



специализированный медицинский журнал



главный ⁺ВРАЧ

№3 (73) 2020

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL.2002.RU

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ



СТОМАТОЛОГИЯ



МЕДТЕКС.РФ
8 (800) 300-68-20

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАТРАСЫ
С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ

Санкт-Петербург
8 (812) 627-68-20

Москва

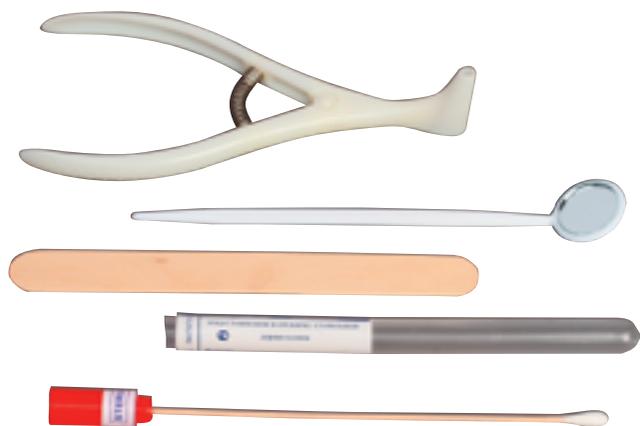
8 (495) 627-68-20

Новосибирск
8 (383) 312-68-20





ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДНЫЕ ОДНОРАЗОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ И МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ:



- гинекологии (зонд уrogenитальный, зеркало гинекологическое, набор гинекологический)
- оториноларингологии (шпатель, пинцет, палочка-тампон, ушная воронка, зеркало носовое)
- изделия для первичной обработки новорожденных (амниотом, браслеты, зажим для пуповины)
- салфетки проспиртованные
- изделия для интенсивной терапии и реанимации (катетеры, зонды, мочеприемники), контейнеры для сбора биологического материала



*Прямые поставки
от китайского
производителя.
Низкие цены.
Качество продукции.*



*Особые условия
при оптовых
поставках.*

*Бесплатная
доставка по СПб
и до
транспортной
компании.*

Акции.



ООО «ЮНИКОРНМЕД»

193135, г. Санкт-Петербург,
пр. Большевиков, 56/4,
тел./факс: (812) 702-33-04
www.unicmed.ru, info@unicmed.ru





GoldiDent™

Ваш поставщик стоматологического оборудования

ВЫ ПЛАНИРУЕТЕ ОТКРЫТЬ СТОМАТОЛОГИЮ?

МЫ РЕАЛИЗУЕМ ВЕСЬ КОМПЛЕКС
УСЛУГ: ОТ ПОСТАВКИ ОБОРУДОВАНИЯ,
РЕМОНТА И ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ ДО
ПРИВЛЕЧЕНИЯ ПОТОКА ПАЦИЕНТОВ
В КЛИНИКУ «ПОД КЛЮЧ»

- › Создание бизнес-плана;
- › Проверка помещения на соответствие основным нормам;
- › Разработка проектной документации;
- › Строительные и ремонтные работы;
- › Поставка стоматологического оборудования, боров и материалов;
- › Получение лицензии;
- › Обучение персонала и внедрение системы управления (CRM);
- › Маркетинговое исследование ваших конкурентов;
- › Сопровождение после запуска клиники.

> 10 лет

на рынке комплектации
и запуска стоматологий

**> 100
проектов**

реализовано по комплексному
оснащению клиник «под ключ»

**17
городов РФ**

география реализованных
проектов

**ПРОДАЖА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ.
ДОСТАВКА. МОНТАЖ. ОБУЧЕНИЕ.**

vatech



Kodak



Костнозамещающие материалы для стоматологии

Гранулы, гели, мембраны, пластины, губки



ООО "НПК ПОЛИСТОМ"



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

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

Крылова О. В. — учредитель и издатель,
e-mail: Krylova@akvarel2002.ru

Петров Ю. А. — главный редактор, д.м.н., профессор
ФБГОУ ВО РостГМУ МЗ РФ; e-mail: info@akvarel2002.ru

Редакционный совет:

Быковская Т. Ю. — министр здравоохранения Ростовской области

Гаджибрагимов Д. А. — министр здравоохранения Республики Дагестан

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

Мажаров В. Н. — министр здравоохранения Ставропольского края

Филиппов Е. Ф. — министр здравоохранения Краснодарского края

Редакционная коллегия:

Альникин А. Б. — к.м.н., главный врач клиники ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ

Беловолова Р. А. — д.м.н., ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ

Гандылян К. С. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО СтГМУ МЗ РФ

Гаража С. Н. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО СтГМУ МЗ РФ

Дмитриев М. Н. — к.м.н., доцент ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ

Долгалев А. А. — д.м.н., доцент ФГБОУ ВО СтГМУ МЗ РФ

Караков К. Г. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО СтГМУ МЗ РФ

Карсанов А. М. — к.м.н., профессор ФГБОУ ВО СОГМА МЗ РФ

Куценко И. И. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ

Максюков С. Ю. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ

Моллаева Н. Р. — д.м.н., ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ

Новгородский С. В. — д.м.н., профессор, главный врач ГАУ РО «Стоматологическая поликлиника»

Перескоков С. В. — д.м.н., ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ

Пшеничная Н. Ю. — д.м.н., профессор ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ

Росторгуев Э. Е. — к.м.н., ФГБУ РНИОИ МЗ РФ

Шкурят Т. П. — д.б.н., профессор ФГАУ ВО ЮФУ

Адрес редакции и издателя:

344064, г. Ростов-на-Дону,
ул. Вавилова, 54, оф. 404
т./ф. (863) 223-23-25, +7-991-366-00-67
по вопросам подписки +7-991-366-00-67

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

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

Тираж 6500 экз. Заказ №510

Подписано в печать 09.07.2020 г., дата выхода 15.07.2020 г.

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

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

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

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

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

Распространяется бесплатно по линии МЗ

СОДЕРЖАНИЕ

Структура и кадровое обеспечение стоматологической службы Ростовской области в 2019 году	4
Сравнительная оценка фторсодержащих препаратов при лечении гиперестезии зубов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта	8
Восстановление утраченного премоляра имплантатом Конмет с использованием цифровых технологий планирования и протезирования	12
Стоматологическая анестезиология: опыт применения в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии при операциях на верхней челюсти. Тема, проблема, решение, побуждение к действию.....	15
Выставки.....	19, 25
Состояние гигиены полости рта детей с синдромом Дауна и уровень знаний родителей по сохранению стоматологического здоровья детей.....	21

**ЖУРНАЛ «ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ» ПРЕДЛАГАЕТ
ВРАЧАМ ПУБЛИКАЦИЮ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ.
ЖУРНАЛ ВХОДИТ В СИСТЕМУ РИНЦ**

ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ

1. Тематика: сообщение о результатах научно-исследова-
тельской работы; научная обзорная статья; дискуссионная
статья; научно-публицистическая статья.

**2. Статья обязательно должна содержать на русском
и английском языках:** заглавие, авторов, аннотацию и ключе-
вые слова.

3. Желательный объем статьи – 12–18 тысяч знаков.

**4. Фотографии и рисунки должны прилагаться отдель-
ными файлами** в формате tif или jpg, в тексте статьи обяза-
тельны ссылки на них и на литературные источники.

**5. В списке литературы желательно использовать пу-
бликации за последние 5–8 лет,** в количестве не более 15 ис-
точников.

6. Статья не должна быть ранее опубликована и не долж-
на содержать рекламу, в том числе скрытую.

7. К статье должна прилагаться авторская справка.

**ВЫСЫЛАТЬ СТАТЬИ ВЫ МОЖЕТЕ НА ЭЛЕКТРОННЫЙ
АДРЕС РЕДАКТОРА KRYLOVA@AKVAREL2002.RU
ИЛИ НА ОБЩИЙ ЯЩИК ЖУРНАЛА INFO@AKVAREL2002.RU**

СТРУКТУРА И КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2019 ГОДУ

М. В. Тишина, И. С. Костоев, С. Ю. Соловьева, Р. И. Рабаданов

Аннотация. Рассмотрена структура стоматологической службы Ростовской области. Проведен анализ динамики штатной численности, обеспеченности и укомплектованности специалистами стоматологического профиля медицинских организаций области. Выявлена неравномерность в обеспеченности врачами-стоматологами и средним медицинским персоналом стоматологического профиля в городах и районах области. Установлены различия в доступности стоматоло-

гической помощи для жителей городов и районов. Сформулированы актуальные организационные и кадровые проблемы стоматологической службы Ростовской области.

Ключевые слова: доступность, стоматологическая служба, обеспеченность стоматологической помощью, обеспеченность врачами-стоматологами, укомплектованность штатных должностей стоматологического профиля.

STRUCTURE AND STAFFING OF THE DENTAL SERVICE OF THE ROSTOV REGION IN 2019

M. V. Tishina, I. S. Kostoev, S. Yu. Solovyova, R. I. Rabadanov

Annotation. The structure of the dental service of the Rostov region is considered. The analysis of the dynamics of the staff number, security and staffing of dental specialists of medical organizations in the region is given. There is an unevenness in the provision of dentists and secondary medical personnel of dental

profile in the cities and districts of the region. There are differences in the availability of dental care for residents of cities and districts. Actual organizational and personnel problems of the dental service in the Rostov region are formulated.

Keywords: availability, dental service, provision of dental care, provision of dentists, staffing of full-time positions of dental profile.

Статьей 10 Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.2011 г. определены факторы, влияющие на доступность и качество медицинской помощи, одним из которых является наличие необходимого количества медицинских работников и уровень их квалификации [1].

Поэтому значимой задачей организации стоматологической помощи населению остается постоянный мониторинг стоматологических кадров, анализ и оценка показателей кадрового обеспечения территорий с позиции их эффективного использования для увеличения доступности и повышения качества стоматологической медицинской помощи, в том числе сельскому населению [2–5].

Ростовская область, занимая по численности населения 6-е место в стране и 2-е место в Южном федеральном округе, является одним из самых многонаселенных субъектов Российской Федерации.

По состоянию на 1 января 2020 года численность населения Ростовской области составляла 4202,3 тыс. человек (табл. 1).

Более 2487,6 тыс. человек (59,2% всего населения области) являлись городскими жителями. В сельской местности проживало 1714,7 тыс. человек или 40,8% населения области.

Детей и подростков в структуре населения было 18,9%, из которых

Численность населения Ростовской области в 2019 году

Территории	Взрослые		Дети		Всего РО	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Города	2042862	59,9	444757	56,1	2487619	59,2
Районы	1367027	40,1	347674	43,9	1714701	40,8
Всего РО	3409889	100,0	792431	100,0	4202320	100,0

Таблица 1

Учреждения амбулаторно-поликлинической стоматологической службы Ростовской области в 2019 году

Территории	Стоматологические поликлиники		Стоматологические отделения в муниципальных ЛПУ	ЛПУ со стоматологическими кабинетами	
	муниципальные	областные		муниципальные	областные
Города	21	2	11	30	4
Районы	5	0	22	213	0
Всего	26	2	33	243	4
Итого	28		33	247	

Таблица 2

56,1% проживали в городах, 43,9% — в сельской местности.

Сеть медицинских организаций, осуществляющих оказание стоматологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, представлена лечебно-профилактическими учреждениями областного и муниципального уровней в 12 городах и 43 районах Ростовской области.

Стоматологическая помощь населению Ростовской области оказывается в 28 стоматологических поликлиниках, 2 из которых являются областными, 21 поликлиника — это муниципальные учреждения в городах и 5 поликлиник в районах (табл. 2). Две стоматологические поликлиники являются автономными учреждениями: государственное автономное

Штатное расписание должностей специалистов стоматологического профиля в Ростовской области в 2019 г.

	Территория	Врачи-стоматологи	Зубные врачи	Всего
Штатные должности	Города	765,25	387,00	1152,25
	Районы	285,25	373,25	658,50
	РО	1050,50	760,25	1810,75
Занятые должности	Города	580,25	316,50	896,75
	Районы	251,50	342,00	593,50
	РО	831,75	658,50	1490,25
Физические лица	Города	593	324	917
	Районы	231	337	568
	РО	824	661	1485

Таблица 4

Обеспеченность населения Ростовской области специалистами стоматологического профиля в 2018–2019 гг. (на 10 000 населения)

Год	Территория	Штатные должности	Занятые должности
2018	Города	4,73	3,62
	Районы	4,00	3,52
	РО	4,43	3,58
2019	Города	4,63	3,60
	Районы	3,84	3,46
	РО	4,31	3,55

учреждение Ростовской области «Стоматологическая поликлиника» (ГАУ РО «СП») и муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника г. Гуково». Из 5 стоматологических поликлиник в районах три имеют статус юридически самостоятельных учреждений, а две входят в структуру центральных районных больниц.

В системе ЛПУ общего профиля организована работа 33 стоматологических отделений, из которых 11 входят в структуру городских учреждений, 22 — центральных районных больниц.

Лечебно-профилактические учреждения муниципальных образований области имеют 247 стоматологических кабинетов. Они развернуты в городских, районных больницах, поликлиниках, участковых больницах, врачебных амбулаториях, фельдшерских пунктах. Число стоматологических кабинетов в городах — 34, в районах — 213.

В военкоматах функционирует 5 стоматологических кабинетов (4 в городах, 1 в районе).

