победителей чемпионата СТАР «ДИАГНОСТИКА В СТОМАТОЛОГИИ»

15 апреля в рамках слушаний также прошел ряд обучающих мастер-классов. Об алгоритмах обследования пациентов с помощью современных методов лучевой диагностики и ЗДКТ в терапевтической, хирургической, детской стоматологии, ортопедии и ортодонтии можно было узнать на мастер-классе Марины Анатольевны Чибисовой «Стандарты и алгоритмы чтения и интерпретации КЛКТ в различных разделах амбулаторной стоматологической практики, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии. КЛКТ (ЗДКТ) дифференциальная диагностика заболеваний, аномалий развития и повреждений зубочелюстной си-

стемы и челюстно-лицевой области». Особый интерес также вызвал мастер-класс Алексея Сергеевича Краснова «Информативность исследований, выполненных в условиях низкодозовых и ультранизкодозовых протоколов съемки на примере томографа ProMax 3D Mid», где было рассказано о возможностях и ограничениях «зеленых» режимов на оборудовании Planmeca, а также о дозиметрии вообще, нормах, механизмах снижения нагрузки при разных видах исследований и провести сравнение с обычными методами.

*Материал подготовлен пресс-службой
CmAP pr.press.star@gmail.com*



NSK

Ti-Max Z

Исключительно надежные

Ti-Max Z от NSK - самая надежная и высокопроизводительная серия наконечников в своем классе, не имеющая аналогов в мире. Угловые наконечники Ti-Max Z обладают самой маленькой головкой и самой тонкой шейкой, обеспечивая наилучший обзор и доступ к операционному полю.

Ti-Max Z - это незаменимый "Надежный партнер" для любого стоматолога.

На правах рекламы

NSK Rus & CIS www.nsk-russia.ru
ТЕЛ. : +7-495-967-96-07

 **dentex**

ООО «Дентекс» 125284, Москва,
Хорошевское шоссе, д.12, к. 1, 3-й этаж
Тел.: +7 /495/ 974 30 30, www.dentex.ru
+7 /812/ 318 03 79, info@dentex.ru



Powerful Partners®

Анализ отдаленных результатов лечения зубов с диагнозом “Глубокий кариес” в стоматологической поликлинике клинической больницы №42 г. Зеленогорска Красноярского края



Л.М. Дубинина

кандидат медицинских наук, заведующая стоматологической поликлиникой клинической больницы № 42 г. Зеленогорска Красноярского края (Филиал ФГБУЗ СКЦ ФМБА России)



Б.Н. Зырянов

профессор кафедры стоматологии последипломного образования ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Актуальность. Глубокий кариес является самой сложной формой неосложненного кариеса зубов [3, 4, 7, 9, 10]. По данным ряда источников [1, 2] процент осложнений (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса, в первые 6 месяцев колеблется от 10% до 32%. На практике наибольшие сложности связаны с диагностикой и лечением глубокого кариеса, что обусловлено необходимостью обеспечения сохранности жизнеспособности пульпы зуба; предотвращением дальнейшего развития кариозного процесса; оптимизацией реминерализации дентина; активизацией одонтогенной функции пульпы зуба с целью ускорения образования заместительного дентина. При лечении глубокого кариеса от врача-стоматолога требуется четкое соблюдение всех принципов и этапов препарирования кариозной полости с применением анестезии [2, 4].

Для медикаментозного лечения глубокого кариеса предложено большое количество различных по своему механизму действия лечебных паст, действие которых должно быть направленно на: создание бактерицидного и противовоспалительного действия на пульпу зуба; стимулирование репаративной функции пульпы зуба, сохранение хорошей адгезии к тканям зуба [1, 2, 3, 8]. При этом лечение глубокого кариеса, даже с соблюдением всех предосторожностей, сопряжено с опасностью развития пульпита спустя некоторое время после лечения зуба. Успешное лечение глубокого кариеса не только обес-

печивает сохранение функции зуба, но и предотвращает развитие осложнений кариеса. Неудачное лечение глубокого кариеса является причиной гибели пульпы и развития осложнений [2, 4, 9].

Ошибки и осложнения, возникающие во время и после лечения глубокого кариеса зубов довольно многочисленны и, к сожалению, встречаются часто. Эти ошибки могут возникать как во время препарирования и пломбирования кариозной полости, так и в различные сроки после пломбирования зубов [4, 8]:

- 1) Случайное вскрытие полости зуба во время препарирования.
- 2) Неправильное наложение изолирующей прокладки, что может вызвать повреждение пульпы химическими, токсическими факторами постоянных пломбировочных материалов.
- 3) Выпадение пломбы сразу или через некоторое время после ее наложения, что может быть следствием ряда факторов (недостаточное высушивание или неполная полимеризация материала и др.).
- 4) Возникновение папиллита.
- 5) Возникновение вторичного кариеса.
- 6) Обработка полости токсическими медикаментами.
- 7) Энергичное высушивание кариозной полости струей холодного воздуха.
- 8) Переэкспонирование фотополимеризатора (длительность экспонирования или полимеризаторы с высокой мощностью).
- 9) Другие.

Таблица 1. Выпадение пломб при лечении глубокого кариеса в динамике в течение двух лет

Временной промежуток	Количество случаев	Соотношение от всех выпавших пломб (в %)	Соотношение от всех вылеченных зубов с диагнозом «глубокий кариес» (в %)
Шесть месяцев	19	50,00±8,10%	4,75±1,06%
Один год	16	42,10±8,01%	4,00±0,98%
1,5 года	3	7,90±4,38%	0,75±0,13%
Два года	-	-	-

Таблица 2. Развитие пульпитов при лечении глубокого кариеса зубов в динамике в течение двух лет

Временной промежуток	Количество случаев пульпита	Соотношение от всех случаев пульпита (в %)	Соотношение от всех вылеченных зубов с диагнозом «глубокий кариес» (в %)
Шесть месяцев	20	69,00±8,74 %	5,00±1,09%
Один год	5	17,20±7,13%	1,25±0,56%
1,5 года	4	13,80±6,25 %	1,00±0,50%
Два года	-	-	-

Таблица 3. Развитие периодонтитов при лечении глубокого кариеса зубов в динамике в течение двух лет

Временной промежуток	Количество случаев периодонтита	Соотношение от всех случаев периодонтита (в %)	Соотношение от всех вылеченных зубов с диагнозом «глубокий кариес» (в %)
Шесть месяцев	2	40 %	0,50±0,35%
Один год	2	40 %	0,50±0,35%
1,5 года	1	20 %	0,25±0,25%
Два года	-	-	-

Цель исследования. Выявление основных осложнений, развившихся после лечения глубокого кариеса зубов, проводимого врачами-стоматологами в стоматологической поликлинике клинической больницы № 42 г. Зеленогорска Красноярского края в ближайшие и отдаленные сроки, и их профилактика.

Материал и методы исследования. В стоматологической поликлинике КБ № 42 филиала ФГБУЗ СКЦ ФМБА России (г. Зеленогорска, Красноярского края) в 2012 г. был проведен анализ амбулаторных карт и выборка клинических случаев с диагнозом глубокий кариес. Анализ проводился по реестрам с диагнозом глубокий кариес за январь, февраль, март, апрель 2010 года, по амбулаторным картам прослеживались отдаленные результаты лечения каждого зуба,

вылеченного по поводу глубокого кариеса на протяжении двух лет. Всего было изучено 400 клинических случаев. Осложнения в вылеченных зубах при диагнозе глубокий кариес разделились по двум направлениям: а) выпадение пломб; б) возникновение осложненного кариеса (пульпит, периодонтит).

В задачу исследования входило: 1) проведение анализа сохранности пломб при лечении глубокого кариеса в динамике с интервалами шесть месяцев; один год; 1,5 и два года; 2) проведение анализа осложнений (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса в динамике с интервалами шесть месяцев; один год; 1,5 и два года. Материал обработан статистически.

Результаты исследования. Из 400 клинических случаев было выявлено 72 случая осложнений

(выпадение пломб, развитие осложненного кариеса), что составило 18,00±1,92%. Из всех видов осложнений – 38 случаев приходится на выпадение пломб и 34 случая – на осложненный кариес, что в процентном соотношении составляет 9,50±1,47% и 8,50±1,39%.

Из всех видов осложнений на выпадение пломб приходится 38 клинических случаев, что составило 52,8%. Лечение проводилось повторно с тем же диагнозом – глубокий кариес под контролем электротеста. Анализ выпадения пломб при лечении кариеса в течение двух лет показал (таб. 1), что наибольшее число выпадений пломб отмечается в первые шесть месяцев после лечения.

Возникновение осложненного кариеса (пульпит и периодонтит), составило всего 34 клинических случая: из них развитие пульпита – 29 клинических случаев, а периодонтита – 5. Это составило от числа всех вылеченных зубов по поводу глубокого кариеса соответственно возникновение пульпита в 7,20±1,29% и возникновение периодонтита в 1,30±0,57% случаев. Анализ развития осложненного кариеса зубов (табл. 2, табл. 3) показал, что наибольшее число осложнений пульпита и периодонтита при лечении глубокого кариеса зубов возникло в первые шесть месяцев.

Проведенное В.С. Воробьевым и соавт. (1984) изучение частоты и характера осложнений после лечения кариеса в поликлиниках Москвы показало, что осложнения после лечения среднего и глубокого кариеса составляют – 16,2%. 30,6% ранее леченных по поводу среднего кариеса, в разные сроки в связи с выпадением пломб были лечены повторно, уже по поводу глубокого кариеса.

