

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
АССОЦИАЦИЯ СТОМАТОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

СБОРНИК ТРУДОВ
КРАЕВОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ

г. Чита
6 апреля 2018 г.



Редакционно-
издательский
центр ЧИТМА

ЧИТА - 2014

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
АССОЦИАЦИЯ СТОМАТОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ

КРАЕВАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

6 апреля 2018 г.
г. Чита

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ



2018

УДК 616.314-089

ББК 56.6

А 43

Актуальные вопросы стоматологии [Электронный ресурс]: Сборник научных трудов Краевой научно-практической конференции стоматологов и челюстно-лицевых хирургов/ Под редакцией профессора Пинелиса И.С.; Читинская государственная медицинская академия, 6 апреля 2018 г. - Электрон.текстовые дан.- Чита: РИЦ ЧГМА, 2018.- 1 электрон.опт. диск (CD-ROM).- Мин. систем. требования: IBM PS 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; AdobeReader

В сборник включены материалы научных работ, выполненных сотрудниками Читинской государственной медицинской академии и стоматологами Забайкальского края.

Издание представляет интерес для врачей-стоматологов и врачей смежных специальностей.

Ответственные за выпуск:

Президент Ассоциации стоматологов Забайкалья,

Главный внештатный стоматолог Забайкальского края,

главный врач ГАУЗ "Краевая стоматологическая поликлиника",

Заслуженный врач РФ, к.м.н. **И.Н.Попова;**

Председатель Координационного совета по стоматологии

при МЗ Забайкальского края, заведующий кафедрой

хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ЧГМА,

Заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор **И.С.Пинелис;**

Заведующий кафедрой терапевтической стоматологии с курсом

пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО ЧГМА

к.м.н., доцент **В.Л. Кукушкин;**

Заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО ЧГМА

д.м.н., профессор **Ю.Л. Писаревский;**

Заместитель главного врача ГАУЗ "Краевая стоматологическая

поликлиника" **В.К.Афанасьева.**

ISBN 978-5-904934-12-5

© ЧГМА, 2018

© Ассоциация стоматологов Забайкалья, 2018

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

За прошлый год краевая стоматология продвинулась в более глубоком понимании нашей прекрасной специальности. Мы освоили новые методы диагностики и лечения, приобрели новую аппаратуру и оборудование. Благодаря высокому профессионализму, компетентности врачей стоматологов, пониманию огромной ответственности за свою работу мы сумели найти такие методы лечения, чтобы улыбки пациентов были счастливыми. Одним словом сделали еще один шаг к совершенствованию нашей профессии. Все это радует и вдохновляет.

Следует отметить, что времена изменились. Врачам становится труднее мотивировать пациентов к устранению всех выявленных нарушений в полости рта с использованием новых, передовых технологий. Мало заявлять: "У нас все самое современное" - во многих клиниках есть то, что имеете Вы. Трудно надеяться только на мануальные навыки - большинство пациентов хотят услышать и понять, за что с них берут деньги.

Сегодня стоматологу нужно научиться выстраивать глубокие личностные отношения с каждым пациентом, аргументированно составлять план лечения, проникать в самую суть потребностей и запросов получателя стоматологической помощи; в определенной последовательности и с комментарием предлагать разные варианты лечения, психологически грамотно раскрывать достоинства используемых технологий.

Попова И.Н., к.м.н.,
президент Ассоциации стоматологов
Забайкалья, главный внештатный
специалист стоматолог МЗ Забайкальского
края, главный врач ГАУЗ "Краевая
стоматологическая поликлиника"

ПОЗДРАВЛЯЕМ УЧАСТНИКОВ КОНКУРСА "ЛУЧШИЙ ВРАЧ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ 2017 ГОДА"



Матвеева Андрея Николаевича - врача стоматолога-терапевта Краевой стоматологической поликлиники, победителя конкурса;

Батомункуеву Валентину Юрьевну - врача стоматолога детского Агинской окружной больницы;

Ли Оксану Федоровну - врача стоматолога-ортопеда Краевой стоматологической поликлиники;

Кувалдину Нину Алексеевну - врача стоматолога-терапевта Краевой стоматологической поликлиники;

Синицыну Татьяну Ивановну - врача стоматолога-терапевта поликлинического подразделения №2 Клинического медицинского центра г.Читы;

Казанцеву Ольгу Борисовну - врача стоматолога-ортодонта стоматологического подразделения Детского клинического медицинского центра г.Читы.



Поздравляем наших юбиляров!!!

- Романову Ларису Юрьевну** - врача стоматолога Каларской ЦРБ
Деревцова Андрея Евдокимовича - врача стоматолога детского Краевой больницы №4 г. Краснокаменска
- Башланову Галину Матвеевну** - врача стоматолога Ононской ЦРБ
Дашидондову Шогжилму Дугарнимаевну - врача стоматолога хирурга Агинской ОБ
- Пахову Оксану Николаевну** - врача стоматолога терапевта ГУЗ "КМЦ г.Читы", поликлиническое подразделение №1
- Носачеву Татьяну Александровну** - врача стоматолога терапевта ГУЗ "КМЦ г.Читы", поликлиническое подразделение №2
- Матушевскую Татьяну Владимировну** - врача стоматолога детского ГУЗ "ДКМЦ г.Читы", стоматологическое подразделение
- Лукшиц Веру Васильевну** - заведующую стоматологическим отделением ГУЗ "Краевая больница №4" г. Краснокаменск
- Овчинникову Елену Юрьевну** - врача стоматолога терапевта ГУЗ "Краевая больница №4" г. Краснокаменск
- Амаголонову Любовь Дугардоржиевну** - врача стоматолога Могойтуйской ЦРБ
- Жамбалова Цыдыпа Цыденжаповича** - врача стоматолога ортопеда Могойтуйской ЦРБ
- Дедюхину Раису Усмановну** - врача стоматолога детского Нерчинской ЦРБ
- Яремаченко Ирину Пантелеймоновну** - врача стоматолога ортопеда ГУЗ "КМЦ г.Читы", поликлиническое подразделение №1
- Жукову Альбину Юрьевну** - врача стоматолога терапевта ГУЗ "КМЦ г. Читы", поликлиническое подразделение №2
- Спасскую Марину Михайловну** - врача стоматолога терапевта ГУЗ "КМЦ г. Читы", поликлиническое подразделение №2
- Большакова Андрея Петровича** - врача стоматолога ортопеда ГУЗ "КМЦ г. Читы", поликлиническое подразделение №5

- Аюшиеву Лхамажаб Лхасарановну** - врача стоматолога
Дульдургинской ЦРБ
- Казанцеву Ольгу Борисовну** - врача ортодонта ГУЗ "ДКМЦ
г. Читы", стоматологическое подразделение
- Станичникову Татьяну Васильевну** - врача стоматолога терапевта
ГУЗ "КМЦ г. Читы", поликлиническое подразделение №2
- Жарикову Ирину Васильевну** - врача стоматолога терапевта ГУЗ
"КМЦ г. Читы", поликлиническое подразделение №2
- Москвитину Галину Семеновну** - врача стоматолога терапевта ГУЗ
"КМЦ г. Читы", поликлиническое подразделение №5
- Герман Нину Борисовну** - врача стоматолога терапевта ГУЗ "КМЦ
г. Читы", поликлиническое подразделение №2
- Верхотурову Людмилу Анатольевну** - врача стоматолога детского
ГУЗ "ДКМЦ г. Читы", стоматологическое подразделение
- Соболевскую Людмилу Игнатьевну** - врача стоматолога терапевта
ГУЗ "КМЦ г. Читы", поликлиническое подразделение №2
- Брункову Людмилу Ивановну** - зав. стоматологическим отделением
ГУЗ "КМЦ г. Читы", поликлиническое подразделение №2
- Пятышева Николая Николаевича** - врача стоматолога ортопеда
стоматологического отделения №3 клиники ФГБОУ ВО ЧГМА
- Поликарпову Олену Геннадьевну** - врача стоматолога терапевта
стоматологического отделения №2 клиники ФГБОУ ВО ЧГМА



СОДЕРЖАНИЕ

Попова И.Н. НЕМНОГО ИСТОРИИ.....	10
Пинелис И.С. К 100-ЛЕТИЮ В.А.ЛЮБАРСКОГО.....	15
Попова И.Н., Афанасьева В.К. ИТОГИ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА 3 ГОДА.....	20
Ерофеева Ю.Г. ИТОГИ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА 2017 ГОД.....	24
Павленко И.В. ТРЕБОВАНИЯ К РЕКЛАМЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	29
Аксенова Т.А., Писаревский Ю.Л., Царенок С.Ю., Зобнин В.В., Пинелис Ю.И. АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ.....	32
Климова И.С. ПРИМЕНЕНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ В СТОМАТОЛОГИИ.....	37
Кукушкин В.Л., Кукушкина Е.А. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕВИТАЛИЗИРУЮЩИХ ПАСТ.....	40
Климова И.С., Смирницкая М.В. ОСОБЕННОСТИ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА. ОШИБКИ И ПУТИ ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ.....	46
Климова И.С., Смирницкая М.В., Кузнецов И.А. АПИКАЛЬНАЯ И ПЕРИАПИКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ.....	50
Смирницкая М.В., Климова И.С., Кузнецов И.А. АПИКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ.....	53
Кукушкин В.Л., Смирницкая М.В., Кукушкина Е.А. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОДОНТА У ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	57
Кукушкин В.Л., Смирницкая М.В., Кукушкина Е.А. РЕЗОРЦИН-ФОРМАЛИНОВЫЙ МЕТОД В ЭНДОДОНТИИ.....	61

Лопатина-Ланская О.А., Кукушкин В.Л. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ СО СЛОЖНОЙ МОРФОЛОГИЕЙ.....	67
Кукушкин В.Л., Дутова А.А., Кордюк М.Ю., Кукушкина Е.А. ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА АНАЭРОБНОЙ МИКРОФЛОРЫ ЭНДОДОНТА ПРИ РАЗЛИЧНОМ ТЕЧЕНИИ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА.....	70
Гадушкина С.А., Белоусов А.В. ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСТВОРА ХЛОРГЕКСИДИНА БИГЛЮКОНАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.....	74
Попова Е.С., Петрова А.М., Пляскина Е.С., Василенко Н.М. СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ В ОРТОДОНТИИ.....	79
Пляскина Е.С., Попова Е.С., Петрова А.М. БРЕКЕТ-СИСТЕМА И ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ.....	83
Рудакова Л.Ю. БОТУЛИНОТЕРАПИЯ В СТОМАТОЛОГИИ.....	91
Казанцева О.Б. РОЛЬ РАННЕГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ.....	94
Петрова А.М., Потапова И.В. ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕЛЛУЛОИДНЫХ КОЛПАЧКОВ НА ДЕТСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ.....	99
Петрова А.М., Потапова И.В. ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА.....	102
Верхотурова Т.В. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ: БЕЗМЕТАЛЛОВАЯ КЕРАМИКА IPS E.MAX PRESS.....	109
Попова Е.С., Петрова А.М., Джафарова С.М. ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ В Г.ЧИТА.....	115
Катман М.А. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.....	117

Мельникова С.В. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА.....	119
Козикова Е.В. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА ДЕТСКОГО В ШКОЛЕ НА ПРИМЕРЕ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА МБОУ СОШ №27.....	125
Кувалдина Н.А. ЭНДОДОНТИЯ КАЖДЫЙ ДЕНЬ.....	133

Попова И.Н.

НЕМНОГО ИСТОРИИ...

ГАЗ "Краевая стоматологическая поликлиника"

Первым стоматологом в мире, имя которого известно, был египтянин Хеси-Ра, живший в XXVII веке до нашей эры при фараоне Джосере. Надписи в гробнице Хеси-Ра именуют его "лечителем зубов". Папирус Эберса, датированный XVI веком до нашей эры, дает одиннадцать советов по лечению зубов, включая рецепт состава, напоминающего современную композитную пломбу: наполнитель (молотый ячмень), связующий состав (мед) и антисептик (желтая охра).

Древнеегипетская цивилизация знала и зубные имплантаты: у мумии одного из фараонов X столетия до нашей эры обнаружили медный зуб, вживленный в челюсть; сохранился первый в истории человечества зубной мост - два донорских зуба, прикрепленных медной проволокой к нижней челюсти мумии XX века до нашей эры.

Вылечить испорченные зубы удавалось не всегда, дантисты сосредоточились на том, чтобы достичь эстетического совершенства. Так родились зубные коронки, закрепляемые на остатках разрушившегося зуба. Первые известные образцы относятся ко II веку, они были найдены на территории итальянской Тосканы. Материалом служило золото. Американская стоматологическая ассоциация уже в нашем веке высокопрочных пластиков и композитных материалов указывает следующие преимущества золотых коронок (сегодня их делают из сплава с медью и другими металлами): герметичность, износостойкость, минимальное удаление здоровой ткани, низкая отторгаемость.

Больших успехов в деле косметической стоматологии достигли майя. Мужчины племени украшали зубы инкрустацией из драгоценных камней. Мексиканский антрополог Хозе Консепсьон Хименес считает, что такие украшения служили чисто декоративной цели и использовались людьми самых разных слоев. Подобные украшения отсутствуют у найденных царских мумий майя.

В 1530 году в Германии вышла анонимная "Книжица лекарская обо всех видах зубных болезней и немочей", первое в истории Европы медицинское практическое пособие, посвященное ле-

чению зубов, в ней содержались советы по изготовлению золотых пломб.

Испанцы, начавшие в середине XVI века колонизацию Филиппин, столкнулись с практикой украшения зубов местными племенами, поразившей их сложностью и дороговизной: "Они вставляют золотые пластины между зубами как украшение. К центру зуба они сверлят аккуратное отверстие, кое затем заполняют золотом, так что эта золотая точка сияет посреди черного зуба. И находят они красивым весьма".

Словарь тагальского языка, составленный в начале XVII столетия францисканцем Педро де Сан Буэнавентура, упоминал термин *pusal*. К началу следующего века, туземцев отучили от этих эстетических изысков - так как католические миссионеры полагали чернение и украшение зубов вызовом промыслу божию; к тому же для золота из ртов аборигенов у испанцев находилось и более практическое применение. Обычай, вернулся в конце XVIII века в несколько видоизмененном виде. Жены состоятельных мужчин племени инибалои вставляли себе под нижнюю губу цельные золотые пластины, снимавшиеся только на время еды. Это странное украшение, называвшееся чаканг, кроме демонстрации статуса, не давало дамам инибалои разговаривать - возможно, именно поэтому традиция продержалась до первой четверти XX столетия.

В Европе от отсутствия зубов страдали монархи и простолюдины. Французский писатель и историк Луи Бертран в биографии Людовика XIV, вышедшей в 1923 году, обратил внимание, что на известном портрете "короля-солнце" работы Гиацинта Риго у 62-летнего монарха явно отсутствуют все зубы (это видно по характерным складкам кожи на щеках). Как выяснил Бертран, личный врач короля Антуан д'Аквин рассудил, что королевские зубы рано или поздно придут в негодность, так что лучше удалить их заранее. При этом медик несколько перестарался и повредил Людовику верхнее нёбо, которое пытался залечить прижиганиями раскаленным железом.

В XVIII веке стоматология - и косметическая, и клиническая - начали стремительно развиваться. В 1723 году французский хирург Пьер Фошар, которого называют "отцом современной стома-

тологии", публикует трактат "Зубной хирург". В 1746-м другой француз, Клод Мутон, описывает золотую коронку с креплением в корневом канале и предлагает покрывать золото эмалью - для большей схожести с настоящим зубом. В 1789-м Николя Дюбуа де Шеман патентует фарфоровые искусственные зубы - но эту зубообразную революцию на пару десятилетий задержали проблемы, связанные с Великой французской революцией.

Вставные челюсти и отдельные коронки, прикрывавшие с большей или меньшей надежностью пустые места во рту владельца, к концу века Просвещения стали привычными в аристократических кругах. Для вставных зубов того времени использовались слоновая кость, золото либо свинец.

Наступивший XIX век принес промышленное производство зубных протезов из фарфора (американец Сэмюэль Стоктон создал в 1825 году фирму White Dental Manufacturing Company, ставшую монополистом на рынке до конца столетия), первые анестетики, инновационные материалы, вроде основанного на каучуке "вулканиита", использовавшегося для крепления зубных протезов, и первое профессиональное объединение дантистов - основанное в 1840 году Американское общество зубных хирургов. Стоматология по-прежнему оставалась дорогим удовольствием - в Англии хорошим тоном считалось дарить молодоженам вставные челюсти, чтобы им точно было с чем достойно встретить старость.

Конец XIX столетия ознаменовался не только важными политическими событиями и революционными изобретениями.

Появились тюбики для зубной пасты. Раньше зубные порошки и жидкости для чистки зубов выписывались дантистами и продавались в пузырьках, банках и другой неудобной таре. С конца 1880-х зубная паста в тюбике начала стремительно завоевывать мир. Гигиена полости рта стала более доступной, а значит - и зубы в цивилизованном мире стали сохраннее: даже те, для кого поход к дантисту оставался дорогим удовольствием, могли теперь позволить себе минимальный уход за зубами.

В 1896-м, через год после открытия немецким физиком Вильгельмом Рентгеном таинственного излучения, впоследствии получившего его имя, американский дантист Эдмонд Келлс делает пер-

вый снимок челюстей живого человека. Отныне работа врача стоматолога становится на научную основу.

В 1903 году появляются первые фарфоровые коронки - довольно дорогие, но визуально почти не отличающиеся от настоящих зубов.

В 1905 году на рынок поступает синтезированный химиком Альфредом Эйнхорном анестетик с торговым названием "Новокаин". Ранее в стоматологии для обезболивания применялось в основном вещество растительного происхождения, известное и по сей день - раствор экстракта листьев южноамериканского растения "кока". Проще говоря, кокаин - опаснейший наркотик, в то время свободно продававшийся в аптеках по всему миру. Отныне пациенты, восстанавливающие зубы, были избавлены от риска стать наркоманами.

Немалый вклад в развитие стоматологии XX века внесли и обе мировые войны - челюстно-лицевая хирургия оказалась одним из самых востребованных направлений при лечении ранений.

Но важнейший прорыв случился в 1950-е, в результате исследования, не связанного с зубным протезированием. Шведский ученый Пер-Ингвар Бранемарк изучал в лабораторных условиях анатомию кровообращения. Подопытным ему служил кролик, в костную ткань бедра которого был вмонтирован титановый имплантат с оптическим компонентом, позволявшим изучать микроциркуляцию при помощи особого микроскопа. Бранемарк выбрал именно титан для корпуса прибора после знакомства с опубликованной в 1951 году статьей биолога Готфрида Левенталя, ставившего опыты по протезированию конечностей кроликов при помощи титановых стержней и пришедшего к выводу, что этот металл идеален для хирургии. Но когда пришло время освободить животное от научного оборудования, Бранемарк обнаружил, что титан и костная ткань стали практически неразделимы. Так было открыто явление остеоинтеграции, положившее начало современным методикам зубопротезирования. В 1965 году Бранемарк установил первый в мире остеоинтегрированный дентальный имплантат.

Стоматология в Советском Союзе.

В Советском Союзе стоматология была доступной и бесплатной, но качество ее оставалось в основном на уровне конца XIX века. "Почему страна, запустившая в космос первого человека, не

может собрать нормальную бормашину?" - недоумевал анонимный диссидент начала 1970-х.

Архаичные низкооборотные бормашины с ременным приводом, использовавшиеся в советских клиниках, при работе жутко вибрировали, что добавляло пациентам дополнительные страдания: обезболивающее полагалось лишь при удалении зуба.

А зубы удаляли часто и много. Сказывались низкая общая культура населения, тяжелые условия жизни, отсутствие элементарных средств ухода - зубная паста вошла в широкий обиход лишь к концу 1970-х. По "железным" зубам советский человек безошибочно узнавал бывшего заключенного, по золотым - "барыгу" из торговли. Солженицын в "Архипелаге ГУЛАГ" так описывал типичного уголовника: "Передняя сторона головы, которая у двуногих обычно называется лицом, у этого пахана вылеплена природой с отвращением и нелюбовью, а может быть, от хищной жизни стала такая - с кривой отвислостью, низким лбом, первобытным шрамом и современными стальными коронками на передних зубах". Для писавшего свою книгу в 1960-е Солженицына стальные коронки - все еще "современный" вид зубных протезов. Строго говоря, они (наряду с дорогими золотыми) оставались вершиной отечественной ортопедии до середины 1980-х. Трудно поверить, но даже состав для пломбирования зубов, использовавшийся в советских клиниках, был тем же, что и в царские времена.

При этом работа зубного техника была престижной и довольно выгодной. Частная стоматологическая практика в Стране Советов была запрещена с 1922 года (постановление Народного комиссариата здравоохранения "Об использовании зубоврачебного имущества"), в реальной жизни большинство специалистов по протезированию зубов на казенном оборудовании подрабатывали на свой карман. Да и официальная работа могла принести хороший по советским меркам доход: с 1964 года оплата труда зубных техников, полировщиков и литейщиков производилась по сдельно-премиальной системе. Большой соблазн представлял и золотой сплав, с которым работали ортопеды стоматологи, - в газетах того времени часто публиковались разоблачительные статьи о нечистых на руку зубных техниках.

Золото во рту пользовалось особой популярностью не только как символ достатка, но и как способ сохранить сбережения в металле, ценность которого советскому человеку представлялась вечной и не зависящей ни от каких капризов судьбы (вроде денежных реформ 1947-го и 1961 года, несколько потрепавших подпольных миллионеров, хранивших деньги в рублях). В среднеазиатских республиках и в цыганских сообществах золотые коронки нередко ставили в ранней юности, на еще здоровые зубы. Правда, в случае попадания в места не столь отдаленные (от чего в известные периоды истории не был застрахован никто) такое "золотохранилище" могло стать источником больших проблем для обладателя. По свидетельству все того же Солженицына, "не брезгают блатные в дороге и простой грабилькой: увидели у эстонца зубы золотые - положили его и выбили зубы кочергой".

Продолжение следует....

Пинелис И.С.

**К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
ДОЦЕНТА В.А. ЛЮБАРСКОГО**

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия



Владимир Александрович родился 19 января 1918 года в Киевской губернии в семье рабочего. В 1925 году семья переехала в Москву, где прошли детство и юность В.А. Любарского. В эти годы он увлекся живописью, рисовал карандашом, масляными и акварельными красками, с удовольствием ходил на занятия художественного кружка и мечтал стать художником.

В 1937 году Владимир Александрович окончил с отличием школу и выбрал для поступления Ленинградский архитектурный институт, но, из-за досадной случайности его постиг-

ла неудача. Тогда он поступил в Московский медицинский стоматологический институт, в котором встреча с профессором И. Г. Лукомским решила судьбу будущего врача. Будущим студентам Илья Генрихович показывал фотографии больных с врожденными и приобретенными дефектами лица до и после операции. Молодой Владимир сразу же понял вот оно, призвание - возвращать людей к нормальной жизни, "рисовать" вместо уродливого, страшного лица новое, убирая последствия травмы, болезни, врожденной патологии. Вместе с ним учились известные ученые-стоматологи: академик А.И. Рыбаков, профессора В.И. Заусаев, В.Ф. Рудько и др.

В 1941 году Владимир Александрович с отличием окончил институт, но ни выпускного бала, ни духового оркестра не было, т.к. день окончания ВУЗа и день начала Великой Отечественной войны совпали - 22 июня 1941 года. Молодым врачам скромно вручили дипломы, а 28 июня Владимир Александрович был призван в армию и назначен на должность врача батальона связи в одной из частей под Москвой.

Так началась его военная служба, которая продолжалась двадцать долгих и трудных лет. В составе различных медицинских подразделений хирург Любарский воевал на Ленинградском, Волховском, Западном, Первом Украинском фронтах, в должностях: врача, а затем начальника хирургического отделения медико-санитарного взвода технической бригады, ординатора хирургического госпиталя. Пришлось много и тяжело работать, совершенствовать хирургические навыки, изучать на практике хирургическую обработку огнестрельных ран, причем следовало это делать быстро и прямо у операционного стола, нередко под бомбежкой и артобстрелах. Однажды после такого обстрела он был тяжело контужен, переломаны ключица и ребра и лечился в госпитале под Москвой, но через полтора месяца сбежал на фронт.

В 1943 г., в госпитале в Карачеве, ему удалось сделать несколько рисунков неповторимых лиц его боевых друзей, коллег - медсестер, врачей медсанбатов. Но многие из них не сохранились.

Затем была битва на Курской дуге. Во время нее раненых и обожженных танкистов везли и везли. Бывали дни, когда некогда было поспать. Часто Владимиру Александровичу помогала опери-

ровать медицинская сестра Аня, с которой они вместе в составе Первого Украинского фронта дошли до Берлина и поженились 9 мая в Праге.

В составе этих подразделений он освобождал от фашистов территорию нашей страны, а также Польшу, Венгрию, Австрию и закончил войну в Берлине. За годы войны В.А. Любарский стал высококвалифицированным хирургом, но в свободное время он продолжал заниматься рисованием.

За ратный, самоотверженный труд, и личную храбрость Владимир Александрович награжден двумя орденами Красной Звезды и 15 медалями. После окончания войны семья Любарских некоторое время жила в Германии, где Владимир Александрович служил врачом в военном госпитале.

После службы в Германии Владимира Александровича перевели в Забайкалье. С февраля 1948 года начался Забайкальский период жизни Владимира Александровича. Его - молодого тридцатилетнего военного врача назначили начальником челюстно-лицевого отделения 321 ОВГ ЗабВО, что явилось признанием высокого врачебного мастерства. За годы работы окружным стоматологом В.А. Любарским выполнен огромный объем самых разнообразных челюстно-лицевых операций. Однако аналитический, изобретательный ум и талант хирурга не позволили ему превратиться в ремесленника. Любарский не только постоянно учился у профессоров М.Н. Михельсона, М.Ф. Хитрова, А.И. Евдокимова, но и сам щедро делился знаниями с врачами. Его учителем и наставником был Герой Социалистического Труда, член-корреспондент АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, профессор Александр Иванович Евдокимов (1883 -1979).

Постоянное стремление к улучшению результатов привело к разработке 10 вариантов оперативных методов лечения больных с переломами нижней челюсти.

Его педагогическая деятельность началась в 1957 г. когда его пригласили в Читинский медицинский институт для чтения лекций по стоматологии на лечебном факультете, а в 1958 году он стал организатором и преподавателем стоматологического факультета. Работа со студентами увлекала его все больше. В 1961 году

по ходатайству руководства института он увольняется из рядов Советской Армии в звании подполковника медицинской службы и полностью посвящает себя преподавательской работе, организации кафедры и клиники хирургической стоматологии. В.А.Любарский 20 лет (1963 -1983 гг.) заведовал кафедрой хирургической стоматологии и 5 лет (1965 - 1969 гг.) был деканом стоматологического факультета.

В 1965 году В.А. Любарский обобщил свой опыт лечения больных с переломами нижней челюсти в диссертационной работе, которую успешно защитил в г. Москве. В 1966г. ему присвоено звание доцента.

Его научные интересы касались не только травм лица и челюстей. Под его руководством разработаны оригинальные методы пластики незаращения верхней губы и неба, использование аллотрансплантатов в стоматологии и др. Им опубликовано более пятидесяти научных статей, рационализаторских предложений и изобретений. Под его руководством защитил докторскую диссертацию Пинелис И.С., а кандидатские - Фрыгина В.А., Пинелис И.С., Бояров Ю.С., Лескова В.В., Донской В.В.

Любарский В.А. большую часть своей жизни провел в операционной. Через его руки прошло множество пациентов. Кому-то он смог вернуть здоровье, кого-то избавил от уродующих последствий болезни или травмы, а для кого-то стал врачом, счастливая встреча с которым спасла жизнь. Он постоянно помогал практическому здравоохранению, активно пропагандировал передовые методы диагностики и лечения стоматологических заболеваний. По его инициативе и при активном участии организован межобластной центр диспансеризации детей с врожденной патологией лица, который функционирует до настоящего времени. Много сил он отдал становлению челюстно-лицевых отделений в областной клинической и областной детской клинической больницах. На протяжении многих лет В.А. Любарский возглавлял областное общество стоматологов, активно участвовал в работе научно-практических конференций в Москве, Ташкенте, Ленинграде, Иркутске, Улан-Удэ, Чите и др., в заседаниях Ученых советах факультета и института.

Его труд и в мирное время был отмечен двумя медалями и почетным знаком "Отличнику здравоохранения".

В 1983 году В.А. Любарский вышел на заслуженный отдых, но еще длительное время ученики и больные нуждались в его помощи и совете. На пенсии у Владимира Александровича появилось время для чтения и занятий живописью. Им написано более двадцати портретов и натюрмортов. Работы Любарского хранятся в фондах музея истории здравоохранения Забайкальского края и Музейно-выставочного центра Забайкальского края. В фонде Музейно-выставочного центра г. Читы находится его коллекция из 15 работ:

"Автопортрет" 1943 г., "Старший офицер мед отдела" 1943г., "Старшая медсестра медсанбата" ("За письмом") 1943г., "Женский портрет" 1943г., "Лето село Периоцкое" 1939г., "Пейзаж", "Автопортрет" 1939г., "Элочка Булашевич" 1940г., "Автопортрет" 1937г., "Портрет мальчика", "Портрет мужчины", "Портрет председателя студенческого профкома" 1940г., "Портрет А.С. Пушкина" 1985г. В 2015 г. в составе выставки "Художники - ветераны Великой Отечественной войны" работы В.А. Любарского выставлялись в нескольких районах Забайкальского края.

Неустанная врачебная, научная, педагогическая и общественная деятельность В.А. Любарского является примером самоотверженного служения делу охраны здоровья людей, подготовки молодых специалистов и любви к своей профессии.

Многочисленные ученики и последователи, а теперь опытные врачи, хирурги - всегда помнят своего Учителя. Светлая память о нем - бескорыстном хирурге, ученом и педагоге хранится в сердцах сотрудников ЧГМА, стоматологов Забайкальского края, Якутии, Амурской области, Бурятии и Хабаровского края.

Попова И.Н., Афанасьева В.К.
НАШИ БУДНИ.
ОСНОВНЫЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ
ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА 3 ГОДА
ГАУЗ "Крайевая стоматологическая поликлиника"

Показатели работы по терапевтической стоматологии:	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Число посещений в год на 1 жителя	0,7	0,7	0,7
Обеспеченность врачами-стоматологами всего на 10 тыс. населения по Забайкальскому краю	4,1	4,2	4,01
По районам края			2,6
Врачебная функция по УЕТ	10312	8100	8453
Число посещений в день	12,3	13	11,9
Число пломб в день	5,6	5,3	5,4
в том числе композитных	3,5	3,3	3,2
Число санаций в день	3,9	3,8	4,1
Число УЕТ в день	53	54	54,2
Соотношение неосложненного кариеса к осложненному постоянных зубов	5,7	5,4	4,9
Соотношение неосложненного кариеса к осложненному молочных зубов	6,9	8,3	4,4
Соотношение вылеченных зубов к удаленным (постоянные зубы)	4,0	2,8	2,8
Соотношение вылеченных зубов к удаленным (молочные зубы)	3,1	4,5	5,2
Число посещений на 1 пломбу	1,2	1,3	1,2
Число посещений на 1 санацию	2,7	2,6	2,4
% односеансного лечения зубов по поводу осложненных форм кариеса	24%	20,9%	22,2%
% санированных от числа первично обратившихся	62,4%	61%	64,9%
Охват профилактическими осмотрами	76,8%	79,6%	72,2%
Всего:			
в том числе детей:	65,6%	72,6%	65,5%
% нуждавшихся в санации			
Всего:	33,2%	35,2%	33,5%
в том числе детей:	31,2%	34,2%	33,3%
% санированных			
Всего:	60,2%	56,2%	63,3%
в том числе детей:	71,2%	54,3%	59,9%

Показатели работы по ортопедической стоматологии:	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Число посещений в день	6,0	5,1	4,4
УЕТ в день	15,1	13,3	13,6
Число лиц, получивших протезы	10027	9204	9885
Из них сельских жителей		1944	1898
Изготовлено протезов	17566	16920	17787
Число лиц получивших протезы на 10 000 населения	122	113	122
Количество опорных зубов в одном мостовидном протезе	2	2,1	2,1
Количество восстановленных зубов на один опорный зуб	0,8	0,8	0,9
Удельный вес фасеток	26,1%	26,7%	30
Количество бюгельных протезов	278	254	277
Количество единиц металлокерамики и фарфора	4648	4716	4287
Показатели работы по ортодонтической стоматологии:	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Число посещений в день	9,7	9,8	10,3
Взято на лечение	2580	3499	3412
УЕТ в день	60,5	60,1	66,9
Показатели работы по хирургической стоматологии	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Удалено зубов	125832	126899	130201
В том числе постоянных	99695	99526	100951
Периостит	3591	3823	3302
Абсцесс	389	247	315
Число послеоперационных осложнений	0,8%	0,4%	0,5%
Выдано больничных листов	849	1402	838
Среднее число дней нетрудоспособности	5,2	6	6,3

Всего было сделано посещений - 794 662 (2016 год - 759642), что составляет на 1 жителя края - 0,7.

К врачам-стоматологам было сделано 776 666 посещений (2016 г. - 733928), к зубным врачам - 17 996 (2016 г. - 25714).

Число посещений на 1 врача в день - 11,9 (2016 год - 13). Число посещений в 2017 году на 4,6% больше, чем в 2016 году.

Функция врачебной должности составила - 8 453УЕТ (2016 год - 8100).

Условные единицы трудоёмкости на 1 врача в день составили 54,2 УЕТ (2016 год - 54,0).

Санитарованных от числа первично обратившихся - 64,9 % (2016 год - 61 %).

Вылечено зубов - 315 260 (2016 год - 299251).

Количество вылеченных зубов увеличилось на 5,1% по сравнению с 2016 годом.

Число пломб в день - 5,4 (2016 год - 5,3).

Число зубов, вылеченных по поводу осложненного кариеса - 67 228 (2016 год - 61561).

На 8,4% увеличилось количество вылеченных зубов по поводу осложненных форм кариеса.

Соотношение неосложненного кариеса к осложненному постоянных зубов 4,9:1 (2016 год - 5,4:1).