В сравнении с 2018 годом структура государственной и муниципальной стоматологической службы не претерпела каких-либо изменений. Данные о количестве коммерческих медицинских организаций, участвующих в оказании стоматологической помощи населению, в организационно-методический кабинет ГАУ РО «СП» не представляются.

Стоматологическую помощь населению городов и районов Ростовской области в 2019 году оказывали 1485 специалистов стоматологического профиля, из них 824 (55,5%) врача-стоматолога и 661 (44,5%) зубной врач. За период 2018–2019 гг. численность специалистов на стоматологическом приеме и в городах, и районах области уменьшилась на 2,1%.

В 2019 году произошли изменения в должностной структуре специалистов стоматологического профиля, которые характеризовались уменьшением числа зубных врачей и увеличением числа врачей-стоматологов, как в городах, так и в районах области. Уменьшение количества зубных врачей было связано с прекращением выпуска медицинскими колледжами специалистов по специальности «стоматология», а также переводом их на должности врачей-стоматологов в связи с получением высшего медицинского образования.

Лечебно-хирургический прием взрослого населения в 2019 году вели 1043 (70,2%) специалиста: 556 врачей-стоматологов и 487 зубных врачей. В городах врачей-стоматологов на лечебно-хирургическом приеме было в 2,6 раза больше, чем в районах.

Ортопедическую помощь населению Ростовской области в 2019 году

оказывали 208 (14,0%) специалистов: 161 врач-стоматолог-ортопед (77,4%) и 47 (22,6%) зубных врачей. Ортопедическая служба и в городах, и в районах была представлена больше врачами-стоматологами-ортопедами. Территориальные различия заключались в том, что в городах врачей-стоматологов-ортопедов было 80,1% от общего числа специалистов на ортопедическом приеме, а в районах — 57,4%. Удельный вес зубных врачей, оказывающих стоматологическую ортопедическую помощь, был меньше в городах, чем в районах, в 2,1 раза (19,9% против 42,6% соответственно).

Стоматологическую помощь детскому населению оказывали 206 (13,9%) специалистов: 173 (84,0%) в городах и 33 (16,0%) в районах. И в городах, и в районах удельный вес зубных врачей на детском приеме был выше, чем врачей-стоматологов (61,3% и 72,7% соответственно). Более 88% врачей-стоматологов детских вели прием в городских ЛПУ. Ортопедическая служба области была представлена 28 врачами-ортодонтами (1,9%), 27 из которых вели прием в городах.

Штатные расписания по должностям стоматологического профиля в ЛПУ области формировались с уче-

том нормативов, рекомендуемых приказами МЗ РФ от 07.12.2011 г. №1496н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» и №910н от 13.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями». Наименование должностей и их количество определялись руководителями органов и учреждений здравоохранения территорий с учетом планируемой потребности в разных видах стоматологической помощи, выделяемого объема планового задания по программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ и фактическими возможностями обеспечения финансирования статей сметы по заработной плате и начислениям на нее.

Из таблицы 3 видно, что всего в ЛПУ области было запланировано 1810,75 ставок должностей специалистов стоматологического профиля: 1152,25 в городах и 658,50 — в районах. Соответственно штатным расписаниям 1050,50 (58,0%) ставок были утверждены для специалистов с высшим и 760,25 (42,0%) — со средним медицинским образованием.

В сравнении с 2018 годом в штатах ЛПУ и городов, и районов области число штатных ставок врачей-стоматологов увеличилось, а ставки зубных врачей сократились.

Анализ сведений от ЛПУ области по занятым ставкам показал увеличение числа занятых ставок у врачей-стоматологов, как в городах (с 563,25 в 2018 г. до 580,25 в 2019 г.), так и в районах (с 243,25 в 2018 г. до 251,50 в 2019 г.). За 2018—2019 гг. число ставок, занятых зубными врачами, сократилось и в городах, и в районах области и составило 316,5 и 342,0 ставки соответственно. В целом по области число занятых ставок специалистов стоматологического профиля уменьшилось с 1509,50 ставок в 2018 году до 1490,25 в 2019 году (на 1,3%).

Представленная информация позволила рассчитать и проанализировать показатели обеспеченности населения Ростовской области стоматологической помощью.

За период 2018—2019 гг. обеспеченность штатными и занятыми должностями специалистов стоматологического профиля снизилась как в городах, так и в районах. В среднем по Ростовской области уровень обеспеченности штатными должностями составил 4,31, занятыми должностями — 3,55 ставок на 10000 жителей (табл. 4).

В 2019 году произошли изменения в обеспеченности населения на различных видах стоматологического приема.

Так, обеспеченность лечебно-хирургической помощью (на 10000 чел.) выросла с 3,65 в 2018 году до 3,72 в 2019 году, за счет увеличения стоматологических штатных должностей в районных ЛПУ.

На детском лечебно-хирургическом приеме этот показатель (на 10000 чел.) уменьшился с 3,89 в 2018 году до 3,33 в 2019 году, при этом штатные ставки сократились как в районах, так и в городах.

Показатель обеспеченности ортопедической помощью не претерпел в динамике каких-либо существенных изменений и составил на конец 2019 года 0,7 на 10000 населения.

В 2019 году штатные ставки были заняты врачами-стоматологами на 79,2%, зубными врачами — на 86,6% (табл. 5). Отмечались различия в укомплектованности занятыми ставками между городами и районами: в городах показатель укомплектованности штатных должностей врачей-стоматологов и зубных врачей был ниже, чем в районах, на 12,4% и 9,9% соответственно.

В целом в Ростовской области укомплектованность штатных должностей занятыми ставками в 2019 г. установилась на уровне 82,3%, что было выше, чем в 2018 году, на 1,6%.

Укомплектованность штатных должностей специалистов стоматологического профиля занятыми ставками и физическими лицами в Ростовской области в 2018—2019 гг. (%)

Год	Территория	Врачи-стоматологи		Зубные врачи		Всего в РО	
		занят. став.	физ. лица	занят. став.	физ. лица	занят. став.	физ. лица
2018	Города	73,2	76,5	82,8	79,2	76,5	77,4
	Районы	85,2	76,7	89,7	88,8	87,8	83,8
	РО	76,5	76,5	86,2	84,0	80,7	79,8
2019	Города	75,8	77,5	81,8	83,7	77,8	79,6
	Районы	88,2	81,0	91,6	90,3	90,1	86,3
	РО	79,2	78,4	86,6	87,0	82,3	82,0

Таблица 6

Укомплектованность штатных должностей стоматологического профиля занятыми ставками на различных видах приема в Ростовской области в 2018—2019 гг. (%)

Год	Территория	Лечебно-хир. прием взрослого населения	Лечебно-хир. прием детского населения	Ортопедический прием	Ортодонтический прием
2018	Города	74,1	81,7	81,8	67,8
	Районы	90,2	88,6	71,7	55,6
	РО	81,2	82,7	78,7	67,1
2019	Города	76,1	81,3	80,8	78,5
	Районы	91,5	93,0	80,1	44,4
	РО	82,7	83,1	80,6	76,4

Таблица 7

Укомплектованность штатных должностей стоматологического профиля физическими лицами в Ростовской области в 2018—2019 гг. (%)

Год	Территория	Лечебно-хир. прием взрослого населения	Лечебно-хир. прием детского населения	Ортопедический прием	Ортодонтический прием
2018	Города	76,2	80,6	93,0	69,8
	Районы	87,3	81,0	62,1	44,4
	РО	81,1	80,7	83,5	68,4
2019	Города	76,4	80,0	92,3	80,0
	Районы	89,7	83,5	63,5	44,4
	РО	82,1	80,5	83,7	77,8

В 2019 году отмечался более высокий показатель укомплектованности занятыми ставками на взрослом лечебно-хирургическом приеме и в городах, и в районах (табл. 6).

Штатные должности на детском лечебно-хирургическом приеме были более занятыми, чем в 2018 году в районах области.

Увеличился показатель укомплектованности занятыми ставками в ортопедической службе в районах.

Врачи-ортодонты занимали 76,4% штатных ставок — больше по срав-

нению с 2018 годом на 9,3% — за счет уменьшения штатных ставок в городах. В 2019 году штаты врачей-ортодонтов были приведены в соответствие с реальными потребностями городского населения в ортодонтической помощи: число ставок на ортодонтическом приеме в городах уменьшилось на 3,5. В районах число штатных ставок врачей-ортодонтов осталось на уровне 2018 г.

В 2019 году в городах лечебно-хирургическая стоматологическая служба была укомплектована

Показатели совместительства должностей стоматологического профиля в Ростовской области в 2018–2019 гг.

Год	Территория	Лечебно-хир. прием взрослого населения	Лечебно-хир. прием детского населения	Ортопедический прием	Ортодонтический прием
2018	Города	0,97	1,01	0,88	0,97
	Районы	1,03	1,09	1,16	1,25
	РО	1,00	1,03	0,94	0,98
2019	Города	1,00	1,01	0,88	0,98
	Районы	1,02	1,14	1,26	1,00
	РО	1,01	1,03	0,96	0,99

Таблица 9

Основные показатели кадрового обеспечения зубными техниками в Ростовской области в 2018–2019 гг.

Год	Территория	Показатели					
		число штат. должн.	число занят. должн.	физ. лиц	Укомплектованность (%)		коэфф. совместительства
					занят. став.	физ. лицами	
2018	Города	253,50	178,25	253	70,3	99,8	0,70
	Районы	151,75	120,75	151	79,6	99,5	0,80
	РО	405,25	299,00	404	73,8	99,7	0,74
2019	Города	246,00	181,00	254	73,6	103,3	0,71
	Районы	148,75	115,25	145	77,5	97,5	0,79
	РО	394,75	296,25	399	75,1	101,1	0,74

физическими лицами на 76,4% на взрослом и на 80,0% — на детском приеме. В районах показатель укомплектованности специалистами этой службы был выше, чем в городах, на 13,3% у взрослых и на 3,5% у детей.

Специалисты стоматологического ортопедического профиля обеспечивали укомплектованность штатных ставок в городах на 92,3% — на 28,8% больше, чем в районах.

Укомплектованность кадров врачей-ортодонтов составляла 80,0% — больше, чем в 2018 году на 10,2% (табл. 7).

Показатель совместительства в 2019 году на лечебно-хирургическом приеме у взрослых составил 1,01 ставки, у детей — 1,03 ставки. На ортодонтическом приеме коэффициент совместительства показал 0,99 ставки на 1 врача-ортодонта. Каждый специалист стоматологического ортопедического профиля работал на 0,96 ставки.

Наиболее высокие показатели совместительства отмечались в районных ЛПУ, особенно выраженные на детском и ортопедическом приеме: 1,14 и 1,26 ставки на 1 специалиста соответственно. В сравнении с 2018 годом значения обоих показателей выросли. В 2018 году совместители осуществляли ортопедический прием в 17 районах области, в 2019 году таких районов было 19 (табл. 8).

В 2019 году штатными расписаниями ЛПУ Ростовской области было утверждено 394,75 ставок зубных техников (меньше, чем в 2018 году, на 10,5 ставок), из которых занятыми оказались 296,25 ставок (меньше, чем в 2018 году, на 2,75 ставок) 399 физическими лицами.

Такие изменения в штатных расписаниях и их исполнении привели к увеличению в 2019 году показателей укомплектованности зуботехнических подразделений ЛПУ Ростовской области на 1,3% по занятым ставкам и на 1,4% — по физическим лицам. В 2019 году штатные должности были укомплектованы занятыми ставками на 75,1% и физическими лицами — на 101,1%.

Показатели укомплектованности должностей зубных техников име-

ли территориальные различия. Зуботехнические штаты были более укомплектованы занятыми ставками в районах, чем в городах: 77,5% против 75,1% соответственно. Укомплектованность физическими лицами была, наоборот, в районах ниже по сравнению с городами: 97,5% против 101,1% соответственно.

Коэффициент совместительства в сравнении с 2018 г. не изменился, установился на уровне 0,74, в районах составлял 0,79, в городах — 0,71 ставка на одного зубного техника.

Все данные представлены в табл. 9.