По данным проведенного нами анализа отдаленных результатов ле-

чения зубов по поводу глубокого кариеса (таблицы 1–3) общее число осложнений (выпадение пломб и осложненный кариес) в первые 6 месяцев составляют (41 случай) – 10,2%, из них выпадение пломб – 4,75%. Осложнения в виде возникновения пульпитов и периодонтитов, в вылеченных ранее зубах с диагнозом глубокий кариес соответственно составляют: 5,5 % всего, из них, пульпиты – 5%, периодонтиты – 0,5%.

Заключение. Проведенный анализ отдаленных результатов лечения выявил:

1. В данной работе мы не учитывали ряд показателей, имеющих серьезное значение в оценке эффективности лечения зубов по поводу глубокого кариеса, таких как, гигиенический индекс, КПУ, возраст пациента, расположение кариозной полости (по Блеку), виды лечебных прокладок и пломбировочных материалов и т.д. Отсутствие этих данных не позволяет достоверно утверждать, вследствие чего (неправильная диагностика или неверная тактика лечения) возникли вышперечисленные осложнения.
2. Процент осложнений, возникших через 6 месяцев после данного лечения, невысок, ниже существующих в литературе данных.
3. Для повышения эффективности лечения глубокого кариеса необходимо соблюдать комплекс мероприятий: точную диагностику, тщательное препарирование размягченных твердых тканей зуба, рациональный подбор лечебных и изолирующих подкладочных материалов, а также постоянных пломб. Существенное значение имеет формирование декомпрессионных дополнительных полостей, необходимых для исключения давления на пульпу зуба при жевании, применение малоинвазивной технологии для сохранения твердых тканей коронки зуба. Исключить пере-

грузку фотополимеризации для световых пломб.

4. При первоначальном обращении и дальнейшем динамическом наблюдении врачам следует уделять большее внимание сбору анамнеза, проведению диагностических мероприятий, включая электроодонтодиагностику, рентгенографию (лучше в формате 3D) или визиографию в динамике.
5. Врачам-стоматологам для профилактики развития осложненных форм кариеса, впервые полгода рекомендуется наблюдать в динамике больных, получивших стоматологическую помощь по поводу глубокого кариеса, то есть брать этих пациентов на диспансерное наблюдение.

Таким образом, для профилактики осложнений при лечении глубокого кариеса зубов рекомендуется совершенствовать методы лечения глубокого кариеса зубов, используя берегающие технологии. В комплекс местных методов лечения рекомендуется применять общее лечение, воздействующее на молекулярные механизмы течения кариеса зубов [5, 6], направленные на повышение системной резистентности организма и резистентности зубных тканей пациента. С этой целью рекомендуются иммунокорректоры и антиоксиданты, а при острейших формах кариеса зубов – консультация иммунолога, семейного врача и специалиста по клинической биохимии. Глубокий кариес лечить достаточно сложно, гораздо легче лечить поражение зубов неосложненным кариесом на ранних стадиях.

Литература

1. Арефьева О.В. Репаративные способности пасты на основе фитостероидов при лечении глубокого кариеса зубов // Автореф. дис. канд. мед. наук. – 2002. – 21 с.

2. Бирагова А.К. Лечение глубокого кариеса и острого очагового пульпита / А.К. Бирагова, С.В. Сирак // Материалы XLIV конференции стоматологов Ставропольского края «Актуальные вопросы клинической стоматологии». – Ставрополь: Изд-во СтГМА, 2011. – С. 252–253.
3. Борисенко А.В. Секреты лечения кариеса и реставрации зубов / А.В. Борисенко. – М.: Книга плюс, 2002. – 544 с.
4. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. – М.: Медицина, 2011. – 736 с.
5. Зырянов Б.Н. Концепция патогенеза кариеса зубов у населения Крайнего Севера / Б.Н. Зырянов // Маэстро стоматологии. – 2012. – № 3. – С. 26–31.
6. Зырянов Б.Н. Особенности лечения стоматологических заболеваний у коренного и пришлого населения Крайнего Севера Тюменской области / Б.Н. Зырянов. Методические рекомендации. – Омск. – 2015. – 40 с.
7. Луцкая И.К. Руководство по стоматологии Ростов н/Д: «Феникс». – 2002. – 544 с.
8. Сирак С.В. Оценка показателей электровозбудимости пульпы зубов при различных методах лечения глубокого кариеса и острого очагового пульпита / С.В. Сирак, А.К. Бирагова // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной стоматологии», посвященной 80 годовщине со дня рождения А.Г. Шаргородского. – Смоленск. – 2010. – С. 84–85.
9. Скрипкина Г.И. Использование малоинвазивных методов лечения кариеса в клинике стоматологии детского возраста / Г.И. Скрипкина, А.Ж. Гарифуллина, Ю.Г. Романова // Маэстро стоматологии. – 2010. – № 4. – С. 35–38.
10. Скрипкина Г.И. Диагностика уровня здоровья в полости рта и прогнозирование кариеса зубов у детей. – Омск: ОмГМА, 2014. – 180 с.

Стабильность. Надёжность. Доступность.



FONA2000L



FONA1000SW



FONA1000S



FONA CDR / CDR Elite



FONA Laser



FONA ScaNeo



FONA X70/XDG



FONA XPan DG



FONA Art Plus

На правах рекламы

 **dentex** эксклюзивный представитель FONA

ООО «Дентекс»
125284, Москва,
Хорошевское шоссе, д. 12 к 1, 3 этаж;
+7 (495) 974 30 30
+7 (812) 318 03 79 (Санкт-Петербург)
info@dentex.ru
www.dentex.ru

Генеральный партнер ООО «Дентекс»
ООО «ГРИН ДЕНТ ТРЕЙД»
г. Москва, ул. Бутлерова, 17 (БЦ NEO GEO),
корпус С, офисы 78а, 81
+7 495 363-28-20, greendent@greendent.ru,
www.greendent.ru

 **GREEN DENT.RU**
ЗЕЛЕННЫЙ СВЕТ ВАШЕЙ КЛИНИКЕ

Возможности в социальном и организационном плане лечения хронического генерализованного пародонтита у больных бронхиальной астмой

А.В. Алимский

научный консультант
отдела организации
стоматологической службы,
лицензирования и аккредитации
ФГБУ ЦНИИС и ЧЛХ
МЗ РФ, д.м.н., профессор

И.В. Купреева

к.м.н., доцент,
ГБОУ ВПО СГМУ

**Application of the
homeopathic preparation
"Traumel C" in complex
treatment of chronic
generalized parodontax in
cases of bronchial asthma**
A.V. Alimskiy, I. V. Kupreeva

A clinical stomatological investigation is done. 89 people with cases of bronchial asthma at the age of 20–40 were investigated. The coverage of chronic generalized parodontax is 97,3 %. The plan and method of complex treatment of chronic generalized parodontax are developed by application of the homeopathic preparation "Traumel C". Using "Traumel C" the reduction of clinical cases are proved.

Проведено клиническое стоматологическое обследование 89 больных бронхиальной астмой в возрасте 20–40 лет. Выявлено, что болезни пародонта встречаются у них в 100%, а распространённость хронического генерализованного пародонтита достигает 97,3%. Разработаны план и методика комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита с применением гомеопатического препарата «Траумель С». Установлено, что под влиянием лечения с его использованием отмечается достоверное снижение ряда клинических показателей за счет активно проявляемого противовоспалительного и иммуномодулирующего действия.

Актуальность проблемы

Одним из трудно поддающихся лечению заболеваний является бронхиальная астма, особенно если она сопровождается стоматологическими болезнями. В России хроническим генерализованным пародонтитом страдают до 98–100% населения. Наиболее распространёнными являются воспалительные заболевания пародонта (гингивит, пародонтит), которые часто протекают на фоне развития соматических заболеваний (2, 3, 4, 6).

В возникновении пародонтита определённую роль может играть стрессовое состояние организма. Следует отметить, что в научной литературе уделяется недостаточно внимания роли стресса в развитии и течении заболеваний зубочелюстной системы, в частности, пародонтита. Практически не изучено это у больных с таким тяжёлым и трудно под-

дающимся лечению заболеванием, как бронхиальная астма (1, 5).

В свою очередь, патологические изменения в зубочелюстной системе оказывают неблагоприятное воздействие на ряд органов и систем организма. Поэтому оценка и коррекция стоматологического статуса у больных бронхиальной астмой является важной медико-социальной и организационной проблемой (6), с учетом численности таких больных.

На современном уровне развития стоматологии большинство отечественных и иностранных врачей-исследователей считают, что ведущим звеном в возникновении воспалительных заболеваний пародонта является микробная инвазия. Поэтому антибиотики и синтетические химиотерапевтические средства нашли достаточно широкое применение в практической пародонтологии. Однако, следует учитывать, что длительное назначение этих препаратов может привести к гиповитаминозу группы В, развитию дисбактериоза из-за подавления нормальной микрофлоры пациента, которая, являясь своеобразным биологическим барьером, вступает в антагонизм с патогенными бактериями. Нередко антибиотики вызывают аллергические реакции. Поэтому в современной медицине наметился переход от сильнорействующих аллопатических препаратов, особенно при лечении хронических заболеваний, к методам лечения и препаратам более мягкого действия: натуропатическим, гомеопатическим, фитотерапии, апитерапии, которые не оказывают отрицательного побочного воздействия.

Цель исследования: обосновать применение и оценить эффективность гомеопатического препарата «Траумель С» в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у больных бронхиальной астмой.