Соотношение неосложненного кариеса к осложненному молочных зубов 4,4:1 (2016 год - 8,3:1).

Соотношение вылеченных зубов к удаленным (постоянные зубы) - 2,8:1 (2016 г. - 2,8:1).

Соотношение вылеченных зубов к удаленным (молочные зубы) - 5,2:1 (2016 г. - 4,5:1)

Процент одностороннего лечения осложненных форм кариеса - 22,2 % (2016 год - 20,9%).

Среднее число посещений на одну пломбу - 1,2 (2016 год - 1,3).

Среднее число посещений на одну санацию составило - 2,4 (2016год - 2,6).

Охват профилактической работой по Забайкальскому краю составил 72,2% (2016 год - 76,1%), нуждалось в санации - 33,5% (2016 год - 36,9%), санировано - 63,3% (2016 год - 56,8%). Охват профилактической работой на 4% снизился, процент санированных на 6,5% вырос.

Хирургическая помощь

Хирургическая помощь населению Забайкальского края оказывается как на смешанном приеме врачей-стоматологов, так и стоматологами-хирургами на дифференцированном приеме. В 13 медицинских организациях Забайкальского края ведут прием врачи стоматологи-хирурги.

Всего удалено зубов - 130 201 (2016 год - 126899), в том числе постоянных - 100 951 (2016 год - 99526). Проведено хирургических

операций по поводу одонтогенных воспалительных заболеваний: периоститов - 3 302 (2016г. - 3823), абсцессов - 315 (2016 г. - 247), флегмон 10 (2016 г. - 3). Число послеоперационных осложнений - 0,5% (2016 г. - 0,4%). Выдано больничных листов - 578 (2016 г. - 1402). Среднее число дней нетрудоспособности - 6,3 (2016 г. - 6)

Ортопедическая помощь

Ортопедическая помощь оказывается в 17 медицинских организациях Забайкальского края. Врачей стоматологов-ортопедов - 43, зубных техников - 61.

За 2016 год к стоматологам-ортопедам было сделано 39 514 посещений (2016 г. - 40849). Число лиц, получивших зубные протезы - 9 885 чел. (2016 г. - 9204). Всего изготовлено протезов - 17 787 (2016 г. - 16920). УЕТ в день на одного врача - 13,6 УЕТ (2016 г. - 13,3). На 10000 населения получили протезы 122 человека. Изготовлено съемных протезов - 5 295 (2016 г. - 5138), бюгельных - 277 (2016 г. - 254), мостовидных протезов - 3 213 (2016 г. - 3417), в них коронок - 7 195 (2016 г. - 7814).

Количество опорных зубов в одном мостовидном протезе составляет - 2,1 (2016 г. - 2,1), а соотношение восстановленных зубов на один опорный - 0,9 (2016 г. - 0,8). Удельный вес фасеток составляет - 30%, количество металлокерамических единиц - 4 287 (2016 г. - 4716). Количество посещений по поводу коррекций съемных протезов в пределах нормативных показателей.

Ортодонтическая помощь

Для оказания ортодонтической помощи населению в Забайкальском крае работают 14 врачей-ортодонтотв: в КДКБ, КБ №4 г. Краснокаменска, стоматологическом отделении ДКМЦ г. Читы, клинике ЧГМА, Краевой стоматологической поликлинике.

К стоматологам-ортодонтам за 2017 год было сделано 29 996 (2016 г. - 27500) посещений. Количество пациентов взятых на лечение в 2017 году - 3 412 (2016 год - 3499). Число лиц, получивших ортодонтическое лечение - 10 419 чел., из них детей 0-14 лет включительно - 8 744 чел., 15-17 лет включительно - 1469 чел. Изготовлено аппаратов в год на одного врача - 332,6 (2016 год - 786). Количество ортодонтических аппаратов на одну аномалию составляет - 1,8 (2016 год - 2). Осмотрено с профилактической целью на одного

врача - 497 (2016 год - 421,3) чел. Количество УЕТ в день на одного врача составляет - 66,9 (2016 год - 60,1). Процент нуждающихся в аппаратном лечении от осмотренных - 65,5% (2016 год - 78,7%).

Основными задачами на 2018 год остаются:

- координация и согласование работы стоматологических медицинских организаций Забайкальского края, независимо от формы собственности;
- оказание доступной и качественной стоматологической помощи для всех слоев населения, с применением современных инновационных технологий;
- оснащение стоматологических кабинетов в соответствии с Порядками (приказ МЗ и СРРФ от 7 декабря 2011 г. № 1496н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях";
- изучение и распространение передового опыта, внедрение новых методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний;
- совершенствование планово-нормативных и качественных показателей деятельности врачей-стоматологов;
- решение кадровой проблемы, повышение профессионального уровня медицинских работников;
- аттестация врачей стоматологического профиля на соответствующие квалификационные категории.

Ерофеева Ю.Г.

**ИТОГИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
ЗА 2017 ГОД**

Стоматологическое подразделение ГУЗ "ДКМЦ г. Читы"

При анализе работы врачей-стоматологов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению Забайкальского края за 2015-2017 годы отмечается нестабильное количество числа посещений, вылеченных и удаленных зубов. Ежегодно снижается количество осмотренных в плановой санации, санированных из числа осмот-

ренных.Количество посещений на одного ребенка составляет 1,1 при существующем нормативе 3,0.Вместе с тем в 2017 году положительно можно отметить увеличение общего числа посещений, количества вылеченных зубов на 7117. Ежегодно растет количество удаленных зубов, но в 2017 году важным положительным индикатором является снижение от 2016 г числа удаленных постоянных зубов на 508. Посмотрели, в порядке плановой санации больше на 3944 ребенка, чем в 2016 году, в пролечили на 1203 меньше.. Помимо прочего за 3 года отмечается увеличение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей (периоститы, абсцессы) . Можно сделать вывод, анализируя показатели за 3 года, что доступность и качество оказания стоматологической медицинской помощи детскому населению края низкая.

Основные показатели работы стоматологической службы, оказывающей помощь детскому населению Забайкальского края

	2015	2016	2017
Число посещений всего	323372	291535	307694
Первичных посещений	147355	138848	151850
Вылечено зубов	124539/ 54446	111247/ 53144	118364/ 59422
Удалено зубов, в т.ч постоянных	31573/ 4567	30348/ 4560	33302 /4052
Санировано	72228	66123	67481
Осмотрено в порядке плановой санации	177088 68,1%	150429 57,5%	146707
Из числа осмотренных нуждалось в санации	57487 32,5%	45838 30,5	49782 33,9%
Санировано из числа нуждающихся	42975 74,8%	32649 71,2%	31446 63%

Количество детей в Забайкальском крае в возрасте от 0 до 17 лет на 01.01.2018г. составляет 268897 , всего для оказания помощи детскому населению в крае выделено 73,5 ставки врача-стомато-

лога детского , из них в районах края занято 17,75 (снижение от 2016 на 5 ставок) должностей врачей-стоматологов детских; фактически врачи-стоматологи детские работают в 12 районах края, 75-80% их рабочего времени составляют профилактические осмотры, помощь детям оказывается врачами-стоматологами общей практики, которые имеются во всех государственных учреждениях здравоохранения Забайкальского края.

Штаты по Забайкальскому краю

	Штатные должности	Занятые должности	Физические лица	Необходимо по Порядкам № 910н
Врачи-стоматологи детские	73,5 (в том числе в районах Заб. края 20)	67	56	220
Врачи-ортодонты	12,75	11,75	12	37
Врачи-стоматологи общей практики	140,75	140,75	136	

Не выделены ставки детских стоматологов в 12 районах (Акшинский, Дульдургинский, Калганский ,Карымский,Кыринский, Нер-Заводский, Ононский, П-Забайкальский, Сретенский, Тунгокоченский, Читинский, Шелопугинский). В Улетовском, Каларском 0,25 и Забайкальском районах 0,5 ставки, Газ-Заводском 0,75 не заняты физическими лицами.

Штаты врачей ортодонтов

	Штатные должности ортодонты	Занятые должности ортодонты	Физические лица ортодонты
ГУЗ «ДКМЦ г.Читы»	6	5	5
ГБОУ ВПО ЧГМА	5,75	5,75	6
ГУЗ КДКБ	-	-	-
КБ № 4	1	1	1
Итого	12,75	11,75	12

Из положительных моментов в 2017 году хочется отметить укомплектование должности врача-ортодонта в ГУЗ "КБ № 4".

Штаты врачей-стоматологов хирургов

	Штатные должности	Занятые должности	Физические лица
ГУЗ «ДКМЦ г.Читы»	3,75	2,25	2
ГБОУ ВПО ЧГМА	0,5	0,5	1
ГУЗ КДКБ	1,0 консультативный прием	1,0	

Стоматологическую помощь детскому населению в выходные дни круглосуточно, будни с 20 часов до 08 организована только в г.Чита , оказывает ГАУЗ "Краевая стоматологическая поликлиника" по адресу г.Чита, ул.Байкальская, 31.

В 2015 году принято 409 детей, за 2016- 620 детей, в 2017-657

Для улучшения доступности и качества оказания стоматологической помощи детскому населению Забайкальского края в 2017 году:

1. 16.05.2018 в Министерстве здравоохранения Забайкальского края под председательством заместителя министра Игнатъевой Н.Г. состоялось совещание по актуальным вопросам оказания стоматологической помощи детям; в результате которого определен порядок получения первичной специализированной медико-санитарной помощи детскому населению, маршрутизации пациентов.
2. Издано Распоряжение Министерства здравоохранения Забайкальского края от 15.06.2017 № 716 "О маршрутизации населения Забайкальского края со стоматологическими заболеваниями";
3. Непрерывно организована работа в 7 школьных стоматологических кабинетах в г.Чит,1 кабинете при МОУ СОШ в п. Могойтуй.
4. С целью активизации профилактической направленности в ГУЗ "ДКМЦ г.Чита" организована работа 6 гигиенистов стоматологических, который работает совместно в врачом в школьных стоматологических кабинетах г.Читы.
5. Организовано участие главного специалиста по детской стоматологии МЗ ЗК Ерофеевой Ю.Г. на VI Российско-европейском

конгрессе по детской стоматологии, участие в профильной комиссии по стоматологии детской в Санкт-Петербурге в январе 2017 года.

6. Врач-стоматолог детский ГУЗ "Агинская окружная больница" Батомункуева В.Ю стала победительницей в номинации лучший врач стоматологического профиля в конкурсе на звание " Врач года 2017" ; а врач-ортодонт Казанцева О.Б. ГУЗ "ДКМЦ г.Читы" стала номинантом конкурса.

Выводы и предложения на 2018 год:

Повышение качества оказания медицинской стоматологической помощи детскому населению в условиях существующей системы здравоохранения предусматривает укрепление материально-технической базы и кадровых ресурсов, развитие оптимальной модели медицинского обслуживания населения в медицинских организациях на различных этапах оказания медицинской помощи. Для этого необходимо интенсифицировать лечебно-диагностический процесс, путем совершенствования инновационной деятельности в органах и учреждениях здравоохранения, организации ее на основах сегодняшних представлений о современных организационных формах и методах внедрения.

Анализ существующих в настоящее время форм оказания профилактической стоматологической помощи детям в Забайкальском крае и статистических критериев, оценивающих данные виды деятельности, даёт возможности прогнозировать нуждаемость в профилактических мероприятиях, планировать их объёмы, осуществлять их эффективность как в рамках образовательных учреждений, где функционируют стоматологические кабинеты, так и в лечебных кабинетах при поликлиниках Забайкальского края. Важным моментом является реализация на территории Забайкальского края Постановления Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 года № 294 "Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни.

В организации первичной медико-санитарной помощи детям со стоматологическими заболеваниями в Забайкальском крае необходимо продолжить работу по:

- привлечению врачей-стоматологов на рабочие места как в ГУЗ "ДКМЦг.Читы" так и в районы Забайкальского края;

- реконструкции и развитию школьной стоматологии в крае;
- поэтапному внедрению диспансеризации как основного метода лечебно-профилактической работы с детьми;
- разработке и внедрению регионально ориентированной программы профилактики стоматологических заболеваний, которая позволит значительно снизить заболеваемость и соответственно расходы на оказание лечебной помощи в рамках ОМС;
- Поэтапный переход с 2018 года на электронную медицинскую карту;
- В работе врача-стоматолога с детьми стремиться к улучшению качественных показателей:
 - 1.Проценту санированных от первично-обратившихся до 65%;
 - 2.Санаций в день на одного врача до 4;
- Регулярно проводить работу с персоналом по обеспечению экономного использования ресурсов на рабочем месте.

Павленко И.В.

**ТРЕБОВАНИЯ К РЕКЛАМЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ,
ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**(Разъяснения Саморегулируемой организации стоматологических организаций ЛИГА- ligadent.ru)
*ООО "Стома Денталь"***

В связи с с письмом Федеральной антимонопольной службы от 25 сентября 2017 г. № АК/65861/17 "О рекламе методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации") поступают запросы от стоматологических клиник по поводу возможного формата рекламы методов лечения.

Позиция ФАС в письме освещена с точки зрения того , что реклама методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации **не должна:**

- содержать ссылки на конкретные случаи излечения от заболеваний, улучшения состояния здоровья человека в результате при-

- менения объекта рекламирования;
- содержать выражение благодарности физическими лицами в связи с использованием объекта рекламирования;
 - создавать представление о преимуществах объекта рекламирования путем ссылки на факт проведения исследований, обязательных для государственной регистрации объекта рекламирования;
 - содержать утверждения или предположения о наличии у потребителей рекламы тех или иных заболеваний либо расстройств здоровья

Вместе с тем отмечаем, что Федеральный закон "О рекламе" допускает размещение (распространение) рекламы методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации исключительно в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий и в предназначенных для медицинских и фармацевтических работников специализированных печатных изданиях, при условии соответствия такой рекламы как общим требованиям к рекламе, установленным статьей 5 данного Федерального закона, так и специальным требованиям к рекламе, установленным частью 3 статьи 24 указанного Федерального закона.

При этом позиция Верховного Суда РФ, освещенная в обзоре судебной практики "О некоторых вопросах, возникающих при рассмотрении арбитражными судами дел об административных правонарушениях, предусмотренных главой 14 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях", декабрь 2017 г. указывает, что: "Реклама (вне специальных изданий) методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации возможна **ТОЛЬКО В СОСТАВЕ ВИДОВ (ПЕРЕЧНЯ) МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**, оказываемых соответствующим медицинским учреждением, предусматривая необходимость предупреждения о наличии противопоказаний к их применению и использованию, ознакомления с инструкцией по применению или получения консультации специалистов."

Вместе с тем реклама, в которой раскрывается содержание того или иного метода профилактики, способа или приема диагностики, лечения и медицинской реабилитации, подпадает под запрет, установленный частью 8 статьи 24 Закона о рекламе.

Пример, на котором ВС строит свои выводы: в рассматриваемом случае объектом рекламирования была не реклама конкретного метода диагностики и лечения (ЭКГ) с раскрытием преимуществ данного метода и его эффективности, а реклама медицинской услуги с указанием на предупреждение о наличии противопоказаний к их использованию, необходимость ознакомления с инструкцией по применению или получения консультации специалистов. Суд пришел к выводу, что в данном случае, действия общества не нарушают положений Закона № 38-ФЗ и, следовательно, не влекут административной ответственности, предусмотренной частью 5 статьи 14.3 КоАП РФ.

Напоминаем так же, что содержание п.7 ст. 24, предусматривает, что "реклама лекарственных препаратов, медицинских услуг, в том числе методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, медицинских изделий должна сопровождаться предупреждением о наличии противопоказаний к их применению и использованию, необходимости ознакомления с инструкцией по применению или получения консультации специалистов. В рекламе, распространяемой в радиопрограммах, продолжительность такого предупреждения должна составлять не менее чем три секунды, в рекламе, распространяемой в телепрограммах и при кино- и видеообслуживании, - не менее чем пять секунд и должно быть отведено не менее чем семь процентов площади кадра, а в рекламе, распространяемой другими способами, - не менее чем пять процентов рекламной площади (рекламного пространства). Требования настоящей части не распространяются на рекламу, распространяемую в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий, а также в предназначенных для медицинских и фармацевтических работников специализированных печатных изданиях, и на иную рекламу, потребителями которой являются исключительно медицинские и фармацевтические работники.

Обращаем внимание медицинских организаций, что при составлении рекламных обращений. Плакатов и проспектов необходимо руководствоваться нормами ФЗ "О рекламе", а положения письма ФАС могут быть лишь дополнительным критерием для разработки рекламного контента.

Аксенова Т.А., Писаревский Ю.Л., Царенко С.Ю., Зобнин В.В.,
Пинелис Ю.И.

**АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО
ЭНДОКАРДИТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия**

Заболеваемость инфекционным эндокардитом (ИЭ) обусловлена широким распространением внутривенной наркомании, кардиохирургических операций, инвазивных медицинских манипуляций, органических поражений клапанного аппарата сердца. Тяжесть течения, вероятность инвалидизации и летальности, диктуют необходимость адресного применения мер профилактики ИЭ при медицинских, прежде всего стоматологических вмешательствах. Особое внимание к стоматологическим пособиям обусловлено тем, что в настоящее время, несмотря на полиэтиологичность микробного фактора, лидирующие позиции сохраняет грамположительная флора, источником которой может явиться ротовая полость. Поскольку частой причиной возникновения ИЭ являются стоматологические манипуляции, сопровождающиеся нарушением целостности слизистой ротовой полости, знания врачей-стоматологов о механизмах развития и мерах профилактики ИЭ является основой для предупреждения развития данного заболевания у пациентов повышенного риска его возникновения.

В Рекомендациях Европейского общества кардиологов (ESC) 2009 и 2015 гг. по ведению пациентов с ИЭ указано на необходимость антибиотикопрофилактики только у пациентов группы наиболее высокого риска, к данной популяции отнесены 3 группы:

- пациенты с протезами клапанов или с искусственным материалом для клапанов;
- пациенты, уже перенесшие ИЭ;
- пациенты с нелечеными синими врожденными пороками сердца и с врожденными пороками сердца после паллиативных шунтирующих операций.

Лицам этих групп рекомендуется антибиотикопрофилактика при медицинских ситуациях и вмешательствах повышенного риска. Пациентом с промежуточным риском возникновения ИЭ, к кото-

рым относятся лица с любой другой формой заболевания нативных клапанов, включая двустворчатый аортальный клапан, пролапс митрального клапана и кальцинированный стеноз аорты, антибиотикопрофилактика ИЭ не показана. Тем не менее, пациентам и высокого, и промежуточного риска важно разъяснить важность гигиены кожи и ротовой полости, а также информировать об опасности пирсинга и татуировок.

Основной мишенью профилактики ИЭ перед стоматологическими манипуляциями являются оральные стрептококки, чувствительные к антибиотикам пенициллинового и цефалоспоринового ряда. В рекомендациях ESC 2015 г. для пациентов высокого риска при проведении стоматологических манипуляций на пародонте и в периапикальной области зубов рекомендуется антибиотикопрофилактика. При отсутствии аллергии на пенициллин или амоксициллин взрослым рекомендуется амоксициллин или ампициллин 2 г перорально или внутривенно (в/в), детям 50 мг/кг перорально или в/в. Альтернативой может быть применение цефалексина 2 г в/в для взрослых или 50 мг/кг для детей, цефазолина или цефтриаксона 1,0 г в/в для взрослых или 50 мг/кг для детей. При аллергии на пенициллин или ампициллин рекомендуется клиндамицин взрослым 600 мг перорально или в/в, детям 20 мг/кг перорально или в/в.

Учитывая важность правильной и своевременной профилактики ИЭ в стоматологической практике нами была сформулирована цель исследования: провести оценку знаний врачей стоматологов по современным подходам к профилактике ИЭ при стоматологических манипуляциях.

Материалы и методы. В 2017 г было проведено проспективное исследование в форме опроса 60 врачей стоматологов г. Читы и Забайкальского края, из них: ортопедов - 45 человек (75%), хирургов - 8 человек (13,3%), терапевтов - 7 человек (11,7%). Была разработана авторская анкета, включающая 10 вопросов с выбором одного или нескольких правильных вариантов ответа из числа предложенных. Стаж работы анкетированных составил до 5 лет - 25%, от 5 до 9 лет - 23,3%, от 10 до 19 лет - 25%, от 20 до 29 лет - 11,7%, от 30 и более лет - 15%. Все сведения, внесенные в опросники, вводились в электронную базу данных. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 10,0.

Результаты. Половина опрошенных дали правильное определение ИЭ, 65% респондентов основным указали гематогенный путь передачи инфекции. На вопрос о наиболее типичном возбудителе стафилококки назвали лишь 26,7% респондентов. Только 21,7 % респондентов правильно указали, что при ИЭ чаще всего поражается аортальный клапан. Большинство ответов были корректными в отношении стоматологических манипуляций повышенного риска: 63,3% отнесли к ним экстракцию зуба и 53,3% - установку зубного имплантата. При ответе на вопрос, в каких случаях показана профилактика ИЭ у пациентов высокого риска, верные ответы "при стоматологических манипуляциях на тканях пародонта" и "при стоматологических манипуляциях в периапикальной области зубов" были даны в 45% и 55% случаев соответственно. Количество правильных ответов по рекомендованным Европейским кардиологическим обществом препаратам для антибиотикопрофилактики у пациентов высокого риска при стоматологических манипуляциях высокого риска колебалось от 21,7 до 51,6%. Однако знания врачей-стоматологов по данному вопросу следует оценить как достаточные, поскольку в сумме ответы, соответствующие рекомендуемым ESC режимам антибиотикопрофилактики превышали 100%. Вместе с тем наше исследование выявило и определенные пробелы в знаниях, что свидетельствует о необходимости междисциплинарных образовательных мероприятий.

Заключение. Проведенное исследование выявило ряд проблем, касающихся представлений врачей стоматологов об этиологии, механизмах развития ИЭ и подходах к профилактике при стоматологических вмешательствах у пациентов с высоким риском, что диктует необходимость проведения дополнительных мероприятий по обучению данной группы специалистов.

ООО «Медикс Групп»
г.Чита, ул. Красной Звезды, 9
+7(3022) 201-201, 20-10-40
+7(914) 451-38-29
stom@med-8.ru



Скоростной Автоклав MELAquick 12+

для быстрой стерилизации наконечников и мелкого инструментария.



Автоклав MELAquick 12+ предназначен для быстрой и эффективной стерилизации стоматологического инструмента сложной конфигурации (наконечники, турбины и т.д.), а также мелкого, например эндодонтического, инструмента (необходимо применение корзины).

Встроенный парогенератор позволяет сократить время полного цикла стерилизации до 7 минут.

Благодаря небольшим размерам Автоклав MELAquick 12+ может быть установлен в любом кабинете.

Встроенный микропроцессор дает возможность контролировать параметры

процесса (температуру и давление) и поддерживать их значения постоянными на протяжении работы программы. Для документирования процессов к автоклаву может быть подключен принтер.

Возможность смены длительности цикла

Соответственно объему загрузки и температуры камеры позволяет за минимальный период времени достичь наилучших результатов.

Незамкнутый цикл циркуляции воды

Вся вода и весь пар, использовавшийся в цикле, сливается в контейнер для отработанной воды.

Система проверки качества воды

Исключает повреждение инструментов или автоклава накипью или коррозией. В случае ошибки оператора и наполнения резервуара автоклава недистиллированной водой система отключает работу автоклава.

ООО «Медикс Групп»
г.Чита, ул. Красной Звезды, 9
+7(3022) 201-201, 20-10-40
+7(914) 451-38-29
stom@med-8.ru



Автоклав класса «В» BES-12L с вакуумной сушкой YOUJOY



Автоклав **YOUJOY** используется для стерилизации инструментов приборов и аппаратов в клиниках, больницах и лабораториях. Данный автоклав компьютеризирован, легко управляем. Компьютерная программа снабжена автодиагностикой, защитой от перегрева или превышения давления.

Производство: Китай

Комплектность

1. Поднос для инструментов – 1 комплект.
2. Электрической шнур – 1 шт.
3. Дерзатем подноса – 1 шт.
4. Уровень – 1 шт.
5. Гамачный ключ для регулировки двери – 1 шт.
6. Предохранитель системной платы (3А) – 1 шт.
7. Прокладка двери – 1 шт.
8. Трубка для вывода воды – 1 шт.
9. Фильтр – 1 шт.
10. Дренарующее O-образное кольцо – 2 шт.
11. Предохранитель системной платы (12А) – 2 шт.

Внутренние размеры камеры

(диаметр и емкость) 12х; 200мм х 350мм,
Температура и давление стерилизации: 121°C
(0,9–1,3) бар; 134°C(2,0–2,3) бар
Мощность предохранителя: 115А (22 А) Т12А (17 А)
Емкость бака воды: 3,5 л
Температура радиуса действия: 0–80° С, 75%.

Данный аппарат используется в стоматологии, хирургии, офтальмологии и в лабораториях для стерилизации стоматологических и других материалов подвергающихся автоклавной обработке при 134-135° С.

Наличие регистрационного удостоверения и сертификата/декларации о соответствии

Сроки поставки 10-20 дней

Доставка, монтаж, ввод в эксплуатацию

Гарантия 12 мес.

Климова И.С.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ В СТОМАТОЛОГИИ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

На современном этапе развития стоматологии проблема лечения воспалительных процессов тканей пародонта и их профилактики не теряет своей актуальности. Но, несмотря на огромный выбор антибактериальных и противовоспалительных препаратов, наличие целого арсенала современных стоматологических материалов и оборудования, врачу - стоматологу приходится сталкиваться с серьезными проблемами при лечении данной патологии.

В абсолютном большинстве случаев пациенты обращаются к стоматологам, когда воспалительный процесс уже давно запущен, ткани в зоне воспалительного процесса уже структурно разрушены, а значит, поступление питательных веществ и "строительных" клеток затруднено. Применение антибактериальных или противовоспалительных лекарственных препаратов зачастую позволяет только снять воспаление, и временно улучшить гемодинамику, никоим образом не влияя напрямую на процессы регенерации. Ожидаемо, что эффект от такого лечения будет временным и не выраженным.

Применение в 1983 г. методики направленной регенерации тканей явилось прорывом в стоматологии и позволило повысить эффективность лечения пациентов с патологией пародонта и расширить возможности дентальной имплантологии. Применяемые сегодня в качестве барьера между мягкими и твердыми тканями мембраны способствуют предотвращению врастания мягких тканей между гранулами аугментированного костного материала, и следовательно негативного влияния на формирование костной ткани.

2000-ые годы были ознаменованы расширением возможностей регенеративной медицины, в том числе и стоматологии. Любое повреждение или нарушение целостности тканей завершается процессом их восстановления. Упрощенный механизм заживления выглядит так:

повреждение - кровотечение - свертывание крови - образование сгустка - выделение факторов роста из тромбоцитов и лейкоцитов - образование кровеносных сосудов - заживление раны.

Трансформирующий, тромбоцитарный, инсулиноподобный факторы роста, фактор роста сосудистого эндотелия и др. - все эти факторы роста находятся в тромбоцитах и лейкоцитах. Они и обеспечивают заживление. Но факторы роста могут выделиться из тромбоцитов только после образования сгустка. А фибрин является матрицей для деления клеток и образования новых сосудов. Таким образом, для активации процессов регенерации необходимо большое количество тромбоцитов и лейкоцитов в присутствии фибрина.

Эти фундаментальные знания и легли в основу метода введения в ткани богатого тромбоцитами фибрина - PRF (Platelets Reach Fibrin) и получении эффекта стимуляции естественных механизмов регенерации за счет содержащихся в тромбоцитах и лейкоцитах факторов роста.

Получают богатый тромбоцитами фибрин - PRF (Platelets Reach Fibrin) из венозной аутокрови пациента путем центрифугирования при определенном режиме в пробирке, за счет отделения плазмы и тромбоцитов от эритроцитов по градиенту плотности (рис.1.).



Рис.1. Приготовление богатого тромбоцитами фибрина - PRF (Platelets Reach Fibrin).

Полученную субстанцию набирают в шприц, после чего производят инъекции препарата в ткани пародонта, либо же используют в виде мембран и сгустков. В результате, факторы роста концентрируются в месте введения плазмы или внесения мембраны,

что стимулирует образование фибробластов и повышает их активность. Фактор роста эндотелия сосудов и фактор роста тромбоцитов играют важную роль в васкуло- и ангиогенезе. Трансформирующий фактор роста блокирует остеокласты, стимулирует пролиферацию остеобластов, что сдерживает дальнейшую убыль костной ткани и способствует ее регенерации, улучшается микроциркуляция и метаболизм в клетках, нормализуется тканевое дыхание, активизируется местный иммунитет.

Применение богатого тромбоцитами фибрина - PRF (Platelets Rich Fibrin) в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта ускоряет купирование воспалительного процесса, сокращает сроки лечения, препятствует развитию некротически-деструктивных процессов, способствует стабилизации костных трабекулярных структур и приросту костной ткани, дает стойкую клиническую ремиссию, стабильный уровень значений пародонтальных индексов, редукцию глубины пародонтального кармана.



Рис.2. Введение i- PRF при патологии пародонта.

i- PRF - инъекционная форма для введения в мягкие ткани в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта, для профилактики и лечения периимплантита, альвеолита. В комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта i- PRF вводят подслизисто по переходной складке. На курс необходимы 3 процедуры с интервалом 7-10 дней при инициальной терапии и однократно 2-3 раза в год при поддерживающей терапии.

Применяют богатый тромбоцитами фибрин PRF (Platelets Rich Fibrin) в виде сгустков при заполнении лунок зубов после

их удаления, в виде барьерных мембран при проведении костной пластики и синус- лифтинга, оперативных вмешательств на тканях пародонта, для закрытия рецессий десны и дефектов слизистой оболочки полости рта.



Рис.3. Пластика множественных рецессий коронарно смещенным лоскутом с применением PRF - мембраны
(а - до операции; б - сразу после операции; в - 7 сутки после операции).

Таким образом, технология применения тромбоцитарной аутологичной плазмы имеет широкий круг показаний, они постоянно расширяются, проводится множество клинических исследований, подтверждающих эффективность и малоинвазивность метода, что вкупе с его абсолютной безопасностью обуславливает перспективность метода и позволяет его рекомендовать для широкого клинического применения.

Кукушкин В.Л., Кукушкина Е.А.

**НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ
ДЕВИТА- ЛИЗИРУЮЩИХ ПАСТ**
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

Из существующих методов лечения пульпитов девитальные являются исторически первыми. Считается, что первый патент на девитализирующую пасту получил американский дантист Спунер в 1836 г. Паста Спунера содержала в качестве действующего начала мышьяковистый ангидрид As_2O_5 . Описано три основных механизма местного токсического действия мышьяковистого ангидрида:

- прямое цитотоксическое действие, связанное с блокадой цитохромов, что приводит к нарушению процессов клеточного дыхания и гибели клеток;

- денатурация белков при контакте с мышьяковистым ангидридом;
- блокада соединениями мышьяка синапсов симпатических нервных волокон, в результате чего происходит нарушение тонуса кровеносных сосудов, их расширение, стаз крови и тромбоз. Это быстро приводит к прекращению кровообращения в пульпе.

Другими компонентами пасты Спунера являлись:

- кокаин (уже не применяется, чаще дикаин или лидокаин) для быстрого купирования болевого синдрома;
- сильный антисептик тимол (карболовая кислота, камфора) для подавления микрофлоры в полости зуба, предотвращения распространения микро- организмов в глубжележащие ткани, обеззараживания пульпы в дентинных канальцах и дельтовидных разветвлениях;
- вяжущие вещества (типа танина) добавляли в мышьяковистую пасту для увеличения продолжительности ее действия. Такие пасты пролонгированного действия применяют, если пациент не может явиться на прием в ближайшие двое суток.

Недостатки классического мышьяковистого метода:

1. Морально устарел (применяется с 40-х годов 19 столетия).
2. Помимо некротизирующего действия на пульпу, мышьяковистый ангидрид обладает способностью быстро диффундировать в ткани периодонта, вызывая острое воспаление. Особенно это опасно в случае неявки пациента в назначенный срок, и часто происходит на практике, т.к. острые боли купируются и пациент забывает о зубе.

Данное обстоятельство подтолкнуло врачей искать более безопасный девитализатор, что привело в 1930-х годах к обнаружению девитализирующего и мумифицирующего эффекта параформа. Эти пасты оказались намного безопаснее мышьяк-содержащих.

Параформальдегид (параформ, триоксиметилен) является продуктом полимеризации формальдегида. При местном применении параформальдегид в первую очередь действует на эндотелий и гладкую мускулатуру капилляров и мелких кровеносных сосудов пульпы, развиваются некротические изменения, подавляются экссудативно-воспалительные реакции, происходит мумификация и стерилизация пульпы. В высоких концентрациях он оказывает бакте-

рицидное действие. Основным преимуществом параформальдегидной пасты перед мышьяковистой является более мягкое действие: она не вызывает раздражения периодонта. Девитализация пульпы происходит за 6-8 дней.

Девитализация пульпы этим препаратом основана не только на некротизации, но и на склерозировании пульпы. Благодаря этому, даже если в микроканальцах или дополнительных ответвлениях корневых каналов и остается ткань пульпы, то после применения "Каустинерва" она бывает склерозирована и антисептически обработана.

Выбор препарата у взрослых пациентов производится с учетом клинической ситуации в зависимости от желаемого срока девитализации пульпы. Это очень удобно при планировании следующего посещения.

По данным М.И. Groшикова, при использовании параформной пасты отсутствует токсическая реакция периодонта и отдаленные результаты лучше. Через два года клиническое благополучие наблюдалось при использовании мышьяковистой пасты в 88,66% случаев, рентгенологическое - в 68%, а при использовании параформной пасты - соответственно в 96% и в 85% случаев.

Примером параформальдегидной пасты может служить препарат "Caustinerf fort sans arsenic" компании "Septodont":

Параформальдегид	- 46,0
Лидокаина гидрохлорид	- 37,0
Фенол	- 5,0

"Caustinerf fort sans arsenic" - коммерческое название девитализирующих средств фирмы "Септодонт", сильнодействующий, без содержания мышьяка, содержит параформальдегид, волокнистый наполнитель. Отечественный аналог - "Девит С" фирмы "ВладМиВа", Россия.

