

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

ОКТАБРЬ (52) 2016

Ю Г А Р О С С И И

WWW.AKVAREL2002.RU



СТОМАТОЛОГИЯ



DENSIM

DENTAL INSTRUMENTS



**ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННЫЙ
МИКРОСКОП
ПО СРЕДНЕЙ ЦЕНЕ**

ООО «ЭУР-МЕД Дон»
г. Ростов-на-Дону,
ул. Малюгиной, д. 220/84
Тел. (863) 206-66-86
E-mail: info@eurmeddon.ru www.eurmeddon.ru

**ОФИЦИАЛЬНЫЙ ПОСТАВЩИК СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ОБОРУДОВАНИЯ DENSIM**

РИНЦ

ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ ЧЕРЕЗ РЕДАКЦИЮ

Воплощение

Cone Beam 3D Imaging
NewTom
what's next

ENGLISH

GiANO

УЛЬТРАСОВРЕМЕННЫЙ,
УЛЬТРАМОДНЫЙ,
УЛЬТРАТЕХНОЛОГИЧНЫЙ

NewTom GiANO – новый, ультрасовременный модульный аппарат, который воплотит мечту уже сегодня. Благодаря современному дизайну NewTom GiANO заменит три аппарата! Панорамный аппарат, цефалометрическая приставка и конусно-лучевая компьютерная томография интегрированы в единую платформу. Возможность дооснащения любым из модулей делает этот аппарат привлекательным и невероятно удобным.

GiANO



**ТОВАР УЧАСТВУЕТ
В АКЦИИ:**

Только в «Амикорт» при покупке инновационного КЛКТ аппарата NewTom ежемесячное оснащение имплантатами в течение года бесплатно.



Создавайте будущее сегодня!

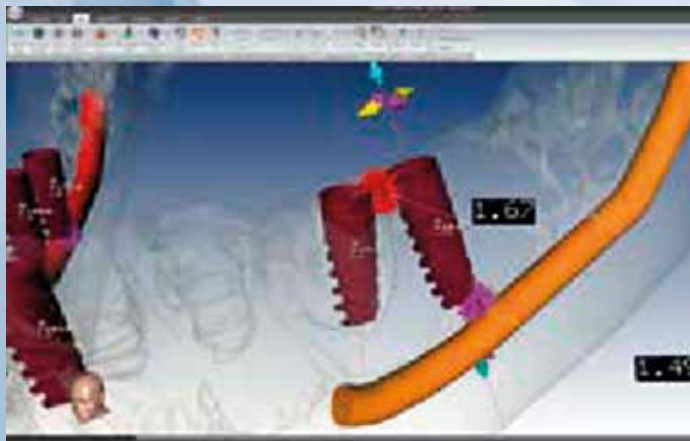
«Амикорт» – часть холдинга «НПАО АМИКО», который производит высококачественное оборудование для рентгенологических исследований, а также средства защиты от излучения. Как эксклюзивный представитель завода QR srl, мы предлагаем одну из лучших моделей компьютерных томографов – NewTom GiANO.

Этот прибор объединяет три модуля в единой платформе. Помимо панорамного исследования, эта модель от NewTom позволяет проводить цефалометрию. Анализ и интерпретация снимка лицевого отдела черепа поможет врачу-ортодонту в постановке правильного диагноза, а также при планировании и контроле на всех этапах лечения.

Мечты!

Приобретая аппарат NewTom в стоматологию, вы расширяете спектр возможных диагностических процедур своей клиники. Он пригодится не только специалисту по имплантации, но и тем, кто специализируется на патологиях височно-нижнечелюстного сустава. Дополнительную информацию для постановки диагноза дадут конусно-лучевые компьютерные томографы и лор-врачи.

«Амикорт» гарантирует комфорт врачу и пациенту при проведении процедуры, обработке изображений и построении 3D-модели. Если вы укомплектуете свою клинику томографом NewTom GiANO, это гарантированно снизит лучевую нагрузку на ваших специалистов и тех, кто доверит им здоровье своих зубов.