Объекты и методы исследования

Проведено стоматологическое обследование 89 больных бронхиальной астмой, из которых у 68 был выявлен хронический генерализованный пародонтит лёгкой (12 человек) и средней (56 человек) степени тяжести. В контрольную группу вошли 25 соматически здоровых пациентов с санированной полостью рта, без признаков воспаления тканей пародонта. Средний возраст обследуемых составил $36,5 \pm 2,5$ года.

В зависимости от степени тяжести хронического генерализованного пародонтита и проводимого лечения пациенты были разделены на 4 группы. I группа состояла из 6 человек. В неё вошли больные с хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени, в комплексном лечении которых применялся препарат «Траумель С» в виде мази. 2 группа (сравнения) была представлена 6 пациентами с хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени тяжести, в комплексном лечении которых использовали гепариновую мазь. В 3 группу (из 56 человек) вошли пациенты с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, в комплексном лечении которых «Траумель С» был включён в мазевой и таблетированной формах. 4 группа была представлена практически соматически здоровыми пациентами с санированной полостью рта без признаков воспаления пародонта (25 человек).

Клиническое обследование больных хроническим генерализованным пародонтитом проводилось по общепринятой методике и складывалось из опроса, осмотра пациентов и дополнительных методов исследования. Для оценки гигиенического состоя-

ния рта и пародонтального статуса больных, определения эффективности проводимого лечения, помимо визуальной оценки, использовали следующие индексы: упрощённый индекс гигиены рта (УИГР) по Green-Vermillion (1964); пародонтальный индекс (ПИ) по Russel (1956), свидетельствующий о тяжести деструктивных изменений в пародонте; индекс папиллярно – маргинально – альвеолярный (ПМА) в модификации Parma (1960); индекс кровоточивости (ИК) Muhlemann Н.Р. (1971).

Осмотр завершали контролем качества чистки зубов, используя для объективизации раствор фуксина или эритрозина для полосканий. Обращали внимание на гигиенические навыки пациентов по уходу за полостью рта, выясняя: сколько раз в день, в какое время чистят зубы, способ чистки, используемые зубные пасты и зубные щётки, с оценкой – как часто их меняют.

По показаниям пациентам проводился лабораторный клинический анализ крови и мочи, исследовали кровь на содержание глюкозы.

В ходе обследования было зарегистрировано сопутствующее соматическое заболевание: бронхиальная астма в стадии компенсации. Она выявлена у 59 пациентов, что составило 63,4% от общего числа больных. При необходимости пациенты проходили дополнительное обследование и лечение по поводу данного соматического заболевания.

Результаты основных и дополнительных методов исследования занесли в карту обследования больного.

Исследование содержания иммуноглобулинов А, М, G в смешанной слюне осуществлялось иммуноферментным методом, который основан на использовании тест-системы двухсайтового иммуноферментного анализа. Использовали набор производителя «Хема-Медика» (Россия).

Лечение хронического генерализованного пародонтита проводили комплексно по общепринятой мето-

дике, сочетая терапевтические, в том числе физиотерапевтические, хирургические и ортопедические методы.

Комплекс лечебных мероприятий для пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом включал: обучение тщательной индивидуальной гигиене рта и её профессиональный контроль. В качестве гигиенического средства для чистки зубов рекомендовали: зубную пасту «Parodontax» (Великобритания); проводили санацию полости рта; удаление над- и поддесневых на зубных отложений аппаратом «Пьезон-Мастер» (EMS). В качестве орошающего раствора применяли 0,06% раствор хлоргексидина биглюконата, кюретаж пародонтальных карманов, электрофорез 10% раствора кальция глюконата на область дёсен верхней и нижней челюстей №10, местную противовоспалительную терапию с использованием гомеопатического препарата «Траумель С». В группе сравнения применялась гепариновая мазь, аутомассаж дёсен.

В процессе комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита в группах 1 и 3 применяли также мазь «Траумель С». После снятия на зубных отложений, кюретажа пародонтальных карманов с последующим полированием поверхности корней зубов, проведения электрофореза дёсен мазь «Траумель С» апплицировали на десневой край каждого зубочелюстного сегмента с вестибулярной и оральной стороны.

Аппликации проводили во время стоматологического приёма или пациент применял мазь самостоятельно в домашних условиях после предварительной чистки зубов, перед сном. Длительность процедуры была 15–20 минут. Курс лечения составлял в среднем 7–10 дней, ежедневно.

В 3 группе пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, помимо аппликаций данной мази на десну, назначали таблетки препарата «Траумель С» (по 1 таблетке 3 раза

в день под язык до полного рассасывания, спустя 1 час после приёма пищи). Курс лечения составлял 14 дней.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета программного обеспечения Ms Excel.

Результаты проведенных исследований

Клиническое обследование пациентов, страдающих бронхиальной астмой, выявило, что распространённость гингивита у них составила 2,7%, а пародонтита – 97,3%, т.е. практически все страдали болезнями тканей пародонта.

Для объективной оценки эффективности проводимой терапии с помощью препарата «Траумель С» были определены следующие индексы: УИГР, ПМА, ПИ, ИК, значения которых в динамике отражены в **табл. 1**.

Как следует из материалов **табл. 1**, в процессе лечения с использованием препарата «Траумель С» в виде мази наблюдалась положительная динамика клинических пародонтальных индексов при снижении показателя индекса гигиены. Препарат хорошо переносился больными, обладал достаточной адгезией к слизистой оболочке десны, не оказывал раздражающего действия на слизистую оболочку рта, был удобен в применении. Побочных реакций во время и после лечения не выявлено.

Во 2 группе (сравнения), где проводилось лечение с применением гепариновой мази, также отмечена положительная динамика клинических пародонтальных индексов, но эти изменения оказались не столь значительными, как в 1 группе (**табл. 2**).

Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести характеризовался более выраженными патологическими изменениями в пародонте по сравнению с лёгкой степенью. Поэтому в комплексе лечебных мероприятий, помимо мазевой формы «Траумель С», была применена и таблетированная.

Таблица 1. Динамика показателей клинических индексов у пациентов, страдающих бронхиальной астмой, с сопутствующим хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени тяжести в процессе его комплексного лечения с использованием мази «Траумель С» (n=6)

Индексы	До лечения	После лечения	Достоверность различий (p)
УИГР (y.e.)	3,7±0,1	2,1±0,2	<0,001
ПМА (%)	42,1±2,5	23,4±3,4	<0,001
ПИ (y.e.)	4,5±0,2	2,2±0,1	<0,001
ИК (y.e.)	2,3±0,1	1,5±0,1	<0,001

Клиническое обследование пациентов, страдающих бронхиальной астмой в стадии компенсации (n=56), в динамике лечения пародонтита выявило, что препарат «Траумель С» способствует уменьшению отёка, кровоточивости дёсен. Это подтвердилось положительной динамикой всех клинических индексов: отмечено достоверное снижение величины пародонтологических и гигиенического индексов (**табл. 3**).

Таким образом, на основании проведённого клинического обследования пациентов, страдающих бронхиальной астмой, в динамике комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита следует, что препарат «Траумель С» обладает выраженным противовоспалительным действием.

Одними из важнейших гуморальных факторов защиты при воспалении являются иммуноглобулины,

а именно А, М, G. Они попадают в слюну в результате местного синтеза плазматическими клетками крови путём трансудации через десневой желобок. Основным в полости рта является секреторный IgA, который синтезируется непосредственно эпителиальными клетками выводных протоков слюнных желёз. Предполагается, что sIgA является наиболее эффективным в обеспечении местной антимикробной защиты в различных участках слизистых оболочек, в том числе полости рта.

Мы изучили влияние применения препарата «Траумель С» на содержание иммуноглобулинов sIgA, М, G смешанной слюны больных бронхиальной астмой в динамике лечения пародонтита. Результаты исследования представлены в **табл. 4**.

Из материалов **табл. 4** видно, что в смешанной слюне пациентов 1 группы с хроническим генерализо-

Таблица 2. Динамика показателей клинических индексов у пациентов, страдающих бронхиальной астмой с сопутствующим хроническим генерализованным пародонтитом лёгкой степени тяжести, под влиянием комплексного лечения с использованием гепариновой мази (n=6)

Индексы	До лечения	После лечения	Достоверность различий (p)
УИГР (y.e.)	3,9±0,2	2,8±0,1	<0,001
ПМА (%)	38,6±1,6	34,6±1,4	<0,001
ПИ (y.e.)	3,7±0,2	3,0±0,2	<0,001
ИК (y.e.)	2,5±0,3	1,8±0,2	<0,001

Таблица 3. Динамика величины показателей клинических индексов у пациентов, страдающих бронхиальной астмой в стадии компенсации с сопутствующим хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, в процессе комплексного лечения с применением мази и таблеток «Траумель С» (n=56)

Индексы	До лечения	После лечения	Достоверность различий (p)
УИГР (y.e.)	4,2±0,2	3,0±0,2	<0,001
ПМА (%)	45,3±2,9	29,3±1,4	<0,001
ПИ (y.e.)	5,7±0,1	2,8±0,2	<0,001
ИК (y.e.)	2,9±0,1	1,9±0,2	<0,001

Таблица 4. Содержание иммуноглобулинов в смешанной слюне больных бронхиальной астмой в динамике комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита с использованием препарата «Траумель С»

вид Ig	1 группа		2 группа		3 группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
slgA (г/л)	0,48±0,07	0,63±0,02*	0,44±0,04	0,47±0,04	0,43±0,02	0,83±0,02***
IgM (г/л)	0,65±0,03	0,58±0,03	0,66±0,05	0,64±0,03	0,68±0,04	0,43±0,4***
IgG (г/л)	3,95±0,18	3,68±0,24**	4,1±0,19	3,56±0,26	4,18±0,21	3,65±0,13**

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

зованным пародонтитом лёгкой степени тяжести, страдающих бронхиальной астмой, под влиянием лечения с использованием мази «Траумель С» содержание IgM и IgG существенно не изменялось, в то время как количество slgA достоверно повысилось. В группе сравнения (2 группа), где в лечении хронического генерализованного пародонтита лёгкой степени была применена гепариновая мазь, ни по одному из показателей существенных отличий не выявлено. В 3 группе с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести содержание иммуноглобулинов в смешанной слюне изменилось под влиянием сочетанного применения мази и таблеток препарата «Траумель С». Отмечено уменьшение содержания IgM и IgG ($p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно). При этом показатель slgA достоверно увеличился в среднем в 2 раза ($p < 0,001$).