"Caustinerf Pedodontique sans arsenic", для детской практики, содержит параформальдегид, лидокаин, а также парахлорфенол и камфору (для усиления антисептического действия). Отечественный аналог - "Девит П" фирмы "ВладМиВа".

Хочется подчеркнуть, что девитальная экстирпация продолжает широко применяться в клинике, хотя и не является современ-

ным методом лечения. Какие же клинические показания оставляют параформные пасты в арсенале врача? Прежде всего, они должны применяться в тех случаях, когда невозможно использовать витальный метод лечения.

Показания:

- 1) при непереносимости анестетиков вследствие сенсibilизации организма к ним;
- 2) у лиц старше 50 лет (а их становится все больше в популяции);
- 3) при тяжелой соматической патологии (у пожилых пациентов, в т.ч. стационара);
- 4) при выраженных формах заболеваний полости рта - тяжелые степени генерализованного пародонтита, воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта;
- 5) при плохо проходимых корневых каналах, большой их разветвленности;
- б) при паническом страхе различных инъекций;
- 7) при неэффективности инъекционных методов обезболивания.

Если проанализировать эти 7 пунктов, становится очевидным, что большинство их касается именно пожилых людей.

Следующей особенностью применения безмышьяковистых паст мы считаем необходимость широкого вскрытия полости зуба. Известно, что для наложения мышьяковистой пасты достаточно точно вскрыть рог пульпы. В случае параформной пасты для тотальной девитализации этого недостаточно.

Алгоритм лечения при первом посещении:

- 1) препарируют кариозную полость настолько, насколько позволяет пациент (можно под анестезией осуществить полное препарирование)
- 2) промывают кариозную полость теплыми антисептиками;
- 3) выполняют в основном направленную некрэктомию, т.е. выбирают участок, наиболее приближенный к рогу пульпы. С помощью шаровидного бора углубляются в дентин;
- 4) иссекают дентин дна кариозной полости легкими, без давления, движениями;
- 5) перед открытием рога пульпы, если не удалось это сделать экскаватором, бор заменяют стерильный. В случае, когда процедура

- осуществляется без инъекционной анестезии, для обезболивания можно использовать "Жидкость для обработки пульпы" (фирмы Омега-дент), которая содержит прокаин, эвгенол, фенол, бальзам, прополис, наполнитель;
- 6) перфорируют пульповую камеру (чем больше будет участок вскрытия - тем лучше);
 - 7) кариозную полость осторожно промывают теплым раствором антисептика, если необходимо, для прекращения боли на ватной шарике вносят анестетик. Отток экссудата через перфорационное отверстие тоже уменьшает боль;
 - 8) необходимо дождаться остановки кровотечения (выхода экссудата), после чего ватным шариком осушают кариозную полость и осторожно накладывают параформную пасту с помощью зонда или гладилки непосредственно на вскрытую пульпу или сначала кладут на дно полости, а затем ватным шариком продавливают пасту к пульпе;
 - 9) сверху накладывают сухой стерильный ватный шарик (который будет поглощать экссудат, усиленно выделяющийся вследствие отека пульпы) или хорошо отжатый шарик с анестетиком или камфорофенолом;
 - 10) легко, без давления накладывают герметичную повязку из водного дентина, замешанного до сметанообразной консистенции. Повязка обязательно должна быть именно из водного дентина, так как он затвердевает сразу и можно проконтролировать герметичность вложения. Дентин-паста давит на пульпу, создает компрессию, вызывая болевой приступ. Кроме того, она застывает несколько часов (2-3), что может привести к утечке пасты в окружающие ткани и вызвать некроз десны и даже кости альвеолярного отростка. В некоторых случаях, когда имеется большая кариозная полость 2 класса по Блэку, распространяющаяся глубоко под десну, трудно достичь надлежащего герметизации. Тогда рекомендуем перевести кариозную полость в полость 1 класса путем создания контактной стенки из фосфат-цемента или стеклоиономера. Если кариозная полость 5 класса, то лучше запломбировать ее теми же материалами, а все манипуляции по вскрытию пульпы провести с жевательной поверхности

(трепанация). Следовательно, возможность утечки или вымывания пасты из полости зуба нужно совершенно исключить;

11) разъясняют пациенту о важности своевременного продолжения лечения данного зуба.

При правильном наложении пасты боль в пульпе прекращается почти сразу, хотя допускается незначительная болезненность в ближайшие два часа, что связано с действием яда на нервные окончания. Необходимо объяснить это пациенту и для уменьшения боли рекомендовать прием анальгетиков.

Некоторые врачи считают, что при наложении девитализирующей пасты не обязательно открывать пульповую камеру, потому что она и так продиффундирует через тонкий слой дентина.

Однако практика показывает, что:

- только открытая пульповая камера позволит пасте хорошо продиффундировать и достаточно подействовать на пульпу (иначе не будет полной некротизации);
- только тогда, когда паста наложена на открытую пульпу, пациент не терпит сильной боли от действия этого яда;
- открывать рог пульпы лучше под местной анестезией.

Методика лечения при втором посещении:

- 1) опрашивают больного и обследуют зуб и окружающие ткани (обязательно перкутируют);
- 2) снимают повязку;
- 3) осуществляют окончательное препарирование кариозной полости, ее расширяют, выводя к середине жевательной поверхности в жевательной группы зубов, и к середине небной или язычной поверхности во фронтальных зубах;
- 4) полностью раскрывают полость зуба (т.е. снимают всю крышу пульповой камеры) с помощью фиссурного и обратноконусных боров. Манипуляции в полости зуба должны проводиться под визуальным контролем (через зеркало), чтобы избежать перфорации дна. Бор необходимо держать строго по оси зуба (для предупреждения перфорации его стенок). Для снятия крыши пульповой камеры используют специальные эндоборы;
- 5) одновременно при этом осуществляется ампутация коронковой части пульпы (пульпотомия), а если этого не произошло, то в

- многокорневых зубах ампутируют коронковую пульпу с помощью острого экскаватора, проводят медикаментозную обработку;
- б) устья корневых каналов расширяют воронкообразно, чтобы облегчить их дальнейшее прохождение. Для этого используют удлиненные шаровидные боры небольших размеров, эндоборы или специальные эндодонтические инструменты - Gates Glidden, Largo и др. Помним, что в доступе - успех эндодонтического лечения;
 - 7) корневые каналы промывают стандартными антисептиками и осуществляют хемо-инструментальную обработку,
 - 8) каналы высушивают и обезжиривают и пломбируют на уровне верхушечного отверстия (под контролем рентгенографии), кариозную полость очищают от корневого пломбировочного материала, обезжиривают и высушивают;
 - 9) накладывают постоянную пломбу.

Таким образом, чаще всего лечение осуществляется в два посещения, но если много значит цвет зуба в будущем, то лучше во второе посещение наложить временную пломбу из водного дентина или дентин-пасты. В третье посещение временная пломба снимается, застывшие остатки корневой пасты удаляют экскаватором, бором с последующим промыванием, и только после этого накладывают постоянную пломбу.

Климова И.С., Смирницкая М.В
**ОСОБЕННОСТИ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА.
ОШИБКИ И ПУТИ ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ**
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

В настоящее время в клинической практике врачу-стоматологу нередко приходится сталкиваться с последствиями неправильного или некачественного эндодонтического лечения. Осложнения после эндодонтического лечения могут возникнуть, если не соблюдаются три основных правила лечения - это стерилизация, очистка и obturation системы корневых каналов.

Согласно статистике, в 76% случаев причиной неэффективности эндодонтического лечения является недостаточное уничто-

жение бактерий в системе корневых каналов, в 22% - неправильное определение показаний к лечению. Кроме того, одной из причин можно считать отказ от проведения рентгенологического контроля.

Эндодонтические ошибки, связанные с неадекватной инструментальной обработкой часто вызваны небрежностью врача, неправильным пониманием концепций лечения, незнанием анатомии корневых каналов.

Основной целью механической обработки корневых каналов является удаление распада пульпы и деминерализованного дентина для предупреждения контаминации тканей периодонта микроорганизмами. Алгоритм обработки корневого канала включает в себя:

- очистку канала от тканевого детрита,
- придание ему конусовидной формы, позволяющей хорошо промыть канал и внести в него лекарственный препарат;
- obturation канала на всем протяжении биологически инертным материалом.

Только при соблюдении всех условий обработки корневых каналов прогноз лечения будет благоприятным.

В случае нарушения техники механической обработки корневого канала или его obturation возможно возникновение таких осложнений, как:

- выведение пломбировочного материала за верхушку зуба в ткани периодонта с возникновением постпломбировочных болей;
- выведение пломбировочного материала в просвет нижнечелюстного канала, с последующим развитием неврита;
- выведение пломбировочного материала в верхнечелюстную пазуху, с последующим развитием воспалительного процесса в ней.

Клинический пример №1.



Рис.1. ОПТГ пациентки Р., 50 лет.

Пациентка Р., 50 лет обратилась с жалобами на периодические ноющие боли в 17. Со слов больной 17 лечен несколько лет назад

по поводу осложненного кариеса, в течение года периодически беспокоят ноющие боли. Осмотрена стоматологом, проведено рентгенологическое исследование, диагностировано наличие инородного тела в периапикальных тканях 17, радикулярной кисты верхней челюсти. Проведено удаление 17, цистэктомия. На контрольной ОПТГ визуализируется инородное тело в проекции лунки 17. Проведена ревизия лунки, удалено инородное тело.

Клинический пример №2



Рис.2. КЛКТ пациента Ш, 38 лет.

Пациент Ш., 38 лет обратился в клинику с целью рационального протезирования, рекомендовано протезирование с опорой на дентальный имплантант. На этапе обследования проведена конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) челюстей. На серии срезов КЛКТ в проекции верхушки медиального корня отсутствующего 36, на внутренней кортикальной пластинке проецируется инородное тело по форме и плотности, напоминающее пломбировочный материал. В связи с тем, что инородное тело клинически себя не проявляло, принято решение о динамическом наблюдении.

Анатомически верхушка зуба устроена таким образом, что от апикальной констрикции к биологическому апексу идет расширение или воронка. Эту воронку невозможно ни промыть, ни прочистить, ни запломбировать. Поэтому при механической обработке корневого канала не следует выходить за биологический апекс для предупреждения травматизации и инфицирования тканей периодонта. В идеале закончить обработку корневого канала необходимо в районе апикальной констрикции. Расстояние от биологического апекса до рентгенологического 0,2-3,8 мм, от биологического апекса до апикальной констрикции 0,5-1,0 мм.

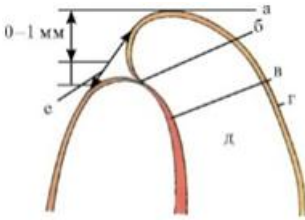


Рис.3. Анатомия апекса: (а - рентгенологическая верхушка; б - физиологическая верхушка (апикальная констрикция - самое узкое апикальное пространство); в - апикальная часть канала; г - цемент зуба;

д - дентин зуба; е -анатомическая верхушка (большое апикальное отверстие или биологический апекс).

Кроме того, многочисленные исследования доказали, что никакой апикальной дельты не существует. От апикальной констрикции может открываться от 1 до 16 апикальных отверстий. Поэтому корневой канал необходимо обработать до самой узкой его части - апикального сужения.

Для того, чтобы качественно и на необходимую длину obturировать систему корневых каналов, необходимо точно определить рабочую длину. Это можно сделать следующим образом:

- тактильно - апикальную констрикцию можно определить при помощи инструмента(стальным римером 8-15);
- рентгенологически - по внутриротовой рентгенограмме или визиограмме (с введенным в канал инструментом);
- с помощью электронных приборов - рабочую длину корневого канала определяют при помощи апекслокатора до красного светодиода;
- тест с бумажным штифтом. Кровь или экссудат на бумажном штифте может дать представление о рабочей длине корневого канала. Кровь на кончике штифта говорит о чрезмерном расширении апекса и о выведении штифта за верхушку. Если кровь остается на боковых поверхностях, то это говорит о боковой перфорации.

Устье корневого канала необходимо раскрыть гейтс глиденом № 2-3, т.к. максимальная кальцефикация наиболее часто отмечается именно в этой части канала. Несмотря на то, что иногда кажется, что инструмент стопорится в середине или в конце канала, на самом деле это происходит в его устье.

При определении рабочей длины корневого канала апекслока- тором необходимо понимать, что самое правильное, что показывает прибор - это периодонт. Поэтому длину отмечают стоппером, измеряют линейкой, от полученной цифры отнимают 0,5-1 мм и получают рабочую длину корневого канала. Дополнительно длину уточняют при помощи нескольких инструментов и рентгенограммы.

В процессе эндодонтического лечения требуется сделать 3 рентгенологических снимка:

- диагностический,
- снимок для определения рабочей длины канала с инструментами,
- контрольный после obturации корневого канала.

После того, как будет определена рабочая длина проводится инструментальная обработка системы корневых каналов любым из известных методов, медикаментозная обработка 3 % раствором гипохлорита натрия и постоянная obturация по любой из методик. Критерием качества пломбирования корневого канала является:

- пломбирование на глубину обработки корневого канала на 0,5 - 2 мм короче верхушки корня;
- отсутствие пустот между пломбировочным материалом и стенкой корневого канала;
- отсутствие пустот в апикальной части канала.

Диспансерное наблюдение пациента после эндодонтического лечения осуществляется по стандартной схеме: через 6, 12, 24, 48 месяцев.

Климова И.С., Смирницкая М.В., Кузнецов И.А.

АПИКАЛЬНАЯ И ПЕРИАПИКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ***ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия***

В клинической практике врачу-стоматологу приходится сталкиваться с последствиями неправильного или некачественного эндодонтического лечения. Частыми проблемами становятся: отломки эндодонтических инструментов, перфорации стенки корневого канала, плохое качество заполнения корневого канала, выведение пломбировочного материала за пределы апекса. Нередко ошибки или небрежность врача становятся причиной потери зуба.

Клинический пример №1.



Рис.1. ОПТГ
пациентки Р., 50 лет.

Пациентка Р., 50 лет обратилась с жалобами на периодические ноющие боли в зубе 1.7. Со слов больной зуб 1.7 лечен несколько лет назад по поводу осложненного кариеса, в течение года периодически беспокоят ноющие боли. Осмотрена стоматологом, проведено рентгенологическое исследование, диагностировано наличие инородного тела в периапикальных тканях зуба 1.7, радикулярной кисты верхней челюсти. Проведено удаление зуба 1.7, цистэктомия. На контрольной ОПТГ визуализируется инородное тело в проекции лунки зуба 1.7. Проведена ревизия лунки, удалено инородное тело.

Вместе с тем, существует достаточно обширный выбор методов консервативно-хирургического лечения. Для облитерированных или не поддающихся лечению каналов, при невозможности распломбировать корневые каналы, удалить отломки инструментов или металлические корневые штифты - хирургические вмешательства являются единственной возможностью лечения:

- резекция верхушки корня, пожалуй, самая распространенная апикальная хирургия, обеспечивает доступ к корневому каналу для ретроградного пломбирования, удаления излишков пломбировочного материала (Рис. 2-3), а также проводится в случаях, когда имеется прогрессирующий деструктивный процесс в кости, особенно если имеется свищевой ход, кистогранулема;
- гемисекция (термин введен впервые Curson, 1966) это удаление одного из корней многокорневого зуба (чаще медиального корня нижних моляров) с прилежащей к нему коронковой частью зуба и последующим использованием под мостовидный протез оставшегося дистального корня;



Рис. 2. Зуб 3.5



Рис. 3. Зуб 4.3

- ампутация корня включает удаление всего корня до места отхождения корня (фуркации) без удаления коронковой части;

Показаниями к гемисекции и ампутации корней по эндодонтическим показаниям являются:

- 1) перфорации в области стенки корневого канала;
- 2) непроходимость корневых каналов зубов с хроническим периодонтитом;
- 3) облитерация корневого канала после ранее проведенного лечения со значительным разрежением костной ткани в области верхушки корня;
- 4) случаи, когда сохранение одного из корней может способствовать дальнейшему распространению патологического процесса на соседние зубы и корни, несмотря на хорошо проведенную эндодонтическую терапию;

Выбор того или иного способа и тактики лечения зависит от соответствующих показаний и противопоказаний, однако необходимо подчеркнуть, что терапевтическое эндодонтическое лечение всегда предпочтительнее хирургического. Выведенный за верхушку корня пломбирочный материал хотя часто и подвергается хирургическому вмешательству, на самом деле не всегда является показанием для этого. Для успеха лечения в большинстве случаев достаточно физиотерапии с последующим регулярным контролем.

Клинический пример №2



Рис. 4. КЛКТ пациента Ш, 38 лет.

Пациент Ш., 38 лет обратился в клинику с целью рационального протезирования, рекомендовано протезирование с опорой на дентальный имплантант. На этапе обследования проведена конусно - лучевая компьютерная томография (КЛКТГ) челюстей. На серии срезов КЛКТ в проекции верхушки медиального корня отсутствующего зуба 3.6., на внутренней кортикальной пластинке проецируется инородное тело по форме и плотности, напоминающее пломбирочный материал. В связи с тем, что инородное тело клинически себя не проявляло, принято решение о динамическом наблюдении.

Смирницкая М.В., Климова И.С., Кузнецов И.А.

АПИКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

В практической деятельности врачу-стоматологу нередко приходится сталкиваться с последствиями неправильного или некачественного эндодонтического лечения. Осложнения после эндодонтического лечения могут возникнуть, если не соблюдаются три основных правила лечения - это очистка, стерилизация и obturation системы корневых каналов.

Согласно статистике, в 76% случаев причиной неэффективности эндодонтического лечения является недостаточное уничто-

жение бактерий в системе корневых каналов, в 22% - неправильное определение показаний к лечению. Кроме того, одной из причин можно считать отказ от проведения рентгенологического контроля.

Эндодонтические ошибки, связанные с неадекватной инструментальной обработкой часто вызваны небрежностью врача, неправильным пониманием концепций лечения, незнанием анатомии корневых каналов.

Основной целью инструментальной обработки корневых каналов является удаление распада дэбриса и смазанного слоя корневого канала для предупреждения контаминации тканей периодонта микроорганизмами. Алгоритм обработки корневого канала включает в себя:

- очистку канала от тканевого дэтрита,
- придание ему конусовидной формы, позволяющей хорошо промыть канал и внести в него лекарственный препарат;
- obturation канала на всем протяжении биологически инертным материалом.

Только при соблюдении всех условий обработки корневых каналов прогноз лечения будет благоприятным.

Анатомически верхушка зуба устроена таким образом, что от апикальной констрикции к биологическому аперсу идет расширение или воронка. Эту воронку невозможно ни промыть, ни прочистить, ни запломбировать. Поэтому при механической обработке корневого канала не следует выходить за биологический аперс для предупреждения травматизации и инфицирования тканей периодонта. В идеале закончить обработку корневого канала необходимо в районе апикальной констрикции. Расстояние от биологического аперса до рентгенологического 0,2-3,8 мм, от биологического аперса до апикальной констрикции 0,5-1,0 мм.

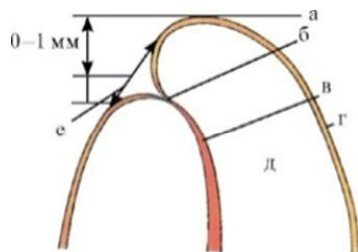


Рис.1. Анатомия аперса: (а - рентгенологическая верхушка; б - физиологическая верхушка (апикальная констрикция - самое узкое апикальное пространство); в - апикальная часть

канала; г - цемент зуба; д - дентин зуба; е -анатомическая верхушка (большое апикальное отверстие или биологический апекс).

Кроме того, многочисленные исследования доказали, что никакой апикальной дельты не существует. От апикальной констрикции может открываться от 1 до 16 апикальных отверстий. Поэтому корневой канал необходимо обработать до самой узкой его части - апикального сужения.

Для того, чтобы качественно и на необходимую длину obturировать систему корневых каналов, необходимо точно определить рабочую длину. Это можно сделать следующим образом:

- тактильно - апикальную констрикцию можно определить при помощи инструмента(стальным римером 8-15);
- рентгенологически - по внутриротовой рентгенограмме или визиограмме (с введенным в канал инструментом);
- с помощью электронных приборов - рабочую длину корневого канала определяют при помощи апекслокатора до красного светодиода;
- тест с бумажным штифтом. Кровь или экссудат на бумажном штифте может дать представление о рабочей длине корневого канала. Кровь на кончике штифта говорит о чрезмерном расширении апекса и о выведении штифта за верхушку. Если кровь остается на боковых поверхностях, то это говорит о боковой перфорации.

Устье корневого канала необходимо раскрыть гейтс глиденом № 2-3, т.к. максимальная кальцефикация наиболее часто отмечается именно в этой части канала. Несмотря на то, что иногда кажется, что инструмент стопорится в середине или в конце канала, на самом деле это происходит в его устье.

При определении рабочей длины корневого канала апекслокатором необходимо понимать, что самое правильное, что показывает прибор - это периодонт. Поэтому длину отмечают стоппером, измеряют линейкой, от полученной цифры отнимают 0,5-1 мм и получают рабочую длину корневого канала. Дополнительно длину уточняют при помощи нескольких инструментов и рентгенограммы.

В процессе эндодонтического лечения требуется сделать 3 рентгенологических снимка:

- диагностический,
- снимок для определения рабочей длины канала с инструментами,
- контрольный после obturации корневого канала.

После того, как будет определена рабочая длина проводится инструментальная обработка системы корневых каналов любым из известных методов, медикаментозная обработка 3% раствором гипохлорита натрия и постоянная obturация по любой из методик.

Наиважнейшим условием при современных методах obturации корневого канала является создание апикального упора, являющегося упором, предотвращающим выход гуттаперчи и пломбирочного материала за верхушечное отверстие в процессе пломбирования.

Степень апикального препарирования зависит от размера и формы корня зуба, которые определяются по диагностической рентгенограмме, сделанной в начале лечения. Однако, помня о том, что диаметр каналов в вестибуло-оральном направлении бывает больше, чем в мезиодистальном, что не всегда возможно оценить рентгенологически, при обработке каналов следует учитывать средние размеры каналов для различных групп зубов.

Практически во всех группах зубов можно добиться создания апикального уступа цилиндрической формы достаточного диаметра. Теоретически основные проблемы при использовании этой техники возникают в зубах с тонкими овальными корнями, каналы в которых имеют щелевидную форму. Однако существуют исследования, доказывающие, что многие каналы, имеющие щелевидную форму, вблизи апикального отверстия приобретают более округлое поперечное сечение, поэтому на расстоянии 1-2 мм от апекса канала удается придать более цилиндрическую форму. Ранее создание цилиндрического апикального упора представляло определенные сложности в зубах с искривленными корневыми каналами. Однако с появлением гибких никель-титановых инструментов обработка искривленных корневых каналов уже не является большой проблемой.

Критерием качества пломбирования корневого канала является:

- пломбирование на глубину обработки корневого канала на 0,5 - 2 мм короче верхушки корня;
- отсутствие пустот между пломбирочным материалом и стенкой корневого канала;

- отсутствие пустот в апикальной части канала.

Диспансерное наблюдение пациента после эндодонтического лечения осуществляется по стандартной схеме: через 6, 12, 24, 48 месяцев.

Литература:

1. Клиническая эндодонтия, stomat.org, medbe.ru/materials/endodontiya
2. Эндодонтия today. №3 - 2009
3. "Стоматология Сегодня" №86/2009
4. BuchananLS. Endodontic Shaping Procedures: The Past, Present, and Near Future. Dent Today. 2015 Sep;34(9):102, 104-7.
5. <http://forum.stomatologija.su>
6. <http://www.styleitaliano.org/scouting-the-root-canal>

Кукушкин В.Л., Смирницкая М.В., Кукушкина Е.А.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОДОНТА У ЖИТЕЛЕЙ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

(ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

Заболевания эндодонта (пульпит, апикальный периодонтит) до сих пор остаются, наряду с кариесом, самой распространенной патологией на амбулаторном стоматологическом приеме [1, 2].

Данные большинства авторов свидетельствуют, что чаще кариесом поражаются жевательные зубы (а, именно, первые моляры). Это объясняют ранним прорезыванием (5-6 лет), наличием на коронке участков ретенции микробного налета (фиссуры, аппроксимальные поверхности), незрелостью эмали первые 2 года после прорезывания [3, 4].

Данных о различиях в частоте поражения осложненным кариесом зубов верхней и нижней челюстей крайне мало, и они противоречивы. Ряд авторов выявили меньшую частоту поражения нижних моляров, объясняя это подвижностью самой челюсти, в силу этого - лучшей гигиеной этих зубов, проникновением и реминерализующим действием ротовой жидкости [5, 6].

Другие авторы приводят данные о большей частоте поражения нижних моляров, связывая это с более ранним прорезыванием [7].

Знание особенностей частоты и распространенности поражения пульпы и периодонта позволяет разработать программы лечения и профилактики. Известно, что наличие очага хронической инфекции в полости рта приводит к сенсбилизации организма, поражению внутренних органов [8].

Цель исследования - изучить заболеваемость пульпитом и апикальным периодонтитом среди населения г.Читы и Забайкальского края.

Материалы и методы. Для достижения указанной цели нами был проведен ретроспективный анализ 1000 амбулаторных карт (путем случайной выборки) пациентов трудоспособного возраста (35- 44 года), обратившихся в клинику Читинской ГМА в 2017 г. Выбор контингента обусловлен рекомендациями ВОЗ, определяющими данную группу как ключевую для оценки уровня стоматологического здоровья взрослого населения.

Далее анализировали поражаемость пульпитом и верхушечным периодонтитом анатомических групп зубов (резцы и клыки, премоляры, моляры) обеих челюстей по сегментам, а также структуру нозологических форм данных заболеваний и их связь между собой.

При идентификации нозологических форм использовали общепринятую в нашей стране классификацию пульпита по Е.Е.Платонову, периодонтита - по И.Г.Лукомскому [1].

Статистическая обработка полученных в ходе выполнения работы результатов осуществлялась при помощи программы статистического анализа Statistica 6.0 (StatSoft, USA). Для сравнения относительных величин использовали метод расчета критерия χ^2 Пирсона с оценкой достоверности различий (p). Коррелятивные связи показателей изучены с применением коэффициента ранговой корреляции r Спирмена. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

Распространенность воспаления пульпы составила 268 случаев на 1000 обращений, т.е. 26,8%. При анализе структуры различных форм выявлено абсолютное преобладание хронического фиб-

розного пульпита и его обострения (171 или 63,8%, $p < 0,05$), остальные формы составили (по убывающей):

острый диффузный пульпит - 70 (26,1%), хронический гангренозный - 16 (6%), острый очаговый пульпит - 9 (3,4%), гипертрофический - 2 (0,7%).

При анализе частоты пульпитов различных анатомических групп зубов обеих челюстей выявлено, что пульпа верхних передних зубов и премоляров поражалась в 2-10 раз чаще пульпы одноименных зубов нижней челюсти ($p < 0,01$). В тоже время, пульпит нижних моляров встречался в 1,5 раза чаще, чем верхних ($p < 0,05$).

Распространенность апикального периодонтита составила 302 случая на 1000 обращений (30,2%). Острый периодонтит диагностирован всего в 5 случаях (1,7%), в то время как хронические периодонтиты - в 219 (72,5%), их обострения описаны в 78 картах (25,8%). В силу этого дальнейший анализ касался только случаев хронического периодонтита.

Хронический фиброзный периодонтит зарегистрирован в 143 (48,1%) картах. Хронический гранулематозный периодонтит обнаружен в 60 случаях (20,2%), а самый клинически активный - хронический гранулирующий - составил 94 (31,6%) случая.

При анализе поражаемости различными формами хронического периодонтита отмечено явное преобладание фиброзного периодонтита (58,4%, $p < 0,05$).

В структуре поражения хроническим периодонтитом различных групп зубов верхней и нижней челюстей можно отметить преимущественное заболевание верхушечного периодонта нижних моляров (в 1,9 раза; $p < 0,05$).

При анализе взаимосвязей не обнаружено достоверной корреляции между пульпитом и периодонтитом во фронтальной группе зубов ($r = 0,11$; $p > 0,05$).

Очевидно, это объясняется морфологией их эндодонта, а именно: при пульпите прямые широкие каналы фронтальных зубов позволяют провести более качественную obturацию, а значит, риск развития апикального периодонтита значительно меньше.

В то же время выявлена сильная прямая зависимость между частотой пульпита и периодонтита в группе моляров ($r = 0,74$;

$p < 0,01$). Это также во многом связано с морфологией: наличием 3 и более каналов с большей степенью кривизны, трудностью их обнаружения и последующего лечения.

Косвенным подтверждением выявленной закономерности является отмеченная проф. Т.Г.Робустовой и соавт. б?льшая частота развития одонтогенного периостита и остеомиелита на нижней челюсти, что, очевидно, связано с поражением зубов апикальным периодонтитом [8].

Мы склонны объяснить данный факт не только ранним прорезыванием, и соответственно, началом микробной атаки на эмаль нижних моляров. Возможно, что частота воспаления периодонта нижних моляров также связана с более быстрым проникновением микрофлоры из пульпарной камеры по корневым каналам (пассивное осаждение под действием силы тяжести).

Выводы:

1. Выявлена высокая (более 50%) поражаемость трудоспособного населения пульпитом и апикальным периодонтитом.
2. Отсутствие прямой корреляции между частотой пульпита и периодонтита фронтальной группы зубов и сильная взаимосвязь в группе моляров связаны с морфологией их эндодонта.
3. Высокая частота заболеваний эндодонта нижних моляров, возможно, связана не только с ранним прорезыванием, но и более быстрым продвижением микроорганизмов по системе корневых каналов под действием силы тяжести.

Литература:

1. Боровский Е.В. Пульпит. Периодонтит / Терапевтическая стоматология // Е.В. Боровский. - М. : Медицина, 2006. - С. 98 - 162.
2. Боровский Е.В. Состояние эндодонтии в цифрах и фактах / Е.В. Боровский // Клиническая стоматология. - 2003. - №1. - С. 38-40.
3. Железный П.А. Терапевтическая стоматология детского возраста: учебное пособие / П.А.Железный, Т.А.Бородин, О.И.Ануфриева, А.К.Базин. - Новосибирск : Изд. Новосибирского ГМУ, 2007. - 288 с.
4. Петрикас А.Ж. Эпидемиологические данные по изучению эндодонтических поражений зубов / А.Ж.Петрикас, Е.Л.Захарова, Ю.Н.Образцова // Эндодонтия today. - 2002. - №3-4. - С. 35-37.

5. Eriksen H.M. Endodontic epidemiology and treatment outcome: general considerations / H.M. Eriksen, L.-L.Kirkevang, K. Petersson // Endod Topics 2002 2 : 1-9.
6. Figdor D. Apical periodontitis: a very prevalent problem / D. Figdor // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002 94: 651-652.
7. Hilsmann M. Epidemiologische date zur Endodontic / M.Hilsmann // Endodontia. - 1995. - №3. - S.193-203.
8. Одонтогенные воспалительные заболевания / под редакцией проф. Т.Г.Робустовой. - М. : Медицина, 2006. - 664 с.

Кукушкин В.Л., Смирницкая М.В., Кукушкина Е.А.

РЕЗОРЦИН-ФОРМАЛИНОВЫЙ МЕТОД В ЭНДОДОНТИИ
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

Актуальность. Обработка корневых каналов (КК) такими сильными антисептиками, как трикрезол и формалин (40% раствор формальдегида), описана в 1874 г. Витцелем. Резорцин- формалиновый метод (РФМ) был предложен Альбрехтом в 1912 г. для обезвреживания распада некротизированной пульпы и пломбирования инфицированных корневых каналов (КК) зубов. После удаления гнилых масс из коронковой полости и просвета КК на их устья наносили каплю формалина, насыщенного резорцином (производное фенола). При этом проводилось активное проталкивание резорцин-формалиновой смеси (РФС) корневой иглой в просвет КК. Затем над устьями КК оставляли асбест, смоченный в смеси, под временной пломбой на 3-4 дня. Во второе посещение удаляли повязку, асбест и проводили повторно обработку КК. Автор утверждал, что РФС обладает выраженным антисептическим действием, и кроме того, способностью медленной полимеризации; результатом считалось, что кроме обезвреживающего действия, происходит obturation КК. При этом было замечено, что зубы, подвергшиеся обработке РФС, приобретали розовый цвет, а дентинные каналы были заполнены стекловидной массой. Однако широкие каналы оставались незаполненными. В этом случае автор рекомендовал в третьем посещении произвести обработку зуба РФС-смесью с добав-

лением щелочи, которая ускорит процесс полимеризации, и, по мнению автора, обеспечит заполнение корневых каналов. Позже было предложено из оставшейся после обработки жидкости приготовить пасту путем добавления окиси цинка и ею заполнить проходимую часть КК. Этот метод стал применяться для обработки не только постоянных, но и временных зубов. Следует отметить, что клинические результаты были вполне приемлемыми, так как основным критерием считалось отсутствие болевых ощущений [3].

Метод приобретал все большее количество сторонников не только из-за прекращения болей: как считали и продолжают считать многие врачи, при проведении этого метода не нужно проходить и обрабатывать корневые каналы.

В 1990-х г.г. проф. Е.В.Боровским были проведены исследования клинической эффективности РФМ. Из 156 осмотренных моляров и премоляров каналы были полностью запломбированы у 60; из них только в одном зубе в периодонте наблюдались изменения, а из 96 зубов с незапломбированными каналами деструкция костной ткани выявлена у 81, то есть в 84% случаев при непломбированных КК в периодонте имелись деструктивные изменения. С очевидностью следует признать, что после проведения резорцин-формалинового метода, если КК не запломбирован, отрицательные результаты лечения наблюдались в 84% случаев [1].

В связи с полученными данными было произведено исследование (по записям истории болезни) частоты использования РФМ в ряде районов Москвы и некоторых регионах РФ при лечении пульпита и периодонтита. Всего было обследовано 642 зуба (резцов 136, премоляров 142, моляров 364). РФМ применялся у моляров из 364 - 306, у премоляров из 142 - 29, у резцов из 136 - 10. Данные свидетельствуют, что этот метод преобладает при лечении моляров. Заслуживает внимания и тот факт, что его проводили при лечении не только периодонтитов, но и пульпитов [1].