Таким образом, проведенный анализ позволил оценить изменения в показателях кадрового обеспечения населения Ростовской области стоматологической помощью, выявить различия показателей в городах и районах, сформулировать основные организационные и кадровые проблемы по отдельным территориям и в целом по Ростовской области и рекомендовать мероприятия по их решению. Данная информация была доведена до сведения руководителей ЛПУ городов и районов и внештатных стоматологов территорий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер В. Д. Качество стоматологической помощи: характеристики и критерии / В. Д. Вагнер, Е. А. Булычева // Стоматология. — 2017. — №1. — С. 23–24.
2. Большов И. Н. Влияние обеспеченности населения стоматологическими кадрами на доступность стоматологической помощи (на примере Рязанской области) // Российский медико-биологический журнал. — 2016. — Том 24. — №3. — С. 74–78.
3. Максимовский Ю. М. Организация стоматологической службы России / Ю. М. Максимовский. — М.: Книга по Требованию, 2016. — 440 с.
4. Чхеидзе Е. Н., Гизоева Е. А. Проблемы обеспечения доступности и качества стоматологической помощи терапевтического профиля в условиях городской стоматологической поликлиники // Врач-аспирант. — 2014. — №2 (63). — С. 54–58.
5. Организация стоматологической помощи населению: учебное пособие для врачей-стоматологов / Под ред. А. С. Оправина, А. М. Вязьмина. — Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета. — 2011. — 519 с.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Государственное автономное учреждение Ростовской области «Стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону, e-mail: gyzspro@mail.ru
 Тишина Марина Викторовна — заместитель главного врача по медицинской части;
 Костоев Иса Султангирейевич — заместитель главного врача по ортопедической стоматологии;
 Соловьева Светлана Юрьевна — заведующий организационно-методическим кабинетом, врач-методист;
 Рабаданов Руслан Ибрагимович — заведующий ортопедическим отделением №1, врач-стоматолог-ортопед.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФТОРСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

С. Н. Гаража, С. Г. Шилова, Ф. С. Хубаева, Е. Е. Ильина, Е. Н. Гришилова, Т. С. Хубаев,
Е. Ф. Некрасова

Аннотация. Гиперестезия твердых тканей зуба является одной из частых причин обращения к стоматологу, так как сопровождает многие стоматологические заболевания. Гиперчувствительность как самостоятельный симптом наблюдается при воспалительных заболеваниях пародонта и связана с рецессией десны и оголением шеек и корней зубов. На основании анализа данных клинико-функционального исследования была установлена достоверно высокая эффективность применения лака с повышенной фторирующей активностью аминофторидов, обеспечивающей мгновенную изоляцию

зубов от раздражителей, с высокой биологической совместимостью нанодисперсного коллоидного гидроксиапатита и уникальной способностью природных смол, входящих в состав препарата, образовывать тонкую прочную пленку на поверхности обнаженных тканей зуба. Указанные свойства позволяют в короткие сроки добиться ликвидации болевых ощущений в твердых тканях зуба и факторов, способствующих их дальнейшему прогрессированию.

Ключевые слова: гиперестезия, воспалительные заболевания пародонта, гиперчувствительность зубов.

COMPARATIVE EVALUATION OF FLUORIDE-CONTAINING DRUGS IN THE TREATMENT OF DENTAL HYPERESTHESIA IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

S. N. Garazha, S. G. Shilova, F. S. Hubaeva, E. E. Il'ina,
E. N. Grishilova, T. S. Hubaev, E. F. Nekrasova

Annotation. Hyperesthesia of hard tooth tissues is one of the most frequent reasons for going to a dentist, as it accompanies many dental diseases. Hypersensitivity as an independent symptom is observed in inflammatory periodontal diseases and is associated with gum recession and baring of the necks and roots of the teeth. Based on the analysis of data from a clinical and functional study, a significantly high efficiency of the use of varnish with increased

fluoridation activity of aminofluorides, providing instant isolation of teeth from irritants, high biological compatibility of nanodisperse colloidal hydroxyapatite and the unique ability of natural resins included in the preparation to form a thin, strong film on the surface of exposed tooth tissues was established. These properties allow you to achieve quickly the elimination of pain in the hard tissues of the tooth tissues and factors that contribute to their further progression.

Keywords: hyperesthesia, inflammatory periodontal diseases, hypersensitivity of teeth.

Гиперестезия твердых тканей зуба является одной из частых причин обращения к стоматологу, так как сопровождает многие стоматологические заболевания. Гиперчувствительность как самостоятельный симптом наблюдается при воспалительных заболеваниях пародонта и связана с рецессией десны и оголением шеек и корней зубов. Среди нескольких теорий возникновения гиперестезии наше внимание привлекли гидродинамическая теория Brandstrom и теория нарушения ионообменных процессов между слюной и эмалью зуба [1–7].

В основе первой теории основополагающим фактором является центробежное движение внутриканальцевой (дентинной) зубной жидкости, которая, в отличие от гидратной оболочки кристаллов эмали, способна свободно перемещаться и играет важную роль в передаче раздражения к нервным окончаниям. Различные виды раздражителей — механические, термические, химические — провоцируют быстрые ударные перемещения дентинной жидкости от пульпы в опустевшее пространство трубочек и вызывают раздражение синаптических окончаний, следствием которых субъективно становятся болевые ощущения [8–15]. Некоторые пациенты терпимо относятся к дискомфорту в зубах, другие испытывают явно выраженные негативные эмоции.

Согласно второй теории, нарушения процессов ионообмена ведут к понижению резистентности и деминерализации в твердых тканях зуба [16–22]. Для лечения гиперестезии широко используют кальций- и фторсодержащие препараты, obtурирующие расширенные микропространства в эмали и дентинные каналцы.

Наше внимание привлекли лечебно-профилактические материалы для глубокого фторирования и ускоренной реминерализации эмали и дентина: стоматологический лак на основе природных смол и нанодисперсного гидроксиапатита и средство для снижения чувствительности дентина на основе калия оксалата и азотной кислоты. В состав лака входят: аминофторид и фторид натрия — органические соединения фтора нового поколения с повышенной пролонгированной фторирующей активностью, обеспечивающие мгновенную изоляцию твердых тканей от различного рода раздражителей; природная смола антисептического и бактерицидного действия, способная образовывать тонкую прочную пленку; нанодисперсный коллоидный гидроксиапатит, восстанавливающий минеральную структуру эмали зуба; хлорбутанол, оказывающий умеренное отвлекающее, антисептическое и противовоспалительное действие. Лак образует пленку на поверхности зуба в течение 40–60 секунд.

Химический состав второго средства (ионы калия и кальция) позволяет герметизировать дентинные каналы и снять чувствительность в кратчайшие сроки. Ионы кальция вступают в реакцию с гидроксиапатитом твердых тканей зуба, образуя микроскопические гранулы кальция, осаждающиеся внутри дентинных каналов, образуя биологический и химический комплекс с основой живого дентина. Ионы калия препятствуют передаче болевого импульса.

Целью исследования явилось проведение сравнительной оценки клинической эффективности различных препаратов для лечения гиперестезии при комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под клиническим наблюдением находились 45 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней тяжести (ХГПСТ), обоего пола, в возрасте от 30 до 60 лет, у которых диагностирована гиперестезия (ГЭ) твердых тканей зуба первой — третьей степеней. В ходе обследования были проведены: сбор анамнеза, клинический осмотр, индексная оценка состояния твердых тканей зуба — индексы интенсивности (ИИГЗ) и распространенности гиперестезии зубов (ИРГЗ), электроодонтометрия (ЭОД). Комплексная терапия ХГПСТ состояла из ряда последовательных лечебных мероприятий: удаление зубных отложений ультразвуковым способом, купирование воспалительного процесса с помощью антибактериальных препаратов.

В зависимости от применяемого реминерализующего средства все больные были разделены на три группы. В первой группе (15 пациентов) для устранения гиперчувствительности шеек зубов проводилось покрытие фторлаком в три посещения, через день, во второй (15 человек) — покрытие оголенных шеек зубов средством на основе калия оксалата и азотной кислоты в одно клиническое посещение, в третьей (15 пациентов) — односеансное использование лака на основе наногидроксиапатита.

Эффективность лечебных мероприятий с применением исследуемых препаратов определялась на основании сравнительного анализа результатов клинических методов обследования до лечения, через две недели, три и шесть месяцев после лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценивая общее количество обследованных пациентов, у которых отсутствуют жалобы на повышенную чувствительность зубов спустя две недели по окончании курса лечения, необходимо отметить отсутствие субъективных ощущений у 6% лиц в первой группе, у 68% больных во второй группе и у 83% пациентов в третьей клинической группе.

Спустя три месяца после проведенного лечения проявления гиперестезии отсутствовали в первой группе у 6% обследованных, во второй группе — у 65%, в третьей — у 87% пациентов. Отсутствие жалоб на гиперчувствительность подтверждалось данными ЭОД.

Индексная оценка состояния твердых тканей зуба и электровозбудимость пульпы у пациентов с ХГПСТ до лечения составила: ИИГЗ — $1,95 \pm 0,25\%$, ИРГЗ — $18,86 \pm 0,35$, ЭОД — 15 мкА.

Улучшения клинической картины заболевания были достоверно заметны во 2-е и 3-е посещения в группе с применением лака, содержащего нанодисперсный гидроксиапатит (группа 3): ИИГЗ — $1,03 \pm 0,23$; ИРГЗ — $4,27 \pm 0,14$; ЭОД — 6 мкА. В первой и второй группах результаты лечения с использованием фторсодержащих препаратов свидетельствовали о наличии явлений гиперестезии (табл. 1).

Динамическое наблюдение за всеми показателями у пациентов позволило выявить, что для лечения гиперестезии первой степени возможно применение всех указанных препаратов, однако как в ближайшем, так и в отдаленном периодах эффективным является покрытие зубов лаком на основе наногидроксиапатита, наименее эффективным — обработка поверхности шеек зубов пихтовым фторлаком.

Таблица 1

Значения показателей у пациентов непосредственно после лечения различными реминерализующими препаратами ($M \pm m$)

Группа	Индексы		
	ИИГЗ	ИРГЗ	ЭОД
До лечения			
	$1,95 \pm 0,25\%$	$18,86 \pm 0,35$	$15 \pm 1,25$ мкА
После лечения			
Первая	$1,67 \pm 0,23$	$18,37 \pm 0,26$	$12 \pm 1,36$ мкА
Вторая	$1,33 \pm 0,25$	$10,58 \pm 0,25^*$	$10 \pm 1,45$ мкА*
Третья	$1,03 \pm 0,23^*$	$4,27 \pm 0,14^*$	$6 \pm 1,03$ мкА*

* $p < 0,05$ — достоверность межгрупповых отличий

При лечении гиперестезии второй степени применение исследуемых средств показало, что в ближайшем периоде наиболее эффективными оказались жидкость на основе калия оксалата и азотной кислоты и нанодисперсный лак. Через три месяца эффективность от применения жидкости несколько снизилась, от применения лака сохранилась на прежнем уровне, эффект от покрытия фторлаком полностью отсутствовал.

При лечении гиперестезии третьей степени применение пихтового лака и средства на основе калия оксалата и азотной кислоты практически неэффективно как в ближайший, так и в отдаленный периоды. Пролонгированное действие содержащего нанодисперсный гидроксипатит лака сохранилось на протяжении всего срока исследования.

Динамика изменений показателей ИИГЗ, ИРГЗ и ЭОД свидетельствует о стойком и продолжительном снижении интенсивности и распространенности гиперестезии, а также о повышении электровозбудимости пульпы зуба в третьей клинической группе пациентов.