Таким образом, исследование содержания иммуноглобулинов в смешанной слюне показало, что мазь «Траумель С» эффективна в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита лёгкой степени у больных бронхиальной астмой. Гепариновая мазь, которая была применена в сравнительном аспекте, практически не оказывает влияния на состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном пародонтите у больных, страдающих бронхиальной астмой. Наибольший корригирующий эффект достигнут у больных при сочетанном применении мази и таблеток препарата «Траумель С».

Выводы

1. У больных бронхиальной астмой выявлена высокая распространённость хронического генерализованного пародонтита (97,3%). Указанная патология является сопутствующей для развития данного соматического заболевания.
2. Хронический генерализованный пародонтит у больных бронхиальной астмой, по данным исследования смешанной нестимулированной слюны, сопровождается нарушениями иммунного статуса.
3. Клиническое обследование и лабораторное исследование смешанной нестимулированной слюны у больных бронхиальной астмой показало, что применение препарата «Траумель С» вполне обосновано в комплексном лечении у них хронического генерализованного пародонтита. Препарат «Траумель С» обладает выраженным противовоспалительным действием.
4. Наибольший терапевтический эффект препарата «Траумель С» в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у больных бронхиальной астмой наблюдался при сочетанном применении мазевой и таблетированной форм.
5. Гомеопатический препарат «Траумель С» (мазевая и таблетированная формы) может быть рекомендован в качестве препарата выбора при лечении хронического генерализованного пародонтита у больных, страдающих бронхиальной астмой.
6. Реабилитация больных бронхиальной астмой с хроническим генерализованным пародонтитом должна проводиться в специали-

зированном пародонтологическом кабинете (отделении).

7. Основным предложением по совершенствованию ведения больных бронхиальной астмой с хроническим генерализованным пародонтитом – внедрение в практику диспансерного стоматологического, в том числе пародонтологического, наблюдения с привлечением специалиста стоматолога-пародонтолога.
8. Программа подготовки врачей-стоматологов должна включать вопросы диагностики, особенности профилактики и лечения заболеваний пародонта у больных бронхиальной астмой.

Литература

1. Безрукова И.В. Основные факторы риска, прогноз течения и результатов лечения быстропрогрессирующего пародонтита // Пародонтология. – 2004. – №1. – С.15–19.
2. Дунызина Т.М., Калинина Н.М., Никифорова И.Д. Современные методы диагностики заболеваний пародонта // Институт стоматологии. – 2001. – №3. – С.7–24.
3. Цепов Л.М., Николаев А.И. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний пародонта. – Смоленск, 1997. – 54 с.
4. Carranza F.A., Newman M.J. Clinical periodontology. – Philadelphia, 1996. – 300 p.
5. Chrousos G.P. The stress response and immune function: clinical implications // N.J.Acad.Sci. – 2000. – Vol. 917. – P. 38–67.
6. Davarpanach M., Tecucianu J.F. Periodontal diseases: clinical forms, epidemiology, etiology, prevention // Rev. Pract. – 1994. – Vol.44, №3. – P. 374–378.



Председатели аккредитационных комиссий по линии СтАР приняли участие в репетиции процедуры первичной аккредитации

28-29 апреля 2016 года, г. Москва

28-29 апреля в Москве в Федеральном методическом центре аккредитации на базе Первого МГМУ имени И.М. Сеченова прошла конференция «Организация и проведение процедуры первичной аккредитации специалистов по специальности “Стоматология”. Имитационная репетиция». В рамках конференции в формате репетиционного экзамена было проведено теоретическое обучение и тренинг кандидатов в члены аккредитационных комиссий. В качестве кандидатов в Председатели аккредитационных комиссий по линии СтАР приехали 57 представителей от региональных общественных объединений - членов СтАР, чьи кандидатуры были согласованы с активами региональных отделений. По словам Министерства здравоохранения, данные кандидатуры впоследствии возглавят аккредитационные комиссии во всех ВУЗах страны, где есть выпуски стоматологов и в которых впервые (после государственного экзамена) пройдет обязательная с этого года процедура первичной аккредитации выпускников по допуску к медицинской деятельности. Помимо представителей от СтАР в экспертные комиссии по аккредитации, формируемые Минздравом России, войдут представители работодателя и представители образовательных и (или) научных организаций.

Обучение кандидатов провели Директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении МЗ РФ **Татьяна Владимировна Семенова** и Директор Методического центра аккредитации, заведующая кафедрой медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова **Жанна Михайловна Сизова**.

Участникам конференции был продемонстрирован порядок проведения процедуры первичной аккредитации, которая состоит из 3 этапов: тестирования, оценки практических навыков в симуляционных усло-

виях и решения ситуационных задач. Первый этап состоит из 60 вопросов теста, на которые аккредитуемые отвечают в режиме онлайн. Второй этап (ОСКЭ) направлен на проверку профессиональных навыков и умений и проходит в симулированных условиях. На 3 этапе выпускникам предстоит разобрать клинические случаи, решив 3 ситуационные задачи. Процедура аккредитации выпускников автоматизирована и проводится под видео- и аудио- контролем. Также важно отметить, для того, чтобы исключить постороннюю помощь и возможность списывания, все задания строго индивидуальны, анонимны и ограничены по времени. Каждый участник процедуры первичной аккредитации через интернет получает прокси-мити-карту доступа для авторизации на всех этапах испытаний. Система путём случайного подбора из единой базы формирует для него индивидуальный вариант заданий.



Директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении МЗ РФ **Татьяна Владимировна Семенова**

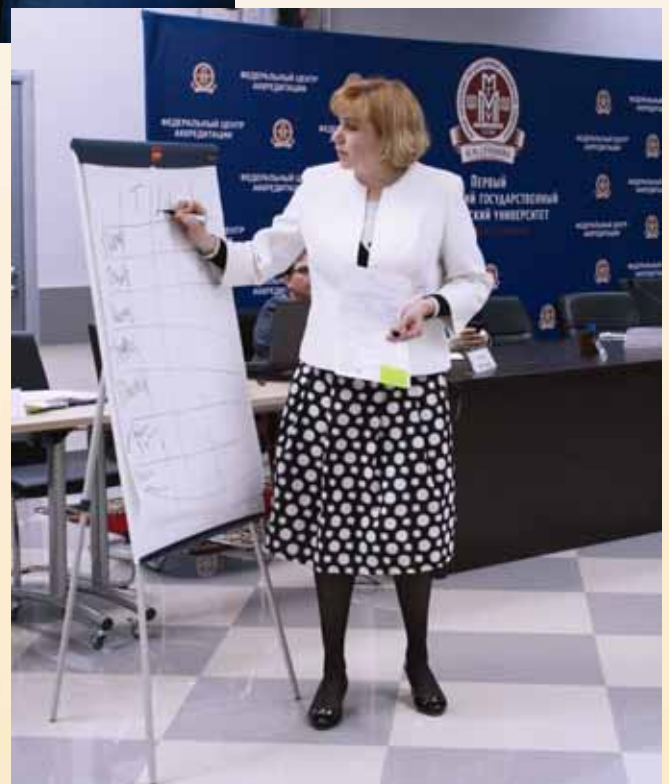


Успешно прошедший первичные аттестационные испытания будет допущен к профессиональной деятельности, а официальным документом, подтверждающим его компетенции, станет аккредитационное свидетельство, которое будет выдаваться Министерством здравоохранения РФ. Тех выпускников, кому не удастся пройти аккредитационный экзамен с первого раза, повторная процедура первичной аккредитации будет ожидать через 11 месяцев. Следует отметить, что, если выпускник в дальнейшем захочет продолжить свое обучение по стоматологическим специальностям в ординатуре, то



процедура первичной аккредитации для него так же обязательна.

Проследить за ходом подготовки к новым экзаменационным стандартам в первый день конференции приехала лично Министр здравоохранения РФ **Вероника Игоревна Скворцова**, которая в общении с журналистами отметила, что введение единой аккредитационной системы для выпускников ВУЗов и практикующих врачей позволит обеспечить непрерывное образование медицинских специалистов. «Поэтапно мы должны распространить аккредитацию на всех медицинских работников. На будущий год это будут выпускники всех базовых специальностей: и терапия, и педиатрия, а также выпускники, получившие образование по узкой специализации. А затем это уже процесс реаккредитации, который встроен в систему непрерывного медицинского образования», — сказала она. Несмотря на жесткий регламент визита и плотный рабочий график, Вероника Игоревна также успела пообщаться с основателем Стоматологической Ассоциации России, а ныне действующим Вице-президентом СТАР, академиком РАН **Валерием Константиновичем Леонтьевым**.