По данным анкетирования врачей за 2001 г., 83% врачей не особенно утруждают себя поиском КК, видимо, полагая, что подобная тактика и без их пломбирования обеспечивает излечение при осложнениях кариеса [2].

Однако существует вопрос о правомерности широкого применения РФМ. В литературе имеются многочисленные указания о

неблагоприятном влиянии формальдегида на периодонт и организм в целом. Так, Lewis В.В. и др.(1981) сообщили, что цитотоксичность, мутагенность и канцерогенность формокрезол и формальдегида была продемонстрирована в лаборатории на экспериментальных животных. Исследователи указывали, что неблагоприятным действием обладают растворы формальдегида различных концентраций (от 35% до 19%, а также в разведении 1:5).

Myers D.P. и др. (1981) доказали системное распределение формальдегида при пульпотомии. После покрытия пульпы формальдегидом с радиоактивной меткой, он был обнаружен в периодонте, кости, дентине, моче. Небольшое количество препарата выявлялось также в печени, почках, легких, скелетной мускулатуре. Было выяснено, что и формальдегид, и формокрезол оказывают мутагенное и канцерогенное действие на животных и культуру клеток человека [3].

Заслуживают внимания данные Waterhous В.У. (1995), которые ставят под сомнение безопасность применения формокрезол в качестве препарата при лечении пульпита временных зубов. В частности, автор показал, что формалин, содержащийся в формокрезоле, является гаптенем (неполным антигеном) и может вызывать иммунные реакции гиперчувствительности [3].

Необходимо подчеркнуть, что использование РФМ также не обеспечивает гарантированной obturации верхушечного отверстия (паста до сих пор используется в медицинских учреждениях РФ, преимущественно государственных). В настоящее время Стоматологическая Ассоциация России (СтАР) категорически не рекомендует использовать метод в связи с высоким риском оказания неблагоприятного влияния на ткани пародонта и здоровье пациентов. При выходе РФП за пределы корня могут возникать сильные боли, парестезия (иногда необратимая) вследствие повреждения нерва (в случае попадания материала в нижнечелюстной канал), воспаления костной ткани (остеомиелит), для устранения которых требуется хирургическое лечение (см. Рис.1-2.).

Следует также отметить, что для избежания в дальнейшем различного рода конфликтных ситуаций с пациентами, зарубежные врачи-стоматологи в первое посещение получают от пациента так называемое информированное согласие на эндодонтическое ле-

чение, которое соответствует форме, предложенной Хельсинкской декларацией по правам человека. При этом пациента знакомят с основными этапами лечения корневого канала, возможными осложнениями во время и после эндодонтического лечения.

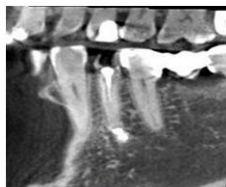


Рис.1. Выведение РФП в периапекс (КТ-грамма)

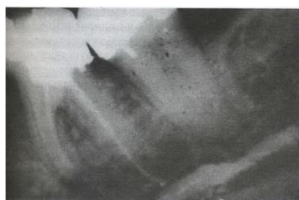


Рис.2. Выведение РФП в нижнечелюстной канал

С другой стороны, необходимо заметить, что ведущие фирмы-производители стоматологических материалов (Септодонт, Спофа Денталь) до сих пор поставляют формальдегид-содержащие пасты для эндодонтии типа "Эндометазон", "Трикредент", "Форедент", "Форфенан". Более того, самый популярный на сегодняшний день силер для заполнения КК -

АН(+) содержит в своем составе уротропин, распадающийся в щелочной среде с выделением формальдегида, но в очень низкой концентрации [5].

Результаты и их обсуждение. Ниже проведены собственные наблюдения в клинике, связанные с перелечиванием зубов, корневые каналы которых заполнялись РФС. На Рис.3. приведена рентгенограмма зуба 4.6, ранее леченного импрегнационным методом.



Рис.3. Рентгенограмма зуба 4.6, леченного РФС

Мы применили для растворения РФС такой препарат, как "Эндосольв -Р". Его оставляли над устьями КК на ватном шарике или бумажном штифте (при неудаче первого сеанса распломбировки - повторили наложение).



Рис.4. Зуб 46 после применения "Эндосольв Р".

Обращает на себя внимание факт неполного удаления РФС из переднего КК даже после 2-кратного наложения сольвента.



Рис.5.Рентгенограмма зуба 2.4, леченного с применением РФ-пасты.

Учитывая незначительное количество пасты только в области устья КК, удалось сравнительно легко его перелечить.



Рис.6. Зуб 2.4 после перелечивания

Замечено также, что легче распломбировываются каналы, запломбированные РФ-пастой, чем смесью.

На следующем рисунке приведен случай перелечивания нижнего моляра.



Рис.7.Зуб 3.6.после применения Эндосольва-Р.

Несмотря на многократное применение Эндосольва-Р, нам так и не удалось распломбировать дистальный канал 3.6.

Несколько по-другому мы относимся к ситуации, когда врач физически не может пройти КК до верхушки, или имеется канал со сломанным в нем инструментом, когда все попытки его извлечения (или прохождения рядом с ним) оказались безуспешны. В этом случае применение РФ-пасты является "методом отчаяния", когда врач сознательно применяет его, понимая, что альтернативы нет.

Суммируя все вышесказанное, можно сделать следующие выводы:

1. Препараты, содержащие резорцин-формалиновую смесь, постепенно вытесняются более безопасными. Более того, ряд стран Евросоюза законодательно запретил применение формальдегидсодержащих паст (включая эндометазон) в стоматологической практике.
2. РФ-смесь, заполимеризовавшуюся в КК, очень трудно извлечь или растворить при повторном лечении. При этом легче распломбировываются каналы, заполненные пастой.
3. Недопустимым является применение РФПасты для пломбирования широких КК всех групп постоянных зубов.

Список литературы:

1. Боровский Е.В. Состояние эндодонтии в цифрах и фактах // Клиническая стоматология. - 2003. - №1. - С.38-40.
2. Боровский Е.В. Проблемы, влияющие на современные технологии эндодонтического лечения в РФ//Эндодонтия today.- 2007.- №2. - С.3-5.
3. Боровский Е.В., Свистунова И.А., Кочергин В.Н. Да или нет резорцин-формалиновому методу // Клиническая стоматология. - 1997. - №3. - С.16-18.
4. Козн С., Бернс Р. Эндодонтия. СПб.:Изд.дом "Stbook", 2007. - 1027 с.
5. Инструкция по применению материала "АН Plus", Dentsply.

Лопатина-Ланская О.А., Кукушкин В.Л.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ СО СЛОЖНОЙ МОРФОЛОГИЕЙ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

Распространенность осложненного кариеса является одной из ключевых проблем современной стоматологии. Повышение уровня качества эндодонтического лечения пациентов, страдающих хроническими формами периодонтита, является первоочередной и актуальной задачей на сегодняшний день.

Множество исследований, направленных на изучение топографических особенностей эндодонта, указывают на наличие сложных, разветвленных и взаимосвязанных коллатералей системы корневых каналов (КК), которые трудно предсказать и качественно механически обработать и тем более запломбировать. Эндодонтия стремительно развивается в последние годы, благодаря формированию новых взглядов на роль анатомии корневых каналов, и внедрению в стоматологическую практику современных технологий. Точное знание анатомического строения зуба является залогом успешной эндодонтической обработки корневых каналов.

Вращающиеся никель-титановые инструменты активно используются для инструментальной обработки КК. Благодаря своей высокой эластичности, они значительно облегчают один из самых трудных этапов эндодонтического лечения - прохождение и формирование искривленных КК. Полноценная очистка возможна в случаях активного применения новых видов эндодонтических ультразвуковых инструментов. Успех эндодонтического лечения зависит от своевременного обнаруженных и качественно запломбированных КК. Результат эндодонтического лечения оценивается с использованием визиографического контроля как после пломбирования корневого канала, так и позже, после проведенного лечения.

Целью настоящей работы явилось повышение эффективности эндодонтического лечения хронического периодонтита со сложной морфологией корневых каналов с помощью рационального применения современных методов их инструментальной и медикаментозной обработки.

Нами было проведено комплексное обследование, лечение и наблюдение в динамике пациента с хроническим периодонтитом. Диагноз выставлен на основании жалоб, данных анамнеза, данных основных (осмотр, зондирование, перкуссия) и дополнительных методов обследования (рентгенография, электрооднотометрия) согласно МКБ-10.

Пациентка Ц., 30 лет, обратилась в клинику ЧГМА с целью санации полости рта. Из анамнеза, зуб 3.7 ранее не был лечен. При осмотре было выявлено наличие на вестибулярной поверхности коронки зуба глубокого дефекта твердых тканей, сообщающегося с полостью зуба. Корневые каналы проходимы. Апикальная треть обеих корней изгибается под углом почти 90 градусов. Изменений в области апикального периодонта не обнаружено.

Было принято решение о проведении эндодонтического лечения. После изоляции рабочего поля коффердамом, проведено препарирование кариозной полости: удаление размягченного пигментированного дентина, создание прямого доступа к устьям КК. Для измерения рабочей длины был использован апекслокатор Forum (Израиль). Первоначально была создана ручная ковровая дорожка инструментом C-pilot (VDW) № 10.

Из-за большого риска боковой перфорации возникла сложность дальнейшей обработки стенок канала ручными инструментами. Каждый инструмент в зависимости от его размера и конусности имеет предел эластичности, превышение которого необратимо ведет к возникновению деформации. Для увеличения эффективности оперативной обработки корневого канала со сложной морфологией нами был выбран многофункциональный эндодонтический мотор X-Smart с контролируемым торком. Применяя безопасный реципрокный режим работы одним инструментом Reciproс, корневые каналы были полностью пройдены в соответствии с установленной рабочей длиной. При реципрокном вращении инструмент в соответствии с концепцией сбалансированных сил центрирован в КК. В результате такой обработки была сформирована конусная форма каналов, повторяющая анатомическую.

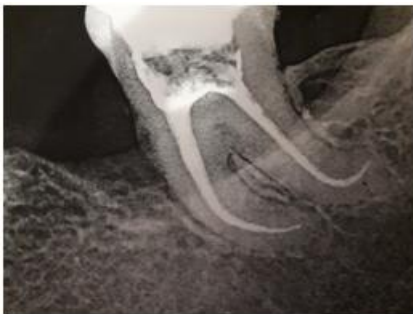
Важным моментом эндодонтического лечения является применение ирригации эндодонта в сочетании с ультразвуком. Совмест-

но с ирригационными растворами ультразвук способствует эффективному устранению смазанного слоя, дезинфекции наружных и глубоких слоёв дентинных стенок, очень эффективному вымыванию мельчайших загрязнений из капиллярных канальцев дентина. В нашем случае ирригацию проводили 3,0% раствором гипохлорита натрия, с его активацией ультразвуком.

Важным этапом явилось проведение диагностического рентгенологического исследования для подтверждения степени качества обработки КК на всю рабочую длину. После чего КК были промыты стерильным физиологическим раствором, высушены стерильными бумажными штифтами.

Финальный этап эндодонтического лечения заключался в герметичном заполнении системы КК, исключая возможность ее сообщения с периодонтом и полостью рта. Для obturации нами была применена техника холодной латеральной конденсации гуттаперчи. Использовали силер на эпоксидной основе "АН+" и гуттаперчевые штифты.

После подборки мастер штифта 30 диаметра он был покрыт слоем силера и введен в корневой канал с последующей его конденсацией спредером. Затем канал поочередно заполнялся штифтами дополнительных размеров до достижения герметичной obturации. Степень obturации оценивали выполнением контрольного рентгеновского снимка, так как он является наиболее надежным методом контроля качества эндодонтического лечения (см. рис.).



Реставрация коронковой части зуба проводили по общепринятой методике с применением светоотверждаемого композитного материала "FILTEK Z250" с последующей проверкой окклюзионных контактов и финишной обработкой поверхности пломбы.

Контрольное клиническое обследование пациента было проведено через 6 месяцев. Оценивали жалобы пациента, наличие болевых ощущений, болезненной реакции при пальпировании альвеолярной кости в области проекции корней 3.7 зуба, состояние пе-

риапикальных тканей. Рентгенологически были проанализированы качество obturации, состояние периапикальных тканей (ширина периодонтальной щели, структура альвеолярной кости в периапикальной области) .

Заключение

Сложная анатомия системы корневых каналов моляров зачастую вызывает затруднение у врача. Часто в клинике можно наблюдать различия в конфигурации каналов, их числе и наличии мест сужения. Для успешной диагностики и лечения таких зубов необходимо перед проведением оперативного вмешательства тщательно изучить анатомию и морфологию каналов корня зуба, а также провести рентгенологическое исследование, а в случае дополнительных КК - компьютерную томографию.

Кукушкин В.Л., Дутова А.А., Кордюк М.Ю., Кукушкина Е.А.
**ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА АНАЭРОБНОЙ МИКРОФЛОРЫ
ЭНДОДОНТА ПРИ РАЗЛИЧНОМ ТЕЧЕНИИ АПИКАЛЬНОГО
ПЕРИОДОНТИТА**
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

В настоящее время считается доказанным факт, что хронический апикальный периодонтит (ХАП) вызывают микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности, исходящие из системы корневых каналов (КК) [1, 2, 3, 7, 9]. Многие авторы отмечают, что в эндодонте создаются благоприятные условия для роста многих видов условно - патогенных аэробных и анаэробных микроорганизмов [5, 8, 10].

Установлено, что особые условия среды КК стимулируют избирательный рост анаэробных видов бактерий, и чем продолжительнее инфицирование, тем более преобладают представители таких групп бактерий как порфиромонады и превотеллы (по устар. номенклатуре - бактероиды), фузобактерии, извитые формы, а также пептострептококки. Более того, показано, что строгие анаэробы составляют от 67 до 90% состава ассоциаций [4, 8, 9].

Помимо указанных микроорганизмов, в полости эндодонта могут вегетировать различные виды грибов рода *Candida* и простейшие. Кро-

ме того, в случаях, резистентных к стандартной терапии, в корневых каналах обнаруживали (часто в виде моноинфекции) актиномицеты, грибы *Candida albicans*, а также *Enterococcus faecalis* [8].

Однако данные, как меняется спектр микрофлоры при обострении процесса, противоречивы. Так, в исследовании Sundqvist было показано, что обострение ХАП практически в 100% случаев обусловлено бактероидами [10]. Более поздние исследования других авторов показали, что при обострении действуют ассоциации анаэробов [6, 7].

Цель: выявить спектр анаэробной микрофлоры эндодонта зубов при хроническом течении периодонтита и при его обострении.

Материалы и методы. Для достижения цели проведены клинические и микробиологические исследования 56 лиц с деструктивными формами хронического периодонтита (80 корневых каналов), в возрасте от 20 до 45 лет, без выраженной соматической патологии.

Для достижения цели исследования пациенты были разделены на две группы:

- 1) 41 пациент с хроническим течением апикального периодонтита (53 канала);
- 2) 15 пациентов с обострением хронического деструктивного периодонтита (27 каналов).

Методика получения генетического микробного материала заключалась в изоляции причинного зуба коффердамом, препаровке кариозной полости, промывании корональной полости стерильным физ.раствором. Далее Н-файлом инструментальными движениями в канале создавали суспензию инфицированного материала, которую забирали стерильным бумажным штифтом [3]. Штифты после пропитывания помещали в пробирку с питательной средой "ДНК-Экспресс" для последующей транспортировки в лабораторию.

Идентификацию анаэробных микроорганизмов проводили путем ПЦР-анализа в лаборатории молекулярной генетики Читинской ГМА наборами реагентов (производитель - НПФ "Литех") для обнаружения ДНК следующих микроорганизмов: *Porphyromonas endodontalis*, *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium nucleatum* (палочка Плаута), *Candida albicans* и *Enterococcus faecalis*.

Полученные данные обработаны с использованием пакета программ статистического анализа Statistica 6.0 (StatSoft, USA). Для сравнения относительных величин использовали метод расчета критерия χ^2 Пирсона с оценкой достоверности различий (p). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

Абсолютно преобладающим микроорганизмом КК обеих групп можно назвать *Fusobacterium nucleatum*: в 1 группе она была обнаружена в 45 пробах (84,9%), во второй группе - в 22 (81,5%; $\chi^2=0,87$, $p < 0,05$).

Следующими по частоте встречаемости были пигментообразующие *Porphyromonas endodontalis* (26 проб; 49,0%), и *Prevotella intermedia* - в 23 (43,4%), в ассоциации - в 15 случаях (28,3%).

У больных с обострением 16 проб (59,3%; $\chi^2=2,87$, $p < 0,05$) содержали порфиромонады, и в 12 - превотеллы (44,4%; $\chi^2=0,79$, $p < 0,05$).

Возможно, что данные бактериоиды являются синергистами, так как в 7 пробах (25,9%) они выявлены одновременно.

Грибы *Candida albicans* определены у 13 пациентов первой группы (24,5%) и у 4 пациентов второй группы (14,8%; $\chi^2=4,80$, $p < 0,05$). Обращает внимание, что грибы отсутствовали у больных с бактериоидами, что свидетельствует об их антагонизме, и слабом влиянии на возникновение обострения процесса.

Enterococcus faecalis был обнаружен у 8 пациентов первой группы (15,1%), и не встретился при обострении процесса. Это позволяет подтвердить данные других авторов о его редком обитании в системе КК.

Выводы:

1. Фузобактерии являются постоянными обитателями системы эндодонта при ХАП, независимо от течения процесса.
2. Пигментообразующие порфиромонады играют существенную роль в патогенезе обострения хронического периодонтита, особенно в ассоциации с другими анаэробами.
3. Грибы рода *Candida* и *Enterococcus faecalis* являются редкими обитателями системы эндодонта при ХАП.

Список литературы:

1. Когина Э.Н., Герасимова Л.П., Кабирова М.Ф., Усманова И.Н. Микробиологическое исследование содержимого корневых каналов при хроническом апикальном периодонтите // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 5.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22633> (дата обращения: 30.12.2016).
2. Митронин А.В. Особенности контаминации экосистемы корневых каналов на этапах эндодонтического лечения острого периодонтита / А.В. Митронин, В.Н.Царев, Е.Я.Ясникова, Д.А.Черджиева // Эндодонтия today. -№1. - 2008. - С.26-32.
3. Митронин А.В., Царев В.Н. Молекулярно-генетическая диагностика в оценке эффективности лечения хронического периодонтита / Эндодонтия today. - №3-4. - 2004. - С.32-38.
4. Мозговая Л. А., Задорина И. И., Быкова Л. П., Годовалов А. П. Микрофлора корневых каналов зубов в динамике лечения хронических форм апикального периодонтита // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 3. - С. 447- 449.
5. Царёв В.Н., Митронин А.В., Максимовский Ю.М., Ушаков Р.В., Николаева Е.Н., Тютюник Ю.М. Диагностика хронического периодонтита с помощью полимеразной цепной реакции и перспективы эндодонтического применения макролидов и цефалоспоринов // Стоматология для всех. - М., 2004.- Кол. - С.8-11.
6. Gomes B, Drucker D, Lilley J Association of specific bacteria with some endodontic signs and symptoms Int Endod J 27(6): 291, 1994.
7. Siqueira JF Jr, Rjcas IN, Oliveira JC, Santos KR. Molecular detection of black-pigmented bacteria in infections of endodontic origin. J Endod 2001 Sep; 27(9): p.563-566.
8. Siqueira JF Jr, Rjcas IN, Souto R, de Uzeda M, Colombo AP. Actinomyces species, Streptococci, and Enterococcus faecalis in primary root canal infections. J Endod 2002 Mar; 28(3): 168-72.
9. Sundqvist GK, Figdor D, Persson S, Sjogren U. Microbiologic analysis of teeth with failed endodontic treatment and the outcome of conservative retreatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 85:86, 1998.
10. Sundqvist GK. Taxonomy, ecology and pathogenecity of the root canal, Oral Surg., 1994, 78, p.522.

Гадушкина С.А., Белоусов А.В.

**ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ
ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСТВОРА ХЛОРГЕКСИДИНА
БИГЛЮКОНАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

Воспалительные заболевания пародонта в настоящее время представляют собой одну из наиболее сложных и важных проблем современной стоматологии. Ранние проявления заболеваний пародонта воспалительного характера регистрируются уже в возрасте от 10 до 16 лет, а выраженные деструктивные изменения в пародонте с вовлечением в процесс костной ткани наиболее часто выявляются у лиц старше 40 лет. В средней и старшей возрастных группах населения пародонтит является главной причиной потери зубов, что определяет повышенное внимание исследователей к вопросам патогенеза, диагностики и лечения данного заболевания [1].

Принято считать, что пародонтит начинается с появления специфической субгингивальной бактериальной флоры, происходящей из глубоких отделов зоны десневой борозды. В настоящее время доказано, что экзо- и эндотоксины, продуцируемые пародонтопатогенными бактериями *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola* и др., определяют длительное воспаление и разрушение тканей десны и альвеолярного отростка [2].

Однако нет единого мнения о полном перечне пародонтопатогенных микробов. По мнению одних исследователей наиболее выраженным токсическим действием на ткани десны обладают представители пигментообразующих видов: бактероиды - *Porphyromonas gingivalis* и *Prevotella intermedia*. По мнению других - грамположительные представители пародонтопатогенной микрофлоры *Actinomyces naeslundii* и анаэробные стрептококки *Peptostreptococcus micros*, *Streptococcus intermedius*, которые продуцируют специфические экзотоксины [3].

В последние годы появились убедительные данные о вероятной роли в развитии пародонтита дрожжеподобных грибов *Candida*, хламидий, микоплазм, вирусов, и других представителей микромира.

Однако, при постановке диагноза врачи базируются на устаревших традиционных критериях оценки клинической картины болезней пародонта. В результате такого подхода, возможно назначение консервативной терапии неадекватной клинической картине и тяжести заболевания. Решению данной проблемы может способствовать разработка и внедрение новых молекулярно-генетических методов диагностики в сочетании с адекватной консервативной терапией.

Безусловно, значительный интерес представляют антисептические препараты бактерицидного действия против широкого спектра вегетативных форм грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, а также дрожжей, дерматофитов и липофильных вирусов.

Такой эффект выявлен у хлоргексидина биглюконата [4].

В связи с вышеизложенным целью исследования явилось повышение эффективности диагностики и комплексного лечения генерализованного пародонтита с применением хлоргексидина биглюконата на основании данных клинического и молекулярно-генетического исследования.

Материалы и методы исследования:

Для решения поставленных задач было проведено клиническое исследование 20 пациентов с диагнозами хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. Для исследования отбирали людей без соматической патологии, выраженной патологии прикуса, с нормальной глубиной преддверия полости рта, длиной уздечек и выраженностью тяжелой слизистой оболочки щек, без имеющихся в полости рта ортопедических конструкций. С целью объективной оценки состояния пародонта использовали данные рентгенологического обследования (ортопантомография) и стандартные клинические индексы - индекс PMA (в модификации Pаgma), индексы гигиены Green-Vermillion (OHI-S), пародонтальный индекс (PI) и индекс кровоточивости Muhlemann - SBI. Способ количественного определения видового состава микробиоты пародонтальных карманов, включал забор содержимого пародонтальных карманов стерильным бумажным эндодонтическим штифтом размером №25, который вводили в наиболее глубокие участки пародонтального кармана экспозицией не менее 10 сек, и затем помещали в пробирку с транспортной средой [5].

Выделение тотальной ДНК из биоматериала, проведение ПЦР с использованием видоспецифичных праймеров к фрагментам ДНК *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythensis*, *Candida albicans*. В качестве транспортной среды использовался физиологический раствор, ПЦР проводили в режиме реального времени, с помощью ПародонтоСкрин (серия В0504S-1) [6].

Забор содержимого пародонтальных карманов проводилось у всех пациентов в области верхних клыков и вторых резцов.

Определение видового состава микробиоты пародонтальных карманов проводилось до и после лечения хлоргексидином.

Раствор хлоргексидина биглюконат, 0,05% использовали для антисептической обработки десневого желобка, пародонтальных карманов на приеме врача - пародонтолога, а также назначали пациентам для местного применения после коррекции гигиены полости рта и удаления зубных отложений. В процессе лечения пациентам рекомендовалось ежедневное, в течении 10 дней, трехкратное применение марлевых повязок, пропитанных раствором 0,05% хлоргексидина биглюконата - 5 ml с экспозицией 10 минут после гигиенических процедур чистки зубов [7].

Результат исследования: Под наблюдением находились 10 пациентов контрольной группы, 20 с диагнозом хронический пародонтит средней степени тяжести. До лечения у пациентов индекс РМА составлял $59,35 \pm 3,53$; индекс гигиены Greene-Vermillion (ОНИ-S) - $2,59 \pm 0,41$; Пародонтальный индекс (PI) - $3,29 \pm 1,48$; индекс кровоточивости SBI - $3,14 \pm 1,18$. После лечения индекс РМА уменьшился на 67,7%, ОНИ-S - на 87,3%, PI - на 30,7% и индекс кровоточивости SBI - на 15,9% по сравнению с исходными значениями.

До лечения у больных общая бактериальная масса составляла 8,6:4,4 Lg; у 11 больных *Porphyromonas gingivalis* составляла 8,5:4,8 Lg; у 16 больных *Treponema denticola* 7,0:3,0 Lg; у 1 больного *Actinobacillus actinomycetemcomitans* составляла 3,7 Lg; у 10 больных *Prevotella intermedia* составляла 7,2:5,0 Lg; у 19 больных *Tannerella forsythensis* составляла 7,11:3,4 Lg, *Candida albicans* была обнаружена у одного больного и составляла 2,0 Lg.

Интерпретация результатов проводится в соответствии с таблицей 1.

Количество микроорганизмов в зубных отложениях и десневой жидкости при различных состояниях (Lg ГЭ/образец)

№	Название микроорганизма	Норма	Степень пародонтита	
			Легкая/Средняя	Тяжелая
1	Общая бактериальная масса	<6,5	≥6,5	>7,5
2	Actinobacillus actinomycetemcomitans	<4,0	≥4,0	>5,0
3	Porphyromonas gingivalis	<5,0	≥5,0	>6,0
4	Prevotella intermedia	<4,5	≥4,5	>6,0
5	Tannerella forsythensis	<5,0	≥5,0	>5,5
6	Treponema denticola	<3,5	≥3,5	>5,0
7	Candida albicans	<4,5	≥4,5	>6,0

После лечения раствором хлоргексидина биглюконат 0,05% общая бактериальная масса составляла 8,3:4,3 Lg; у 10 больных Porphyromonas gingivalis составляла 7,5:1,4 Lg; у 16 больных Treponema denticola 6,6:0,8 Lg; у 1 больного Actinobacillus actinomycetemcomitans составляла 3,4 Lg; у 9 больных Prevotella intermedia составляла 5,4:1,9 Lg; у 19 больных Tannerella forsythensis составляла 6,9:1,4 Lg, Candida albicans не обнаружена.

У пациентов контрольной группы не обнаружены Actinobacillus actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia. Treponema denticola составляла 4,4:1,2 Lg; Tannerella forsythensis 6,9:5,9 Lg. Candida albicans не обнаружена.

Таблица 2. Количество микроорганизмов в пародонтальных карманах у исследованных пациентов (Lg ГЭ/образец)

№	Название микроорганизма	До лечения	После лечения	Контроль
1	Общая бактериальная масса	8,6 :4,4	8,3:4,3	7,5:2,9
2	Actinobacillus actinomycetemcomitans	3,7	3,4	-
3	Porphyromonas gingivalis	8,5:4,8	7,5:1,4	-
4	Prevotella intermedia	7,2:5,0	5,4:1,9	-
5	Tannerella forsythensis	7,11:3,4	6,9:1,4	6,9:5,9
6	Treponema denticola	7,0:3,0	6,6:0,8	4,4:1,2
7	Candida albicans	2,0	-	-

Выводы: В ходе исследования, на основании данных молекулярно-генетического исследования продемонстрировано антимикробное и противовоспалительное действие раствора хлоргексидина биглюконата при лечении воспалительных заболеваний пародонта.

Используемая нами технология "ПародонтоСкрин" позволила в короткие сроки объективно оценить количественный состав анаэробных микроорганизмов полости рта, провести контроль гигиены, определить состав микрофлоры пародонтальных карманов для назначения этиотропной терапии, обосновать выбор антимикробной терапии, провести динамическое наблюдение за количественным содержанием и видовым составом анаэробных микроорганизмов при проведении поддерживающей терапии.

Литература

1. А.И.Грудянов. Заболевания пародонта//Медицинское информационное агентство. - 2009.
2. Colombo A. V., Silva C. M., Haffajee A., Colombo A. P. Identification of oral bacteria associated with crevicular epithelial cells from chronic periodontitis lesions // Journal of medical microbiology. -2006. - Vol. 55. - № Pt 5. - P. 609-615.
3. Вольф Г.Ф. Пародонтология : руководство / Г.Ф. Вольф, Э.М. Ратейцхак, К. Ратейцхак ; под ред. Г.М. Барер. - М. : МЕДпресс-информ, 2008. - 548 с.
4. А.В. Зверьков, А.П. Зузова. Антимикробные препараты. Хлоргексидин: прошлое, настоящее и будущее одного из основных антисептиков, 2013; 279-284 стр.)
5. Электронный обозреватель - Реестр патентов. Патент RU 2229130, 2004 г. URL: <http://bd.patent.su/>
6. Электронный научно-образовательный вестник "Здоровье и образование в XXI веке". 2007. Т. 9. № 12. URL:<http://e-pubmed.org/isu.html>.
7. Haffajee A. D., Socransky S. S. Introduction to microbial aspects of periodontal biofilm communities, development and treatment // Periodontology 2000. - 2006. - Vol. 42. - P. 7-12.

Попова Е. С., Петрова А. М., Пляскина Е.С., Василенко Н.М.

**СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ.**

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ В ОРТОДОНТИИ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

Актуальность проблемы.

Актуальность совершенствования организации ортодонтической помощи в новом тысячелетии возрастает в связи с стремительным ростом распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций Перова Е.Г. 2011, Персин Л.С. 2015.

Эпидемиологические исследования населения ряда областей России свидетельствуют о большой вариабельности распространенности зубочелюстных аномалий в различных регионах, которая колеблется от 31,9 до 86,1% Проскокова С.В., Арсенина О.И. 2011.

Процент саморегуляций зубочелюстных аномалий крайне низкий - 2,6%. В период сформированного сменного прикуса частота зубочелюстных аномалий варьирует от 50 до 87% . В постоянном периоде формирования прикуса показатель частоты зубочелюстных аномалий в различных регионах нашей страны варьирует от 53 до 82% Хорошилкина Ф.Я. 2009..

В последнее время по данным литературы повысился процент врожденных аномалий, а так же таких нозологических форм, как первичная адентия и ретенция постоянных зубов. Самый неблагоприятной тенденцией в развитии зубочелюстной системы у детей на современном этапе считается первичная адентия вторых резцов, которая по данным литературы встречается 7 до 11 % случаев Железный П.А., Плотникова Н.А. 2013. и врожденные аномалии Персин Л.С. 2015.

Анализ данных литературы свидетельствует об отсутствии тенденции к снижению показателя распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций на территории Российской Федерации на протяжении последних десятилетий, более того в последние 30-40 лет наблюдается тенденция к росту частоты зубочелюстных аномалий у детей .

Цель работы.

Выявление структуры и распространенности ЗЧА в среди школьников и дошкольников г. Читы и анализ наиболее часто встречаемых клинических случаев.

Задачи исследования.

- Клиническое исследование детей в различные периоды развития ЗЧС.
- Разбор наиболее часто встречаемых зубочелюстных аномалий.

Обсуждение полученных результатов.

Полученные нами данные согласуются с данными литературы о росте распространенности зубочелюстных аномалий за последние десятилетия.

По нашему мнению в Забайкальском крае высокая распространённость аномалий строения ЗЧС, обусловлена как факторами внешней среды: резко-континентальный климат, отрицательная средне годовая температура, гипоксическая гипоксия, соматические заболевания лор-органов, так и эволюционными процессами, связанными с редукцией ЗЧС.

Полученные данные в ходе исследования свидетельствуют о высокой распространенности ЗЧА во все возрастные периоды формирования зубочелюстной системы.

По нашим данным среднестатистический показатель распространенности ЗЧА достигает у детей в период временного прикуса 50%. Процент лиц с физиологическим видом прикуса в первом периоде составил - составил 49,9%, во втором периоде 41,9%. Высокий удельный вес занимают сагитальные аномалии 34,6% и 36,1%.

Следует особо отметить соматический статус детей в данной возрастной группе. При анализе соматических карт обследуемых установлена средняя величина кратности заболеваний острыми респираторными инфекциями не менее 3-4 раз в год. По поводу аденоидита и аденоидов консервативное лечение проводилось в 74,2% случаев. Более низкие показатели распространенности были получены в отношении мезиальной и трансверсальной окклюзии 4,9%.

В ходе наших исследований мы выявили основной этиологический фактор трансверсальных аномалий во втором периоде развития временного прикуса - задержку физиологической стираемости клыков. По нашим данным, задержка физиологической стираемости режущих краев временных клыков диагностировалась у 82%

случаев. Полученные данные свидетельствуют о низком уровне профилактических мероприятий в данной возрастной группе и отсутствии процедур, связанных с избирательной шлифовкой зубов. По времени данная процедура занимает не более 40 минут, а вот лечение возникшей аномалии и деформации челюсти вследствие блока определенной группы зубов в последующем будет длиться годами.

Необходимо отметить, что высокий удельный вес занимают и аномалии отдельных зубов и зубных рядов - 23,3%. Отсутствие трем и диастем во втором периоде развития временного прикуса выявлено у 76% детей, что указывает на недоразвитие челюстных костей.

Вертикальная дизокклюзия представленная глубоким и открытым прикусом в первом периоде составила 19,2% во втором глубокий прикус - 24,1%; открытый 6,7%. По данным нашего исследования ведущим этиологическим фактором открытого прикуса в 65% случаев являлись вредные привычки, такие как ротовой тип дыхания и инфантильный Показатель который требует особого внимания это преждевременно удаленные молочные зубы до физиологической смены, которых осталось более года.