ВЫВОДЫ

На основании анализа данных клинико-индексного исследования была установлена достоверно высокая эффективность применения нанодисперсного лака с целью снижения гиперестезии твердых тканей зуба в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита средней тяжести, что позволяет в короткие сроки добиться ликвидации болевых ощущений в твердых тканях зуба.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаража С. Н., Гришилова Е. Н., Хубаев З. С., Хубаев Т. С., Хачатуров С. С., Ильина Е. Е. Лечение воспалительных заболеваний пародонта комплексным препаратом // Актуальные вопросы стоматологии. Сборник III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. — Киров, 2019. — С. 56—57.
2. Амхадова М. А., Гаража С. Н., Хубаев З. С., Гришилова Е. Н., Хачатуров С. С., Ильина Е. Е., Хубаев Т. С. Эффективность комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита // Российский стоматологический журнал. — 2019. — Т. 23. — №1. — С. 7—9.
3. Гаража И. С., Гаража Н. Н., Готлиб А. О., Коджакова Т. Ш., Гришилова Е. Н. Эффективность терапии гиперестезии твердых тканей зубов // Современные методы диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний // Сборник научных работ. — Ставрополь, 2018. — С. 177—179.
4. Чижикова Т. В., Гаража Н. Н., Гаража И. С., Гришилова Е. Н. Алгоритм лечения пациентов с повышенной чувствительностью твердых тканей постоянных зубов // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции. Сборник научных трудов. Сборник научных работ. — Пятигорск, 2018. — С. 317—320.
5. Коджакова Т. Ш., Гаража С. Н., Гришилова Е. Н., Гришков М. С., Мартынов Д. В. Влияние комплексного воздействия аргинина и наногидроксипатита на твердые ткани препарированных зубов // Российский стоматологический журнал. — 2018. — Т. 22. — №1. — С. 18—21.
6. Зеленская А. В., Гаража С. Н., Гришилова Е. Н., Моргоева З. З., Шилова С. Г. Способ лечения заболеваний пародонта // Патент на изобретение RU 2525660 от 20.08.2014. Заявка №2013112393/14 от 19.03.2013.
7. Зеленская А. В., Гаража С. Н., Шилова С. Г., Гришилова Е. Н., Орлов М. Н. Клиническая эффективность применения препаратов на основе фторида олова при лечении воспалительных заболеваний пародонта // Главный врач Юга России. — 2018. — №5 (61). — С. 45—46.
8. Кунин А. А. Антимикробное влияние медицинского озона на ткани пародонта при различных методах его применения/ А. А. Кунин, О. И. Олейник, К. П. Кубышкина // Пародонтология. — 2018. — Т. 23. — №3 (88). — С. 84—89.
9. Кунин А. А. Стратегические основы и разработка тактики индивидуальной профилактики воспалительных заболеваний пародонта / А. А. Кунин, О. И. Олейник // Пародонтология. — 2013. — Т. XVIII. — №4 (69). — С. 41—48.
10. Дегтярева Ю. В. Роль матричных металлопротеиназ в развитии воспалительных заболеваний пародонта / Ю. В. Дегтярева, Ю. В. Кореновский, О. В. Орешака, О. Ш. Атабаева // Пародонтология. — 2018. — Т. 23. — №2 (87). — С. 11—14.
11. Ковалевский А. М. Бактериальная биопленка пародонтальных карманов: переосмысление опыта пародонтологии / А. М. Ковалевский, А. В. Ушакова, В. А. Ковалевский, Е. Ю. Прожерина // Пародонтология. — 2018. — Т. 23. — №2 (87). — С. 15—21.
12. Моисеева Н. С. Клиническая оценка эффективности применения лечебно-профилактических средств в комплексной профилактике заболеваний пародонта / Н. С. Моисеева, А. А. Кунин // Пародонтология. — 2018. — Т. 23. — №1 (86). — С. 19—21.
13. Багдасарян Н. П. Адаптационный потенциал организма пациентов с катаральным гингивитом в динамике лечения различными методами / Н. П. Багдасарян, В. В. Еричев, Т. В. Аксенова, П. П. Багдасарян // Пародонтология. — 2018. — Т. 23. — №1 (86). — С. 30—36.
14. Clinical and microbiologic evaluation of scaling and root planing per quadrant and one-stage full-mouth disinfection associated with azithromycin or chlorhexidine: a clinical randomized controlled trial / D. C. Fonseca, J. R. Cortelli, S. C. Cortelli et al. // J Periodontol. — 2015; 86:1340—51.
15. Clinical and metabolic effects of subgingival application of xanthan-based chlorhexidine gel in type 2 diabetic patients with chronic periodontitis / M. Faramarzi, A. Shirmohammadi, M. Chitsazi et al. // Dent Res J (Isfahan). — 2017; 14:299—305.
16. Comparative evaluation of subgingivally delivered chlorhexidine varnish and chlorhexidine gel in reducing microbial count after mechanical periodontal therapy / S. Manthena, A. Ramesh, A. Srikanth et al. // Basic Clin Pharm. — 2014; 6:24—8.
17. Evaluation of antioxidant capacity and clinical assessment of patients with chronic periodontitis treated with non-surgical periodontal therapy and adjunctive systemic antibiotherapy / S. Boia, S-I. Stratul, M. Boariu et al. // Romanian J Morphol Embryol. — 2018; 59:1107—13.
18. Scaling and root planing per quadrant versus one-stage full-mouth disinfection: assessment of the impact of chronic periodontitis treatment on quality of life — a clinical randomized, controlled trial / C. C. Santuchi, J. R. Cortelli, S. C. Cortelli et al. // J Periodontol. — 2016; 87:114—23.
19. Katti S. S. Effect of ozonised water on chronic periodontitis. A clinical study / S. S. Katti, V. K. Chava // J. Int Oral Health. — 2013; 5:79—84.
20. Clinical and microbiological effects of ozone nano-bubble water irrigation as an adjunct to mechanical subgingival debridement in periodontitis patients in a randomized controlled trial / S. Hayakumo, S. Arakawa, Y. Mano, Y. Izumi // Clin Oral Investig. — 2013; 17:379—88.
21. Kinane D. F. Periodontal diseases / D. F. Kinane, P. G. Stathopoulou, P. N. Papapanou // Nat Rev Dis Primers. — 2017. — Jun 22; 3:17038.
22. Kaur R., Singh I., Vandana K. L., Desai R. Effect of chlorhexidine, povidone iodine, and ozone on microorganisms in dental aerosols: Randomized double-blind clinical trial / R. Kaur, I. Singh, K. L. Vandana, R. Desai // Indian J Dent Res. — 2014; 25:160—5.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, e-mail: ELenKAstom@yandex.ru
 Гаража Сергей Николаевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний;
 Шилова Светлана Геннадьевна — ассистент кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний;
 Хубаева Фатима Саид-Селимовна — аспирант кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний;
 Ильина Екатерина Евгеньевна — аспирант кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний;
 Гришилова Елена Николаевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний;
 Хубаев Тамерлан Саид-Селимович — аспирант кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний;
 Некрасова Елизавета Федоровна — аспирант кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний.

Английское качество по выгодным ценам!

Ведущий мировой производитель твердосплавных и алмазных боров.

Predator Turbo

Вобрал в себя все самое лучшее из современных технологий изготовления режущих инструментов, Predator Turbo стал лидером в этой сфере на рынках США, Европы и Японии. Боры Prima Dental Group получили награду американского стоматологического издания Dentistry Today как один из 100 лучших продуктов 2008 года.

Секрет успеха бора Predator Turbo лежит в его минимальной агрессивности, в то время как уникальная геометрия зубцов и дизайн бороздок придают ему режущую способность, достаточную для снятия металла, тканей зуба. Целая конструкция обеспечивает уникальную концентричность, поэтому практически полностью устраняется возможность отлома, вибрации и биения.



Хирургические боры

Хирургические боры Prima Classic славятся своей прочностью, долговечностью и передовыми конструктивными особенностями. Коллекция хирургических боров Prima Classic включает в себя все аспекты применения.

Она охватывает широкий спектр областей применения - от повседневной стоматологической хирургии, имплантологии, травматологии до челюстно-лицевой хирургии.

- Высококачественный мелкозернистый карбид для гладкой работы без вибрации.
- Зигзагообразный режущий кончик с 6 спиральными лезвиями, специально разработанный для эффективного удаления остатков
- Боры специально разработаны для работы на костной структуре, высокоэффективны за счет угла резания лезвия.

Prima Classic Carbide

- Разработаны для оптимальной прочности
- У других производителей головка бора приварена в области основания, что повышает риск отлома
- Место пайки находится у основания шейки, что обеспечивает максимальную прочность.



Важной характеристикой каждого бора является место пайки. У боров Prima Dental Group место пайки находится в области шейки, а не у основания головки. Наличие 100% карбидной шейки обеспечивает оптимальную концентричность и прочность бора.

Разработанная форма боров из карбида вольфрама обеспечивает более эффективное препарирование материала, более обширный контакт режущих поверхностей инструмента с поверхностью зуба, снижает опасность снола или отлома. Благодаря своему дизайну бор срезает ткани зуба быстро, мягко, без вибрации, что уменьшает и время манипуляций, и неприятные ощущения у пациента. Хвостовики боров изготовлены из высококачественной нержавеющей стали, что позволяет при необходимости многократно стерилизовать их в автоклаве, не опасаясь возникновения коррозии.

Prima Classic Diamond

Алмазные боры Prima Classic Diamond изготавливаются с использованием высококачественных стальных хвостовиков собственного производства и натурального алмазного зерна в соответствии с международными требованиями.

Благодаря точной инженерии и компьютерному контролю обеспечивается идеальный баланс, что значительно снижает вибрацию и быстрый износ наконечников. Нанесение алмазного покрытия на бор Prima Classic Diamond производится в строго контролируемых условиях с учетом формы бора, на который оно наносится.

Благодаря этому процессу удается добиться высокопрочного и равномерного нанесения алмазного покрытия, что обеспечивает максимальную остроту режущих кромок натуральных алмазных зерен.



ВОССТАНОВЛЕНИЕ УТРАЧЕННОГО ПРЕМОЛЯРА ИМПЛАНТАТОМ КОНМЕТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Василий Андреевич Жусев, стоматолог — хирург-ортопед; SKY DENT, г. Москва

На сегодняшний день цифровые технологии настолько прочно вошли в стоматологическую практику, что стало возможным лечение пациентов с частичной вторичной адентией без использования традиционных аналоговых методов. Цифровые технологии включают в себя планирование операции дентальной имплантации в специализированной программе, последующий хирургический этап с использованием направляющего шаблона и дальнейшее CAD/CAM-изготовление ортопедических конструкций. Преимущества цифровых технологий неоспоримы: высокая точность на всех этапах лечения пациента, более высокая эстетика, сокращение сроков лечения и прогнозируемый результат.

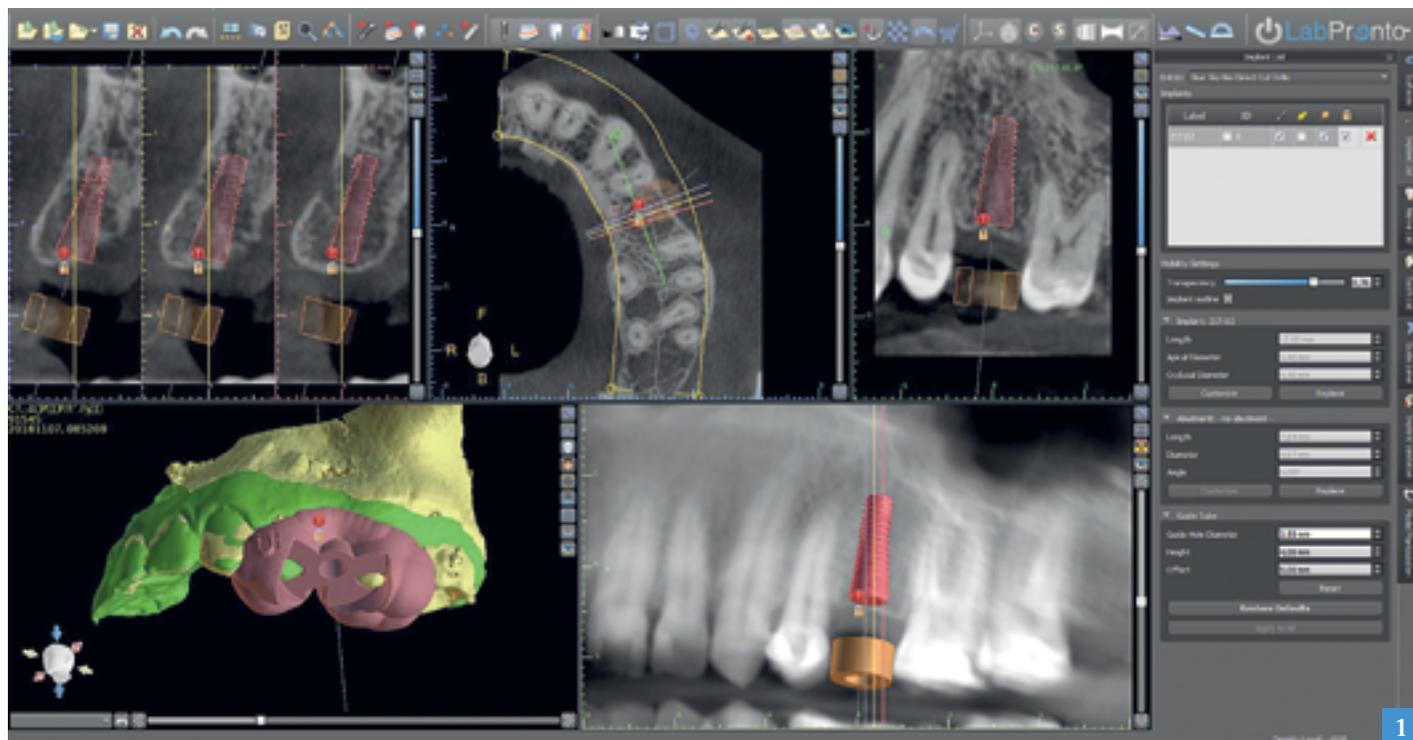
В статье представлен клинический пример восстановления утраченного зуба 25 с использованием продукции российской фирмы КОНМЕТ, которая на сегодняшний день официально поддерживается всеми основными производителями программных продуктов и оборудования для CAD/CAM-производства, цифровых технологий диагностики, планирования лечения и изготовления реставрации: Blue Sky Bio, 3Shape, Exocad, Zirkonzahn, Imes-Core и др.

В программе Blue Sky Plan были сопоставлены данные КЛКТ и внутриротового сканирования, и проведено планирование операции дентальной имплантации

с последующим созданием хирургического направляющего шаблона. Наличие в базе данных этой программы всех типов имплантатов КОНМЕТ в значительной мере облегчает этап выбора имплантатов и планирования операции. Совмещение изображений КТ и внутриротового сканирования позволяет достичь максимальной точности планирования и нивелировать цифровые шумы, неизбежно возникающие при КТ-исследовании (рис. 1).

На рис. 2 представлено исходное состояние в полости рта пациента перед операцией. С момента удаления зуба 25 прошло 4 месяца. Планируется проведение операции без откидывания слизисто-надкостничного лоскута с использованием направляющего хирургического шаблона. Обязательным условием работы с направляющими хирургическими шаблонами является проверка точности позиционирования и фиксации шаблона на зубах. Посадка не должна быть чрезмерно плотной, и шаблон должен располагаться на зубах без баланса (рис. 3).

Препарирование костного ложа имплантата производится через слизистую оболочку, без отслаивания лоскутов. При таких вариантах проведения операции имплантации контроль глубины препарирования следует проводить с учетом толщины слизистой оболочки и высоты направляющей втулки. Все эти данные легко определяются при проектировании шаблона в программе Blue Sky Plan (рис. 4).