29 апреля с целью дать ответы на многочисленные вопросы кандидатов организаторы конференции провели специальный дебрифинг «Результаты репетиции процедуры первичной аккредитации: проблемы и пути их решения», на котором были подведены итоги первого дня и обсуждены результаты репетиционного экзамена. Все участники-эксперты получили пакет методических рекомендаций по оценке будущих специалистов-стоматологов, порядку проведения аккредитационного экзамена, регламенту проведения всех 3 этапов аккредитации, а также образцы форм необходимых документов и инструкций. Стоит отметить, что Министерство здравоохранения делегирует функционал проведения процедуры первичной аккредитации на стоматологических факультетах ВУЗов страны Председателям аккредитационных комиссий, которые по приезду в свои регионы должны будут передать полученные в ходе московской конференции знания членам аккредитационных комиссий. Отметим, что состав аккредитационных комиссий утверждается МЗ РФ сроком на год и не может быть изменен.

*Материал подготовлен пресс-службой СТАР
pr.press.star@gmail.com
Фотографии Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
и пресс-служба СТАР*



А.В. Севбитов

д.м.н., профессор,
зав. кафедрой, Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова, кафедра
пропедевтики стоматологических
заболеваний



О.И. Адмакин

профессор, зав. кафедрой,
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
декан стоматологического факуль-
тета, кафедра профилактики и
коммунальной стоматологии



Ю.Л. Васильев

к.м.н., доцент Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова, кафедра
пропедевтики стоматологических
заболеваний

Резюме: в статье приводится классификация симуляторов различной степени реалистичности с точки зрения их применения в обучении по специальности «Стоматология». Подробно рассмотрены отдельные уровни симуляционного образования с указанием преимуществ использования симуляторов по сравнению с классической схемой образовательного процесса, который не допускает возможность появления врачебной ошибки, являющейся неотъемлемой частью образовательного процесса.

Ключевые слова: симуляционное обучение, антропоморфность, фантом, стоматология, симулятор, пациент.

Симуляционное обучение в стоматологии: состояние вопроса

Реализация приоритетных национальных проектов в сфере здравоохранения, процессы реформирования и модернизации отрасли выявили с особой остротой проблему профессиональной подготовки медицинских работников [5]. Практические навыки клинической работы до применения их на реальных пациентах студенты должны приобретать в специальных центрах, оснащенных высокотехнологичными тренажерами и компьютеризированными манекенами, позволяющими моделировать клинические ситуации [3].

Симуляционное обучение в стоматологии – это подготовка практических навыков на муляжах, фантомах, симуляторах. Целью такого обучения является приобретение и совершенствование практических навыков, алгоритмов и коммуникаций, обучающихся по специальности «стоматология» [9].

Большое внимание вопросам симуляционного образования было уделено на пленарных докладах и в специализированных секциях на VI общероссийской конференции с международным участием «Медицинское образование – 2015». В ходе конференции звучали доклады, в т.ч. о роли использования фантомов и симуляторов как на дипломном, так и на последипломном уровнях образовательного процесса. В рамках IV Съезда Российского общества симуляционного обучения в медицине РОСОМЕД-2015 и Международной конференции «Симуляционное обучение в медицине» были сделаны доклады о непрерывном медицинском образовании в аспекте предстоящей реформы последипломного обучения. Были заслушаны выступления об особенностях использования симуляционных тренингов в аттестации врачей.

Одной из важнейших задач обучения студентов на стоматологическом факультете, наряду с получением фундаментальных знаний и развитием клинического мышления, является формирование мануальных навыков [2]. Однако без значительного расширения и усовершенствования фантомного курса невозможно улучшить эффективность подготовки кадров стоматологов в вузе [4, 8]. По мнению ряда авторов [1], для внедрения эффективной и качественной подготовки и переподготовки врачей-специалистов необходимо стандартизировать перечень практических умений и навыков специалиста различного образовательного уровня, сформировать профессиональные стандарты, которые должны стать целевыми индикаторами профессиональной компетентности. Получены многочисленные доказательства, свидетельствующие об успешном переносе приобретенных врачом навыков работы на лечение пациента [10, 11, 12, 14], что не могло не привести к экстенсивному развитию сети симуляционных центров.

Качество оказания стоматологической помощи населению напрямую зависит не только от теоретической подготовки, но и от наработки практических навыков врачами-стоматологами. Как и у первоклассников, у студентов стоматологов на первых курсах обучения формируется свой индивидуальный почерк в работе. Прописанной тетрадюю на этом этапе служит симуляционный курс стоматологии, который студенты проходят на 1-2 курсе на базе кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний.

Повсеместно в отрасли ощущается острый дефицит специалистов высокой квалификации. Поэтому за-



Рис. 1. Стоматологический фантом



Рис. 2. Лицевая маска

кономерно, что одним из главных направлений в сфере высшего медицинского образования является необходимость значительного усиления практического аспекта подготовки будущих врачей при сохранении должного уровня теоретических знаний [7].

В этой связи появление возможностей в организации фантомного и симуляционного обучения студентов видится нам как разумное и необходимое направление в учебном процессе. В настоящее время симуляторы используются для обучения и объективной оценки обучающихся во многих областях деятельности человека, предполагающих высокие риски [5]. Правильная организация и финансирование данного направления позволит получить наиболее оптимальный результат от использования симуляционного обучения [8].

Преимуществами симуляционного тренинга являются [6]:

- Клинический опыт в виртуальной среде без риска для пациента;



Рис. 3, 4. Зубы для одонтопрепарирования и лечения корневых каналов

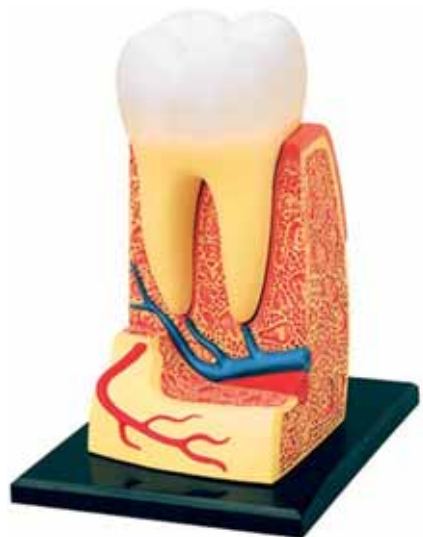


Рис. 5. Симулятор 1 уровня реалистичности

- Объективная оценка достигнутого уровня мастерства;
- Не ограниченное число повторов отработки навыка;
- Проведение тренинга в удобное время;
- Снижение стресса при первых самостоятельных манипуляциях.

Одним из важных этапов обучения является преодоление страха ошибки. И если в условиях фантома это может быть испорченный зуб, а при работе на симуляторе и вовсе не будет «отработанного материала», то при работе с пациентами этот риск довольно-таки высок. Во многом он связан с низкими мануальными навыками, недостаточным уровнем владения технологией, отсутствие или начальный уровень кли-

нического мышления, – то есть множество факторов, работающих на увеличение процента врачебной ошибки.

Работа на симуляторе позволяет максимально точно оценить уровень освоения мануальным навыком, а также программировать изменение виртуальной среды в ходе зачетно-экзаменационного блока.

Немало важным компонентом образовательного процесса является материальная составляющая расходов на комплектацию тренажеров.

На примере модуля «Кариесология» наглядно демонстрируется износ фантомного оборудования, включающего в себя голову и торс, имитацию мягких тканей нижней и средней трети лица, а также комплект зубов.

В ходе одонтопрепарирования студенты необратимо нарушают целостность фантомных зубов, как коронковой части, так и системы корневых каналов, а возможные ошибки в ходе образовательного процесса диктуют необходимость иметь дополнительные наборы зубов.

В связи с этим, участие в образовательном процессе симуляторов 2 уровня реалистичности являются важным, но затратным компонентом, амортизация которого может быть достигнута путем внедрения более реалистичных симуляторов.

Целью нашей работы является систематизация представленных симуляторов в стоматологии по уровням реалистичности.

Симуляторы подразделяются на 7 уровней реалистичности [6].

1. Визуальный уровень

На данном уровне возможно использование традиционных образовательных технологий в виде таблиц, схем и анатомических моделей. В стоматологии примером могут служить плакаты, отражающие классификации заболеваний органов челюстно-лицевой области, материалов, применяемых при лечении, инструментов и т.д.

Задачей симуляторов первого уровня является формирование осознанной траектории действий при конкретных задачах.

2. Тактильный уровень

На тактильном уровне могут отработаться мануальные навыки и их последовательность. Задачей симуляторов 2 уровня является имитация сопротивления тканей в ответ на физическую нагрузку. Примером может служить сопротивление твердых тканей зуба при отработке навыков одонтопрепарирования.

Симуляторами 2 уровня реалистичности в стоматологии являются классические фантомные головы с зубами и имитацией мягких тканей средней и нижней трети лица, а также органов полости рта.

На данном уровне принципы антропоморфности не соблюдаются и объективная оценка также имеет не высокий уровень.

3. Реактивный уровень

Симуляторы 3 уровня реалистичности обладают способностью активно реагировать на выполненные манипуляции. Эти симуляторы также не обладают высоким уровнем антропоморфности и могут представлять собой отдельные фрагменты головы или тела пациента.

В стоматологии ярким примером такого симулятора может служить фантом для отработки навыков местной анестезии, когда при правильно выполненной инъекции раздается звуковой сигнал.

Поскольку симуляторы 3 уровня оснащаются электронными контроллерами, можно говорить о повышении уровня оценки проведенных манипуляций, а также использовать их при самообучении студентов.