К трем годам у ребенка только завершается процесс прорезывания зубов, а эффективность жевания и речеобразования уже нарушена, вследствие вторичной частичной адентии. Так, по данным нашего исследования к трем годам процент удаленных зубов составил 2,1, а к пяти годам увеличивается до 14,8. Лишь у 8% обследуемых во втором периоде дефекты зубных рядов были замещены съемными пластинчатыми протезами с искусственными зубами, а в 92% уже отмечалось недоразвитие и деформации зубных рядов.

На сегодняшний день, ретенция зубов является довольно часто встречающейся аномалией и составляет 4 до 17% (413). Подтверждение этому нашлось и в нашей работе, распространенность ретенции составила 15,9%. По полученным данным, ретенция клыков установлена в 48,6%, премоляров в 37% случаев, центральных и боковых резцов в 14,4%, а также установлены единичные случаи ретенции постоянных моляров нижней челюсти.

В ходе наших исследований установлен рост ЗЧА аномалий во возрастном аспекте. В период сменного прикуса рост заболеваемости по отношению к временному периоду прикуса, увеличился

на 18,7%. Данный показатель указывает на низкий процент саморегуляции аномалий зубочелюстной системы, даже в тех случаях, где этиологическим фактором являлись функциональные нарушения.

Дистальная окклюзия занимает, как и в предыдущих периодах развития ЗЧС самый высокий удельный вес по отношению к другим ЗЧА.

Особое внимание следует уделить соматическому статусу в данный возрастной период. При анализе амбулаторных карт были получены следующие данные; распространенность патологии ЛОР органов составляет 82,3% , аденоэктомия была проведена в 37,4% случаев, а в 8,2% оперативное вмешательство проводилось повторно.

Проблема влияния гипертрофии носоглоточной миндалины на развитие челюстных костей в детском возрасте получила широкое освещение в литературе. Частые рецидивы заболеваний вызывают деформацию челюстных костей и сужение зубных рядов.

Процент мезиальной и трансверсальной окклюзии диагностировался в пределах 4-6%. Среднестатистические показатели вертикальной дизокклюзии составили начальном сменном прикусе 14,9 % , в позднем сменном прикусе 5,8%. Глубокий прикус с деформацией зубных рядов в период начального сменного прикуса составил 19,1%.

Показатели трансверсальных аномалий прикуса в первом периоде начального сменного прикуса составили 20,2% , во втором периоде снизился на 36,6% .

По нашим данным ведущим этиологическим фактором, как и в период сформированного временного прикуса явилась задержка физиологической стираемости временных клыков.

Преждевременная потеря временных зубов в период начального сменного прикуса составила 21,5% , в период сформированного 11,3% ($p < 0,01$). Несмотря на количественное снижение данного показателя, его удельный вес во втором периоде выше, так как в 56% случаев были удалены первые постоянные моляры, которые являются ключами окклюзии в постоянном прикусе.

Проведенное исследование указывает на необходимость разработки региональной программы профилактики по ортодонтии.

Пляскина Е.С., Попова Е.С., Петрова А.М.

БРЕКЕТ-СИСТЕМА И ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

В практической ортодонтии немаловажную проблему представляет очаговая деминерализация эмали зубов (ОДЭ). Несомненно, эффективность современных несъемных аппаратов значительно превосходит эффективность съемных. Однако процент осложнений со стороны твердых тканей зубов достаточно высок именно у пациентов, находящихся на лечении несъемными аппаратами [1].

По данным Соболевой Т.Ю. (1977) из 92 % осмотренных пациентов после ортодонтического лечения на брекет-системах у 32,7% обнаружены различные поражения твердых тканей зубов. Из них у 42,1% выявлена очаговая деминерализация эмали, у 26,3% вертикальная форма стираемости и у 31,6% эрозии и некрозы твердых тканей зубов [2].

Брекет-система состоит из специальных миниатюрных металлических приспособлений - брекетов, которые фиксируются непосредственно на вестибулярную или оральную поверхность зубов с помощью клеевых композиций. Ортодонтическое лечение иногда продлевается до 2-3 лет, и брекететы, приклеенные на зубы в течение всего этого периода, становятся механическим препятствием для естественной самоочищаемости полости рта [3].

Косюга С.Ю и Ботова Д.И наблюдали что, после снятия брекет-системы до 55% поверхностей зубов имеют очаги деминерализации, проявляющиеся в виде белых пятен и полосок, повторяющих контуры оснований брекетов. Деминерализации подвержены также моляры, которые являются опорными зубами в течение всего периода ортодонтического лечения [4]. Кроме того, список отрицательных сторон при использовании брекет-системы дополняют катаральные гингивиты, периодонтиты, случаи гиперплазии десны и резорбции верхушек корней зубов в результате передозировки ортодонтических сил [5].

Однако одной из общепризнанных опасностей в ортодонтической практике является деминерализация эмали, которая обнаруживается во время лечения и после снятия аппаратов [6]. Эта пробле-

ма чрезвычайно актуальна не только для отечественной ортодонтии, но и за рубежом [7].

Подавляющее большинство ортодонтических больных - это подростки, эмаль у которых еще полностью не минерализовалась. По данным Простаковой Т.Б, состояние гигиены полости рта у подростков 12-15 лет, имеющих дизокклюзии, по гигиеническому индексу ОНУ-S составляет 3,06 (очень плохой уровень гигиены). Отсутствие стойких навыков по уходу за полостью рта является основой для увеличения количества мягкого зубного налета вокруг основания брекетов, особенно в пришеечных областях и контактных пунктах [9]. Помимо естественных ретенционных пунктов для бактериальной флоры во время ортодонтического лечения несъемной аппаратурой проявляется множество других. Доказано, что изменяется количественный состав микробной флоры, которая достоверно увеличивается у всех пациентов с брекет-системой [3].

Но меняется не только количественный состав микрофлоры, но и качественный. На фоне увеличивающейся общей микробной массы усиливается патогенная активность микрофлоры, в том числе и условно-патогенной. Возрастает кариесогенная активность *Streptococcus mutans*. В большей степени ОДЭ появляется в пришеечных областях зубов и вокруг оснований брекетов на вестибулярной поверхности эмали - зоне по сути иммунной для кариеса [8].

Главными причинами возникновения очаговой деминерализации эмали при ношении несъемной ортодонтической техники является плохая гигиена полости рта, и отсутствие профилактических мер по предупреждению ее возникновения.

Гонтарев С.Н. и соавт. [16] отмечают, что нарушение гигиены полости рта имело место в 40% случаев при использовании НОТ; Блашнова С.Л. и соавт. [17] отмечают, что у пациентов к третьему месяцу использования НОТ увеличивается количество зубного налета от исходного среднего значения $0,69 \pm 0,02$ до $1,49 \pm 0,03$ ($p < 0,01$); Арсенина О.И. и соавт. [18] при обследовании 117 человек обнаружили в придесневой области коронок зубов значительное скопление зубного налета в межзубных промежутках - отложение зубного камня (индекс Силлесса - Лоэ) $PI = 2,1 \pm 0,11$.

Рамм Н.Л. с соавт. считают, что один из наиболее важных патогенетических факторов в развитии кариеса - это состояние твер-

дых тканей зуба и непосредственно - кислотоустойчивость эмали, а также характер приема пищи, а именно избыточное употребление легкоусвояемых углеводов и зубной налет.

Кариесогенные микроорганизмы полости рта, при наличии низкомолекулярных углеводов, вырабатывают органические кислоты, при длительной экспозиции которых на эмали зубов происходит деминерализация и образование структурных изменений той или иной глубины [3]. Коржукова М.В. наблюдала признаки деминерализации при использовании НОТ (несъемной ортодонтической техникой) уже через 4 недели от начала лечения, которые распространяются на глубину до 100 мкм. У 75 % пациентов развивается декальцинация эмали зубов [12].

Клиническое обследование пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с помощью НОТ в возрасте от 11 до 36 лет показало, что интенсивность кариозного процесса по индексу КПУ составила $6,46 \pm 0,23$, что свидетельствует о высокой интенсивности кариозного поражения.

Косюга С.Ю. и Ботова Д.И. изучали динамику интенсивности кариеса зубов у пациентов, находящихся на лечении с помощью НОТ, и пришли к выводу, что происходит увеличение значений индексов КПУ(з) и КПУ(п) на ортодонтическом приеме с увеличением срока ортодонтического лечения (к концу 1 года) [15].

Также на уровень очаговой деминерализации эмали (ОДЭ) зубов в местах прикрепления брекетов оказывает напряжение, возникающие в эмали зуба при фиксации брекетов на поверхность зуба на композиционный клей.

Гущиной Н.В. и соавторами был проведен анализ возможного влияния возникающих напряжений на развитие ОДЭ. Они выявили, что зона поверхности эмали непосредственно около брекета при прочих равных условиях наиболее подвержена действию неблагоприятных факторов, приводящих к развитию ОДЭ, вследствие растягивающих, поверхностных напряжений, вследствие усадки композиционного клея и толстого его слоя [1].

Проявление осложнений возможно и при несоблюдении протокола фиксации брекетов на стадии протравливания эмали. Обработка эмали 37% ортофосфорной кислотой приводит к деминерализации

эмали, что, с одной стороны, создает микроудерживающий рельеф, улучшающий фиксацию брекета, а с другой стороны, ослабляет структуру эмалевых призм, увеличивает проницаемость эмали и снижает ее защитные свойства. Такие повреждения на эмали вокруг брекетов можно считать начальными очагами деминерализации [2].

В связи с вышесказанным, мы убеждены, что перед ортодонтом стоит важнейшая задача - предупреждение возникновения деминерализации эмали во время лечения несъемной техникой.

Но одна лишь гигиена полости рта не дает гарантии того, что ортодонтическое лечение закончится без осложнений. Серьезная опасность развития начального кариеса, вызванного ортодонтическим вмешательством, требует, чтобы врач принял все возможные меры для его предотвращения [3].

Риск вероятности возникновения кариеса во время ортодонтического лечения, возможно, спрогнозировать, используя метод определения функциональной резистентности эмали, так называемый ТЭР-тест [19].

Мы в своей практике использовали экспресс-метод ТЭР-теста. Эта методика необыкновенно легка и доступна на клиническом приеме: на очищенную от налета, высушенную от слюны вестибулярную поверхность центрального резца верхней челюсти на расстоянии 2 мм от режущего края по центральной линии наносится капля хлористоводородной кислоты в концентрации 1 ммоль/л диаметром 2 мм. Через 5 секунд каплю смывают, эмаль высушивают ватным тампоном. Затем на 1 минуту наносят каплю 1% раствора метиленового синего. Далее краситель снимают ватным тампоном. Место протравки окрашивается от едва заметного голубого до интенсивно-синего. Цвет окрасившегося участка сравнивают со стандартной шкалой синего цвета. При данных ТЭР-теста до 30% - вероятность возникновения кариеса практически отсутствует. Если результат составил от 30% до 60% - имеется риск возникновения кариеса, резистентность эмали низкая. При данных свыше 60% - очень низкая резистентность эмали.

Использование этого метода наряду с другими методиками обследования мы считаем принципиально важным для пациентов, нуждающихся в ортодонтическом лечении несъемной техникой.

Также этот тест прогностический. Он помогает ортодонту определиться в сроках начала лечения, а в некоторых случаях отложить лечение, отдавая приоритеты подготовке и укреплению эмали зубов.

Авторами Н.Л. Раммом, Л.П. Кисельниковой разработана схема подготовки пациентов с кариесвосприимчивой эмалью к ортодонтическому лечению. В случаях значения ОНУ-S ниже 0,7 баллов и ТЭР-теста выше 30% фиксация ортодонтической аппаратуры должна быть отложена.

Комплекс лечебно-профилактических мероприятий, назначаемых в таких случаях, включает:

- Урок гигиены полости рта с контрольным посещением через 2 недели (до нормализации показателей ОНУ-S индекса).
- Профессиональная гигиена полости рта перед установкой ортодонтической аппаратуры и каждые 3 месяца в ходе ортодонтического лечения;
- Санация полости рта.

Проведение эндогенной безлекарственной профилактики путем снижения частоты потребления углеводов, по возможности исключить их употребление между приемами пищи, закрепление после каждого приема пищи привычки полоскать полость рта водой. Необходимо повышать самоочищение полости рта путем потребления в пищу фруктов и овощей, способствующих обильному слюноотделению, что снижает вязкость слюны и вымывает остатки пищи из полости рта. Категорически запрещается потребление в пищу твердых продуктов, печенья, карамели, чипсов, мороженого и шипучих напитков. Рекомендуется к приему пища, богатая микро- и макроэлементами, витаминами, аминокислотами и белками.

Применение эндогенной лекарственной профилактики: назначали внутрь порошок (Словения) в течение 1 месяца в возрастных дозировках 2 раза в день. 30 г. гранулята содержит: F - 0,5 мг, Ca - 300 мг, P - 232 мг, vit A - 1000 мг, vit D3 - 100 ME, vit B6 - 0,5 ME. Соотношение Ca/P - 1,29:1.

Применение экзогенной лекарственной профилактики: использование кальцийфосфатсодержащего геля (КФГ) модели в домашних условиях в течение как минимум одного месяца, 2 раза в день, после двухминутной чистки зубов зубной пастой. КФГ представ-

ляет собой светлую массу плотноватой консистенции, рН=6,5-7,5. Состав КФГ - 2,5% раствор агар-агара, Са - 0,5%, Р - 2% (5).

Авторами по вышеуказанной схеме проводилась профилактическая подготовка к фиксации ортодонтической аппаратуры 65 пациентам в возрасте от 11 до 23 лет. Уже через 1 месяц авторы отмечали редуцирование показателей ТЭР-теста до $60,3 \pm 1,75$, в то время как при первичном осмотре он был равен $75,4 \pm 3,09$ ($p < 0,05$) [3].

Мы в своей практике в предложенной схеме заменили порошок (Словения) на Кальций Д3 Никомед, и рекомендовали применять его в течение 1 месяца по 1 таблетке 2 раза в день. Состав: карбонат Са - 1250 мг, холекальциферол - 5,0 мкг.

А в качестве экзогенной профилактики использовали реминерализующий гель R.O.C.S Medical Minerals для укрепления зубов, содержащий фосфор, магний, кальций и ксилит. Применять его в домашних условиях в течение месяца, так же 2 раза в день после чистки зубов. После нанесения геля рекомендовалось воздержаться от употребления пищи на 30 минут.

Всем 55 пациентам, находящимся на лечении у нас в возрасте от 12 до 18 лет также проводили профилактическую подготовку перед фиксацией ортодонтической аппаратуры вышеуказанными препаратами. И через 1 месяц отмечали редуцирование показателей ТЭР-теста до $52,2 \pm 1,85$ в то время, как при первичном осмотре он был равен $73,4 \pm 2,07$ ($p < 0,05$).

Снижение показателей ТЭР-теста сопровождалось некоторыми клиническими изменениями (эмаль визуально приобретала живой блеск). В подавляющем большинстве случаев повторно назначали 1-2 курса R.O.C.S Medical Minerals практически до полной нормализации значений ТЭР-теста (через 6 месяцев от начала профилактических мероприятий этот показатель был равен $39,55 \pm 6,34$ ($p < 0,05$)).

Соответственно происходило статистически достоверное изменение ОНУ-S индекса: $1,3 \pm 0,14$ и $0,65 \pm 0,14$ ($p < 0,05$).

Методами профилактики кариеса нельзя пренебрегать, иначе все затраты времени, сил и средств не смогут себя оправдать. Безусловно, мечта пациентов о красивой и ровной улыбке отодвигалась на 3-6 месяцев, но осознав необходимость подготовки зубов и увидев на многочисленных фотографиях возможные осложнения,

появляющиеся на эмали, пациенты безоговорочно соглашались на профилактические мероприятия, расставляя приоритеты, пациенты сознательно и добросовестно выполняли необходимые манипуляции [3].

Выше перечисленные мероприятия по подготовке к установке брекет-системы, выполняемые именно в комплексе, позволяют обеспечить надлежащий уход за полостью рта в это непростое время и сохранить зубы здоровыми, чтобы момент снятия брекетов принес облегчение, удовлетворение, радость и красивую улыбку, а не порцию новых огорчений и предстоящих затрат в связи с новым планом лечения кариеса и болезней пародонта.

Таким образом, предлагаемый комплекс профилактических мероприятий позволяет добиться редукации показателей резистентности эмали, значительно снижает риск возникновения очаговой деминерализации эмали.

Список использованной литературы

1. Гущина, Н.В. Влияние напряжённых состояний твердых тканей зуба на деминерализацию эмали при ортодонтическом лечении с использованием брекет-систем / Н.В. Гущина, В.С. Печенов, Ю.И. Няшин // Новое в стоматологии.- 1997.- № 1.- С. 75-79.
2. Гордеева, Н.О. Методология снижение риска патологии твердых тканей зубов при ортодонтическом лечении несъёмной аппаратурой / Н.О. Гордеева, А.В. Егорова, Т.Б. Магомедов, Н.В. Венатовская //Саратовский научно-медицинский журнал. -2011. - Т. 7. - № 1. - С. 230-233.
3. Рамм, Н.Л. Брекет-система или деминерализация эмали? / Н.Л. Рамм, Л.П. Кисельникова // Институт Стоматологии. - 1998. - № 1. - С. 38-39.
4. Косюга, С.Ю. Состояние полости рта у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении / С.Ю. Косюга, Д.И. Ботова //Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 6.
5. Libenberg W. Расширенное профилактическое покрытие зубных фиссур: дополнительное средство для предупреждения деминерализации вокруг ортодонтических колец / W Libenberg // Квинтэссенция. - 1994. - № 4. - С. 3-12.
6. Рамм, Н.Л. Резистентность твердых тканей по данным ТЭР-тес-

- та и её коррекции у лиц с ЗЧС / Н.Л. Рамм, Л.П. Кисельникова, Е.С. Бимбас, Е.А. Дашенко // Вестник УГМА, Екатеринбург. - 1996. - Выпуск 2. - С. 49-51.
7. Scheie, A.A. Увеличение streptococcus mutans в налёте и слюне как эффект ортодонтического лечения / A.A. Scheie, P. Arneberg // Scand., J. Ptnt Res. - 1984. - С. 92-221.
 8. Бимбас, Е.С. Ортодонтическое лечение с помощью несъемной техники и проблемы деминерализации эмали / Е.С. Бимбас // Методическое пособие ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России.
 9. Простакова, Т.Б. Эффективность профессиональной гигиены полости рта в профилактике заболеваний пародонта у детей с дизокклюзиями / Т.Б. Простакова // Диссертация кандидата медицинских наук, Москва. - 1995г.
 10. Кабачек, М.В. Профилактика развития осложнений при ортодонтическом лечении несъемной техникой / М.В. Кабачек // Автореферат диссертации кандидата медицинских наук, Москва. - 2004. - С. 26.
 11. Шади, Т.Э.Д. Характеристика частоты и распространенности осложнений, возникающих в процессе ортодонтического лечения несъемными аппаратами в городе Воронеже/ Т.Э.Д. Шади / / Автореферат диссертации кандидата медицинских наук, Воронеж. - 2012. - С. 19.
 12. Коржукова, М.В. Анализ состояния тканей полости рта и смешанной слюны у пациентов, пользующихся современной несъемной ортодонтической техникой / М.В. Коржукова // Автореферат диссертации кандидата медицинских наук, Москва. - 2001. - С. 23.
 13. Геворкян, Т.В. Состояние органов и тканей полости рта при коррекции зубоальвеолярных аномалий и деформаций с использованием стоматологических капп / Т.В. Геворкян // Автореферат диссертации кандидата медицинских наук, Москва. - 2014. - С. 24.
 14. Петрушанко, М.А. Анализ факторов риска болезней пародонта при использовании брекет-систем / М.А. Петрушанко, Т.А. Кириленко // Украинский стоматологический альманах. - 2013. - № 5. - С. 35-38.

15. Косюга, С.Ю. Динамика интенсивности кариеса зубов у пациентов с несъемными ортодонтическими конструкциями / С.Ю. Косюга, Д.И. Ботова // Медицинский совет. - 2017. - № 5. - С. 191-192.
16. Гонтарев, С.Н. Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта при использовании съемной и несъемной ортодонтической аппаратуры / С.Н. Гонтарев // Научные ведомости БелГУ. - 2013. - Т. 22. - № 11-1. С. 15-18.
17. Блашкова, С. Л. Роль эндогенных антимикробных пептидов в развитии воспалительных заболеваний пародонта у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении / С. Л. Блашкова, И.Г. Мустафин, Г.Р. Халиуллина // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 4. - С. 461-465.
18. Арсенина, О.И. Диагностика и лечение воспалительных процессов в пародонте, возникших при ортодонтическом лечении / О.И. Арсенина // Институт стоматологии. - 2005. - № 1. - С. 50-54.
19. Окушко, В.Р. Адаптационные реакции зуба: клинические методы определения активности гемостатических механизмов зуба и прогнозирование поражаемости зубов кариесом / В.Р. Окушко, Л.И. Косарева // Деп. Во ВНИИМИ МЗ СССР, 5178-82. До-нецк. - 1982. - С. 9.

Рудакова Л.Ю.

БОТУЛИНОТЕРАПИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

В настоящее время в области медицинских технологий получают развитие малоинвазивные методы лечения, при которых снижается частота хирургических вмешательств, уменьшается риск развития и степень тяжести осложнений. Одной из таких методик является применение препаратов ботулотоксина. Известно о широком использовании ботулотоксина в сфере косметологии, но немногие знают о том, что он активно применяется в офтальмологии, неврологии, пластической хирургии и стоматологии.

Ботулотоксин (ботокс) - это медицинский препарат, основным его действующим компонентом является нейротоксин группы А,

продуцируемый бактерией *Clostridium botulinum*. Ботулотоксин - один из наиболее сильных природных ядов, при попадании которого в организм человека вызывается ботулизм - тяжёлое кишечное токсико-инфекционное заболевание, проявляющееся поражением нервной системы, нарушением иннервации мышц и острой дыхательной недостаточностью. Однако в ходе исследований выяснилось, что при использовании его в небольших дозах можно лечить различные гиперкинезы - неврологические заболевания, связанные с напряжением мышц (косоглазие, локальные мышечные спазмы, церебральный паралич и др.). Ботулотоксин химически денервирует поперечно-полосатую мускулатуру. Механизм действия заключается в пресинаптической блокаде белков, обеспечивающих транспорт везикул ацетилхолина, присутствие которого необходимо для осуществления двигательной активности мышц.

В стоматологии ботулотоксин используют при лечении синдрома болевой дисфункции, включающего широкий спектр патологических состояний. Одним из наиболее часто встречающихся ее проявлений является бруксизм-парафункциональное нарушение, характеризующееся неосознанным сокращением жевательных мышц во время сна, физических нагрузок, умственного напряжения и стресса. В основе нарушений мышечных функций лежат изменения сократительных процессов в мускулатуре, проявляющиеся в виде гипертонуса и образуются болезненные зоны. Чрезмерная, продолжительная активность жевательных мышц приводит к их гипертрофии, отчего развивается мышечная сила больше, чем необходимо для полноценного жевания, что ведет к ряду стоматологических проблем: патологической стираемости зубов, гиперчувствительности, клиновидным дефектам, травматическому повреждению пародонта, переломам корней, поломкам ортопедических конструкций и реставраций. Основной целью при лечении гипертонуса жевательных мышц являются их релаксация и ликвидация мышечной боли. При лечении ботулотоксином инъекции производят непосредственно в жевательные мышцы. При его введении устраняется гиперактивность жевательной мускулатуры, тем самым устраняются симптомы, характерные для бруксизма, а также его осложнений. Кроме того, инъекции ботокса снимают головную боль, обычно возникающую при нарушении работы ВНС. Также применяют

ботокс при воспалительной контрактуре и тризме нижней челюсти. После инъекции ботулотоксина спазм жевательной мускулатуры купируется, открывание рта восстанавливается.

Применение ботулотоксина в медицине для борьбы со стоматологическими проблемами может оказывать не только терапевтический, но и эстетический эффект, ведь, как известно, напряжение мышц отражается на контурах лица. Чрезмерная, продолжительная активность жевательных мышц приводит к их гипертрофии, которая характеризуется увеличением силы и мышечной массы и, как следствие, формированием "квадратного лица". Инъекции ботокса благоприятствуют уменьшению размера жевательных мышц и формируют более утонченный контур.

При гиперактивности мимических мышц, чрезмерно оттягивающих губу кзади, может формироваться гингивальная улыбка, вследствие чего обнажаются часть десны, резцы, клыки и премоляры. Данный эстетический дефект возможно корректировать с помощью ботулинотерапии. При снижении сокращения мышц, отвечающих за обнажение десны, уменьшается "широта" улыбки, что приводит к ее гармонизации и эстетической привлекательности.

Сама процедура занимает несколько минут, эффект остается до полугода. Инъекции ботулотоксина нужно повторять через каждые несколько месяцев. Частота уколов определяется врачом в индивидуальном порядке, в зависимости от степени заболевания.

Осложнения при инъекционном введении препаратов ботулотоксина развиваются редко; более того, эти осложнения являются временными и обратимыми. Чаще всего в месте выполнения инъекций появляются гематомы. К наиболее серьезным побочным эффектам могут относиться неспособность сомкнуть губы, преждевременное утомление при жевании, нарушение артикуляции, изменение тембра голоса, нарушение глотания. Существенно снизить вероятность и степень выраженности побочных эффектов можно за счет безукоризненной техники выполнения инъекций и режима дозирования препарата.

Учитывая данные научной литературы, можно сделать вывод, что применение ботулотоксина в стоматологии оказывает положительные результаты, является малоинвазивным методом для лече-

ния пациентов. Простота использования и небольшое количество осложнений, носящих преимущественно временный характер, позволяют применять его как альтернативу хирургическим и ортопедическим методам лечения стоматологической патологии.

Казанцева О.Б.

**РОЛЬ РАННЕГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО
ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ
РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ**

Стоматологическое подразделение ГУЗ "ДКМЦ г.Читы"

Анатомо-физиологические особенности жевательного аппарата у детей, неравномерность развития зубочелюстной системы в разные возрастные периоды, наличие причинно-следственной связи между протяженностью, локализацией, формой дефекта и степенью нарушения функции обусловили создание системы ортопедической стоматологической помощи детям.

Состояние жевательного аппарата ребенка определяется состоянием зубов, устойчивостью периодонта, полноценной структурой альвеолярных отростков, челюстных костей, состоянием мышечного аппарата и состоянием височно-нижнечелюстного сустава. Для нормального физического развития ребенка, формирования правильных артикуляционных движений языка, для адекватного формирования звуков, чистоты речи необходимо наличие полного комплекта правильно расположенных в зубном ряду зубов. После ранней потери молочных зубов нарушается миодинамическое равновесие между языком и щеками, возникают специфические вредные привычки - прокладывание языка в область дефекта, сосание языка, возможно смещение нижней челюсти в сторону вперед. Межжюкклюзионное положение мягких тканей задерживает прорезывание постоянных зубов и может вызвать развитие глубокого режцового перекрытия или наоборот - открытого прикуса.

Преждевременная потеря временных моляров обуславливает неправильное жевание, а именно разжевывание пищи передними зубами. Наиболее выраженное укорочение зубного ряда происхо-

дит после удаления вторых временных моляров и перемещения их на место первых постоянных моляров. Наряду с укорочением зубной дуги в этом случае наблюдается конвергенция первых постоянных моляров. Степень наклона первого постоянного моляра зависит от времени прошедшего после удаления второго временного моляра, а также от возраста ребенка.

Выделяют три периода преждевременного удаления постоянного моляра - в 6, 9 и в 12 лет. Удаление 1-го моляра в 6 лет приводит к асимметрии зубного ряда, смещению средней линии в сторону удаленного зуба. Менее выраженная асимметрия возникает при удалении первого моляра в 9 лет. Одностороннее удаление первого моляра в 12 лет вызывает резкую асимметрию зубного ряда.

Таким образом, кариозная болезнь, ее осложнения и зубочелюстные аномалии, находясь в тесной взаимосвязи, замыкают патологическое кольцо и ухудшают взаимное течение того и другого заболевания. Разорвать это патологическое кольцо у детей можно путем восстановления анатомической формы коронок разрушенных зубов и замещения дефектов зубных рядов профилактическими протезами.

Цель зубного протезирования - предупреждение зубочелюстно-лицевых аномалий и сохранение нормальной функции зубочелюстной системы. Протезирование показано независимо от возраста при разрушении зубов кариесом, после их повреждения в результате травмы, после ранней потери временных или постоянных зубов; при адентии или ретенции, при сочетании дефектов зубных рядов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями, дефектах, обусловленных врожденным несращением губы, альвеолярного отростка и неба, а так же при первичной адентии, которая может быть частичной или множественной. По Международной классификации болезней выделяют гиподентию - когда отсутствует до 5 зубов и олигодентию - когда отсутствует более 5 зубов. Анодентия - это полное врожденное отсутствие зубов. Это заболевание редко встречается изолированно. Множественная адентия встречается при наследственном заболевании. Ангидротическая эктодермальная дисплазия проявляется генетическими нарушениями производных эктодермы (кожи, волос, зубов, желез внешней секреции). Это так

называемый синдром Криста-Сименса-Турена. Дети с данным заболеванием имеют характерные лицевые признаки - волосы светлые, ломкие, редкие, нарушена форма спинки носа, снижена треть лица; как правило отсутствует большое количество зубов, а если какие-то зубы сохранены, то они имеют шиповидную форму, это чаще всего клыки. Такие дети также нуждаются в протезировании с самого раннего возраста и находятся на "Д" учете у врача-ортодонта.

Несмотря на существующие общие принципы протезирования в детском возрасте, существуют различия и особенности в зависимости от возраста. Выделяют молочный, сменный и постоянный прикус.

Показания к зубному протезированию в период временного прикуса.

Это нарушение целостности коронок вследствие аплазии гипоплазии эмали временных моляров, наличие неоднократно-ломбированных временных моляров с ослабленными стенками, посттравматические дефекты зубных рядов, стирание твердых тканей временных зубов при дисплазии Стентона-Капдепона, удаление временных зубов за год и более до прорезывания постоянных, наличие дефектов зубных рядов при множественной адентии, при постоперационных дефектах зубов и челюстей, нарушении процесса становления высоты прикуса на первом и втором этапах ее физиологического подъема в связи с ранним разрушением и удалением временных моляров, нарушении речевой функции и наличие вредной привычки прокладывания языка в область дефекта, значительном недоразвитии верхней челюсти при врожденной расщелине верхней губы, альвеолярного отростка и неба.

Показания к зубному протезированию в период сменного прикуса.

Субтотальные и тотальные посттравматические дефекты коронок зубов, нарушение становления высоты прикуса на 2 этапе физиологического подъема в связи с ранним разрушением и удалением первых постоянных моляров, наличие зубочелюстных аномалий в сочетании с дефектами зубного ряда, патологическая стираемость при дисплазии Стентона-Капдепона, множественная или полная адентия временных и постоянных зубов, ретенция постоянных зубов, образование дефектов челюстей и зубных рядов после оперативных вмешательств по поводу опухолей и опухолеподобных образований.

Показания к протезированию подростков с постоянным прикусом.

Разрушение коронок зубов вследствие кариеса, гипоплазии эмали, флюороза, патологической стираемости, клиновидных дефектах, при врожденной множественной адентии, посттравматических дефектах, с целью выведения ретенированных зубов, нарушении становления высоты прикуса на 3 этапе физиологического подъема в связи с ранним разрушением и удалением вторых постоянных моляров.

Конструкции детских протезов

Конструкции детских протезов должны быть простыми, материалы для их изготовления безвредными, гигиеничными, легкими, недефицитными. Зубные и зубочелюстные протезы не должны препятствовать росту челюстных костей и формированию зубных рядов. Назначение таких протезов в основном, профилактическое. При выборе конструкции протезов учитывают состояние имеющихся зубов, их величину, вид прикуса, положение нижней челюсти в покое по отношению к привычной окклюзии, степень выраженности морфологических и функциональных нарушений. Показания к зубочелюстному протезированию уточняют с помощью рентгенологического исследования альвеолярного отростка, ортопантомографии, обзорной рентгенографии челюстей. Оценивают положение и степень развития зачатков постоянных зубов, наличие для них места в зубном ряду, возможность его сохранения или создания. Основной конструкцией является съемный пластиночный протез. Съемные протезы для детей имеют свои особенности - их изготавливают без искусственной десны, поскольку искусственная десна может задержать рост костной ткани. Искусственные зубы должны препятствовать зубоальвеолярному удлинению противостоящих зубов. Если дефект зубного ряда находится в боковом участке, то зубы устанавливают на искусственной десне.

В связи с ростом челюстей зубные протезы для детей подлежат замене: при временном прикусе - через 8-10 месяцев; в периоде смены зубов - через 10-12 месяцев; при постоянном прикусе - через 1-1,5 года. По мере прорезывания постоянных зубов, под протезом постепенно выпиливают пластмассу, а затем протез снимают. При первичной адентии рекомендуют пользоваться съемными

протезами до 16 лет, а затем они могут быть заменены по показаниям другими конструкциями.

Раздражающее действие пластиночного протеза стимулирует рост челюсти и прорезывание постоянных зубов. При наличии ретенированных зубов давление протеза усиливает кровообращение и ускоряет прорезывание зубов. Если потеря временных зубов произошла в пределах года до их физиологической смены постоянными, то замещать отсутствующие зубы путем протезирования обязательно, однако при неправильном (бугровом) смыкании первых постоянных моляров, интенсивном прорезывании позади стоящих зубов, смещениях нижней челюсти, наличии других функциональных нарушений, показания к протезированию расширяют.

При сочетании дефектов зубных рядов с зубочелюстными аномалиями возможно использовать базис съемного протеза для укрепления ортодонтических приспособлений, исправляющих аномалии положения зубов, сужение зубного ряда, смещения нижней челюсти. Припасовать съемный пластиночный протез ребенку удастся примерно с 3-х лет. Пациента и его родителей следует научить уходу за протезами и естественными зубами. На время сна протез надо снимать. Необходимо являться к врачу на прием для коррекции через неделю, затем через месяц и далее в назначенное врачом время. Для эффективного протезирования сначала необходимо устранить аномалии положения зубов, создать необходимое место в зубной дуге, обеспечить множественные бугрово-фиссурные контакты.