2



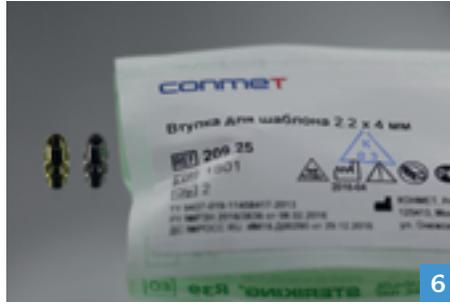
3



4



5



6



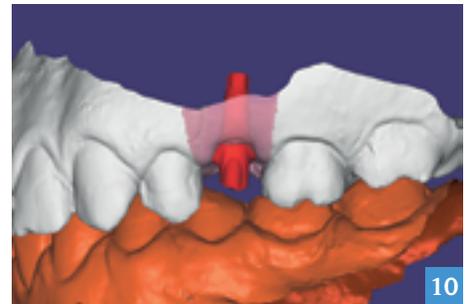
7



8



9



10



11



12



13

Направляющие втулки КОММЕТ нового типа имеют цветовую маркировку (2.2 — серебристого цвета и 2.8 — золотистого цвета), а также одинаковый внешний диаметр, что позволяет использовать два одинаковых шаблона, но с втулками разного диаметра (рис. 5). Характерной особенностью новых втулок является их фиксация в шаблон без использования клеев или адгезивов. Это значительно упрощает работу при фиксации втулок в шаблон, абсолютно исключает попадание фиксирующего клея внутрь втулок и, соответственно, позволяет избежать ненужных проблем при операции (рис. 6). Имплантат устанавливается в подготовленное ложе. Так как в данном случае не производится широкого отслаивания слизисто-надкостничных лоскутов и операция проводится через маленькое перфорационное отверстие, кровоточивость и сама операционная травма минимальные (рис. 7).

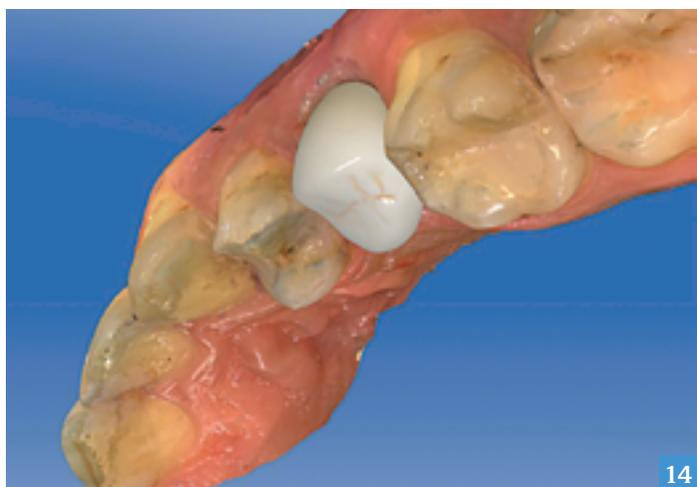
После установки имплантата КОММЕТ на период интеграции (6—8 нед.) фиксируется винт-заглушка. В подобных случаях швы никогда не накладываются, а перфорационное отверстие в слизистой оболочке закрывается дентальным Солкосерилом (рис. 8).

Через 8 недель на имплантате фиксируется сканмаркер, и проводится внутривитовое сканирование.

Сканмаркер позволяет перенести данные сканирования в виде STL-файла в программу ExoCad, осуществить моделирование индивидуального абатмента и выточить его на фрезерном станке (рис. 9). На рис. 10 представлен индивидуальный абатмент, смоделированный в программе ExoCad. Официальную библиотеку можно скачать на сайте Exocad.com или обратиться в фирму КОММЕТ. Для уменьшения артефактов, возникающих при сканировании, и максимально точного сопоставления в программе ExoCad лучше использовать оригинальные титановые сканмаркеры фирмы КОММЕТ (рис. 11).

Самый точный и быстрый результат получается, если использовать титановые премиллы КОММЕТ, так как интерфейс 13 имплантата не подвергается изменениям при изготовлении абатмента (рис. 12). На рис. 13 представлен готовый индивидуальный титановый абатмент. Фрезерование из оригинального титанового премилла обеспечивает идеально точную фиксацию абатмента на имплантате и длительное многолетнее функционирование конструкции без ослабления фиксирующего винта.

Процесс моделирования будущей коронки занимает считанные минуты. А использование виртуального



14



15

артикулятора позволяет исключить коррекцию коронки после фиксации (рис. 14). В данном случае коронка была изготовлена из стеклокерамики Vita Suprinity на станке Seres MC X. Выбор материала коронки был обусловлен не только эстетическими, но и высокими прочностными характеристиками (рис. 15).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Переход на цифровую платформу позволяет добиться повышения точности и качества имплантологического лечения при общем сокращении времени лечения (особенно на этапе протезирования) и количества посещений пациентом клиники.

Компания КОМЕТ — единственный российский производитель систем дентальных имплантатов, которая не только изготавливает имплантаты и необходимые титановые компоненты для работы по цифровым протоколам, но и присутствует во всех самых передовых и наиболее распространенных в мире программных продуктах.

Сегодня можно с уверенностью говорить, что современные цифровые технологии позволяют решать большинство задач, стоящих перед врачом-стоматологом, а переход на цифровую платформу осуществим уже сейчас.

Опубликовано в журнале «Новое в стоматологии» — 2019. — №8 (244) — С. 62—64.



Медицинские лазерные аппараты Латус



Современные компактные лазеры с широким спектром применения.

Мощность 0,1 - 60 Вт
 Режим работы импульсный/непрерывный
 Длина волны 661, 810, 940, 980, 1470 нм

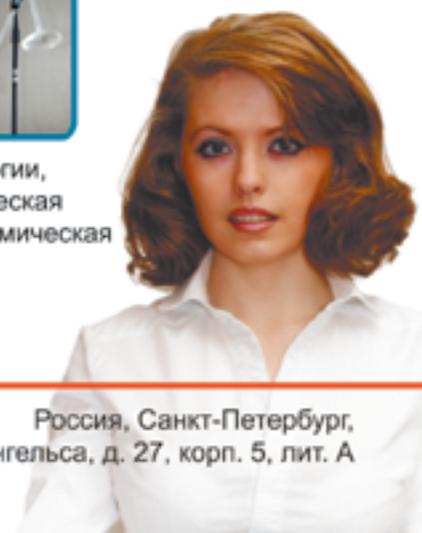


Области применения: косметология, дерматология и сосудистые патологии, флебология, онкология, гинекология, урология, ЛОР, общая и эндоскопическая хирургия, нейрохирургия, бронхопульмонология, стоматология, фотодинамическая терапия, фотомодификация крови, долго заживающие раны.

www.atcus.ru

Тел.: 8 (812) 294-25-32
 E-mail: sales@atcsd.ru

Россия, Санкт-Петербург,
 пр. Энгельса, д. 27, корп. 5, лит. А



РЕКЛАМА

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. ТЕМА, ПРОБЛЕМА, РЕШЕНИЕ, ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ

В. А. Путь, А. А. Долгалев, Н. И. Шаймиева, М. Харлампов

Аннотация. При длительных хирургических вмешательствах в полости рта и челюстно-лицевой области (операции синус-лифтинга, гайморотомии, ангулярной и трансскуловой имплантации) актуально амбулаторное анестезиологическое пособие — медикаментозная седация. Стоматологическая анестезиология обеспечивает комфорт и безопасность, что важно для пациентов группы риска, а также возрастных пациентов. Эффективность и безопасность в амбулаторной хирургии обеспечивают методики анестезиологического интра- и послеоперационного мониторинга пациентов. Амбулаторная седация позволяет расширить возможности сто-

матологической хирургии. Условие поддержания функции жевания пациента после хирургического вмешательства — интраоперационное немедленное протезирование, требующее дополнительного времени после операции. Необходимо обучение специалистов правилам и принципам работы в условиях седации, особенно в полости рта.

Ключевые слова: стоматологическая анестезиология, седация, анестезиологическое пособие, трансскуловая имплантация, ангулярная имплантация, интраоперационное непосредственное протезирование, синус-лифтинг, гайморотомия, эффективность и безопасность лечения.

DENTAL ANESTHESIOLOGY. EXPERIENCE IN DENTAL SURGERY AND MAXILLOFACIAL SURGERY FOR OPERATIONS ON THE UPPER JAW

V. A. Put, A. A. Dolgalyav, N. I. Shaymieva, M. Kharlampos

Annotation. In case of long-term surgical interventions in the oral cavity and maxillofacial area (sinus-lifting operations, maxillofacial surgery, angular and zygomatic implantation) an outpatient anesthesiological manual-medication sedation is relevant. Dental anesthesiology provides comfort and safety which is important for patients at risk and for age-related patients. The effectiveness and safety of outpatient surgery are provided by methods of anaesthetic intraoperative and postoperative monitoring of patients. Outpatient

sedation allows to expand the possibilities of surgery. A condition for maintaining the patient's function after surgery is intraoperative immediate prosthetics that require additional time after surgery. It is necessary to train specialists in the rules and principles of working under sedation, especially in the oral cavity.

Keywords: dental anesthesiology, sedation, anesthesiology manual, zygomatic implantation, angular implantation, intraoperative immediate prosthetics, sinus-lifting, maxillary sinusotomy, effectiveness and safety of treatment.

ВВЕДЕНИЕ

В современных условиях при множественной хирургической санации, удалении ретенированных и дистопированных моляров, операции синус-лифтинга, санирующей гайморотомии, ангулярной и трансскуловой имплантации, тотальной имплантации, реконструктивных операциях в полости рта, амбулаторной челюстно-лицевой хирургии, проведение хирургических вмешательств в условиях амбулаторной седации является условием качественного и безопасного лечения [1, 2]. Для вышеуказанных длительных операций на верхней и нижней челюстях внедряются методики мониторинга, анестезиологического пособия и анатомически обоснованных подходов, особенно в имплантологической хирургии [3, 4]. Амбулаторная седация является фактором безопасности для лиц среднего и пожилого возраста в зависимости от функционального состояния организма и сопутствующей патологии. Специалисты используют общепризнанную классификацию физического статуса пациентов [5, 6].

При проведении длительных хирургических вмешательств в стоматологии и, в частности, в челюстно-лицевой хирургии специалисты часто встречаются с психоэмоциональными проблемами у пациентов [7]. Это снижает эффективность лечения, приводит к необходимости увеличения дозы анестетика, способствует послеоперационным осложнениям [8].

В статье представлены опыт и анализ результатов применения амбулаторной седации у групп пациентов с хирургическими вмешательствами на верхней челюсти.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка возможностей стоматологической анестезиологии для повышения эффективности и безопасности лечения пациентов при проведении хирургических вмешательств в области верхней челюсти.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Практический опыт проведения амбулаторной седации в нашей практике хирургической стоматологии накоплен с 1991 года. Переосмысление и развитие технологических возможностей для проведения амбулаторной стоматологической седации и формирование методических подходов сформировались к началу 2000 года [9].

В период с января 2010 по январь 2020 года под нашим наблюдением находился 521 пациент. Все пациенты обратились в клинику с патологией верхней челюсти: отсутствие зубов, воспалительные процессы в области части имеющихся зубов, наличие одонтогенных синуситов, атрофия верхней челюсти.

При проектировании результатов стоматологической и челюстно-лицевой имплантат-протезной реабилитации мы использовали разработанный алгоритм. Применялась технология Wax-up, изготавливались операционные шаблоны-ориентиры и слепочный прикусной модуль

(emptyprosthesis) для пациентов с полной адентией. Также пациентам на предоперационном этапе выполняли МСКТ и КЛКТ. При проведении множественной ангулярной имплантации и протоколов трансскуловой имплантации изготавливались стереолитографические модели челюстей [10].

На этапе предоперационного планирования оценивались следующие показатели: наличие патологии верхнечелюстных синусов, состояние остиомеатального комплекса, патология костной ткани верхней челюсти, отсутствующие зубы, тип кости (по архитектонике), плотность кости и др.

Критерии отбора и анализ состояния здоровья проводили с учетом рекомендаций Системы классификации физического статуса пациентов Американского общества анестезиологов (ASA physical status classification system) [9].

Классификация:

ASA I — здоровый пациент, здоровый, некурящий, мало употребляющий алкоголь.

ASA II — пациент с легким системным заболеванием, легкие заболевания без существенных функциональных ограничений. Курильщик, социальный алкоголик, беременная, ожирение (ИМТ 30–40), компенсированный сахарный диабет, контролируемая артериальная гипертензия, легкие заболевания дыхательной системы.

ASA III — пациент с тяжелым системным заболеванием, значимые ограничения функциональной активности. Плохо контролируемая артериальная гипертензия или компенсированный сахарный диабет, ХОБЛ, патологическое ожирение (ИМТ ≥ 40), активный гепатит, алкогольная зависимость или злоупотребление алкоголем, имплантированный кардиостимулятор, умеренное

снижение фракции сердечного выброса, хроническая почечная недостаточность, требующая регулярного прохождения гемодиализа по расписанию. В анамнезе (более 3 мес.) инфаркт миокарда, инсульт, транзиторная ишемическая атака, ишемическая болезнь сердца или стентирование.

Согласно данной классификации пациенты были распределены по группам риска (табл. 1).

Распределение пациентов по видам вмешательств представлено в таблице 2.