4. Автоматизированный уровень

Задачей 4 уровня реалистичности в симуляции является воспроизведение сложных реакций фантома,



Рис. 6. Симулятор 2 уровня реалистичности



Рис. 7. Симулятор для обучения местного обезболивания Typodont



Рис. 8. Студент за работой на фантоме Dentsim



Рис. 9. Тренажеры сердечно-легочной и мозговой реанимации и условий стоматологического кабинета

возникающие на различные воздействия, в внешних факторов.

На этом уровне возрастает роль модератора (инструктора), который имеет возможность более детально программировать фантом. Обучающие получают возможность проводить сбор анамнеза, проводить диагностику и ставить диагноз, а также проводить лечебные процедуры. Особенностью этого уровня является формирование командных принципов работы, что важно при «работе в 4 руки».

Примером данного уровня симуляции может служить стоматологический фантом Dentsim, являющийся компьютерной системой подготовки врачей-стоматологов.

Во время практических занятий студентам предоставляется информация об истории болезни виртуального пациента, на экране визуализируется выполняемая процедура, проводится оценка проведенных процедур, а также обеспечивается обратная связь в реальном времени.

5. Аппаратный уровень

На 5 уровне реалистичности возможно моделирование обстановки стоматологического кабинета, где располагается фантом 3 уровня реалистичности.

Задачей на данном уровне является имитация медицинской среды и формирование навыков работы в условиях, приближенных к реальным. В результате работы на симуляторах 4 уровня студент овладевает навыками работы и особенностями эксплуатации оборудования, приписанного к конкретному медицинскому подразделению. Реальная эргономика позволяет выработать более точную последователь-

ность действий, особенностей перемещения в пространстве и повысить уровень моторики.

Примером может служить имитация неотложного состояния в условиях стоматологического кабинета: в качестве пациента выступает симулятор 3 уровня реалистичности для отработки навыков оказания сердечно-легочной реанимации.

6. Интерактивный уровень

На 6 уровне реалистичности становится возможным активное (или интерактивное) взаимодействие виртуального пациента и обучающегося. На этом уровне находят применение цифровые технологии, которые обеспечивают ответ в форме интерактивной обратной связи. В связи с этим инструктор (модератор) больше внимания может уделить оценке работы студента, а не программированию симулятора.

Задачей данного уровня является повышение практического результата обучения.

Примером симулятора 6 уровня реалистичности могут служить системы Simodont и Voxel-man DENTAL.

Основе этих симуляторов лежит реализация принципа тактильности, которая основана на запатентованной MOOG технологией системы управления. Использование датчика силы в сверлящем и ручном инструменте позволяет достигать необычно тонкое и реалистичное представление о сверлении и контактных силах. Твердость эмали достоверно копируется и легко отличается от дентина и пульпы. Вибрация и сверление инструментом чувствуются пользователем и отображаются на экране, как силы на наконечнике и ручном инструменте. В обеих системах доступна библиотека ручных инструментов и боров различных форм.



Рис. 10. Симулятор 6 уровня реалистичности Simodont



Рис. 11. Обучающийся на симуляторе Voxel-man Dental



Рис. 12. Симулятор Showa Hanako 2



Рис. 13. Симулятор Dentaroid

В отличие от симулятора Simodont, в системе Voxel-man dental более user-friendly реализован как контроль, так и обучающий режимы на более широком мониторе.

7. Интегрированный уровень

На 7 уровне реалистичности достигается интеграция взаимодействующих друг с другом симуляторов и медицинских аппаратов. В условиях этого взаимодействия возможно отработать коммуникативные навыки, пройти тренинг на командообразование и выявить лидерские качества у обучающихся. Также симуляторы 7 уровня позволяют оценивать не только выполненную работу, но и реакцию «пациента» на проводимые манипуляции.

В стоматологии примером такого аппарата может служить антропоморфный робот-пациент Showa Hanako 2 и Dentaroid. Данный аппарат позволяет максимально приблизить условия работы на симуляторе к реальным путем воздания обратной эмоциональной связи. Данный симулятор способен выражать свои эмоции жестами (поворачивать голову и поднимать руки), зажмуриванием глаз при попадании яркого света, изменением тонаса мимической мускулатуры при имитации боли.

Симулятор 7 уровня реалистичности может работать в автономном режиме одной из заданных программ, а также может управляться врачом-модератором, что позволяет проверять готовность испытуемого к нестандартным ситуациям.

Обсуждение

Использование симуляторов разного уровня реалистичности на этапах обучения и контроля как студентов, так и врачей-специалистов позволяет отработать как мануальные, так и поведенческие навыки.

Как видно из описания симуляторов, на определенных уровнях реалистичности отмечается необходимость присутствия врача-модератора для контроля или программирования клинической ситуации, которую отрабатывают испытуемые. В связи с этим возникает потребность не только обучать и экзаменовать студентов и врачей на симуляторах, но и обучать специалистов, задействованных в симуляционном обучении и контроле.

Литература

1. Борисова Н.В., Петрова П.Г., Апросимов Л.А. Симуляционный центр как часть образовательного медицинского кластера. Якутский медицинский журнал. – 2013. – № 4. С. 48–50.
2. Еричев В.В., Арутюнов А.В. и др. Процесс формирования мануальных навыков студентов стоматологического факультета на кафедре ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России//Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – №10. – С. 129–131.
3. Косаговская И.И., Волчкова Е.В., Пак С.Г. Современные проблемы симуляционного обучения в медицине. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2014. № 1. С. 49–61.
4. Леонтьев В.К., Максимовский Ю.М. и др. О подготовке и усовершенствовании кадров для стоматологии//Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2000. – №2. – С. 7–17.



Рис. 14. Пульс врача-оператора системы Dentaroid

5. Муравьев К.А., Ходжиян А.Б., Рой С.В. Симуляционное обучение в медицинском образовании – переломный момент// Фундаментальные исследования. – 2011. – № 10 (часть 3). – С. 534–537.
6. Симуляционное обучение по специальности "Лечебное дело" /Под редакцией профессора Свистунова А.А. Составитель Горшков М.Д. – Москва: Издательство Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, – 2013. – С.278–287
7. Севбитов А.В., Кузнецова М.Ю., Браго А.С. Симуляционное обучение студентов стоматологического факультета. //Труды международного симпозиума Надежность и качество. – 2015. Т. 2. – С. 370.
8. Севбитов А.В., Михальченко Д.В., Скатова Е.А., Михальченко А.В. Концепция симуляционного обучения на базе фантомных центров освоения практических навыков стоматологических факультетов вузов. // Маэстро стоматологии. – 2015. – №2(58). – С. 102–103.
9. Севбитов А.В., Михальченко Д.В. Развитие симуляционного обучения в России. Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2015. – №2 (46). – С. 83.
10. Clinical simulation: importance to the internal medicine educational mission / P.E. Ogden, L.S. Cobbs, M.R. Howell, S.J. Sibbitt, D.J. Di-Pette // Am J Med. – 2007. – № 120 (9). – P. 820–824
11. Hallikainen H., Väisänen O., Randell T. et al. Teaching anaesthesia induction to medical students: comparison between full-scale simulation and supervised teaching in the operating theatre. // Eur. J. Anaesth. 2009; 26: 101–4.
12. Hassan I., Sitter H., Schlosser K., Zielke A., Rothmund M., Gerdes B. A virtual reality simulator for objective assessment of surgeons laparoscopic skill. Chirurg. 2005 Feb; 72(2): 151–5.
13. Munz Y. et al. A structured curriculum based approach for teaching complex laparoscopic skills using VR simulators. Surg. Endosc. 2004; 18 (Suppl. 232): presented as a poster in SAGES 2004.
14. Murin S., Stollenwerk N.S. Simulation in procedural training: at the tipping point. Chest. 2010; 137: 1009–11.

Представляем главного партнера
чемпионата стоматологического мастерства
СтАР в 2015 г. в номинации
“ЛУЧШАЯ РАБОТА ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ” в разделе
“Керамическая облицовка коронки”

**Крупнейший
Отечественный
Производитель**

- Стоматологические материалы
- Инструменты
- Оборудование

Разработка Производство Реализация

г. Белгород, ул. Студенческая, 19,
тел. (4722) 200-555
www.vladmiva.ru

Представляем генерального партнера
чемпионата стоматологического мастерства
СтАР в 2015 г. и в 2016 г.
в номинации
“ДИАГНОСТИКА В СТОМАТОЛОГИИ”

Создайте виртуального пациента
– планирование имплантации
проще, чем когда либо

Planmeca PlanScan®

Planmeca ProMax® 3D

- Все данные сканирования и моделирования мгновенно доступны и могут быть совмещены с данными КЛКТ пациента
- Библиотека имплантатов, проверка расположения имплантата, заказ хирургических шаблонов, удобная передача данных коллегам и партнерам

1 Planmeca Romexis software
planmeca.ru PLANMECA



Synea Fusion

Серия наконечников с высоким качеством и максимальной экономичностью.