Дети с врожденной первичной множественной адентией, синдромом эктодермальной дисплазии нуждаются в постоянном пользовании протезами до 16-17 лет и далее в зависимости от выраженности патологии.

Таким образом, роль раннего профилактического протезирования очень важна для предупреждения вторичных зубочелюстных деформаций, восстановления нарушенных функций жевания, речи. Профилактическое протезирование способствует формированию правильного прикуса, своевременному прорезыванию всех постоянных зубов, гармоничному развитию зубочелюстной системы ребенка.

Список литературы:

1. Шарова Т.В. Ортодонтическая стоматология детского возраста.- Москва: ОАО Издательство "Медицина", 1991 г.
2. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий: Руководство для врачей.- Москва: изд-во "Медицина", 2004.- 180 с.

Петрова А.М., Потапова И.В.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕЛЛУЛОИДНЫХ КОЛПАЧКОВ
НА ДЕТСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия**

Кариес временных и постоянных зубов по-прежнему остается актуальной проблемой детской стоматологии не только. В современной стоматологии меется большое количество материалов и методов лечения данной патологии. Однако в настоящее время нет идеального пломбировочного материала, который соответствовал бы всем требованиям, предъявляемым в детской стоматологии. Жевательные нагрузки и постоянноеизменение температуры в полости рта постепенно приводят к нарушению прилегания пломбы к тканям зуба, возникновению микрощелей и последующее проникновение микроорганизмов ответственных за развитие послеоперационной чувствительности, вторичного кариеса, воспаления пульпы. Также немаловажно, что наиболее популярные реставрационные материалы, применяемые при лечении взрослых пациентов, - композиты, не могут решить всех проблем лечения постоянных несформированных и временных зубов. Строение и биохимический состав как временных, так и постоянных зубов у детей отличаются от аналогичных показателей у взрослых. Кариес, возникающий в период незаконченной постэруптивной минерализации, очень часто имеет острое течение, наблюдаются быстрые темпы деструкции твердых тканей с запаздыванием "запуска" пульпой защитных механизмов в виде склерозирования дентина и образования вторичного заместительного (третичного) дентина.

В этих условиях, по крайней мере, до стабилизации процесса и улучшения кариесогенной ситуации в полости рта требуется и ма-

териал, обладающий способностью реминерализовать твердые ткани зуба и методы восстановления твердых тканей зуба.

При выборе пломбировочного материала в детской стоматологии также следует учитывать то, что в идеале временный зуб должен быть подвергнут восстановительному лечению лишь один раз. Это обстоятельство также влияет на требования, предъявляемые к реставрационным материалам, применяемым в детской стоматологии. Значительную роль в работе детского врача-стоматолога играет также психологический фактор - особенности детской психики делают предпочтительными наиболее простые и быстрые методики реставрации.

В последнее время для достижения оптимальных эстетических результатов при восстановлении обширных кариозных поражений временных зубов стала популярной методика реставрации композитом при помощи стандартного целлулоидного колпачка - матрицы (Strip-коронки).



Сегодня стрип коронки производятся разными компаниями (TOP VM, 3M ESPE DENTAL), выпускаются они в виде набора, который укомплектован коронками различных размеров, коронки делятся на в/ч и н/ч и имеют различные формы.

Этапы реставрации с использованием колпачка:

1. Препарирование кариозно-измененных тканей зуба.
2. Сошлифовывание режущего края примерно на 2-5 мм и разоб- щение аппроксимальных поверхностей реставрируемых зубов.
3. Закрытие обнаженного дентина СИЦ (при необходимости нанесе- сение лечебной прокладки).
4. Подготовка целлулоидного колпачка: обрезать до нужнойдлины и сделать два отверстия в области углов режущего края (бугров жевательных зубов) припомощи острого зонда.
5. Адгезивная подготовка эмали с использованием выбраннойадге- зивной системы.
6. Заполнение колпачка композитом.
7. Фиксация колпачка на зубе с некоторым давлением, для выхода- излишков материала через сделанные в области углов или буг- ров отверстия.

8. Полимеризация материала.
9. Удаление целлулоидного колпачка.
10. Проверка окклюзионных контактов и обработка полученной реставрации.

Для демонстрации приведем два примера нашей работы врача стоматолога детского.

Пример 1. На прием обратилась мама с ребенком 3 лет с жалобами на неоднократное выпадение пломбы в зубе 5.1. При осмотре - полость на режущем крае зуба 5.1 отпрепарирована, зондирование, температурная и перкуторная реакции безболезненны. Слизистая оболочка в проекции верхушки корня не изменена. Выставлен диагноз - средний кариес зуба 5.1 (к02.1). предложено восстановление с помощью колпачка.



Рис.1. Средний кариес зуба 5.1. Рис 2. Зуб 5.1. после лечения

Пример 2 . На прием обратилась мама с ребенком 6 лет с жалобами на наличие кариозных полостей в зубах 7.3, 7.4. Из анамнеза: зуб 7.4 лечен по поводу осложненного кариеса, зуб 7.3 не лечен. При осмотре - зуб 7.4 разрушен до 1/2, на устье каналов пломбировочный материал; в зубе 7.3. кариозная полость на вестибулярной поверхности глубокая, не сообщается с полостью зуба, зондирование слабобезболезненное, температурная реакция болезненна без последствий. Слизистая оболочка в области зубов 7.3, 7.4. не изменена. Выставлен диагноз - Глубокий кариес зуба 7.3 (к02.1). Кариес депульпированного зуба 7.4 (к 02.9) Предложено восстановление с помощью колпачков.



Рис.3. Зубы 7.4, 7.3.
до лечения



Рис. 4. Зубы 7.4, 7.3
с колпачками



Рис.5. После лечения

Следует отметить, что применение Strip-коронок (колпачков) не получило еще широкого распространения среди детских врачей-стоматологов в городе Чита, хотя данная методика и имеет множество положительных свойств: простота, малое время и отличный эстетический результат при восстановлении временных и постоянных зубов.

Петрова А.М., Потапова И.В.

ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

Проблема лечения пульпита в нашей стране не теряет своей актуальности и в настоящее время. По данным ряда авторов (М. Ю. Протасов, 2002; Е. В. Боровский, 2007), обращение в клинику терапевтической стоматологии по поводу патологии пульпы составляет 30 - 40% от общего числа пациентов. По данным В. В. Таирова, в связи с поздним сроком обращения пациентов с патологией пульпы зуба в нашей стране, ограничены показания к применению методов, сохраняющих жизнеспособность коронковой и корневой части пульпы.

Поэтому важным направлением в лечении больных с пульпитом является повышение эффективности известного способа лечения - витальной ампутации пульпы. При этом, вопросам многопланового изучения реакции корневой части пульпы после витальной ампутации на клиническом и экспериментальном материале посвящено малое количество работ, а имеющиеся сведения носят противоречивый характер [1].

Метод витальной ампутации направлен на сохранение жизнеспособности пульпы. Основная его цель - сохранение периодонта в интактном состоянии, а при лечении зубов с незавершенным формированием корней - создание условий для завершения полноценного апексогенеза, что особенно актуально при выборе тактики лечения детей.

Кроме того, в детской стоматологической практике очень важно создать условия для правильного формирования как молочного, так и постоянного зуба, своевременной физиологической резорбции корней молочных зубов.

Методы лечения пульпита у детей должны быть простыми и малоболлезненными [2].

Показаниями к витальной ампутации являются острый очаговый пульпит, острый диффузный пульпит, хронический фиброзный пульпит, хронический гипертрофический пульпит, при этом не должно быть реакции со стороны периодонта при перкуссии.

По данным А. В. Гецман, проведение витальной ампутации в молочных и постоянных зубах возможно, если:

- нет воспаления в корневой пульпе
- сохранены не менее 2/3 корня зуба
- нет периодонтального абсцесса или свища
- нет разрежения костной ткани в области бифуркации
- нет признаков внутренней резорбции.

Пульпотомия может быть проведена с использованием различных техник, включая немедикаментозное лечение, например электрокоагуляция и лазер или медикаментозные подходы путем покрытия пульпы различными медикаментами или биологическими материалами, такими как формокрезол, глютаральдегид, сульфат железа, гидроксид кальция, МТА (минералтриоксид агрегат) и др.

Пульпотомия может быть также классифицирована в соответствии со следующими целями лечения: мумификация (прижигание); сохранение пульпы и регенерация пульпы [3].

Мумификация (прижигание). Этот метод предполагает применение препаратов формокрезола, глютаральдегида или же электрокоагуляцию и лазер.

Л. П. Кисельникова и А. П. Петросян (2012) изучили эффективность применения диодного лазера при лечении хронического пульпита во временных зубах. После пульпотомии, остановки кровотечения с помощью лазера накладывается на устьевую часть пульпы паста с МТА, который готовится непосредственно перед нанесением. Вносится она в полость зуба либо маленьким штопфером, либо специальным шприцем. После нанесения МТА на культю пульпы паста изолируется стеклоиономерным цементом либо в качестве прокладки и с дальнейшим восстановлением компомером, либо СИЦ используется как полноценная одномоментная реставрация.

По данным авторов, при клинической и рентгенологической оценке через год после лечения в 92,8% случаях был зарегистрирован успешный результат лечения и лишь в 8,2% случаях (2 зуба из 28) наблюдался неблагоприятный исход. По предположению авторов, это связано с потерей реставраций и несвоевременной явкой на прием [4].

В 2007 году Л. П. Кисельникова и соавторы предложили проводить пульпотомию с использованием 20% раствора формокрезола или жидкости Эндо-Жи №3 (GA).

После адекватной анестезии проводится некротомия, раскрытие пульпарной камеры, удаление нависающих краев крыши пульпарной камеры, ампутация коронковой пульпы, проведение и оценка гемостаза. Затем на устья корневых каналов на 5 минут накладывается тампон, смоченный 20% раствором формокрезола или жидкости Эндо-Жи №3 (GA). По истечении указанного времени тампон удаляется - на месте контакта лекарственного препарата с корневой пульпой образуется так называемый "струп" (пульпа при этом приобретает темно-коричневый цвет). Затем на устья корневых каналов наносится цинк-оксид-эвгенольный цемент Эодент (Влад-МиВа). Далее проводится подготовка к реставрации (постоянной) из стеклоиономерного цемента или компомера, фиксируется стандартная коронка. Метод имеет ограниченные показания, применяется только во временных молярах, независимо от стадии формирования корня, но без признаков резорбции, без выраженных изменений в тканях периодонта (исходные значения денситометрии у бифуркации - в пределах 192-128 у. е. оптической плотности) [5].

Однако, есть сведения о мутагенном и канцерогенном эффекте формокрезола. Он не обладает одонтотропным действием. Все это является аргументом для ограниченного его использования у детей.

Сохранение пульпы. Важным фактором, влияющим на выбор метода эндодонтического лечения, является кровоточивость пульпы при проведении ампутации. Так, по данным Л. П. Кисельниковой с соавт. (2009), отсутствие кровотечения после обработки "ViscoStat" ("Ultradent", США) через 30-40 с свидетельствует об отсутствии воспаления в корневой пульпе, а значит, в этом случае показана витальная ампутация. При увеличении времени остановки кровотечения более 40 с выбирают метод экстирпации [6].

Препараты сульфата железа фиксируют поверхностные слои пульпы, сохраняя ее витальность.

Кисельникова Л. П. С соавторами в 2009 году предложили следующую технику: с помощью специальной насадки Dento-Infusor раствор втирают в раневую поверхность, создавшуюся после ампутации пульпы. При этом удаляют избыточное количество образовавшейся крови, срезая каждый тромб вровень с поверхностью ткани. Эта процедура предохраняет сформировавшиеся тромбы от вымывания. В процессе втирания раствора дополнительно распыляют воду, чтобы коагулированная кровь не налипала на обработанные ткани [6].

О. С. Романова и Н. В. Шаковец (2013) также проводили гемостаз после ампутации пульпы препаратом "ViscoStat" при этом раствор сульфата железа втирался в культю пульпы в течение 30-40 секунд накопчиком Dento-Infusor, далее культя пульпы покрывалась быстротвердеющим цинкоксидэвгенольным цементом "Эодент" (Россия).

При оценке результатов хронического воспаления пульпы временных зубов методом витальной пульпотомии с применением препарата "ViscoStat" была получена высокая рентгенологическая и клиническая эффективность (98-100%). Кроме того, использование препарата позволяет сократить длительность лечения до одного посещения. Однако, у детей отмечались случаи (8%) изменения цвета коронок временных моляров. Вероятно, изменение цвета на желтовато-коричневый произошло за счет окрашивания твердых тканей зуба, контактирующих с препаратом "ViscoStat". Это могло

быть связано с недостаточным удалением коагулировавшейся крови и раствора сульфата железа при проведении гемостаза культы пульпы препаратом "ViscoStat" [7].

По данным Р. Е. Мак-Дональд, Д. Р. Эйвери (2003), результаты использования сульфата железа после ампутации пульпы были на одном уровне с контрольным применением формокрезола [8].

Регенерация. Метод предполагает применение препаратов на основе гидроксида кальция или МТА.

Т. Ю. Ширяк, Р. А. Салеев, Г. М. Ахметов провели исследование на 45 временных зубах с использованием лечебной прокладки "Триоксидент" ("ВладМиВа") с предварительной антисептической обработкой пульпы раствором гипохлорита натрия. Постоянная пломба Vitremer, Filtek Z250 (3M ESPE) ставилась в это же посещение. Клиническая эффективность пульпотомии оценивалась положительно при отсутствии болей в анамнезе, болезненности при перкуссии, пальпации, отсутствии отека, свища и/или патологической подвижности зубов.

Рентгенологически эффективным считалось отсутствие патологических явлений - внутрикорневой резорбции, периапикального разряжения в области бифуркации и в периапикальных тканях, патологической резорбции корня. Облитерация корневого канала не рассматривалась авторами как патология. У одного и того же зуба могло быть несколько патологических клинических и рентгенологических признаков. Клиническая эффективность пульпотомии оценивалась положительно при отсутствии болей в анамнезе, болезненности при перкуссии и пальпации, отсутствии отека и/или свища. Согласно полученным результатам, всего осложнений в первый год было диагностировано 9,09% клинических и 11,42% рентгенологических. Во второй год наблюдения обострение периодонтита имело место в 2,78%. Рентгенологические изменения в виде разряжения костной ткани в области бифуркации отмечались в 5,55%, (в 2 зубах). На 3-й год наблюдения также один зуб был перелечен в результате острой воспалительной реакции - 3,33%. В одном наблюдалась внутриканальная резорбция. Всего за 3 года клиническая эффективность составила 15,20%, рентгенологическая - 23,64% [9].

Романова О. С. (2013) оценила клинические и рентгенологические результаты лечения пульпита временных зубов у детей методом витальной пульпотомии с использованием препарата "Триоксидент". В группу были включены 55 временных моляров. После проведения ампутации пульпы гемостаз осуществлялся с использованием стерильных ватных шариков, смоченных дистиллированной водой, в течение 3-5 минут. Культия пульпы покрывалась препаратом "Триоксидент". Коронки всех 55 временных моляров были восстановлены с использованием стеклоиономерного материала тройного отверждения "Vitremet" в то же посещение.

Благоприятным считали исход при отсутствии у пациента жалоб, клинических признаков воспаления пульпы и патологических изменений на рентгенограмме. При повторном обследовании пациентов через 1, 3, 6, 9, 12 и 18 месяцев жалобы на боль отсутствовали. Перкуссия зубов и пальпация переходной складки в проекции корней были безболезненны, отсутствовали воспалительные явления со стороны слизистой оболочки полости рта. Рентгенологическая диагностика показала положительную динамику: отсутствие внутренней и/или наружной резорбции корня, а также отсутствие деструкции кортикальной пластинки и костной ткани в периапикальной области [10].

Таким образом, анализ литературы свидетельствует о том, что проблема лечения пульпита у детей до конца не решена, встречаются ошибки и осложнения, которые сказываются на конечном результате, нет четких показаний к выбору метода лечения, отсутствует система контроля качества стоматологической услуги. В связи с этим, необходима постоянная совершенствование эндодонтического лечения.

Список использованной литературы

1. Таиров, В. В. Клинико-экспериментальное обоснование применения современных стоматологических препаратов при лечении пульпита методом витальной ампутации : автореф. дис. канд. мед. наук. Краснодар, 2009. 23 с.
2. Стоматология детского возраста : учебник : в 3ч. - 2-е изд., перераб. и доп. / В. М. Елизарова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Ч. 1. Терапия. - 480 с. : ил.

3. I. Parisay, J. Ghoddusi, M. Forghani. A. Review on Vital Pulp Therapy in Primary Teeth. Iran Endod J. 2015- 10(1): P. 6?15.
4. Кисельникова, Л. П. Опыт использования диодного лазера при лечении хронического пульпита во временных зубах / Л.П. Кисельникова, А.П. Петросян // Эндодонтия today. 2012. №1. С. 46-51.
5. Кисельникова Л.П. Современные подходы к лечению пульпита во временных зубах у детей. / Л.П. Кисельникова, О.С. Ковылина, Е.А. Савинова, Т.П. Плюхина, С.В. Гончарова // Институт стоматологии, 2007. Т. 4. № 37. С. 79-81.
6. Кисельникова Л.П. Лечение пульпита временных зубов методом пульпотомии с применением сульфата железа / Л.П. Кисельникова, О.С. Ковылина, А.В. Токарева // Стоматология детского возраста и профилактики. - 2009. - № 3. - С. 22-27
7. Романова О.С., Шаковец Н.В. Использование современных препаратов при лечении пульпита временных зубов у детей методом витальной пульпотомии // Современная стоматология. 2013. №1 (56). С.60-63.
8. Стоматология детей и подростков / под ред. Ральфа Е. Мак-Дональда, Дэйвида Р. Эйвери; пер. с англ. Т.Ф. Виноградовой. - М.: Медицинское информационное агентство, 2003. - 766 с.
9. Ширяк Т.Ю. Минералтриоксиагрегат в пульпотомии временных зубов./ Т.Ю. Ширяк, Р.А. Салеев, Г.М. Ахметова // Кубанский научный медицинский вестник. 2015. № 1 (150). С. 132-139.
10. Романова, О.С. Лечение пульпита временных зубов методом витальной пульпотомии с использованием препаратов "ViscoStat" и "Триоксидент". //Сборник трудов III Российско-Европейского конгресса по детской стоматологии 16- 17 сентября 2013 Москва /под ред. Л.П. Кисельниковой, доц. Л.Н. Дроботько. - 2013. - с. 240-243.

Верхотурова Т.В.
**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ: БЕЗМЕТАЛЛОВАЯ КЕРАМИКА
IPS E.MAX PRESS**

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

Коронки из безметалловой керамики по технологии E-Max (И-Макс) - это действительно передовая и доступная технология для решения разнообразных клинических задач в современной косметической стоматологии. Технология коронок e.max была разработана в Германии и заслуженно пользуется доверием пациентов во всем мире. Преимуществом материала, из которого изготавливаются коронки, состоит в том, что он в своей структуре содержит гораздо меньше стеклоподобного наполнителя, а химическая решетка материала наполнена микроскопическими частицами люцита, самыми маленькими, по сравнению с остальными массами. Именно размер этих частиц имеет значение, - чем меньше частицы в решетке, тем прочнее материал. Такие коронки показаны к применению, в случаях, когда протезирование обычной металлокерамикой не показано. Как правило, необходимость в коронках из пресс-керамики возникает при протезировании эстетической зоны, то есть зубов переднего отдела. Именно этот участок зубного ряда всегда наиболее заметен при разговоре и улыбке. При этом, ваш собеседник видит передние зубы под углом 90 градусов без светопотери, и ему становятся заметны даже самое незначительное отличие коронки по цвету или по форме от соседних, естественных зубов.

Достоинства: высокие прочностные (до 400 МПа) характеристики; отличная эстетика; минимальная инвазивность работ, сохранение максимального объема тканей зуба; высокая точность и сохранение характеристик за счет стабильности пресс-керамики; наличие четырех уровней прозрачности; широкий цветовой ассортимент заготовок; обеспечение эстетики за счет комбинации свойств прозрачности и цвета независимо от цвета культевой части зуба; возможность выбора варианта фиксации между традиционной, са-

моадгезивной и адгезивной в зависимости от показаний; снижение количества налета в области установки реставраций за счет высокой гладкости и низкой пористости керамики.

Показания:

- Виниры. Способны выдерживать высокие нагрузки на изгиб. За счет свойств материала требуется минимальное препарирование тканей зубов пациента. Прессование керамики и несколько степеней прозрачности в дополнение к широкой цветовой гамме позволяют обеспечить требуемый эстетический уровень при сохранении тонкости конструкции.
- Минимально инвазивные вкладки Inlay/Onlay (1 мм). В случае частичного разрушения коронковой части зуба, но при сохранении достаточного количества собственной ткани, когда депульпирование и постановка керамической коронки нецелесообразно, можно предложить установку керамической вкладки. Технологии e.max позволяют обеспечить как Inlay, так и Onlay вкладки. Керамическая вкладка e.max даст возможность обеспечить требуемую прочность и эстетику реставрации при меньших временных и финансовых затратах.
- Частичные и одиночные коронки. Если клиническая картина не позволяет сохранить зуб пациента другими способами, то постановка керамической коронки e.max как в полноценном, так и в частичном исполнении позволит решить задачи любой сложности. Каркасные и бескаркасные решения для разных групп зубов дают необходимую гибкость при составлении плана лечения.
- Мостовидные протезы на передние зубы и область премоляров. При возникновении потребности в установке мостовидной конструкции в зоне улыбки, прессованная бескаркасная керамика e.max вполне способна обеспечить требуемый баланс между высокой эстетической составляющей и достаточной прочностью конструкции в расчете на предполагаемую нагрузку.

Инновационная стеклокерамика на основе дисиликата лития (LS2) IPS e.max Press предлагает точность, функциональность и эстетику при одновременно высокой прочности в 400 МПа. Заготовки выпускаются в четырех степенях прозрачности, двух размеров, а сейчас еще и новинка - новые заготовки Impulse. Как резуль-

тат - живая эстетика, независимо от цвета культы. Заготовки НТ выпускаются в 16 цветах А-D и 4 цветах Bleach BL. Благодаря высокой прозрачности они идеально подходят для изготовления реставраций небольшого размера (например, вкладки Inlay и Onlay). Их можно эффективно индивидуализировать с помощью техники окрашивания. Заготовки LT выпускаются в 16 цветах А-D и 4 цветах Bleach BL. Благодаря низкой прозрачности они идеально подходят для изготовления реставраций большого размера (например, коронки на боковые зубы). Отличаются естественной светлотой и насыщенностью цвета. Применением техники Cut-back можно максимально выразить их живую эстетику. Заготовки МО выпускаются в 5 группах цветов (МО 0 - МО 4). Благодаря своей opakовости они идеально подходят для изготовления каркасов витальных и слегка измененных в цвете зубов. Они представляют собой превосходную основу для естественной реставрации, выполненной техникой наслоения. Заготовки НО выпускаются в 3 группах цветов (НО 0 - НО 2). Благодаря своей opakовости они идеально подходят для изготовления каркасов для сильно измененных в цвете зубов или титановых абатментов. Они закрывают темную основу и позволяют достигать хороших эстетических результатов.

Новые заготовки Impulse выпускаются в трех цветах Value (Value 1, 2, 3) и двух цветах Opal (Opal 1, 2). Прежде всего, они применяются при изготовлении люминиров, виниров, частичных и одиночных коронок. Заготовки разрабатывались, чтобы соответствовать конкретному клиническому случаю, а также выбранной технике (окрашивания, редуцирования (cut-back) или технике послойного нанесения). Реставрации характеризуются или облицовываются с применением соответствующих материалов IPS e.max Ceram или облицовочной керамики. В результате - живой внешний вид реставрации, независимо от цвета препарированного зуба. При работе техникой окрашивания на прессованные реставрации наносятся красители и глазурь. Благодаря использованию транслюцентных заготовок IPS e.max Press при минимальных затратах можно достигать очень хороших эстетических результатов (если культа не изменена или несущественно изменена в цвете)

При работе техникой Cut-Back в области режущего края или окклюзионной части наносятся массы режущего края на прессо-

ванную реставрацию. Наслоение керамических масс малыми порциями при небольшом количестве рабочих этапов позволяет достичь великолепных эстетических результатов. При работе техникой наслоения на каркас из материала IPS e.max Press MO или NO наслаиваются облицовочные массы IPS e.max Ceram и обжигаются. Эта техника дает возможность очень индивидуально подходить к созданию формы. Особенно заготовки с высокой опаковостью позволяют создавать высокоэстетичные реставрации на сильно измененных в цвете культиях зуба. Готовую керамическую заготовку помещают в пресс, где под высоким давлением керамика прессуется и получает свои характеристики. После этого готовая конструкция помещается в печь и подвергается обжигу, в результате которого она получает законченный вид и свойства. Для фиксации реставраций из IPS e.max Press могут использоваться различные, проверенные фиксирующие материалы, подходящие для широкого диапазона показаний. Коронки и мостовидные протезы из IPS e.max Press поддерживают самоадгезивные и традиционные протоколы фиксации (например, SpeedCEM Plus). Вкладки Inlay, (тонкие) виниры и окклюзионные виниры фиксируются при помощи адгезивной техники (например, наVariolink Esthetic).

ООО «Медикс Групп»
г.Чита, ул. Красной Звезды, 9
+7(3022) 201-201, 20-10-40
+7(914) 451-38-29
stom@med-8.ru



Planmeca ProSensor

Planmeca ProSensor® HD

Уникальное сочетание качества изображения, эргономичности и дизайна, ориентированного на пациента.



Герметичный корпус для эффективной дезинфекции
Интеграция в рентгеновскую установку Planmeca ProX™
Усиленная кевларом оплетка кабеля
Всего два провода внутри
3 года гарантии на датчик

- Теоритическое разрешение более 33 пар линий/мм
- Четкое изображение с высоким контрастом и пониженным уровнем шумов
- Легкая смена датчиков одной рукой
- Широкий динамический диапазон
- Возможность использования нескольких съемных датчиков разного размера с одним блоком управления
- Дополнительная защита кабеля
- Магнитный разъем для удобства использования
- Индикация состояния благодаря цветовой светодиодной маркировке на блоке управления
- Полная совместимость с Windows и Mac OS
- Ethernet (удаление от ПК до 100 метров)
- Широкий выбор универсальных инструментов с Программой Planmeca Romexis®

Датчик Planmeca ProSensor обеспечивает HD

Качество изображения с разрешением более 20 пар линий/мм. Интраоральный датчик с воловооптическим слоем позволяет получить изображение с хорошей резкостью, низким уровнем шума и высокой контрастностью для максимально подробной диагностики.

Широкий динамический диапазон датчика гарантирует устойчивые результаты.

Удобство использования становится стандартом

Planmeca ProSensor HD легко подготовить к работе, он может быть интегрирован в интраоральный рентгеновский аппарат Planmeca ProX™, либо подсоединен с помощью Ethernet порта. Усовершенствованный магнитный разъем датчика легко крепится одной рукой, светодиодной подсветкой, которая обеспечивает мгновенную визуальную обратную связь, демонстрируя статус процедуры визуализации. Герметичный корпус позволяет эффективно дезинфицировать датчик.

ООО «Медикс Групп»
г.Чита, ул. Красной Звезды, 9
+7(3022) 201-201, 20-10-40
+7(914) 451-38-29
stom@med-8.ru



Навесная стоматологическая установка Smile MINI 04 CONTACT

с верхней подачей (есть вариант с нижней подачей)



Успешное введение на рынок новой стоматологической установки «SMILE MINI 04 Contact»

Компания CHIRANA Medical Стара Гора успешно внедрила в производство новую стоматологическую установку SMILE Mini 04 CONTACT, которая является заменой предшествующей модели наиболее экономного класса (Mini 02 и Mini 04) в нашем ассортименте изделий. Новая модель была успешно представлена в марте на международной выставке IDS 2015 в Кельне, на которой она пользовалась большим интересом посетителей. Кроме привлекательного дизайна и новых параметров по сравнению с моделью Mini 02, заменой которой эта установка является, наших заказчиков будет устраивать интересная цена новой модели установки.

Новая установка экономного класса Smile Mini 04 CONTACT выполняет и высокие требования по эргономии работы и пользователю предлагает много интересных возможностей:

- Столик врача на 5 ИНСТРУМЕНТОВ с верхней подачей
- Управление функциями установки посредством клавиатуры на столике врача
- Электронная функция циклического реверсирования микродвигателя (Gromatic)
- Настройка мощности инструментов посредством клавиатуры или пропорционально ножным управляющим устройством
- Фиксирование положения столика врача с механическим тормозом
- Система ежекторного отсасывания – слюноотсос и отсос
- Поворотная фарфоровая плевательная чаша (в направлении к пациенту)
- Управление креслом с двух точек: на клавиатуре столика врача и ножным управляющим устройством
- Подводы энергии встроены под передней крышкой кресла
- Встроенные антиретрационные клапаны
- Регулировка воды для всех инструментов с возможностью самостоятельной регулировки каждого инструмента

Попова Е. С., Петрова А. М., Джафарова С. М.

**ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ
И ДЕФОРМАЦИЙ В Г. ЧИТА**

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

Актуальность проблемы.

К сожалению, современное состояние здравоохранения не всегда позволяет ребенку-инвалиду получить реабилитационную помощь своевременно и в полном объеме. Особенно в том случае, когда его инвалидность не связана с непосредственной угрозой для жизни. Причина этого во многом определяется отсутствием алгоритма обязательных конкретных действий врачей и социальных работников, которые предпринимаются в разные периоды жизни ребенка, начиная с вопросов планирования его рождения в семье группы риска, профилактики и ранней диагностики врожденных пороков развития до адаптации подросткового пациента к жизни в открытом обществе.

В настоящее время по данным ВОЗ частота рождаемости детей с расщелиной губы и неба в среднем составляет 1:750 новорожденных (по России данный показатель колеблется от 1:1000 до 1:600 в разных регионах), что составляет 20-30 % от всех пороков развития человека и 86% от пороков развития челюстно-лицевой области.

Несмотря на бурное развитие современных медицинских технологий в сфере диагностики и лечения врожденных аномалий у детей в Забайкальском крае, за последние десятилетия отмечается неуклонный рост врожденных пороков. Тенденция к значительному повышению распространенности данного вида аномалий обусловлена экологическими, экономическими, социальными и другими условиями, влияющими на здоровье родителей и их детей. (Кириченко Ю.Н., Разиньков Д.В., 2012). По сравнению со средней полосой России имеется достоверная разница в показателях распространенности данной патологии, так в Чите каждый год рождается один ребенок с врожденными пороками на 600 детей, с населением 250-300 тысяч; а в Москве данный показатель составляет 1:800 с населением 5-6 млн.

В отношении детей с врожденной челюстно-лицевой патологией крайне необходима преемственность в работе специалистов

многочисленных учреждений медицинского, педагогического и социального плана, направленная на социальную адаптацию, частичную или полную реабилитацию лиц с врожденной челюстно-лицевой патологией и предотвращение их инвалидизации. Комплексное лечение, медицинская и социальная реабилитация детей с врожденными расщелинами лица требует больших финансовых затрат на лечение таких детей, на осуществление социальных льгот и выплату пособий семьям, в которых есть ребенок - инвалид. (Булгакова Е. А., 2009, Кирилук О.М., 2013; Немкова С.А., 2013).

Ребенок имеет право на медицинскую помощь, соответствующую наивысшим стандартам, которая может быть реально обеспечена. Государства должны делать особый упор на предоставление первичной медико-санитарной помощи, профилактику болезней, санитарную пропаганду и сокращение детской смертности (статья 24). (Ешиев А. М., Кенжебаева Г. К., Давыдова А. К., 2013).

Актуальность совершенствования организации ортодонтической помощи в новом тысячелетии не вызывает сомнений.

Цель работы.

Проведение лечебно-профилактических мероприятий детям дошкольного возраста с врожденными и приобретёнными аномалиями и деформациями зубочелюстной системы в условия специализированного центра в Забайкальском крае.

Задачи исследования.

- Внедрить комплекс профилактических мероприятий в "Центре развития ребенка - детский сад № 28."
- Разработать систему комплексной профилактических мероприятий для детей с врожденными и приобретёнными аномалиями зубочелюстной системы.

Обсуждение полученных результатов.

На сегодняшний день совместно с комитетом образования получен статус инновационной площадки в ДДУ № 28. В течение 2016-2017 г. проведена предварительная подготовка по реализации данного проекта. Исследованы дети дошкольного возраста 3-6 лет, посещающие детские дошкольные учреждения г. Чита в количестве 1500 человек, в том числе 280 детей дошкольного учреждения № 28. Установлена высокая распространенность приобретенных

аномалий зубочелюстной системы, которая составила 82%. В ДДУ № 28 на начало эксперимента количество детей с ЗЧА составило 78%, в числе которых 6% врожденные аномалии. С врожденной расщелиной губы и неба 4 ребенка. Среднестатистическое значение врожденных аномалий из общего числа обследованных составило 8%.

Задачей подготовительного этапа являлось повышение уровня стоматологической просвещенности у детей дошкольного возраста, для дальнейшей комплектации групп детей с врожденными аномалиями. Полученные результаты за 2016г. - снижение распространенности приобретенных аномалий на 38%, повышение уровня знаний на 68%. В группах еженедельно проводились уроки гигиены, том числе и на темы ухода за детьми с врожденными аномалиями.

На сегодняшний день ДДУ № 28 готов к приему детей и комплектации групп со здоровыми детьми по г. Чита. При получении направления родителям будет предложен специализированный детский комбинат, в котором ребенка будут вести соответствующие специалисты (ортодонт, психолог, логопед, дефектолог). Что позволит существенно повысить эффективность лечебных и профилактических мероприятий, что в дальнейшем улучшит качество жизни будущего поколения.

Катман М.А.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

Невралгия тройничного нерва - это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся интенсивными приступами "кинжальной боли". По данным ВОЗ больные невралгией тройничного нерва составляют более 1 млн. человек. Рецидивы болезни возникают в среднем не реже 2-х раз в год, даже на фоне непрерывной фармакотерапии, а ее ремиссия длится не больше года. Все это в значительной степени нарушает качество жизни больных. Традиционно эффективность лечения невралгии тройничного нерва принято оценивать по купированию болевого приступа.