При проведении общеклинического обследования пациентов второй и третьей групп привлекаются специалисты: семейный врач, врач-терапевт — специалист, обладающий знаниями в области стоматологического лечения пациентов с сопутствующей патологией, анестезиолог-реаниматолог, имеющий специализацию и работающий в амбулаторной хирургической стоматологии, лор-хирургии и челюстно-лицевой хирургии.

Все пациенты с наличием в анамнезе опухолевых заболеваний, принимающие препараты, влияющие на метаболизм костной ткани, отнесены к третьей группе пациентов с высоким риском [11]. Ключевыми показаниями к седации являются: выраженная дентофобия пациента, соматическая патология в стадии компенсации и декомпенсации, объем и длительность проводимого вмешательства [2, 12].

Лабораторные исследования при лечении пациентов первой, второй и третьей групп включили в себя: биохимический и клинический анализ крови, коагуляционные тесты, дополнительно — иммунный статус, инфекционные агенты. У пациентов второй и третьей групп проводились нейропсихологическая подготовка к вмешательствам, ЭКГ и анализ данных обследований

Таблица 1

Распределение пациентов по группам риска, полу и возрасту

Возраст пациентов	18-44		45-59		60-74		75-90	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Практически здоровые. ASA I	7	6	11	10				
Пациенты с компенсированной сопутствующей патологией или выраженным психоэмоциональным напряжением. ASA II	10	27	29	34	26	42	17	11
Пациенты с сопутствующими заболеваниями стадии субкомпенсации и декомпенсации. Пациенты с высоким риском. ASA III	14	19	52	64	47	51	24	20

Таблица 2

Распределение пациентов по видам вмешательств

Год	Количество пациентов в течение года	Транскуловая и ангулярная имплантация	Синус-лифтинг и имплантация	Гайморотомия	Одномоментная санация, множественное удаление зубов
2010	51		21	11	19
2011	57	1	23	10	23
2012	54	12	19	7	16
2013	64	14	19	13	18
2014	57	16	21	9	11
2015	49	13	22	8	6
2016	54	10	14	11	19
2017	45	11	14	7	13
2018	41	9	13	5	14
2019	33	8	16	4	5
2020	16	4	6	2	4
Итого	521	98	188	87	148

общесоматических заболеваний; также осуществлялась просветительская работа с сопровождающими лицами по вопросам седации, что является необходимым элементом подготовки к вмешательствам [12, 14].

Лечение осуществлялось под комбинированным обезболиванием — сбалансированной медикаментозной седацией и местной анестезией. При проведении седации проводниковая анестезия всегда сочеталась с поднадкостничной инфльтрационной анестезией, позволяющей:

- *уменьшить дозу вводимого анестетика за счет наиболее четкого введения в зоне вмешательства,*
- *создать оптимальный гемостаз в зоне операции.*

Контроль эффективности местной анестезии проводился по восстановлению тактильной чувствительности, что является сигналом для продолжения блокады повторной инъекцией анестетика.

При подготовке и проведении седации, как правило, использовалась пероральная премедикация: феназепам 0,001 г сублингвально (мидазолам 5 мкг), кеторолака трометамин 10—30 мг (сублингвально) за 15—20 минут до операции.

Внутривенная седация проводится анестезиологом-реаниматологом.

Внутривенно устанавливаются катетер или игольная система для забора крови.

Проводится забор крови в количестве от 18 до 90 мл для получения FRP, FRP, плазмолифтинга и т. д.

Внутривенно: атропина сульфат 0,1% 0,3—1 мл (или метацин)

Тавегил 1—2 мг (или супрастин, димедрол).

Мидазолам 2,5—5 мг (или диазепам, рогипнол).

Трамал 75—200 мг (или нефопам 20 мг, буторфанол тартрат 2 мг, пентазоцин 30 мг, стадол, оксадол, морадол, нубаин и др.).

Поддержание сбалансированной седации (мидазолам, пропофол титруется 200—1000 мг). Перед операцией — небольшая гемодилюция 300—500 мл 0,9% NaCl.

Большинству пациентов старше 45 лет проводилась интраоперационная оксигенация в объеме 5—10 л/мин. Выполнился мониторинг состояния пациента во время хирургических операций в челюстно-лицевой области: осциллометрия, пульсоксиметрия. Как правило, основная седация проводилась как легкая — до 2 баллов по Ричмондской шкале ажитации-седации, согласно классификации Американского общества анестезиологов (ASA) [13, 14].

Наиболее эффективно седация реализована при техниках трансскуловой и ангулярной имплантации с последующим интраоперационным непосредственным протезированием. Вышеуказанные методики позволяют достичь полноценной первичной стабильности имплантата не менее 45 Н/см² [15]. Длительность операции в зависимости от объема вмешательства составляет полтора-три часа. Далее в течение 30 минут — 1 часа проводятся протоколы интраоперационного немедленного протезирования. Протез фиксируется интраоперационно или в раннем послеоперационном периоде, на 1—3 сутки после операции. Как правило, проводится одномоментная хирургическая санация и удаление зубов по показаниям.

При проведении операции синус-лифтинга, имплантации в области гайморовых пазух и гайморотомии соблюдались традиционные протоколы лечения. Длительность лечения при двухстороннем вмешательстве составляла не менее 1,5 часов.

Всем пациентам назначалась комплексная послеоперационная программа реабилитации: антибактериальная, противовоспалительная, общеукрепляющая терапия, сосудосуживающие препараты в полость носа, информационно-волновая терапия [16]. Пациенты в течение 1,5—2 часов наблюдаются в палате дневного стационара и в дальнейшем контролируются сотрудниками

клиники с помощью средств коммуникации. Контрольные осмотры и коррекции протеза проводятся на 8—10 сутки при снятии швов. Далее спустя 4 месяца протез заменяется на постоянный.

Синус-лифтинги и гайморотомии проводились по традиционным протоколам с использованием пьезохирургических техник.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При использовании местной анестезии во время длительных операций в полости рта и челюстно-лицевой области зачастую не удается достигнуть комфортного лечения пациента и спокойной, адекватной работы хирургической бригады. Переживание страха, предвидение человеком неприятных ощущений, таких как боль, дискомфорт в полости рта, тошнота или рвота, головокружение, тахикардия, неприятные запахи, значительное изменение конфигурации лица, влияют на эффективность лечения.

Основаниями для принятия решения о проведении амбулаторной седации являются обеспечение безопасности пациента во время хирургических вмешательств и возможность ускорения хирургических протоколов, повышение эффективности лечения, улучшение качественных показателей работы хирургической бригады и уменьшение сроков реабилитации пациентов. Группы пациентов для будущего лечения разделились в процентном соотношении следующим образом:

- первая группа — 6,5%,*
- вторая группа — 37,6%,*
- третья группа — 55,9%.*

Наиболее частым осложнением у пациентов второй и третьей групп были нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы на этапах седации, которые всегда успешно купировались анестезиологом-реаниматологом. Также в ряде случаев у 2—3% пациентов, принимающих антиагреганты и антикоагулянты, возникла интраоперационная кровоточивость, которая купировалась совместными действиями операционной бригады.

Лечение проводилось в условиях стационара у 36 пациентов, с последующим наблюдением. Остальные пациенты после оценки соматического статуса проходили реабилитацию в домашних условиях.

В период наблюдений с 2010 по 2020 годы были утрачены по причине фиброостеоинтеграции 20 имплантатов и удалены по причине осложнений в отдаленном периоде 6 трансскуловых имплантатов. Не было выявлено случаев отторжения имплантатов в раннем послеоперационном периоде сроком до 2 недель. При проведении синус-лифтинга отмечено четыре случая вторичных кровотечений с образованием гематом на вторые сутки после вмешательства. В одном случае после гайморотомии развился острый гнойный гайморит.

Противоотечная терапия на этапе седации позволила пациентам в большинстве случаев комфортно перенести ранний послеоперационный период. Минимальный отек на 3—4 сутки наблюдался у пациентов с техникой трансскуловой имплантации. Все пациенты по результатам анкетирования отмечали хорошее самочувствие после вмешательства.

При проведении седации в амбулаторных условиях:

- *Не происходит блокировки глотательных, кашлевых и других рефлексов. Это обеспечивает абсолютную безопасность стоматологического лечения и позволяет специалистам активно реализовывать хирургические манипуляции, особенно при работе с массивным орошением зоны вмешательства охлаждающим физиологическим раствором. Имеет значение снижение саливации и возможность двухстороннего обезболивания в дистальных отделах.*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Пациент находится в контакте с врачом, что обеспечивает полный контроль его состояния анестезиологом. Ключевым фактором является возможность широкой иммобилизации лоскута и визуализации передней и наружной поверхностей скуловой кости. Это фактор успеха и безопасности при установке трансскулового имплантата.
- Введение и выведение пациента из состояния седации занимает несколько минут, что крайне актуально при проведении протоколов интраоперационного непосредственного протезирования, определения центральной окклюзии, снятия слепков, адаптации протезов и т. д.

Итогом является улучшение качественных показателей работы бригады специалистов. У 80 пациентов после проведения гайморотомии в последующем проводились операции синус-лифтинга в сочетании с имплантацией, а также протоколы трансскуловой и ангулярной имплантации.

Хирургические протоколы по реабилитации беззубой верхней челюсти с использованием имплантатов разработаны и усовершенствованы на протяжении 50 лет, причем в первую очередь они применяются у «возрастных» пациентов — старше 75 лет. В РФ в силу различных социальных, психологических, организационных и других причин данные технологии применяются крайне редко и, в основном, в условиях частных клиник. Таким образом, в первую очередь внимание специалистов-хирургов должно быть обращено на анестезиологическое пособие, особенно для пожилых пациентов. Это является ключевым фактором безопасности и эффективности проводимого лечения.

Преимуществами комбинированного обезболивания являются: более выраженный положительный эффект в результате взаимного потенцирования эффектов лекарственных средств, предупреждение, ликвидация или уменьшение прогнозируемых нежелательных эффектов (гиперсаливация, невозможность длительное время сохранять вынужденное положение), лечение сопутствующей патологии, уменьшение доз вводимых местных анестетиков. Также следует отметить мировой опыт: стоматологическая анестезиология становится десятой стоматологической специальностью, признанной Национальной комиссией по признанию стоматологических специальностей и аттестационными комиссиями США.

Решение проблемы эмоционального стресса в стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и лор-практике имеет ключевое значение для безопасности и эффективности лечения. Сегодня радикально улучшены условия работы специалистов по седации в амбулаторной практике. Созданы новые группы препаратов, методы контроля и подготовки пациентов к вмешательствам. В то же время существует ряд ограничений по внедрению седации в стоматологическую практику. Анестезиологам требуется практический опыт и обучение амбулаторной седации в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Необходимы аккредитация специалистов и их обучение правилам и принципам работы в условиях седации, особенно в полости рта. Существенным ограничением являются условия лицензирования амбулаторной анестезиологической службы, особенно в частной практике.