Одобрено
Стоматологической
Ассоциацией России



Комфортная работа благодаря оптимальному освещению по технологии LED, 4-точечному спрею и отсутствию вибрации.

synea FUSION

Представительство в Москве: Тел. 495/ 269 48 68 E-mail: info.ru@wh.com
Web-site: www.wh.com/ru_cis

Импортеры фирмы W&H:	Дентекс, Москва 495/ 974 30 30 495 /645 45 03	ОМТ, Москва 8 800 222 9987 495/ 229 33 75	Эксподент, Москва 495/ 959 92 92, 495/ 332 03 16	Уралквотромед, Екатеринбург 343/ 262 87 50, 343/ 262 88 51
-------------------------	---	---	--	--

Дистрибуция в С.-Петербурге –
Алвик-Медэкспресс:
812/ 326 29 17



СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ РОССИИ

XXXV Всероссийская научно-практическая конференция СТАР «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ»

18-20 апреля 2016 г., г. Москва

Генеральный партнер
Конференции



Платиновые партнеры Конференции



Золотые партнеры Конференции

Стратегические партнеры Конференции



НИИАМС

DENTALEXPO®

С 18 по 20 апреля 2016 г. в МВЦ «Крокус Экспо» состоялась XXXV Всероссийская научно-практическая конференция СТАР «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ». Конференция проходила в рамках 39 Московского международного стоматологического Форума совместно с выставкой «ДЕНТАЛ-САЛОН 2016». Впервые симпозиумы Конференции СТАР были аккредитованы в системе Непрерывного Медицинского Образования (НМО) по 6 стоматологическим специальностям из 7 основных. За участие в каждом симпозиуме врачам-стоматологам было присвоено по 6 баллов (кредитов) по специальности стоматология общей практики, организация здравоохранения и общественное здоровье, стоматология хирургическая, челюстно-лицевая хирургия, стоматология терапевтическая и стоматология ортопедическая.

Юбилейную XXXV Всероссийскую научно-практическую конференцию СТАР «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ» по традиции открыл Президент Стоматологической Ассоциации России, директор НИИАМС Владимир Викторович Садовский. В своем приветственном обращении Президент СТАР отметил, что все 7 заявленных в программе апрельской Конференции СТАР симпозиумов получили подтверждение Комиссии по оценке соответствия учебных мероприятий и материалов для Непрерывного Медицинского Образования (НМО) и соответствуют установленным требованиям Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения РФ.

Также к гостям и участникам Конференции с приветственной речью обратился Главный специалист-стоматолог МЗ РФ, Президент Общероссийской общественной организации «Общество врачей России», Ректор МГМСУ им. А.И. Евдокимова Олег Олегович Янушевич. Как отме-



тил в своем выступлении Олег Олегович, за годы проведения Конференция стала уникальной дискуссионной площадкой, где поделиться своим опытом и новыми достижениями ежегодно собираются ведущие специалисты стоматологической отрасли. Ректор МГМСУ им. А.И. Евдокимова выразил надежду, что и в дальнейшем Конференция СТАР будет служить дополнительным толчком для развития профессиональной деятельности врачей-стоматологов.

Поздравили с открытием Конференции гостей Вице-президент СТАР, академик, д.м.н., профессор Валерий Константинович Леонтьев, Паст-президент СТАР, заместитель дирек-

тора по научно-методической работе ЦНИИС и ЧЛХ Владимир Давыдович Вагнер, генеральный директор выставочной компании «DENTALEXPO» — многолетнего стратегического партнера СТАР, Илья Игоревич Бродецкий и представитель традиционного генерального партнера Конференции, руководитель профессионального подразделения компании Colgate-Palmolive Россия Алексей Львович Кулюсов.

Работа Конференции продолжалась в течение 3 дней. Как всегда, научно-практическая программа включила в себя самые актуальные и серьезные вопросы, требующие пристального внимания со стороны стоматологической общественности. В



Генеральный партнер симпозиума
по дентальной имплантологии



Партнер симпозиума-практикума для руководителей
инновационно-ориентированных клиник



Партнеры симпозиума «Заболевания пародонта.
Актуальные вопросы этиологии, патогенеза, лечения и профилактики»

Генеральный партнер



Золотой партнер



Партнер



вступление в СТАР новых территориальных ассоциаций: «Ассоциации стоматологов Ивановской области» и Регионального отделения «Стоматологическая Ассоциация России в Новгородской области». Решение о вступлении было принято членами Совета единогласно, таким образом, состав Стоматологической Ассоциации России увеличился до 73 региональных общественных объединений.

На рассмотрение Совета также были вынесены вопросы о профессиональном стандарте «Врач-стоматолог», который сейчас находится на утверждении в Минюсте России, о ходе реформы дополнительного профессионального образования (дополнительное медицинское образование (ДПО) и непрерывное медицинское образование (НМО) и об утверждении Экспертного совета Стоматологической Ассоциации России по рецензированию учебных мероприятий (УМ) и электронных учебных мероприятий (ЭУМ) в рамках непрерывного медицинского образования, также были рассмотрены методические подходы относительно Клинических рекомендаций (протоколов лечения) утвержденных МЗ РФ. На Совете были утверждены Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе «Переломы нижней челюсти». Было принято решение разработать унифицированную форму медицинской карты стоматологического пациента.

рамках Конференции состоялся Симпозиум-практикум для руководителей инновационно-ориентированных клиник (руководители Малый А.Ю., Никольский В.Ю., Брагин Г.И., Николаев К.В.), партнером которого традиционно выступила компания R.O.C.S., при поддержке генерального партнера LACALUT, золотого партнера PHILIPS и партнера Алтайвитамины прошел симпозиум «Заболевания пародонта. Актуальные вопросы этиологии, патогенеза, лечения и профилактики» (руководители Грудянов А.И., Орехова Л.Ю.). Симпозиум по дентальной имплантологии (руководители Яременко А.И., Фридман И.) состоялся при участии генерального партнера Alphabio. Уже не в первый раз прошел симпозиум «Эндоскопические технологии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» (руководитель Сысолятин С.П.), состоялись симпозиумы «Возможности программ профилактики стоматологических заболеваний в современных условиях» (руководитель Авраамова О.Г.), «Врач-стоматолог – навигатор решения медицинских, эстетических, юридических и психологических проблем пациента» (руководители Бойко В.В., Воложин Г.А. и «Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстных суставов» (руководитель Иванов С.Ю.). В общей сложности научно-практические мероприятия СТАР посетило свыше 400 человек.

Накануне заседания Совета Стоматологической Ассоциации России, работа которого строится по парламентскому типу на основе 3 комитетов, состоялись заседания Комитетов СТАР «По организации и управлению стоматологической службой», «По образованию» и «По клиническим и экспертным вопросам», в ходе которых был рассмотрен и в дальнейшем вынесен на утверждение Совета СТАР целый ряд важных вопросов стоматологической отрасли. Так, одним из первых вопросов повестки Совета стало

Также впервые на Совете были подведены итоги Всероссийского конкурса по рейтингообразованию стоматологических факультетов (стоматологических отделений медицинских факультетов) ВУЗов Российской Федерации в рамках учрежденной «Премии им. А.И. Евдокимова», о чем доложил Директор Образовательных программ СТАР, профессор Алямовский **Василий Викторович**. В основу составления рейтинга легли такие показатели, как квалификационный уровень профессорско-преподавательского состава факультета,





материально-техническое оснащение, клинические базы, участие в научной и общественной деятельности и другие. Согласно рейтингу, места среди стоматологических факультетов страны с 1–3 распределились следующим образом: 1. МГМСУ им. А.И. Евдокимова (г. Москва), 2. Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера (г. Пермь), 3. Уральский государственный медицинский университет (г. Екатеринбург).

Полный рейтинг стоматологических факультетов ВУЗов РФ:
http://www.e-stomatology.ru/kalendar/2016/rating_vuz.php

В конце заседания Совета STAR состоялась традиционная церемония награждения почетными званиями и наградами Стоматологической Ассоциации России лучших специалистов стоматологического профиля страны.

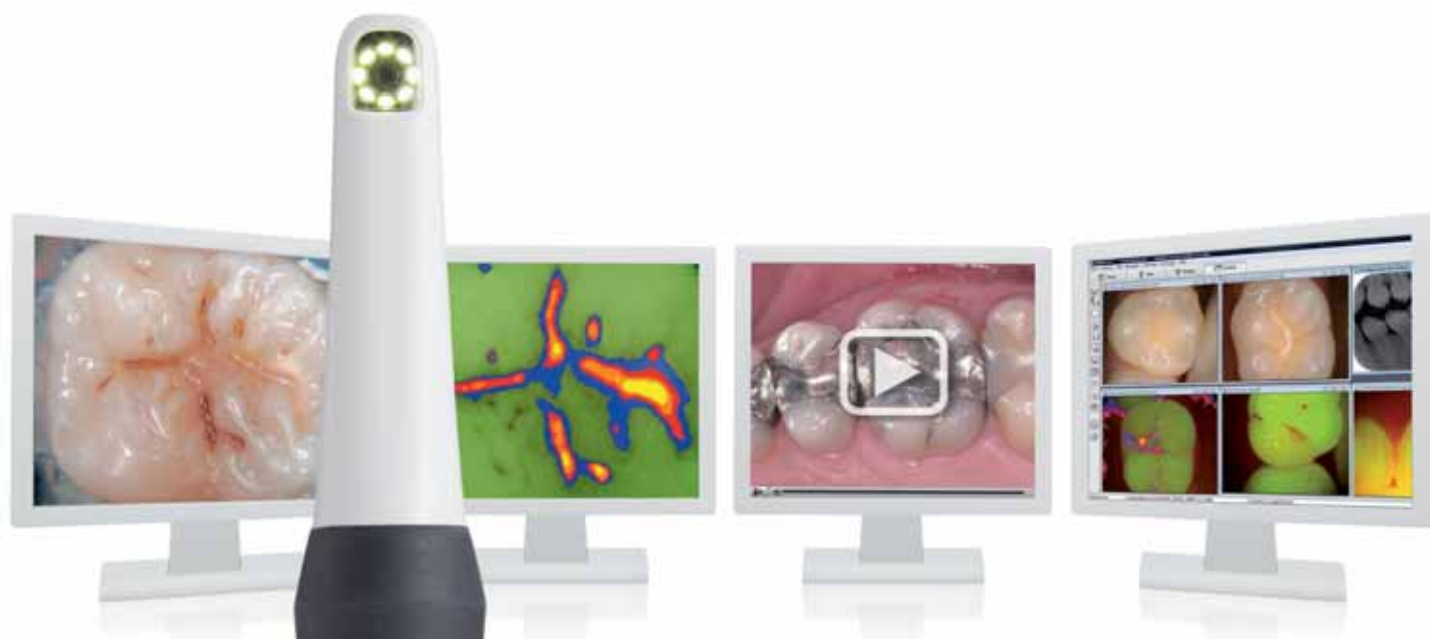
Под конец первого дня работы Форума прошло торжественное вручение Президентом STAR свидетельств «Знака Одобрения Стоматологической Ассоциации России («Одобрено STAR»)» ряду стоматологических продуктов, чьи заявленные потребительские свойства и качества прошли экспертную оценку и подтверждены Стоматологической Ассоциацией России.