Однако на современном этапе развития медицины важным является полная реабилитация пациентов, а для этого необходимо оценивать в комплексе различные аспекты их физического и психологического здоровья.

Цель работы: оценка качества жизни больных невралгией тройничного нерва.

Для ее достижения необходимо решить следующие задачи:

- 1) составить анкету, позволяющую определить уровень качества жизни больных невралгией тройничного нерва;
- 2) оценить качество жизни больных невралгией тройничного нерва до и после лечения по данным анкетирования.

Под наблюдением находилось 94 больных невралгией тройничного нерва в возрасте 43-68 лет, лечившихся в челюстно-лицевом и поликлиническом отделениях клиники ЧГМА. В среднем больные страдали данным заболеванием от 2 до 28 лет. При начале и перед окончанием лечения пациенты заполняли разработанную нами анкету. Для оценки качества жизни в нее включены вопросы, позволяющие определить:

- 1) субъективную оценку жизнеспособности, психического и общего здоровья пациентов;
- 2) степень, в которой здоровье и боль ограничивают выполнение физических нагрузок;
- 3) влияние физического и эмоционального состояния на профессиональную и будничную деятельность, а также социальную активность.

Таблица 1

Сфера здоровья	Компонент здоровья
Физический	Физическое функционирование
	Роль физическое функционирование
	Боль
	Общее здоровье
Психический	Жизнеспособность
	Социальное функционирование
	Роль эмоциональное функционирование
	Психическое здоровье

Критерии качества жизни оценивали по унифицированному опроснику MOSSF -36, которые охватывали основные сферы жизнедеятельности человека. Каждая сфера состоит из 4-х компонентов (см таблицу 1). Все критерии оценивали по 5 бальной шкале. Результаты исследования показали, что после лечения качество жизни больных невралгией тройничного нерва значительно улучшилось в сфере физического и психического здоровья пациентов на 24,4% и 21.6% соответственно. Наиболее существенно изменилось качество жизни в сфере физического (на 36.6 %) и ролевого физического функционирования (на 30,8%), психического здоровья (на 30.4%) и ролевого эмоционального функционирования (21,8%).

Проведенный курс лечения в меньшей степени отразился на показателях качества жизни, зависящих от интенсивности боли и состояния общего здоровья (13.5%).

На основании вышесказанного можно сделать вывод о том, что:

1. После лечения улучшается качество жизни больных невралгией тройничного нерва в сфере физического и психологического здоровья.
2. Наиболее устойчивыми оказались показатели качества жизни, зависящие от интенсивности боли и состояния общего здоровья, обусловленные сопутствующей патологией и неэффективностью применяемых методов лечения,
3. Разработанная анкета позволяет оценить качество жизни больных невралгией тройничного нерва с учетом различных аспектов их физического и психологического здоровья.

Мельникова С.В.

**ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ
НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЁМЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА**
Забайкальский краевой онкологический диспансер

Онкологическая настороженность

- Знание организации онкологической службы для своевременного направления больного с подозрением на опухоль;
- Знание симптомов злокачественных опухолей на ранних стадиях;

- Знание предраковых заболеваний и их лечение;
- Тщательное обследование каждого больного, обратившегося к любому врачу для исключения возможного онкологического заболевания;
- В трудных случаях диагностики - думать о возможности атипичного или осложнённого онкологического заболевания.

Организация онкологической службы

- Онкологический кабинет или отделение
- Онкологический диспансер (республиканский; краевой; областной; городской; межрайонный): Забайкальский краевой онкологический диспансер
- Онкологические институты и центры:
 РОНЦ им. Блохина; НИИ онкологии им. проф. Петрова;
 Московский НИИ онкологии им. Герцена

Факторы, способствующие развитию предраковых и раковых заболеваний:

- Хроническая механическая травма (нависающие края пломбы, острые края разрушенных зубов, зубной камень, привычное прикусывание СОПР)
- Вредные привычки (курение и алкоголь)
- Хроническая термическая травма (употребление горячей пищи, курение)
- Электрохимическое воздействие (явления гальванизма)
- Химическое воздействие (употребление НАСа, профессиональные вредности работников промышленности и сельского хозяйства- формальдегиды, асбест, серная кислота)
- Ионизирующее излучение (особенно у лиц, получающих лучевую терапию)
- Длительное воздействие неблагоприятных метеофакторов (солнечная радиация, ветер, резкие колебания температуры воздуха)

Предраковые заболевания - это патологические процессы, с большей или меньшей частотой предшествующие злокачественным заболеваниям.

Классификация предраковых заболеваний СОПР:

А. Облигатные:

Болезнь Боуэна.

Б. Факультативные:

Лейкоплакия (эрозивная и веррукозная);

Папилломатоз;

Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая;

Постлучевой стоматит.

Классификация предраковых заболеваний красной каймы губ:

А. Облигатные:

Бородавчатый предрак;

Ограниченный предраковый гиперкератоз;

Абразивный хейлит Манганотти.

Б. Факультативные:

Лейкоплакия (веррукозная);

Кератоакантома;

Кожный рог;

Папиллома с ороговением;

Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы

СКВ и КПЛ;

Постлучевой хейлит.

Признаки малигнизации:

- Длительное, вялое течение процесса;
- Безуспешность консервативного лечения;
- Ускорение темпов роста очага поражения;
- Усиление процессов ороговения;
- Исчезновение чёткости границ очага;
- Инфильтрат в области основания и вокруг очага поражения;
- Изъязвление очага поражения;
- Увеличение и уплотнение регионарных лимфоузлов.

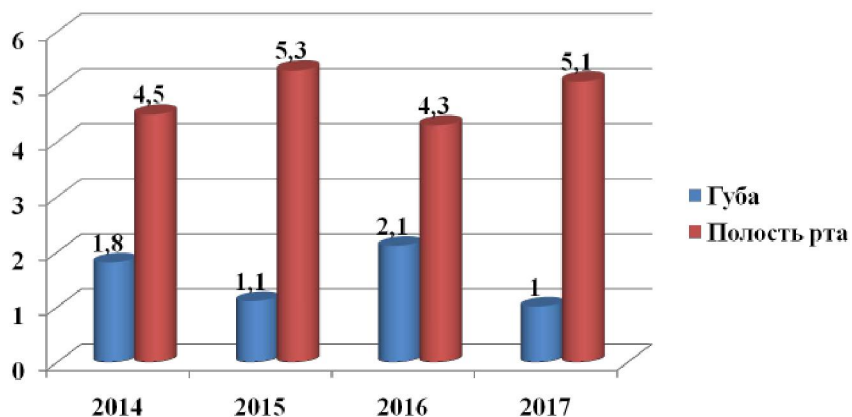
**Заболеваемость злокачественных новообразований
на 100 тыс. населения (по Забайкальскому краю)**

Число случаев	2014	2015	2016	2017	СФО, 2016	РФ, 2016
ВСЕГО	3477	3512	3802	3995	83206	599348
Из них с опухолями	316,1	323,0	351,1	370,2	430,5	408,6
<i>Губы</i>	1,6	3,4	2,5	2,6	2,1	1,6
<i>Полости рта</i>	6,1	4,7	6,1	7,2	5,7	6,3

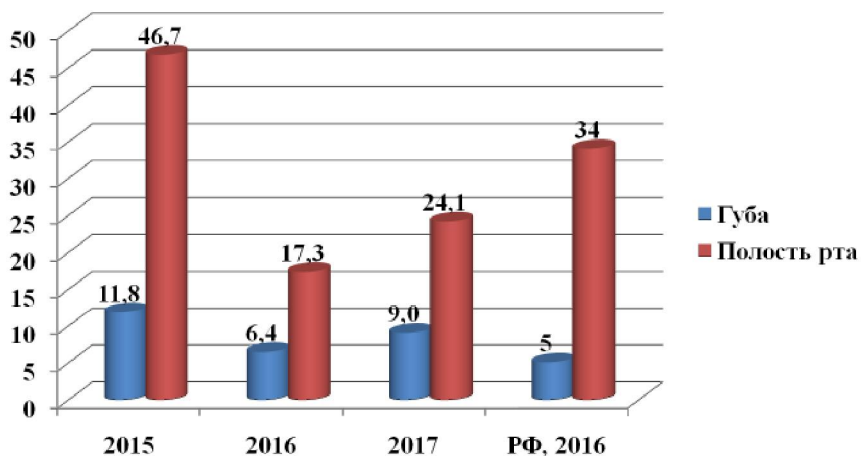
Частота больных с 4 стадией заболевания, в общем числе больных
с впервые установленным диагнозом
на 100 тыс. населения (по Забайкальскому краю):

Локализация	2014	2015	2016	2017	СФО, 2016	РФ, 2016
ВСЕГО	24,8	24,1	22,8	27,1	20,1	20,5
<i>Губа 3-4 ст.</i>	23,5	27,0	14,8	3,4	13,8	4,6
<i>Полость рта 3-4 ст.</i>	83,3	54,9	67,2	65,3	59,4	30,8

Смертность от ЗНО на 100 тыс. населения
(по Забайкальскому краю):



Умершие в течение 1 года с момента установления диагноза
(по Забайкальскому краю):



Причины поздней диагностики рака:

- Отсутствие жалоб;
- Отказ от посещения врача даже при выраженном проявлении болезни;
- Социально-экономическое положение больных (несвоевременная санация полости рта);
- Отсутствие у врача онкологической настороженности;
- Недооценка анамнестических данных и жалоб больного;
- Длительное наблюдение и лечение у врача- не онколога;
- Недостаточное знание врачом системы онкологической службы;
- Отсутствие систематических профосмотров врачами-стоматологами.

Общая характеристика злокачественных новообразований полости рта :

1. Клиническое течение зависит от степени дифференцировки клеток.
2. Опухоли обладают инфильтративным ростом и способны метастазировать гематогенно и лимфогенно в средостение, лёгкие, позвоночник, челюсть и др.
3. Рак полости рта метастазирует в регионарные лимфоузлы:
 - подчелюстные - 52 %
 - глубокие яремные - 22 %
 - подчелюстные и подбородочные - 15 %
 - подбородочные - 8 %
 - околоушные - 3 %
4. Рак полости рта способен прогрессировать.
5. Опухоли дают раковую интоксикацию и приводят к гибели больных.

Таким образом рак полости рта в структуре онкопатологии составляет 20 %. Значительная часть пациентов с этой патологией поступает с запущенными клиническими формами в 3-4 стадиях (65 % по данным ГУЗ КОД за 2017 год)

Смертность от злокачественных новообразований полости рта от онкопатологии по Забайкальскому краю за 2017 год составляет 5,1 %. По Российской Федерации этот показатель за 2016 год составляет 6,9 %, по Забайкальскому краю - 4,3 %.

Чаще заболевают мужчины пожилого возраста, социально неорганизованные, имеющие вредные привычки.

Профилактика предрака и рака:

- Лечение и предупреждение фоновой патологии (заболеваний ЖКТ);
- Устранение действия различного рода хронических травм;
- Санация полости рта;
- Лечение длительно протекающих хронических дерматозов и хейлитов, защита от действия прямых солнечных лучей;
- Борьба с вредными привычками;
- Санитарно-просветительная работа;
- "Д" наблюдение пациентов с предраковыми заболеваниями у стоматолога, дерматолога, онколога.

Козикова Е.В.

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА -СТОМАТОЛОГА
ДЕТСКОГО В ШКОЛЕ
(на примере школьного стоматологического кабинета
МБОУ СОШ № 27)
ГУЗ "ДКМЦ г. Читы"**

В связи с высокой распространенностью и интенсивностью поражения стоматологическими заболеваниями детского населения, первостепенной задачей детской стоматологии является сохранение и дальнейшее развитие лечебно-профилактической помощи в условиях образовательных учреждений. Плановая санация полости рта у детей школьного возраста занимает ведущее место в комплексе всех профилактических мероприятий, проводимых стоматологической поликлиникой.

Основной задачей плановой санации полости рта у детей является лечение всех форм кариеса зубов и его осложнений, лечение заболеваний слизистой полости рта, выявление и лечение зубочелюстных аномалий.

Школа представляет собой организованный коллектив с наиболее массовым охватом детей в возрасте от 6 до 18 лет. С учетом этого появляется возможность организованного проведения профилактических и лечебных мероприятий.

Для реализации этих задач работа ведется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 ноября 2012 года № 910н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями". Настоящие правила устанавливают порядок организации деятельности стоматологического кабинета в общеобразовательных учреждениях, которые являются структурным подразделением медицинской организации.

На базе школы №27 развернут стоматологический кабинет, обеспечивающий необходимый профилактический, первичный лечебный уровень стоматологической помощи для детей и подростков, в рамках первичной медико-санитарной помощи.

Стоматологический школьный кабинет на базе школы №27 создан со дня основания школы в 1989 году. Я работаю в этом кабинете с 2003 года. Школа №27 является одной из крупнейших школ города Читы, с большим количеством учащихся. Количество учеников ежегодно растет (если в 2014 - 2015 г.г. было 1520 учащихся, то в 2017-2018 г.г. стало уже 2200 учащихся). При пятидневной рабочей неделе четыре дня я работаю в школе, по пятницам работаю с документацией в стоматологическом подразделении.

Поскольку приоритетным направлением работы школьного стоматологического кабинета является профилактика, с 2016 года наряду с врачом-стоматологом детским работает гигиенист стоматологический, основная цель деятельности которого - осуществление профилактических мероприятий и гигиенического обучения.

Основной задачей врача-стоматолога детского в школе является:

- повышение уровня стоматологической грамотности школьников;
- уменьшение интенсивности и распространенности кариеса и его осложнений;
- увеличение численности детей, не имеющих кариеса;
- снижение распространенности и степени тяжести заболеваний пародонта;
- снижение распространенности зубо-челюстных аномалий.

Основная работа врача-стоматолога детского в школе складывается из профилактической и лечебной работы.

В основе профилактической работы лежит обучение гигиеническим навыкам, профилактическим мероприятиям, направленным на снижение заболеваемости.

Подготовка школьного стоматологического кабинета к работе проводится к началу учебного года. Составляется график работы стоматологического кабинета, готовится необходимая медицинская документация (планы и графики профилактических осмотров и санации школьников, планы профилактических мероприятий на учебный год) и материальное обеспечение предполагаемых лечебно-профилактических мероприятий, проверяется санитарно-гигиеническая и техническая готовность кабинета к работе. График работы стоматологического кабинета утверждается заместителем главного врача стоматологического подразделения и директором школы.

В начале учебного года на педагогическом совете школы озвучиваются задачи, которые стоят перед врачом-стоматологом детским, для снижения стоматологической заболеваемости среди школьников.

На родительских собраниях проводится работа, где разъясняются цели и задачи предполагаемой стоматологической лечебно-профилактической программы, необходимость получения информированного согласия от родителей на профилактический осмотр детей, проведение лечебно-профилактических мероприятий.

Работа врача-стоматолога детского в школе складывается из следующих основных разделов.

1. Знакомство с учениками

2. До начала стоматологического осмотра при совместной работе с гигиенистом стоматологическим проводится работа с детьми в виде уроков здоровья и гигиены полости рта. Все занятия проводятся с учетом психологических особенностей разных возрастных групп. В школьном возрасте преобладающее значение приобретают учебные мотивы. Основной формой работы с младшими школьниками (1-4 классов) является урок, так как на первый план в этом возрасте выходит учебный мотив - мотив получения знаний. Дополнительными мероприятиями, повышающими мотивацию детей к стоматологической профилактике и лечению, являются проведение соревнований, командных игр, викторин, конкурсов.

Учитывая наглядный характер мышления детей 6-10 лет, информационный блок сопровождается демонстрацией плакатов, макетов, презентаций, мультфильмов. Первым шагом в проведении стоматологического просвещения считается знакомство. Основная задача на этом этапе - пробудить интерес у слушателей. Детям рассказывают о строении и видах зубов, что такое кариес, зачем ходить к врачу-стоматологу, что надо делать для того, чтобы зубы были крепкими и здоровыми. Проводится обучение гигиене полости рта с использованием моделей, плакатов.

Для школьников 5-9 классов основной формой гигиенического обучения и воспитания являются лекции и презентации. Школьников обучают основным приемам ухода за полостью рта, дают рекомендации по подбору средств гигиены.

В работе со школьниками 10-11 классов гигиеническое воспитание направлено не только на сохранение здоровья учеников, но и на просвещение молодежи как будущих родителей.

3. Проведение индивидуального профилактического осмотра, в объем которого входят:

Осмотр полости рта с регистрацией состояния твердых тканей зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, состояния зубных рядов, определение гигиенического состояния полости рта.

При профилактическом осмотре каждого школьника составляется индивидуальный план профилактических и лечебных мероприятий, который включает:

- проведение индивидуального подбора средств гигиены;
- местное применение фторид- содержащих средств профилактики кариеса;
- герметизация фиссур герметиками;
- профессиональная гигиена полости рта;
- лечение кариеса постоянных и временных зубов.

Профилактический осмотр начинается с учеников старших классов. Детям первых классов индивидуальный профилактический осмотр проводится во втором полугодии учебного года, так как дети в первом полугодии проходят адаптационный период.

По результатам осмотра каждого класса, составляется индивидуальный паспорт класса с результатами профилактического осмотра.

4. Санация, профилактические процедуры

Приоритет нужно отдавать профилактическим процедурам (профессиональная гигиена полости рта, включая контролируемую чистку зубов, применение местных реминерализующих и фторидных препаратов, герметизация фиссур зубов) и лечению кариеса постоянных зубов. Ребенку дают рекомендации по питанию и уходу за полостью рта. При необходимости ребенка назначают на следующее посещение для санации полости рта. Вызов на лечение производится индивидуально, в плановом порядке во время учебного процесса. Учащихся младших классов врач или гигиенист сопровождает в лечебный кабинет. Старшие классы приходят самостоятельно в назначенное время. При необходимости в дополнительных методах исследования, таких как рентгенологическое, консультация у врачей-специалистов (врач-ортодонт, врач-стоматолог-хирург), физиотерапевтических методах лечения, пациент направляется в стоматологическое подразделение по адресу: ул. Угданская, д.1 г. Читы.

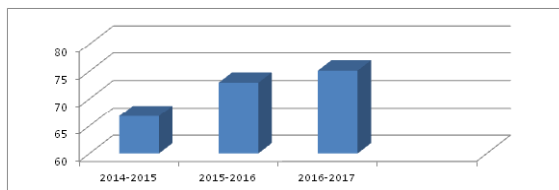
Неотложная стоматологическая помощь оказывается детям по обращаемости.

4. Подведение итогов работы

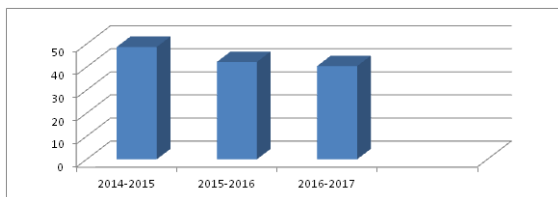
По результатам работы в конце учебного года составляется паспорт школы, рассчитываются количественные и качественные показатели эффективности стоматологической диспансеризации школьников.

Анализируя показатели за три учебных года (2014-2015 г.г., 2015-2016 г.г., 2016-2017 г.г.), отмечается улучшение количественных и качественных показателей работы школьного врача - стоматолога детского.

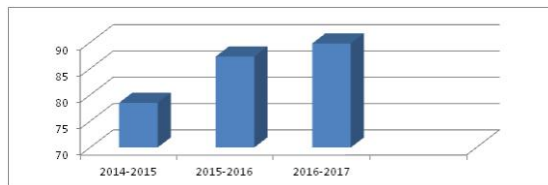
При стабильной работе стоматологического кабинета в школе, увеличился охват профилактическими осмотрами учащихся школы: 66,1% (2014-2015 г.г.), 72,9% (2015-2016 г.г.), 75,1% (2016-2017 г.г.).



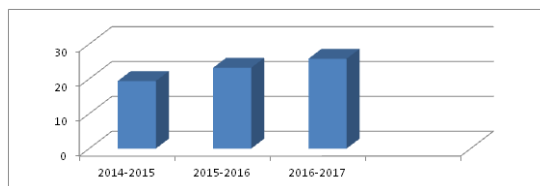
При проведении ежегодных плановых осмотров, своевременном выявлении стоматологических заболеваний и санации полости рта в полном объеме снизился показатель нуждаемости детей в санации полости рта 48,7% (2014-2015г.г.), 42,2% (2015-2016г.г.), 40,4% (2016-2017г.г.).



Увеличилось количество детей с санированной полостью рта: 78,5% (2014-2015г.г.), 87,3% (2015-2016г.г.), 89,8% (2016-2017г.г.).



Проведение гигиенического воспитания и обучения школьников, проведение профилактических мероприятий, повышение уровня стоматологической грамотности школьников привело к увеличению числа детей с интактными зубами: 19,4% (2014-2015 г.г.), 23,2% (2015-2016 г.г.), 25,8% (2016-2017 г.г.).

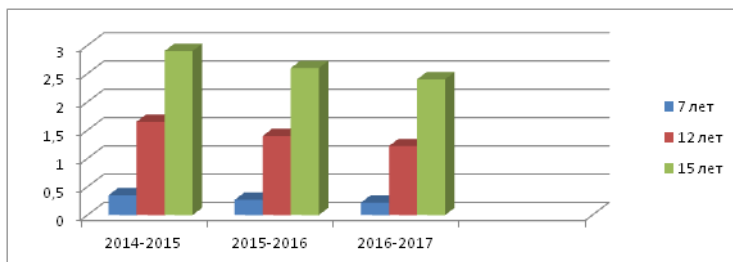


Это привело к снижению распространенности кариеса: 80,5% (2014-2015 г.г.), 76,8% (2015-2016 г.г.), 74,1% (2016-2017 г.г.).

Снижение интенсивности кариеса по КПУ по возрастным группам. Дети 7 лет индекс КПУ- 0,35 (2014-2015 г.г.), 0,27 (2015-2016 г.г.), 0,22 (2016-2017 г.г.).

Дети 12 лет индекс КПУ -1,65 (2014-2015 г.г.), 1,40 (2015-2016 г.г.), 1,22 (2016-2017 г.г.).

Дети 15 лет индекс КПУ - 2,9 (2014-2015 г.г.), 2,6 (2015-2016 г.г.), 2,4 (2016-2017 г.г.).



На основании анализа своей работы можно сделать вывод, что организация школьных стоматологических кабинетов - это эффективный метод снижения распространенности и интенсивности кариеса зубов, а также его осложнений, это выработка навыков периодического посещения врачей и личного ухода за ротовой полостью у детей. Основными преимуществами стоматологического кабинета в школе является удобство расположения, хорошая квалификация врача-стоматолога и бесплатное лечение зубов в школе.

При наличии медицинских показаний, выявленных на профилактических осмотрах, школьники направляются в медицинские организации для проведения консультаций врачами-специалистами, проводится анализ основных медико-статистических показателей стоматологической заболеваемости, проводится гигиеническая и воспитательная работа среди детей и их родителей по вопросам профилактики, ранней диагностики стоматологических заболеваний у детей и формированию здорового образа жизни.

Таким образом, школьные стоматологические кабинеты организуются для оказания профилактической, консультативной, диагностической и лечебной помощи детям.

Список литературы:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 ноября 2012г. №910н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями"
2. Стоматология детского возраста. Т.Ф. Виноградова, Москва, "Медицина", 1987год.
3. Пособие по стоматологии. В.Д. Вагнер, Н. Новгород, Издательство НГМА, 2003 год.
4. Стоматология. Под редакцией члена-корреспондента РАМН, заслуженного деятеля науки РФ, профессора В.А. Козлова, Санкт-Петербург, 2003год.
5. Первичная профилактика стоматологических заболеваний у детей (учебно - методическое пособие) Ю. В. Кухаренко, Чита, 2007 год.
6. Терапевтическая стоматология детского возраста (учебное пособие). П.А. Железный, Т.В. Бородина, О. И. Ануфриев, А. К. Базин, Новосибирск, 2007 год.

Кувалдина Н.А.

ЭНДОДОНТИЯ КАЖДЫЙ ДЕНЬ
ГАУЗ "Краевая стоматологическая поликлиника"

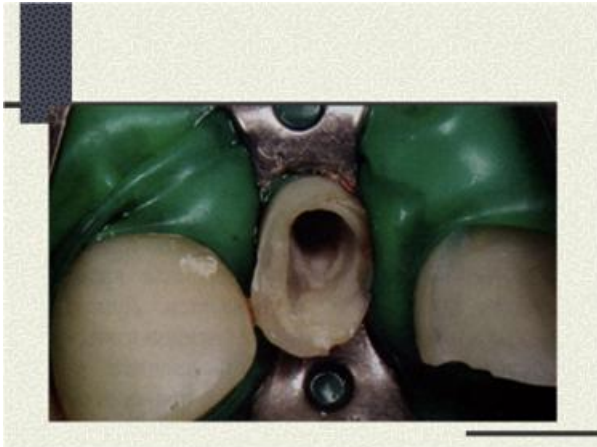
Хочу поделиться с вами наработанным личным опытом и рассказать о методах работы в условиях ГАУЗ "Краевая стоматологическая поликлиника".

Ежедневная работа врач стоматолога терапевта на приеме разнообразна. Лечение кариеса или его осложнений. Пародонтологический прием. После беседы, осмотра пациента нужно правильно принять решение и качественно сделать свою работу в ограниченное время.

Поговорим сегодня об ежедневной эндодонтической работе.

В нашей специальности мануальные навыки имеют огромное значение, но без понимания того, зачем мы это делаем, они не работают.

Эндодонтическое лечение корневых каналов начинается с создания доступа к полости зуба и проводится после наложения коффердама, для того чтобы не допустить попадание слюны и бактерий из полости рта, исключить аспирацию или проглатывания инструментов и воспрепятствовать попаданию промывающего раствора в полость рта. К числу дополнительных достоинств коффердама относится улучшение видимости и облегчение доступа для работы с инструментами за счет ретракции мягких тканей.



Начальный этап эндодонтического лечения включает в себя полное удаление всех кариозных тканей, а так же неадекватных реставраций. Это препятствует проникновению бактерий в корневые каналы.

В клинических условиях самыми несложными и, несомненно самыми эффективными методами, гарантирующими асептику во время эндодонтического лечения, являются дезинфекция полости зуба, обязательное применение коффердама, использование стерильных инструментов и, по возможности, выполнение obturации корневого канала в первое посещение.

Обработка корневых каналов преследует цель очищения канала от остатков ткани пульпы, бактерий и некротических остатков ткани и придания каналу формы, которая позволяет заполнять его биологически инертным материалом.

Для успешного эндодонтического лечения необходимо придерживаться определенных правил.

Во-первых, иметь полный набор качественного эндодонтического инструментария.

Во-вторых, правильно создать доступ к устьям каналов: эндодонтический инструмент должен вводиться в канал без изгиба.

В- третьих, перед началом инструментальной обработки необходимо расширить устья корневых каналов, придав им воронкообразную форму. Это делается для устранения физиологического сужения в устьевой части канала и создания на дне полости зуба воронкообразного углубления для облегчения последующего введения в канал эндодонтических инструментов.

В-четвертых, при механической обработке каналов следует использовать эндодонтические инструменты в сочетании с препаратами для смазки и химического расширения корневых каналов. Это ускоряет работу, снижает риск заклинивания и отлома инструмента.

В-пятых, перед началом механической обработки корневого канала обязательно должна быть установлена рабочая длина, которая фиксируется на инструментах при помощи стопорных дисков.

В-шестых, инструменты следует использовать в строгой последовательности, соблюдая очередность манипуляций, предусмотренную выбранной техникой расширения корневого канала. Перед использованием инструмент рекомендуется изогнуть в соответствии

с кривизной канала. Это снижает риск образования ступеньки, улучшает тактильный контроль в процессе работы.

В-седьмых, в процессе механической обработки следует часто промывать канал растворами антисептиков, желательно после использования каждого эндодонтического инструмента.

В-восьмых, при проведении эндодонтических манипуляций не следует применять излишнюю силу, так как это может привести к деформации и отлому инструмента, формированию ступеньки.

После механической обработки перед пломбированием канал должен иметь следующие параметры:

- верхняя треть канала иметь воронкообразную форму;
- средняя треть иметь конусовидную форму;
- апикальная треть также иметь конусовидную форму, превышающую диаметр первоначального файла, который заклинивался в области верхушки, на 3-4 размера(но не менее 25 по ISO);
- в области физиологической верхушки должен быть сформирован конусовидный апикальный упор, а апикальное отверстие должно сохранять свое естественное анатомические сужение. Широко раскрывать его не рекомендуется.

Механическая обработка канала совмещается с медикаментозной обработкой.

Задача промывания корневого канала заключается в том, чтобы:

- вынести дентинную стружку из канала и воспрепятствовать его блокаде;
- растворить витальную и некротизированную ткань;
- создать эффект скольжения для инструментов;
- оказывать антибактериальное воздействие.

Мы в своей практике используем гипохлорид натрия, он полностью выполняет поставленные задачи. Для него характерна высокая антибактериальная активность за сравнительно короткое время воздействия. Гистологические свойства раствора зависят от его постоянного обновления, а не от его концентрации.

Завершающим мероприятием терапии корневого канала является максимально герметичное пломбирование материалом, который не раздражает ткани.

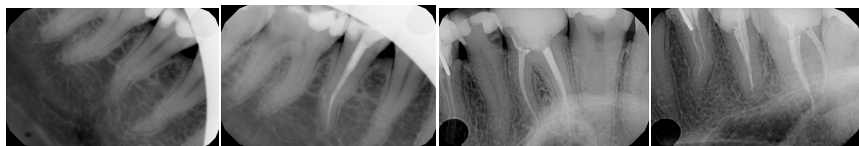
Идеальный пломбировочный материал для корневых каналов не должен раздражать периапикальную ткань, плотно obturиро-

вать канал в латеральном и вертикальном направлениях, сохранять стабильность объема, т.е. не давать усадку в корневом канале, не должен благоприятствовать размножению бактерий, обладать биологической совместимостью и быть не токсичным, быть удобным при замешивании и введении, не изменять цвет зуба, быть рентгенконтрастным. Силер для корневых каналов, не должен быстро твердеть, а после затвердевания обладать хорошей адгезией к дентину и пломбирочному штифту, не растворяться в тканевой жидкости, а также иметь малый коэффициент теплового расширения. Пломбирование корневого канала гуттаперчевыми штифтами и силером является биологически наиболее благоприятным и надежным в долгосрочном плане методом. Мы используем в своей работе следующие методы пломбирования:

- Латеральной конденсации
- Термомеханической конденсации
- Гибридной методикой по Соломонову

Латеральная конденсация гуттаперчи

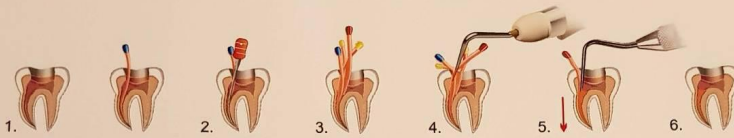
После полной обработки корневого канала подбираем пальцевой спредер, который должен войти в контакт со стенкой, не доходя 1 мм до достижения рабочей длины. Подбираем гуттаперчевый мастер - штифт. Смазываем силером и медленно вводим в корневой канал до коронковой базовой точки. Затем с большим усилием вводим спредер до отметки на ограничителе, оставляем минимум на 15 секунд и удаляем легким вращательным движением. В образовавшуюся полость вводят следующий штифт на размер меньше, чем спредер. Спредером придает форму и третьему штифту и он прижимается к двум первым. Кончики дополнительных штифтов смачивают силером, только потом вводят в канал. Пальцевым спредером конденсация проводится до тех пор, пока его можно будет вводить только в коронковую треть, до тех пор, пока пломба корневого канала не станет гомогенной. Излишки удаляются тепловым плагером.



Гибридная методика по Соломонову

- Припасовываем мастер - штифт 0.2 конусности на полную рабочую длину и с его помощью наносим силер на стенки канала.
- Латеральная компакция апикальных 5 мм с использованием никель-титанового спредера 25 и дополнительных гуттаперчевых штифтов
- Разогреваем гуттаперчевые штифты в канале на 100 градусов по Цельсию
- Компакция разогретой гуттаперчи ручными плагерами Машту
- Повторение процедуры до плотной obturation канала

Методики пломбирования корневого канала



Гибридная методика по Соломонову

- Припасовываем мастер-штифт .02 конусности на полную рабочую длину и с его помощью наносим силер на стенки канала. [Рис. 1]
- Латеральная компакция апикальных 5 мм с использованием никель-титанового спредера № 25 по ISO и дополнительных гуттаперчевых штифтов. [Рис. 2-3]
- Разогреваем гуттаперчевые штифты в канале на 100°C. [Рис. 4]
- Компакция разогретой гуттаперчи ручными плагерами Машту. [Рис. 5]
- Повторение процедуры [Рис. 4, 5] до плотной obturation канала. [Рис. 6]



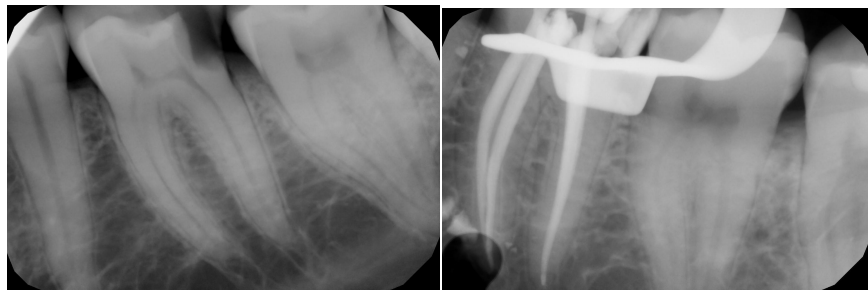
Термафил

При помощи системы ТЕРМАФИЛ корневые каналы можно пломбировать гуттаперчей, значительно уменьшая затраты времени и усилий. Система ТЕРМАФИЛ представляет собой стандартизированные пластмассовые штифты, которые покрыты гуттаперчей. При разогревании гуттаперча размягчается, и корневой ка-

нал можно заполнить в один прием. В работе с этой системой нужно проявлять осторожность. Недостатками в работе являются следующие позиции:

- Для качественного пломбирования канала его нужно расширять до 35 размера.
- Гуттаперча во время введения штифта частично соскабливается, и, таким образом, штифт-носитель входит в непосредственный контакт с периапикальными тканями.
- Сложность проникновения в тонкие и искривленные корневые каналы.
- Иногда значительное выведение штифта за верхушку.
- Ожог периапикальных тканей.