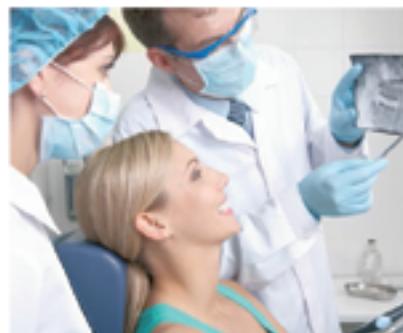
ЛИТЕРАТУРА

1. Hinkelbein J., Lamperti M., Akesson J. European Society of Anaesthesiology and European Board of Anaesthesiology guidelines for procedural sedation and analgesia in adults // Eur. J Anaesthesiol. — 2017:1. <https://doi.org/10.1097/eja.0000000000000683>.
2. O'Halloran M. The use of anaesthetic agents to provide anxiety relief and sedation in dentistry and oral surgery // Australasian Med. J. — 2013. — №6 (12). — P. 713–718. <https://doi.org/10.4066/amj.2013.1836>.
3. Hemmerling T. M., Arbeid E., Wehbe M., Cyr S., Taddei R., Zaouter C. Evaluation of a novel closed-loop total intravenous anaesthesia drug delivery system: a randomized controlled trial // Br. J Anaesth. — 2013; 110(6): 1031–9. doi:10.1093/bja/aet001.
4. Aparicio C. A proposed classification for zygomatic implant patient based on the zygoma anatomy guided approach (ZAGA): a cross-sectional survey // European Journal of Oral Implantology. — 4(3): 269–75. — September 2011.
5. ASA Guidelines for Sedation by Non-Anesthesiologists (ASA expects that an update to this Guideline will occur in October 2017).
6. Ada.org. [https://www.ada.org/en/media/ADA/Education 20 and 20Careers/Files/ADA Sedation Use Guidelines](https://www.ada.org/en/media/ADA/Education%20and%20Careers/Files/ADA%20Sedation%20Use%20Guidelines). Published 2018. Accessed July 29, 2018.
7. Светлов В. А., Зайцев А. Ю., Козлов С. П. Психэмоциональный комфорт — специальный компонент анестезии // Анестезиология и реаниматология. — 2008. — №5. — С. 88–91.
8. Reuter N. G., Westgate P., Ingram M., Miller C. Death related to dental treatment: a systematic review // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. — 2017. — №123(2). — P. 194–204. e10. <https://doi.org/10.1016/j.ooolo.2016.10.015>.
9. Путь В. А., Путь С. А. Применение кеторолак трометамин в стоматологической практике // Стоматология. — 2001. — №5. — С. 63–64.
10. Chrcanovic B. R., Albrektsson T., Wennerberg A. Survival and complications of zygomatic implants: an updated systematic review // J Oral Maxillofac Surg. — 2016. — 74(10): 1949–64. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2016.06.166>.
11. Струков В. И., Елистратов Д. Г. Известные и новые технологии в лечении и профилактике остеопороза. Методические рекомендации / Пенза, 2014. — С. 46.
12. Цокарев Д. С. Современные технологии седации в стоматологии // Научное обозрение. Медицинские науки. — 2016. — №6. — С. 115–118.
13. Sessler C. N., Gosnell M. S., Grap M. J., Brophy G. M., O'Neal P. V., Keane K. A., Tesoro E. P., Elswick R. K. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients // Am. J Respir. Crit. Care Med. — 2002. — №166 (10). — P. 1338–1344.
14. ASA Standards For Basic Anesthetic Monitoring, 2015.
15. Engelhardt S., Papacosta P., Rathe F., Ozen J., Jansen J. A., Junker R. Annual failure rates and marginal bone-level changes of immediate compared to conventional loading of dental implants. A systematic review of the literature and meta-analysis // Clin. Oral Implants Res. — 2015; 26(6):671–87. <https://doi.org/10.1111/clr.12363>.
16. Mavidis Kharalampos, Put V. A., Tarasenko S. V., Reshetov I. V. Comprehensive patient rehabilitation while performing immediate dental implant placement with the use of information-wave therapy (literature overview) // Journal of Advanced Pharmacy Education & Research. — Jan.–March 2020. — Vol 10. — Issue 4.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Путь Владимир Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологической реабилитации Московского университета им. С. Ю. Витте; кафедра онкологии, радиотерапии и пластической хирургии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва, e-mail: pout-prof@mail.ru;
 Долгалев Александр Александрович — доктор медицинских наук, доцент кафедры стоматологии общей практики и детской стоматологии Ставропольского государственного медицинского университета, г. Ставрополь, e-mail: dolgalev@dolgalev.pro;
 Шаймиева Наиля Ильгизовна — кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики ГОУ ДПО КГМА МЗ РФ, г. Казань, e-mail: mz.rsp@tatar.ru;
 Харлампов Мавидис — аспирант кафедры хирургической стоматологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) г. Москва, e-mail: dr.mavidis@hotmail.com.

Стоматологическая выставка



Разделы
выставок

- Стоматологическая практика
- Зуботехническая лаборатория
- Инфекционный контроль и обслуживание
- Услуги

Получите бесплатный билет
на сайте:

www.dentima.su

Ваш промокод:
K79-WZ-8802



+7 (861) 200-12-14

+7 (861) 200-12-40

dentima@mvk.ru

12+



14-16 ОКТЯБРЯ
2020 года



**ВЫСТАВКА-ПРОДАЖА
СТОМАТЭКС**



**ВЫСОКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ
ПОСЕТИТЕЛЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ
НА 1 УЧАСТНИКА ВЫСТАВКИ**

ЕЖЕГОДНО ВЫСТАВКУ ПОСЕЩАЮТ
БОЛЕЕ 3 500 ЧЕЛОВЕК, среди них:

- руководители стоматологических учреждений;
- практикующие врачи-стоматологи, зубные техники, ортопеды, ортодонты, пародонтологи, детские стоматологи;
- представители фирм-трейдеров

- Стоматологическое оборудование и инструменты
- Стоматологические материалы
- Материалы и инструменты для костной пластики и челюстно-лицевой хирургии
- Системы и инструменты дентальной имплантологии
- Диагностическое оборудование
- Зуботехническое оборудование
- Ортодонтическая продукция
- Оборудование и материалы для дезинфекции
- Мебель для стоматологических кабинетов
- Медицинская одежда

НАЙДИТЕ СВОИХ КЛИЕНТОВ!

**XIX ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ – 2020»**

XX ВСЕРОССИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА



**Современная
Стоматология**
Дентал-Экспо | Ростов

**4-6
ноября**

г. РОСТОВ-НА-ДОНУ

ул. Левобережная 2Б, стадион
«Ростов Арена», павильон
«Арена Экспо»

 **ОРГАНИЗАТОРЫ:**
РОСТОВ ЭКСПО
www.rostovexpo.com

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

DENTALEXPO®
www.dental-expo.com

Информационный
спонсор:
**главный
ВРАЧ**



*Volga
Dental
Summit*

**14-16
ОКТАБРЯ
2020**

8 Научно-практический всероссийский форум по стоматологии



- конференции
- симпозиумы
- мастер-классы
- аллея брендов

**ВОЛГОГРАД
ЭКСПОЦЕНТР
пр. Ленина, 65 А**

Официальная поддержка:



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



Комитет
здравоохранения
Волгоградской области



Волгоградский
Государственный
Медицинский
Университет



Стоматологическая
ассоциация России



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



Волгоградская Региональная
Ассоциация Стоматологов



РОСИ - Ассоциация
«Стоматологическая
индустрия»



Национальный институт
информативного анализа и
маркетинга в стоматологии

СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА И УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ РОДИТЕЛЕЙ ПО СОХРАНЕНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

И. Ю. Пестрякова, А. С. Иванов, Л. П. Кисельникова, Н. С. Краевская, Е. Ю. Леонтьева,
Е. Г. Бабко, А. А. Капица

Аннотация. В представленной работе авторами проведен анализ состояния гигиены полости рта и уровня знаний родителей детей с синдромом Дауна (СД), воспитывающихся в семье. Определена информированность родителей в области профилактики стоматологических заболеваний. Проведена оценка гигиенического состояния полости рта у детей с СД с разной степенью умственного развития, воспитывающихся

в семье. Установлено, что дети с СД в 59% случаев имеют «плохой» уровень гигиены полости рта. Выявлено, что санитарно-гигиенические знания родителей детей с СД не соответствуют современным требованиям профилактики стоматологических заболеваний.

Ключевые слова: дети, синдром Дауна, анкетирование, гигиена полости рта, зубы, родители.

THE STATE OF ORAL HYGIENE OF CHILDREN WITH DOWN SYNDROME AND THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF PARENTS ON PRESERVING THE DENTAL HEALTH OF CHILDREN WITH DISABILITIES

I. Yu. Pestryakova, A. S. Ivanov, L. P. Kiselnikova,
N. S. Kraevskaya, E. G. Babko, E. Yu. Leontieva, A. A. Kapitsa

Annotation. The aim of the study was to study the state of oral hygiene and the level of knowledge of parents of children with down's syndrome (DS) who are brought up in a family, and the level of knowledge of parents in the field of prevention of dental diseases. An assessment of the hygienic state of the oral cavity in children

with diabetes with different degrees of mental development, raised in a family. It was found that children with DS have a «poor» level of oral hygiene in 59% of cases. The sanitary and hygienic knowledge of parents of children with diabetes does not meet modern requirements for the prevention of dental diseases.

Keywords: children, down syndrome, questioning, the hygiene of the mouth, teeth, parents.

Распространенность стоматологических заболеваний среди детского населения чрезвычайно высока во всем мире. В научных публикациях достаточно полно отражены этиологические и патогенетические факторы распространенности и интенсивности кариеса зубов, болезней пародонта, зубочелюстных аномалий, пути профилактики стоматологических заболеваний. По данным ВОЗ, среди населения планеты от 650 млн до 1 млрд человек составляют люди с ограниченными возможностями развития — это около 10–15% населения планеты. Среди них 200 млн — дети. Умственная отсталость в популяции составляет от 1 до 3% [1].

Среди популяции детей-инвалидов с умственной отсталостью превалирует процент детей с генетической патологией. Одним из самых частых хромосомных отклонений является Трисомия 21 — синдром Дауна (СД) (МКБ-10-Q90.0; OMIM: 190685). В регионах Российской Федерации за 2011–2017 гг. общая частота Трисомии 21 по всем регионам составила 16,73 на 10000 новорожденных. За период 2011–2017 гг. наблюдалось нарастание общей частоты Т 21 с 15,53 на 10000 рождений в 2011 г. до 19,93 на 10000 рождений в 2017 г. [2].

У детей-инвалидов с нарушениями развития интеллекта наблюдается сочетание нескольких видов стоматологической патологии (кариозного поражения зубов, воспаления пародонта, зубочелюстных аномалий и деформаций), которые взаимно усугубляют клиническое течение и протекают на фоне неудовлетворительной гигиены полости рта [3]. Так, по данным зарубежных исследований Т. D. Deps et al. (2015) степень тяжести и полиморфизм стоматологической патологии у детей с психоневрологическими расстройствами значительно больше, чем у здоровых детей. Для предотвращения и ограничения распространенности и тяжести патологии полости рта дети с психоневрологическими расстройствами нуждаются в ранней и регулярной стоматологической помощи [4].

Особое внимание родители должны уделить организации ежедневного досуга ребенка, стремиться установить с ним близкие, доверительные отношения, стараться вовлекать ребенка в разные виды деятельности для формирования и закрепления навыков самообслуживания. Роль семьи как среды, в которой ребенок может получить необходимые практические навыки, в том числе по уходу за полостью рта, незаменима [5].

Лица с врожденной умственной отсталостью и лица с синдромом Дауна отнесены в классификации В. В. Лебединского к одному виду дизонтогенеза — психическому недоразвитию. Согласно данным Г. Е. Сухаревой, до 75% детей с синдромом Дауна имеют умеренную умственную отсталость, 5% — тяжелую и 20% — легкую [7]. В ранее опубликованном нами стоматологическом обследовании 20 детей с СД от 2018 г. в г. Ростове-на-Дону, распространенность кариеса в возрастной группе от 1 года до 3-х лет составила 55% [6]. К значимым факторам развития раннего кариеса у детей с СД относится неудовлетворительная гигиена полости рта, особенности их общесоматического состояния. Гигиеническое состояние у всех обследованных оценивалось по индексу Э. М. Кузьминой (2000). При этом выявлено наличие обильного мягкого налета на зубах — ИГ=0,58.

В снижении стоматологической заболеваемости детей ведущая роль отводится первичной профилактике, базовой основой которой является санитарное просвещение и обучение навыкам гигиены полости рта.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пути повышения качества стоматологического здоровья детей с ограниченными возможностями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено добровольное анкетирование 78 родителей (40 женщин и 38 мужчин) детей с синдромом Дауна

в возрасте от 6 до 15 лет. Исследование проводилось в МБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Ростова-на-Дону». Для оценки уровня гигиенических знаний родителей нами была разработана анкета, которая состояла из 2 частей, с 33 вопросами. Первая часть содержала паспортные данные родителей (6 вопросов) с указанием их возраста, образования, состава семьи. Вторая часть (27 вопросов) включала информацию о знаниях по уходу за полостью рта детей, выбору средств гигиены, оценке состояния зубов ребенка. На каждый вопрос анкеты предоставлялось от 2 до 5 вариантов ответа.

Полученные данные были обработаны методом вариационной статистики. Уровень гигиены полости рта определяли при помощи индекса зубного налета J. C. Green, J. R. Vermilion, 1964 (OHI-S).

Установлено, что 50,6% родителей были женщины в возрасте от 30 до 45 лет: 37,9% — 35—40 лет, 12,7% — 30—35 лет; мужчины составляли 49,4% в возрасте от 30 до 45 лет, из них 5,1% — 30—35 лет, 44,3% — 35—40 лет. Образовательный статус родителей: высшее образование имели 63,3% женщин и 50,6% мужчин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для оценки состояния гигиены полости рта детей с синдромом Дауна, воспитывающих в семье, был осмотрен 51 ребенок, находящийся под наблюдением в МБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Ростова-на-Дону». У 51 ребенка с СД из числа исследуемых (100%), проживающих в семье и имеющих нарушения психического развития различной степени тяжести: у 37% (n=19) диагностирована глубокая умственная отсталость, у 22% (n=11) — тяжелая, у 27% (n=14) — умеренная, у 14% (n=7) — легкая (табл. 1).

Таблица 1

Распределение детей с СД по степени выраженности умственной отсталости

Степень умственной отсталости	Численность, чел.	% от общего количества
Глубокая (F73)	19	37
Тяжелая (F72)	11	22
Умеренная (F71)	14	27
Легкая (F70)	7	14

Неудовлетворительная гигиена полости рта является одним из значимых факторов риска развития стоматологических заболеваний у детей с СД.

У 59% (n=30) детей с СД выявлена плохая гигиена полости рта со средним значением индекса гигиены — 2,8 (табл. 2).

Таблица 2

Уровень гигиены полости рта у детей с СД.

Всего	Уровни гигиены					
	Хороший		Удовлетворительный		Плохой	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
100%						
(n=51)	1	2	20	39	30	59

ВОЗРАСТ РОДИТЕЛЕЙ

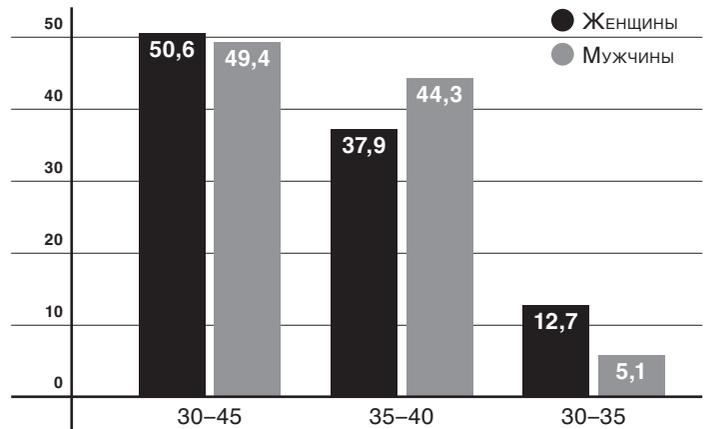


Рис. 1. Возраст родителей.