*Материал подготовлен
 пресс-службой STAR
pr.press.star@gmail.com*



ЛУЧШЕ ВСЕГО,

когда камера делает все возможным.



reddot design award
winner 2011



Новая VistaCam iX

- Исключительная диагностика кариеса •
- флуоресцентные снимки великолепного качества •
- Цифровая обработка и передача данных •
- Съемка видеоклипов

Больше информации на сайте www.duerr.de

ООО «Дентекс»

125284, Москва, Хорошевское
шоссе, д. 12, к. 1, 3-й этаж.

+7 /495/ 974 30 30

+7 /812/ 318 03 79

info@dentex.ru

www.dentex.ru

ООО «ВиталЕВВ»

620144, г. Екатеринбург,

ул. Сурикова, д. 37

+7 343 257 75 67

+7 343 251 48 97

office@vitalevv.ru

www.vitalevv.ru



Мегастом провел XI международный имплантологический симпозиум IMPLANTOLOGY 2015 «Имплантация XXI века. Next Level» при поддержке Ассоциации стоматологов Московской области и Кафедры ортопедической стоматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ

Мегастом совместно с Министерством здравоохранения Московской области, компанией VEGO, институтом МОНИКИ и Московской областной стоматологической поликлиникой (ГАУЗ МО «МОСП») в 11 раз провел международный научный симпозиум, посвященный имплантации в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М. Ф. Владимирского (МОНИКИ) 23-24 октября 2015 г. Докладчиками выступили российские специалисты и коллеги из Германии. Они делились бесценным опытом клинических случаев из собственной практики, отвечали на вопросы участников симпозиума, проводили уникальный мастер-класс по имплантологии. Прибыло более 220 участников со всей России от Санкт-Петербурга до Находки! От научных дискуссий атмосфера на симпозиуме накалялась мгновенно!

Институт им. М.Ф. Владимирского или сокращенно МОНИКИ был основан в 18 веке как лечебница по указу императрицы Екатерины II. Участники мероприятия отмечали, что проведение научного симпозиума именно в исследовательском институте было впервые.

Докладчиками выступили уважаемые специалисты, мастера своего дела:

- Х. Вебер – профессор, доктор медицинских наук, председатель отдела протезирования зубов Тюбингенского университета, Президент DGZI (немецкая ассоциация дентальной имплантологии) (Германия);
- Р. Смитс – профессор, доктор медицинских наук, Главный врач и Научный директор отдела стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Медицинского центра в Университете Гамбург-Эппендорф (Германия);
- М.Г. Сойхер – Главный стоматолог Московской области и Главный врач Центра Междисциплинарной Стоматологии и Неврологии;
- М.И. Сойхер – Главный врач Московской областной стоматологической поликлиники (ГАУЗ МО «МОСП»);
- Ф.Ф. Лосев – профессор, доктор медицинских наук, Заслуженный деятельно науки РФ, Лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, Президент сети клиник МЕГАСТОМ;
- А.Н. Шарин – доктор медицинских наук, профессор, главный врач клиники МЕГАСТОМ Центр;
- Ф.Ф. Лосев – основатель и Президент





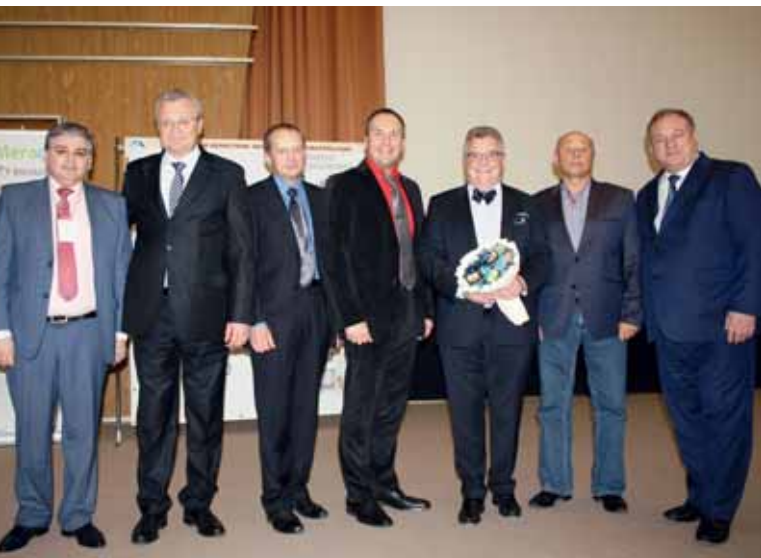
консалтинговой компании «Позитив»;

- М.В. Копылов – врач стоматолог-хирург, Заведующий хирургическим отделением Центра Междисциплинарной Стоматологии и Неврологии;
- Н.С. Тутуров – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры ортодонтии РУДН;
- Д.А. Никитин – кандидат медицинских наук, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии;
- А.В. Жарков – ведущий хирург-имплантолог, кандидат медицинских наук, заведующий имплантологическим хирургическим отделением клиник МЕГАСТОМ Центр;
- Р.Ю. Бирюков – врач высшей категории, ведущий врач-ортопед клиники МЕГАСТОМ Центр;
- Н. Курацки – врач хирург-имплантолог, продакт-менеджер компании BEGO (Германия).



Особое внимание было уделено передовым немецким технологиям изготовления индивидуальных абатментов и анатомических коронок в уникальном CAD/CAM GERMAN LAB и новому поколению имплантатов BEGO SEMADOS® RS/RSX. Прозвучали первые отзывы о достоинствах новинок BEGO от участников симпозиума. Директор и Главный врач Самарского центра дентальной имплантации, ведущий хирург-имплантолог высшей квалификационной категории Минеев С.В. отмечал: «Буквально две недели назад был приобретен этот набор и установлены первые имплантаты при непосредственной имплантации после удаления зуба. Все, что требовалось от имплантатов, было получено: удобство в использовании при установке в лунку, стабильность. Я считаю, за ними будущее».





На симпозиуме можно было увидеть демонстрацию работы станков CAD/CAM GERMAN LAB, а также образцы изготовленных индивидуальных абатментов и анатомических коронок. Среди тем, прозвучавших на симпозиуме, особое место было уделено профилактике, новым методам лечения периимплантита, болевого синдрома в стоматологии, особенностям позиционирования (установки) имплантатов, эстетическим возможностям индивидуальных абатментов. Передача бесценного опыта практики высококвалифицированных специалистов в имплантологии является важной частью развития данного направления в стоматологии. Кроме рассмотрения реальных клинических случаев и развернутых ответов докладчиков на вопросы участников симпозиума, возникали научные дискуссии и споры, ведь как говорил Сократ, именно в споре рождается истина.

Полностью была осуществлена идея XI симпозиума 2015 «Next Level», символизировавшая переход на новый научный уровень в стоматологии и имплантологии! Докладчики Сойхер М.Г. и Сойхер М.И. осветили актуальную тему междисциплинарного подхода в стоматологии на примере клинических случаев из собственной практики. Они отмечали важность проведения комплексного обследования и лечения пациентов врачами-стоматологами совместно с другими докторами (специалистами) при необходимости.



Насыщенный наукой первый день симпозиума был закончен дружеским ужином в бизнес-отеле AZIMUT Moscow Olympic Hotel, на котором прозвучало немало теплых слов в адрес организаторов симпозиума. Доктора продемонстрировали, что они не только профессионально работают, но и первоклассно отдыхают! Идея симпозиума «Next Level» поддерживалась и на банкете, сопровождаясь эффектными выступлениями роботов и фантастических существ на научно-популярную тематику: передовых технологий и инноваций, стремлению к постоянному развитию и совершенствованию!

На симпозиум прибыли как постоянные участники, так и прибывшие впервые. Начинающие имплантологи получили неповторимую возможность попрактиковаться на мастер-классе по имплантологии на оборудовании и инструментах Мегастом! Проводили мастер-класс, давали ценные советы и рекомендации профессора: Ф.Ф. Лосев, А.Н. Шарин и хирург-имплантолог и продакт-менеджер компании BEGO Н. Курацки (Германия).

Зарубежные коллеги отмечали высокий уровень квалификации докладчиков, информативности лекций и организации научного симпозиума. По словам профессора Х. Вебера: «Мои коллеги в России обладают очень высоким научным уровнем подготовки. Я бы хотел сделать комплимент организаторам за отличную работу».