После высушивания стенки канала смазываются силером. После подготовки канала производится припасовка измерительного штифта (верификатора), подбирается той же длины obturator. Штифт из термафила подвешивают в нагревательной печи, и гуттаперча разогревается. Затем obturator медленно, но непрерывно без поворота вводится в корневой канал. Затем специальным бором обрезается obturator, выступающий наружу из канала в коронковой части.



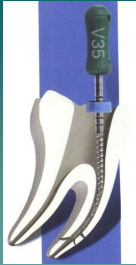
Требования к материалам для obturации корневого канала

- биосовместимы
- стабильных размеров
- способность к герметизации
- нерастворимость
- отсутствие свойств стимулировать бактериальный рост
- рентгеноконтрастность
- легкость удаления при необходимости

Сравнение методики obturации горячей гуттаперчей и латеральной конденсации
Clinton K & Himel V *J Endodon* 2001 ; 27 : 692-695

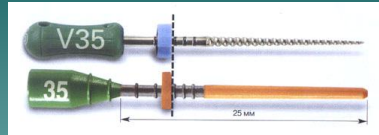
«Термафил лучше заполняет латеральные пространства, оставляя меньше пустот и обладает лучшей адаптацией к стенкам канала, по сравнению методикой латеральной конденсации ... »

Шаг 1



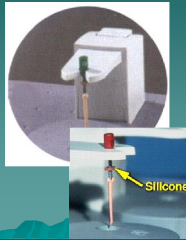
- калибровка канала

Шаг 2



- Выставление рабочей длины

Шаг 3



- Разогрев термафила

Шаг 4



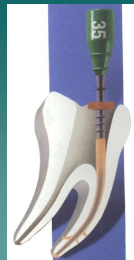
- Высушивание канала

Шаг 5



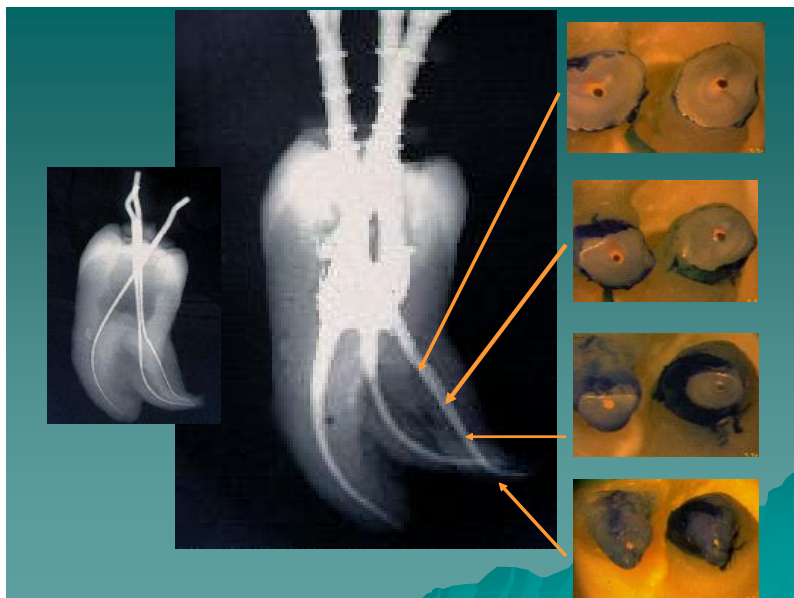
- Внесение силера в устье

Шаг 6



- Obturация корневого канала

NB! анестезия



После любого метода пломбирования пульпарная камера очищается ватным шариком, смоченным в спирте, для удаления остатков силера и остатков гуттаперчи. Делается рентгенологический контроль. И выполняется постоянная или временная реставрация зуба.

Хочу выразить благодарность своим коллегам, которые помогли мне в подготовке данного материала: Андреевской Н.И., Кондратьевой Е.В., Перваловой О.В., Бурзаевой Д.Ю.

Используемая литература:

Соломонов М. О перелечивании: академический монолог/ М.Соломонов.- Екатеринбург: Изд-во АМБ, 2014.-176с.

Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Рудольф Беер, Михаэль А.Бауман, Андрей М. Киельбаса; Пер. с нем.; Под ред. Е.А. Волкова. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс–информ, 2008. – 240 с.

Эдгар Шафер STOMWEB.RU

ООО «Медикс Групп»
г.Чита, ул. Красной Звезды, 9
+7(3022) 201-201, 20-10-40
+7(914) 451-38-29
stom@med-8.ru



Стоматологическая установка Siger U 200



Технические параметры

- Напряжение электросети: 230 В
- Частота электросети: 50/60Гц
- Мощность: 900 Вт
- Основной предохранитель: 6А 250В
- Напряжение: 24 А, переменный ток направления, 120ВА
- Стоматологический светильник: 12В АС, 50ВА
- Электромотор: 24А постоянный ток напряжение
- Давление воды кПа или бар: 200-400kPa , 21-42 бар
- Давление воздуха: 500-550kPa

Наличие регистрационного удостоверения и сертификата/декларации о соответствии

Сроки поставки 10-20 дней

Доставка, монтаж, ввод в эксплуатацию

Гарантия 12 мес.

Комплексы

- **Блокер** на 5-ть инструментов оснащен пистолетом вода/воздух, модулем для подключения турбинного наконечника с фиброоптикой, модулем для подключения турбинного наконечника с 4-х канальным шлангом midwest, модулем для подключения пневматического микрометра, модулем для подключения пятого инструмента, нагнетателем, панелью управления всеми функциями кресла, подносом для инструментов, пневматическим фиксатором блока врач в рабочем положении, кнопкой панели управления;

- **Кресло пациента** электромагнитное с функцией памяти на 6-ть положений, оснащено арматурным подголовником для взрослого и детского приема, левым подлокотником;

- **Гидроблок**, совмещенный с креслом пациента, оснащен системами автоматического наполнения водой стакана пациента и омыва плевательницы, автономной подачи воды на инструменты, дезинфекцией шлангов, фильтром ожатого воздуха с автоматическим сливом конденсата, бойлером для подогрева воды, съемной керамической поворотной плевательницей, многофункциональной панелью управления креслом и инструментами;

- **Блок осветителя** оснащен пылесосом, светодиодным рефлекторного типа (при размещении предохранительного зазора, возможна комплектация под вакуумную помпу Catpni), пистолетом вода/воздух, дополнительным местом для установки 4-го инструмента, панелью управления движением кресла, системами автоматического наполнения водой стакана пациента, омыва плевательницы, функцией подогрева воды в стакане пациента;

- **Светильник** светодиодный работает в двух положениях яркости (1500/2500лк/сек);

- держатель монитора;

- ступица;

- **Кресло**

Максимальная нагрузка – 135кг.

- **Поднос**

Максимальная нагрузка на поднос не должна превышать 1,5кг.

Технические характеристики стоматологической установки:

- Максимальная длина: 2100мм
 - Максимальная ширина: 1760мм
 - Вертикальный ход станка для инструментов
 - Плевательница может поворачиваться на 90 градусов от кресла пациента
 - Плевательница может поворачиваться на 90 градусов к креслу пациента
 - Минимальная высота сиденья кресла: 410мм
 - Максимальная высота сиденья кресла: 830мм
 - Ход спинки: 75 градусов
 - Ход сиденья кресла: 8,5 градусов
- Производство: Китай



ООО «ФармМедТехника»
теперь находится по новому адресу:

г. Чита ул. Смоленская-99
(вход с улицы Подгорбунского
рядом со Школой № 40)

Телефоны:

21-22-69	Отдел Продаж
21-13-43	Отдел Продаж
21-07-60	Отдел Стоматологии
21-02-33	Бухгалтерия
21-09-55	Склад
21-06-69	Сервисный отдел

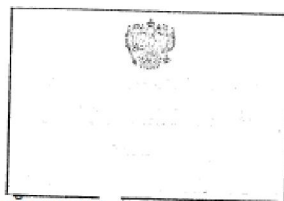
e-mail: all@farmmedchita.ru

Каждый день нам поступают заказы на стоматологические материалы из самых разных районов края. И мы оперативно осуществляем поставки. Наши клиенты знают: сотрудничество с ООО "ФармМедТехника" - это качественные стоматологические материалы и оборудование, поступившие вовремя, по умеренной цене и на выгодных условиях.

ООО "ФармМедТехника" в курсе всех событий на рынке стоматологических услуг. Каждый из нас с глубоким уважением относится к Вашим знаниям, опыту и мастерству, мы стремимся в любой ситуации найти способ удовлетворить все Ваши пожелания, учесть замечания и предложения и конечно предложить качественные стоматологические материалы. Активное общение с терапевтами и хирургами-стоматологами, ортопедами, зубными техниками, медицинскими менеджерами помогает динамичному развитию ООО "ФармМедТехника".

Мы постоянно участвуем в профессиональных выставках, изучаем все инновации и новые товары, выбирая для Вас все самое лучшее. На нашем складе и под заказ - тысячи наименований товаров и разнообразного оборудования. Есть все, что необходимо стоматологии, начиная от средств профилактики кариеса, заканчивая сложнейшими эндодонтическими инструментами и оборудованием.

А так же, мы осуществляем монтаж, ремонт и техническое обслуживание всего перечня медицинского оборудования любой сложности, поставляем запасные части для любых медицинских аппаратов. В нашей сервисной службе работают только высококвалифицированные специалисты.



МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

10 мая 2016г.

№ _____

Москва

Об утверждении профессионального стандарта «Врач-стоматолог»

В соответствии с пунктом 16 Правил разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 г. № 23 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 4, ст. 293; 2014, № 39, ст. 5266), приказываю:

Утвердить прилагаемый профессиональный стандарт «Врач-стоматолог».

Министр

М.А. Топилин



УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства
труда и социальной защиты
Российской Федерации
от «14» Июн 2016 г. № 31н

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ

Врач-стоматолог

812

Регистрационный номер

Содержание

I. Общие сведения	1
II. Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт (функциональная карта вида профессиональной деятельности)	2
III. Характеристика обобщенных трудовых функций	3
3.1. Обобщенная трудовая функция «Оказание медицинской помощи при стоматологических заболеваниях»	3
IV. Сведения об организациях - разработчиках профессионального стандарта	15

I. Общие сведения

Стоматологическая практика

02.005

(наименование вида профессиональной деятельности)

Код

Основная цель вида профессиональной деятельности:

Профилактика, диагностика и лечение заболеваний зубов, полости рта и челюстно-лицевой области

Группа занятий:

/ 2261

Стоматологи

(код ОКЗ)

(наименование)

(код ОКЗ)

(наименование)

Отнесение к видам экономической деятельности:

186.23

/ Стоматологическая практика

(код ОКВЭД)

(наименование вида экономической деятельности)

II. Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт (функциональная карта вида профессиональной деятельности)

Обобщенные трудовые функции		Трудовые функции			
код	наименование	уровень квалификации	наименование	код	уровень (подуровень) квалификации
A	Оказание медицинской помощи при стоматологических заболеваниях	7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни Организационно-управленческая деятельность	A/01.7 A/02.7 A/03.7 A/04.7 A/05.7 A/06.7	7 7 7 7 7 7

III. Характеристика обобщенных трудовых функций

3.1. Обобщенная трудовая функция

Наименование	Оказание медицинской помощи при стоматологических заболеваниях	Код	A	Уровень квалификации	7
Происхождение обобщенной трудовой функции	Оригинал	X	Заимствовано из оригинала		
			Код оригинала	Регистрационный номер профессионального стандарта	

Возможные наименования должностей, профессий	Врач-стоматолог
Требования к образованию и обучению	Высшее образование – специалитет
Требования к опыту практической работы	-
Особые условия допуска к работе	Прохождение обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований), а также внеочередных медицинских осмотров (обследований) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации ⁵ Отсутствие судимости и (или) факта уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования по реабилитирующим основаниям ⁴
Другие характеристики	Профессиональное развитие специалиста Для профессионального роста и присвоения квалификационной категории требуется выполнение критериев, соответствующих специальности Основные пути повышения квалификации: - программы повышения квалификации; - программы профессиональной переподготовки; - стажировки; - тренинги в симуляционных центрах; - использование современных дистанционных образовательных технологий (образовательный портал и вебинары); - участие в конгрессах, конференциях, мастер-классах

Дополнительные характеристики

Наименование документа	Код	Наименование базовой группы, должности (профессии) или специальности
ОКЗ	2261	Стоматолога
ОКСО ⁵	060105	Стоматология

3.1.1. Трудовая функция

Наименование	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	Код	A/01.7	Уровень (подуровень) квалификации	7
--------------	--	-----	--------	-----------------------------------	---

Происхождение трудовой функции	Оригинал	X	Зaimствовано из оригинала		
				Код оригинала	Регистрационный номер профессионального стандарта

Трудовые действия	Первичный осмотр пациентов
	Повторный осмотр пациентов
	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза
	Установление предварительного диагноза
	Направление пациентов на лабораторные исследования
	Направление пациентов на инструментальные исследования
	Направление пациентов на консультацию к врачам-специалистам
	Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза
	Постановка окончательного диагноза
	Интерпретация результатов сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей)
	Интерпретация данных первичного осмотра пациентов
	Интерпретация данных повторного осмотра пациентов
	Интерпретация данных лабораторных исследований
	Интерпретация данных инструментальных исследований
	Интерпретация данных консультаций пациентов врачами-специалистами
	Интерпретация данных дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))
	Получение информации от пациентов (их родственников / законных представителей)
	Анкетирование пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний
	Выявление у пациентов зубочелюстных, лицевых аномалий, деформаций и предпосылок их развития, дефектов коронок зубов и зубных рядов; выявление факторов риска онкопатологии (в том числе различных фоновых процессов, предопухольевых состояний)
	Необходимые умения
Выявлять общие и специфические признаки стоматологических заболеваний	
Интерпретировать результаты первичного осмотра пациентов	
Интерпретировать результаты повторного осмотра пациентов	
Обосновывать необходимость и объем лабораторных исследований	
Обосновывать необходимость и объем инструментальных исследований	
Обосновывать необходимость и объем дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))	
Проводить общее клиническое обследование детей и взрослых	

	Обосновывать необходимость направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам
	Анализировать полученные результаты обследования
	Обосновывать и планировать объем дополнительных исследований
	Интерпретировать результаты сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей)
	Выявлять клинические признаки острой и хронической черепно-лицевой боли соматического, нейрогенного и психогенного происхождения
	Диагностировать кариес, болезни пульпы и пародонта, заболевания пародонта, слизистой рта
	Интерпретировать данные лабораторных исследований
	Диагностировать дефекты зубных рядов, патологии пародонта, полное отсутствие зубов
	Интерпретировать данные инструментальных исследований
	Интерпретировать данные консультаций пациентов врачами-специалистами
	Интерпретировать данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))
	Диагностировать зубочелюстные деформации и аномалии зубов и челюстей; выявлять факторы риска онкопатологии (в том числе различные фоновые процессы, предопухолевые состояния)
	Применять средства индивидуальной защиты
Необходимые знания	Биологическая роль зубочелюстной области, биомеханика жевания, возрастные изменения челюстно-лицевой области, особенности воздействия на нее внешней и внутренней среды
	Основные принципы диагностики инфекционных заболеваний, медицинские показания к госпитализации пациентов с инфекционными заболеваниями
	Топографическая анатомия головы, челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения, иннервации и лимфатической системы, строение зубов, эмбриология зубочелюстной области, основные нарушения эмбриогенеза
	Этиология, патогенез, диагностика часто встречающихся заболеваний
	Взаимосвязь строения и функционирования зубочелюстной системы с нарушениями со стороны носоглотки, дыхательной и пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата
	Основные вопросы нормальной и патологической физиологии зубочелюстной системы, ее взаимосвязь с функциональным состоянием других систем организма и уровни их регуляции
	Методы диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желез у детей и взрослых
	Нормальное строение зубов, челюстей и нарушения строения при зубочелюстных, лицевых аномалиях
	Клиническая картина, методы диагностики, классификация заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ
	Клиническая картина, методы диагностики, классификация заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава
	Клинические проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения

	Комплексная взаимосвязь между стоматологическим здоровьем, питанием, общим здоровьем, заболеваниями, применением лекарственных препаратов
	Нормальное функционирование зубочелюстной системы и нарушение ее функций при аномалиях прикуса
	Клиническая картина, методы диагностики, классификация заболеваний слонных желез, врожденных, приобретенных аномалий зубов, зубных рядов, альвеолярных отростков, челюстей, лица
	Клиническая картина, симптомы основных заболеваний и пограничных состояний челюстно-лицевой области у взрослых и детей, их диагностика
	Значение специальных и дополнительных методов исследования для дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний
	Медицинские показания и противопоказания к применению рентгенологического и других методов дополнительного обследования
	Медицинские изделия, применяемые в стоматологии (Принципы устройства и правила эксплуатации)
	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
	Порядок оказания медицинской помощи по профилям
	Стандарты медицинской помощи по заболеваниям
	Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи
	Состояния, требующие медицинской помощи в экстренной и неотложной формах
	Требования охраны труда, пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
	Санитарно-эпидемиологические требования
	Клинические проявления и течение часто встречающихся заболеваний, травм и состояний у пациентов пожилого и старческого возраста
	Особенности врачебного обследования пациентов пожилого и старческого возраста
	Структура заболеваемости в пожилом и старческом возрасте
	Правила применения средств индивидуальной защиты
Другие характеристики	Соблюдение врачебной тайны
	Соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

3.1.2. Трудовая функция

Наименование	Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения	Код	A/02.7	Уровень (подуровень) квалификации	7
Происхождение трудовой функции	Оригинал <input checked="" type="checkbox"/>	Займствовано из оригинала		Код оригинала	Регистрационный номер профессионального стандарта

Трудовые действия	Оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной формах при острых стоматологических заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента или без явных признаков угрозы жизни пациента
	Подбор вида местной анестезии/обезболивания
	Оценка возможных осложнений, вызванных применением местной анестезии
	Выполнение физиотерапевтических процедур
	Подбор лекарственных препаратов для лечения стоматологических заболеваний
	Формирование плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях
	Лечение заболеваний зубов, пародонта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слонных желез
	Наблюдение за ходом лечения пациента
	Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ, за исключением специализированного приема по лечению предраков слизистой оболочки полости рта и губ
	Оценка возможных побочных эффектов от приема лекарственных препаратов
	Составление комплексного плана лечения
	Специализированный прием по лечению кариеса, некариозных заболеваний зубов, пульпита, периодонтита, пародонтита, заболеваний слизистой оболочки полости рта, за исключением предраков
	Уход за пациентами с повреждениями челюстно-лицевой области, лицами с ограниченными возможностями на дому
	Консультирование пациента по методам лечения стоматологических заболеваний
	Подбор медицинских изделий (в том числе стоматологических материалов) для лечения стоматологических заболеваний
	Хирургическая помощь в пределах проведения операции удаления зуба (исключая ретенированные и дистопированные), вскрытие поднадкостничных абсцессов при периостите челюстей
	Ортопедическое лечение лиц с дефектами зубов, зубных рядов в пределах временного протезирования, протезирования одиночных дефектов зубного ряда, протезов до трех единиц (исключая протезирование на зубных имплантатах)
	Поздняя санация полости рта (исключая санацию детей в условиях анестезиологического пособия)
	Лечение молочных и постоянных зубов
	Обоснование наиболее целесообразной тактики лечения
	Ортопедическое лечение лиц с дефектами зубов, зубных рядов в пределах частичных и полных съемных пластиночных протезов
	Оценка возможных осложнений, вызванных применением методики лечения
Направление пациентов на стационарное лечение при стоматологических заболеваниях в установленном порядке	
Устранение очагов инфекции и интоксикации	

	<p>Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта (исключая лечение детей с проявлениями вирусных, бактериальных, аллергических и других детских инфекций в полости рта)</p> <p>Оказание квалифицированной медицинской помощи по специальности с использованием современных методов лечения, разрешенных для применения в медицинской практике</p> <p>Оказание медицинской помощи пациентам при острых и хронических одонтогенных воспалительных процессах, обострении хронических заболеваний челюстно-лицевой области</p> <p>Формирование эпикриза</p> <p>Оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах</p>
Необходимые умения	<p>Назначать медикаментозную терапию при заболеваниях в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями, учитывая фармакодинамику и фармакокинетику лекарственных средств</p> <p>Назначать немедикаментозную терапию в соответствии с медицинскими показаниями</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность медикаментозных методов лечения</p> <p>Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозных методов лечения</p> <p>Анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологического воздействия</p> <p>Анализировать действие немедикаментозных методов лечения по совокупности их свойств</p> <p>Составлять рецептурные прописи лекарственных препаратов, выписывать рецепты при заболеваниях, патологических процессах и состояниях</p> <p>Использовать лекарственные препараты, медицинские изделия (в том числе стоматологические материалы, инструменты)</p> <p>Разрабатывать оптимальную тактику лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента</p> <p>Определять способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов</p> <p>Разрабатывать план лечения с учетом течения заболевания, подбирать, назначать лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения</p> <p>Назначать лекарственные препараты для лечения стоматологических заболеваний</p> <p>Формулировать медицинские показания к избранному методу лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания</p> <p>Обосновывать схему, план и тактику ведения пациентов, медицинские показания и противопоказания к операции</p> <p>Применять физиотерапевтические процедуры для лечения и восстановления поврежденных после лечения тканей</p> <p>Проводить лечение заболеваний твердых тканей зубов, пульпы и периапикальных тканей, пародонта, слизистой оболочки рта</p> <p>Определять необходимость направления пациента к соответствующим врачам-специалистам</p> <p>Обосновывать фармакотерапию пациента при основных патологических синдромах и неотложных состояниях</p>

	<p>Пользоваться методами лечения дефектов зубных рядов ортопедическими конструкциями в пределах временного протезирования, протезирования одиночных дефектов зубного ряда, протезов до трех единиц (исключая протезирование на зубных имплантатах)</p> <p>Применять различные методики местной анестезии челюстно-лицевой области, блокады с применением препаратов для местной анестезии, определять медицинские показания к общей анестезии</p> <p>Определять способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов</p> <p>Применять методы лечения дефектов зубных рядов ортопедическими конструкциями в пределах частичных и полных съемных пластиночных протезов</p> <p>Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения стоматологических заболеваний у детей и взрослых</p> <p>Применять методы комплексного лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии</p> <p>Определять объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению</p> <p>Применять средства индивидуальной защиты</p>
Необходимые знания	<p>Методы использования медицинских изделий, химических средств и лекарственных препаратов для контроля зубного налета</p> <p>Особенности оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах при стоматологических заболеваниях</p> <p>Группы лекарственных препаратов, их фармакокинетика, фармакодинамика, совместимость лекарственных препаратов</p> <p>Общие и функциональные методы лечения пациентов с челюстно-лицевой патологией</p> <p>Основные принципы лечения пациентов с инфекционными заболеваниями</p> <p>Топографическая анатомия головы, челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения, иннервации и лимфатической системы, строение зубов, эмбриология зубочелюстной области, основные нарушения эмбриогенеза</p> <p>Клиническая картина, симптомы патологии в полости рта, медицинские показания к применению различных методов лечения</p> <p>Основные методы вспомогательного хирургического лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями</p> <p>Клиническая картина, основные методы лечения (медицинские показания, противопоказания, осложнения) заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ</p> <p>Морфологические изменения в зубочелюстной системе при ортопедическом и ортодонтическом лечении</p> <p>Клиническая картина, основные методы лечения (медицинские показания, противопоказания, осложнения) заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстного сустава</p> <p>Клиническая картина, основные методы ортопедического лечения патологии твердых тканей, заболеваний пародонта, патологической стираемости, патологии височно-нижнечелюстного сустава</p>

	Клиническая картина, основные методы лечения (медицинские показания, противопоказания, осложнения) заболеваний слонных желез, врожденных, приобретенных аномалий зубов, зубных рядов, альвеолярных отростков, челюстей, лица
	Клиническая картина, симптомы основных заболеваний и пограничных состояний челюстно-лицевой области у взрослых и детей, их лечение
	Методы лечения зубочелюстных, лицевых аномалий у детей и взрослых
	Принципы, приемы и методы анестезии в стоматологии
	Принципы устройства и правила эксплуатации медицинских изделий (стоматологического оборудования)
	Современные медицинские изделия (аппаратура, инструментарий и материалы), применяемые в стоматологии
	Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи
	Порядки оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях
	Стандарты медицинской помощи при стоматологических заболеваниях
	Требования охраны труда, пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
	Санитарно-эпидемиологические нормы и требования
	Особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у пациентов пожилого, старческого возраста
	Психологические, поведенческие особенности пациентов пожилого, старческого возраста
	Особенности общей и специальной гигиены пациентов пожилого, старческого возраста
	Правила применения средств индивидуальной защиты
	Методика выполнения реанимационных мероприятий
	Соблюдение врачебной тайны
Другие характеристики	Соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

3.1.3. Трудовая функция

Наименование	Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ	Код	A/03.7	Уровень (подуровень) квалификации	7
--------------	--	-----	--------	-----------------------------------	---

Происхождение трудовой функции	Оригинал	X	Занято из оригинала		
				Код оригинала	Регистрационный номер профессионального стандарта

Трудовые действия	Составление индивидуального плана реабилитации пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области
	Наблюдение за ходом реабилитации пациента
	Подбор лекарственных препаратов для реабилитации
	Оказание квалифицированной медицинской помощи по своей специальности с использованием современных методов реабилитации, разрешенных для применения в медицинской практике

Необходимые умения	Разрабатывать план реабилитации пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области
	Проводить реабилитационные мероприятия при заболеваниях челюстно-лицевой области
	Применять методы комплексной реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии
	Применять средства индивидуальной защиты
Необходимые знания	Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях и патологических состояниях
	Основные принципы реабилитации пациентов с инфекционными заболеваниями
	Основные принципы реабилитации пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области
	Принципы устройства и правила эксплуатации медицинских изделий в категории «Стоматологическое оборудование»
	Требования охраны труда, пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
	Санитарно-эпидемиологические нормы и требования
	Правила применения средств индивидуальной защиты
Другие характеристики	Соблюдение врачебной тайны
	Соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

3.1.4. Трудовая функция

Наименование	Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения	Код	A/04.7	Уровень (подуровень) квалификации	7
--------------	---	-----	--------	-----------------------------------	---

Происхождение трудовой функции	Оригинал	X	Займствовано из оригинала		
			Код оригинала	Регистрационный номер профессионального стандарта	

Трудовые действия	Проведение профилактических осмотров населения
	Назначение профилактических процедур
	Подбор лекарственных препаратов для профилактики стоматологических заболеваний
	Формирование плана профилактической стоматологической помощи пациенту
	Проведение мероприятий по снижению заболеваемости, включая инфекционные заболевания, инвалидизации, смертности, летальности
	Выполнение профилактических процедур стоматологических заболеваний
	Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ, в том числе онкогигиеническая профилактика и вторичная профилактика онкологических новообразований, за исключением специализированного приема по лечению предраков слизистой оболочки полости рта и губ

	<p>Подбор медицинских изделий в категории «Стоматологические материалы» для профилактики стоматологических заболеваний</p> <p>Оказание квалифицированной медицинской помощи по своей специальности с использованием современных методов профилактики, разрешенных для применения в медицинской практике</p> <p>Краткое профилактическое консультирование</p>
Необходимые умения	<p>Проводить профилактические осмотры различных категорий граждан</p> <p>Проводить профилактику заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез</p> <p>Выполнять предписанные действия при проведении противозидемических мероприятий при инфекционных заболеваниях (подача экстренного извещения об очаге инфекции, выявление и наблюдение контактных лиц)</p> <p>Использовать методы первичной и вторичной профилактики</p> <p>Применять методы организации первичной профилактики стоматологических заболеваний в любой возрастной группе</p> <p>Применять средства индивидуальной защиты</p>
Необходимые знания	<p>Принципы диспансерного наблюдения в различных категориях пациентов и среди населения</p> <p>Особенности специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний</p> <p>Особенности профилактики онкопатологии</p> <p>Этиология, патогенез, профилактика часто встречающихся заболеваний челюстно-лицевой области</p> <p>Методы профилактики зубочелюстных, лицевых аномалий у детей и взрослых</p> <p>Клиническая картина, симптомы основных заболеваний и пограничных состояний челюстно-лицевой области у взрослых и детей, их профилактика</p> <p>Основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения</p> <p>Требования охраны труда, пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях</p> <p>Санитарно-эпидемиологические нормы и требования</p> <p>Правила применения средств индивидуальной защиты</p>
Другие характеристики	<p>Соблюдение врачебной тайны</p> <p>Соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами</p>

3.1.5. Трудовая функция

Наименование	Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни		Код	A/05.7	Уровень (подуровень) квалификации	7
Происхождение трудовой функции	Оригинал	X	Займствовано из оригинала			
				Код оригинала	Регистрационный номер профессионального стандарта	
Трудовые действия	Формирование у пациентов (их родственников / законных представителей) мотивации к ведению здорового образа жизни и отказу от вредных привычек					
	Формирование у пациентов (их родственников / законных представителей) позитивного поведения, направленного на сохранение и повышение уровня здоровья					
Необходимые умения	Проводить санитарно-гигиеническое просвещение среди пациентов (их родственников / законных представителей) и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни					
	Оценивать физическое развитие и функциональное состояние организма пациента					
	Формировать у пациентов (их родственников / законных представителей) поведение, направленное на сохранение и повышение уровня здоровья					
Необходимые знания	Основные критерии здорового образа жизни и методы его формирования					
	Социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий, токсикоманий, основные принципы их профилактики					
	Формы и методы санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников					
	Основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующие укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний					
Другие характеристики	Соблюдение врачебной тайны					
	Соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами					

3.1.6. Трудовая функция

Наименование	Организационно-управленческая деятельность		Код	A/06.7	Уровень (подуровень) квалификации	7
Происхождение трудовой функции	Оригинал	X	Займствовано из оригинала			
				Код оригинала	Регистрационный номер профессионального стандарта	
Трудовые действия	Предоставление медико-статистических показателей в установленном порядке					
	Ведение медицинской документации					

	<p>Контроль выполнения медицинскими работниками, занимающими должности среднего и младшего медицинского персонала, врачебных назначений</p> <p>Контроль (оценка) качества оказания медицинской помощи</p> <p>Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, определение медицинских показаний к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортному лечению</p> <p>Руководство медицинскими работниками, занимающими должности среднего и младшего медицинского персонала</p> <p>Составление плана работы и отчета о своей работе</p> <p>Анализ основных медико-статистических показателей (заболеваемости, инвалидности, смертности, летальности) населения обслуживаемой территории</p>
Необходимые умения	<p>Анализировать качество оказания медицинской помощи</p> <p>Анализировать показатели заболеваемости, инвалидности и смертности населения обслуживаемой территории</p> <p>Заполнять медицинскую документацию и контролировать качество ведения медицинской документации</p> <p>Оформлять документацию, необходимую для проведения медико-социальной экспертизы</p> <p>Работать в информационно-аналитических системах (Единая государственная информационная система здравоохранения)</p> <p>Составлять план работы и отчет о своей работе</p> <p>Анализировать качество и эффективность ведения медицинской документации</p> <p>Организовывать госпитализацию для лечения в стационарных условиях</p>
Необходимые знания	<p>Правила выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность</p> <p>Правила оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность</p> <p>Принципы проведения экспертизы временной нетрудоспособности</p> <p>Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях</p> <p>Критерии оценки качества медицинской помощи</p> <p>Особенности ведения медицинской документации</p> <p>Общие вопросы организации медицинской помощи населению</p> <p>Стандарты и системы управления качеством медицинских (стоматологических) услуг</p> <p>Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья и нормативные правовые акты, определяющие деятельность медицинских организаций</p>
Другие характеристики	<p>Соблюдение врачебной тайны</p> <p>Соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами</p>

IV. Сведения об организациях – разработчиках профессионального стандарта**4.1. Ответственная организация-разработчик**

Ассоциация общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России», город Москва	
Президент	Садовский Владимир Викторович

4.2. Наименования организаций-разработчиков

1	ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, город Москва
2	Министерство здравоохранения Российской Федерации, город Москва

¹ Общероссийский классификатор занятий.

² Общероссийский классификатор видов экономической деятельности.

³ Приказ Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (зарегистрирован Минюстом России 21 октября 2011 г., регистрационный № 22111), с изменениями, внесенными приказами Минздрава России от 15 мая 2013 г. № 296н (зарегистрирован в Минюсте России 3 июля 2013 г., регистрационный № 28970) и от 5 декабря 2014 г. № 801н (зарегистрирован Минюстом России 3 февраля 2015 г., регистрационный № 35848); статья 213 Трудового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, №1, ст. 3; 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 27, ст. 2878; 2008, № 30, ст. 3616; 2011, № 49, ст. 7031; 2013, № 48, ст. 6165, № 52, ст. 6986).

⁴ Трудовой кодекс Российской Федерации, ст. 351.1 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 1, ст. 3; 2015, № 1, ст. 42).

⁵ Общероссийский классификатор специальностей по образованию.

Организаторы конференции благодарят официальных спонсоров:

**ООО "Ривадент",
ООО "Доктор Реддис",
ООО "Стома Денталь",
ООО "ФармМедТехника",
ООО "Медикс Группа"**

за помощь в организации и проведении краевой конференции стоматологов "Актуальные вопросы стоматологии".

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

**КРАЕВАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ**

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

**6 апреля 2018 г.
г. Чита**

Оригинал-макет подготовлен редакционно-издательским центром ЧГМА
6720000, г. Чита, ул. Горького, 39-а

тел./факс: 8 (3022) 35-43-24/8 (3022) 32-30-58 e-mail: pochta@chitgma.ru

Сдано в набор 14.03.2018

Гарнитура "Гаймс", формат 60X84 1/16, 159 стр.

Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв.

Объем 5,0 Мб

Тираж 300 экз.