Полный состав семьи отмечается у 87,3% опрошенных родителей (рис. 2).

СОСТАВ СЕМЬИ

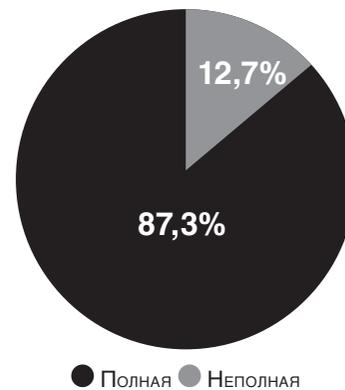


Рис. 2. Состав семьи.

Нас интересовал вопрос о трудностях, которые испытывают родители при чистке зубов у детей с СД. 56,5% опрошенных ответили, что их дети не хотят чистить зубы, 25,3% отмечали, что дети с удовольствием чистят зубы и воспринимают эту процедуру как игру; 18,2% родителей информировали врачей о нежелании их детей пользоваться зубной щёткой (рис. 3).

ТРУДНОСТИ ПРИ ЧИСТКЕ ЗУБОВ

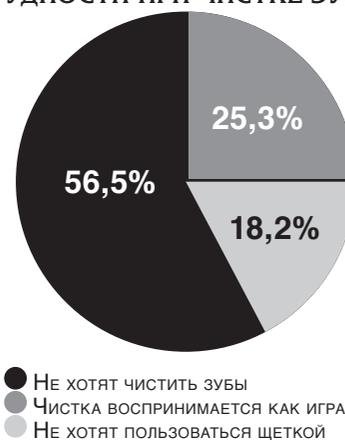


Рис. 3. Трудности при чистке зубов.

С целью анализа знаний родителей был задан вопрос о кратности чистки зубов, на что 44,3% опрошенных ответили, что их дети чистят зубы 2 раза в день, 20,3% — 1 раз в день, 35,4% родителей чистят зубы своему ребенку нерегулярно, по необходимости, и отмечают, что

чистка зубов происходит со стороны ребенка негативно, ребенок проявляет сопротивление (рис. 4).

КРАТНОСТЬ ЧИСТКИ ЗУБОВ

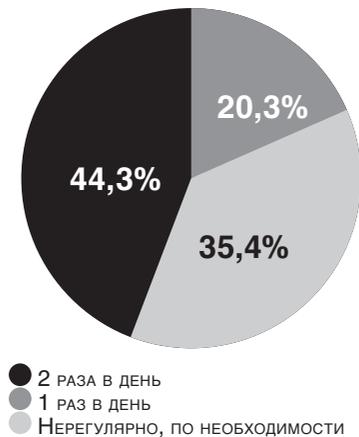


Рис. 4. Кратность чистки зубов у детей с СД.

На вопрос «Как часто вы меняете зубную щетку вашему ребенку?» 27,9% ответили, что они это делают 1 раз в полугодие, 11,4% — 1 раз в год, 60,7% — каждые 3 месяца (рис. 5).

КАК ЧАСТО ВЫ МЕНЯЕТЕ ЗУБНУЮ ЩЕТКУ ВАШЕМУ РЕБЕНКУ?

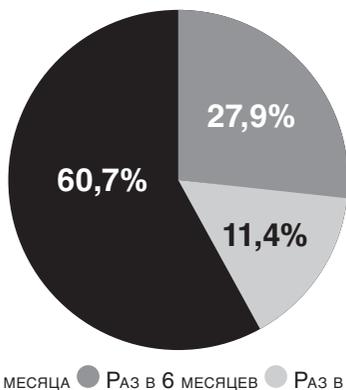


Рис. 5. Частота замены зубной щетки у ребенка.

При выборе зубной пасты для ребенка 54,4% опрошенных ориентируются на советы других родителей, родственников, 44,3% оказывают доверие рекламе. По рекомендации детского стоматолога выбирают и приобретают зубную пасту только 1,3% родителей (рис. 6).

ВЫБОР ЗУБНОЙ ПАСТЫ



Рис. 6. Ориентиры родителей в выборе зубной пасты для детей с СД.

В анкете был поставлен вопрос о получении информации о необходимости ухода за полостью рта будущего ребенка от врача-стоматолога, на который 55,7% опрошенных ответили отрицательно, 32,9% владели информацией, 11,4% затруднились ответить. К сожалению, большинство беременных женщин не получали рекомендаций врача-стоматолога по гигиене полости рта у новорожденных (рис. 7).

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О НЕОБХОДИМОСТИ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА

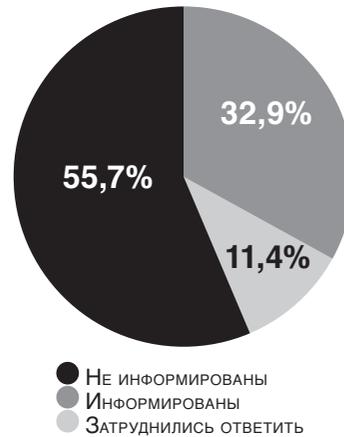


Рис. 7. Информированность родителей о необходимости ухода за полостью рта у детей.

О влиянии длительного ночного кормления на риск развития «бутылочного кариеса» осведомлены 17,7% родителей, 45,7% — не информированы, 22,7% — отрицают эту причину, 13,9% опрошенных считают зависимость развития «бутылочного кариеса» от ночного кормления необоснованной и ложной информацией (рис. 8). Термин «бутылочный кариес» характеризует кариес временных зубов у детей до 6 лет, который напрямую связан с ночным кормлением младенцев сахаросодержащими напитками из бутылочки и развивается с высокой скоростью и тяжестью заболевания.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ О ВЛИЯНИИ НОЧНОГО КОРМЛЕНИЯ НА РИСК РАЗВИТИЯ «БУТЫЛОЧНОГО КАРИЕСА»



Рис. 8. Информированность родителей о влиянии ночного кормления на риск развития «бутылочного кариеса».

На вопрос «Вы информированы о том, как чистить зубы ребенку?» 57,6% родителей ответили положительно, 24,4% отметили, что не владеют информацией, 15,4% считают, что это не имеет значения, 2,6% затруднились ответить (рис. 9).

ВЫ ИНФОРМИРОВАННЫ О ТОМ, КАК ЧИСТИТЬ ЗУБЫ РЕБЕНКУ?

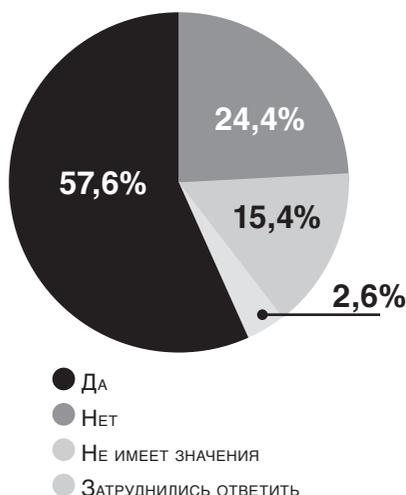


Рис. 9. Информированность родителей о том, как чистить зубы ребенку с СД.

КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ СОСТОЯНИЕ ЗУБОВ ВАШЕГО РЕБЕНКА?



Рис. 10. Оценка родителями состояния зубов ребенка.

На вопрос о вредности содержания фторидов в зубной пасте для детей только 7,5% ответили положительно, остальные 92,5% родителей не знали о существовании этой проблемы.

На мотивацию родителей к поддержанию стоматологического здоровья ребенка оказывает влияние их личная оценка состояния зубов ребенка. Отвечая на вопрос «Как вы оцениваете состояние зубов вашего ребенка?», 3,8% считают состояние полости рта ребенка отличным, 30,3% — хорошим, 22,7% — удовлетворительным, 22,7% — плохим, 20,5% — затруднились ответить (рис. 10).

ВЫВОДЫ

1. Уровень гигиены полости рта у детей с синдромом Дауна по данным исследования в 59% случаев «плохой», в 39% — «удовлетворительный». Формирование и закрепление навыка ухода за полостью рта во многом зависит от родителей.
2. Уровень санитарно-гигиенических знаний родителей детей с СД по вопросам первичной профилактики стоматологических заболеваний не отвечает современ-

ным требованиям профилактических мероприятий. Будущие матери не получают достаточной информации о необходимости и особенностях ухода за зубами ребенка. Зачастую родители не следуют рекомендациям детского стоматолога в вопросах гигиены полости рта. Высокий процент доверия рекламе (44,3% опрошенных) при выборе средств гигиены свидетельствует об очень низком уровне взаимодействия родителей с детским стоматологом.

Таким образом, санитарно-гигиеническое просвещение родителей детей с генетической патологией особенно актуально и является необходимым условием работы детского стоматолога по реабилитации стоматологического здоровья детей с СД с целью улучшения качества жизни детей с ограниченными возможностями. Повышение уровня знаний родителей по уходу за полостью рта ребенка — важное и значимое мероприятие первичной профилактики стоматологических заболеваний у детей с ограниченными возможностями. Образовательные программы должны разрабатываться с учетом различной степени умственной отсталости детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Regional Framework for Action on Community-based Rehabilitation: 2010—2020. WHO, Geneva 2010 (доступно на 08.08.15: http://www.wpro.who.int/publications/docs/FINAL_RegionalFrameworkforAction_CBR.pdf).
2. Демикова Н. С., Подольная М. А. Динамика частоты Трисомии 21 (синдрома Дауна) в регионах Российской Федерации за 2011—2017 гг. // Журнал им. Г. Н. Сперанского «Педиатрия». — 2019. — Том 98.32.
3. Тарасова Н. В., Алямовский В. В., Галонский В. Г. Стоматологический статус детей-инвалидов с различной степенью умственной отсталости, проживающих в России // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2014. — №3. — С. 14—17.
4. Гуленко О. В. Стоматологическая модальность детей с психоневрологическими расстройствами // Клиническая стоматология. — 2018. — №3. — С. 28—32.
5. Насибуллина А. Д., Зыкова Н. В., Мелешкина М. С. Роль семейного воспитания в формировании навыков социально-бытовой ориентации у младших подростков с умственной отсталостью (на примере семей, воспитывающих детей с синдромом Дауна) // Концепт. — 2014. — №9 (сентябрь). — ART 14251. — 0,4 п. л. — URL: <http://e-koncept.ru/2014/14251.htm>. — Гос. рег. Эл №ФС 77—49965. — ISSN 2304—120X.
6. Пестрякова И. Ю., Иванов А. С., Кисельникова Л. П. Особенности стоматологического статуса у детей раннего возраста с синдромом Дауна // Российская стоматология. — 2018. — Том 11. — №4. — С. 70—71.
7. Калмыкова Е. А. Психология лиц с умственной отсталостью. Уч.-метод. пособие. — Курск: Курск. госуд. университет, 2007. — С. 121.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Пестрякова Инна Юрьевна — врач-стоматолог детский, заведующая детским стоматологическим отделением №4 МБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Ростова-на-Дону», ассистент кафедры стоматологии №5 РостГМУ; e-mail: pestryakovainna@yandex.ru;
 Иванов Александр Сергеевич — кандидат медицинских наук, главный врач МБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Ростова-на-Дону», заведующий кафедрой стоматологии №5 РостГМУ; e-mail: hr-stom@mail.ru, Stom-ta@yandex.ru;
 Кисельникова Лариса Петровна — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, e-mail: lpkiselnikova@mail.ru;
 Краевская Наталия Стефановна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры стоматологии №5 РостГМУ, e-mail: Varrvara123@mail.ru;
 Леонтьева Елена Юрьевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии №5 РостГМУ, e-mail: leont06@list.ru;
 Бабко Елена Геннадьевна — зам. главного врача по лечебной части МБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Ростова-на-Дону», ассистент кафедры стоматологии №5 РостГМУ, e-mail: e.rudackova80@yandex.ru;
 Капица Анна Александровна — преподаватель 1-й категории колледжа ФГБОУ ВО РостГМУ, e-mail: a.kapitsa@mail.ru.

VI СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА

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

22-24
октября
2020



КРЫМ
Стоматология

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР



ОРГАНИЗАТОР



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

28-30 октября 2020



СТОМЭКСПО-2020 Ставрополь

Специализированная выставка оборудования,
инструментов и материалов для стоматологии



МЕДЭКСПО-2020 Ставрополь

Специализированная медицинская выставка



Место проведения:
г. Ставрополь, пр-т Кулакова, 16В
Выставочно-Деловой центр «НЕПТУН»



Организатор:
ООО «ЛидерЭкспо-СК»
Телефон: 8-962-400-34-65; 8(9652) 90-34-65
E-mail: liderexpo-sk@yandex.ru
Сайт выставок: www.medexpo-sk.ru