Услуги

Аренда КЛКТ NewTom, КЛКТ NewTom TradeIn
Рассрочка на 24 месяца без процентов



8-800-775-04-87

www.amicort.ru



Характеристики

Аксессуары	Eaton 9130 3000. Аналоговый цифровой принтер UP-991AD. Фартук стоматологический 0,35 мм Pb. Монитор высокого разрешения GX2MP.
FOV	11x8, 11x5, 8x8, 8x5, 5x5
Размер фокусного пятна	0,5 мм
Время экспозиции	3D – от 3,6 до 9,0 с. Панорамное исследование: от 7,5–13 с. Цефалометрическое исследование: 3,4 с.
Излучатель	60 – 90 кВ, 1 – 1- МА (импульсный)
Детектор	3D - Плоскопанельный на основе аморфного кремния, 2D – CCD. Разрешение изображения: более 5 пар. лин./мм.
Расположение пациента	стоя

17-я Стоматологическая выставка



**Разделы
выставки**

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

**Научная
программа
выставки**

- 7-я Специализированная конференция «Наука и практика в стоматологии»
- 12-я Международная конференция зубных техников

www.dentima.su

+7 (861) 200-12-34 доб. 151,140
dentima@krsnodarexpo.ru

Организатор



Аппарат лазерный стоматологический терапевтический АЛСТ-01 ОПТОДАН

Разработан специально для стоматологов. Внесен в государственный реестр новых медицинских технологий

ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

- Кариеса в стадии деминерализации и мелового пятна
- Пульпитов и периодонтитов
- Заболеваний пародонта
- Заболеваний слизистой оболочки полости рта
- Воспалительных явлений краевого пародонта после ретракции десны
- Наминов после наложения протезов, осложнений в ортодонтии
- Стимуляция регенерации костных тканей в дентальной имплантологии
- Альвеолитов
- Периоститов и др.



Технические характеристики:

Источник излучения	диод лазерный полупроводниковый
Длина волны, нм	0,65-0,98
Импульсная мощность, Вт	5
Частота следования импульсов, Гц	
режим I	80-100
режим II	2000-3000
Длительность импульса, мс	40-100
Потребляемая мощность, Вт, max	10
Масса, г	600
Габаритные размеры, мм	60x120x180
Питание, В/Гц	220/50

Научно-производственное предприятие «ВЕНД»
410033, г. Саратов, проспект 50 лет Октября, 101
Тел./факс: (8452) 63-37-59, тел.: (8452) 79-71-69
Медицинский соисполнитель: ФГБУ
«ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»
119982, г. Москва, ул. Т. Фрунзе, 16
E-mail: npp_vend@mail.ru www.npp-vend.ru
www.optodan.rusmed.ru

**Специализированный
медицинский журнал**

«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»

Крылова О. В. — учредитель и издатель,
главный редактор

Редакционный совет:

Быковская Т. Ю. — министр
здравоохранения Ростовской области

Ибрагимов Т. И. — министр
здравоохранения Республики Дагестан

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

Мажаров В. Н. — министр
здравоохранения Ставропольского края

Маньшин В. П. — зам. министра
здравоохранения Республики Калмыкия

Филиппов Е. Ф. — министр
здравоохранения Краснодарского края

Цидаева Т. И. — зам. министра
здравоохранения Республики Северная
Осетия — Алания

Шкарин В. В. — председатель Комитета
здравоохранения Волгоградской области

Адрес редакции и издателя:

344064, г. Ростов-на-Дону,
ул. Вавилова, 54, оф. 404
т. (863) 223-23-26, т./ф. (863) 273-25-16,
по вопросам подписки (863) 223-23-25

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

Отпечатано в типографии «Идея-принт»,
ИП Лизунов И.В.

г. Ростов-на-Дону, пр. Стачки, 247

Тираж 3000 экз. Заказ №

Подписано в печать 7.10.2016 г.

Дата выхода 10.10.2016 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.

Распространяется бесплатно по линии МЗ

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

Стоматологические выставки	2
Логистика пациенто-потока как основной инструмент оценки качества стоматологической помощи в системе обязательного медицинского страхования	4
Диспансеризация детей первого года жизни у стоматолога	6
Диагностическая значимость компьютерной томографии для выявления одонтогенного верхнечелюстного синусита и эффективности предимплантологической аугментации гребня альвеолярной кости	8
Новости стоматологии	11
Опыт ортодонтического лечения трансверзальных и сагиттальных изменений зубных рядов при лечении скученного положения зубов	13
Эффективность использования гибких базисов съемных зубочелюстных конструкций и современных адгезивных материалов при стоматологическом ортопедическом лечении больных	19
Морфологическое исследование эффективности закрытия перфорации слизистой оболочки дна верхнечелюстной пазухи при операции синус-лифтинга с использованием аллотрансплантата ...	22
Стандарты в стоматологии и качество лечения: пределы разумного....	23
Изготовление полного и частичного пластинчатых съемных протезов с применением системы Candulor	29
Стоматологические выставки	32

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

**ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ, ПРИСЫЛАЕМЫМ
В ЖУРНАЛ «ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»**

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

2. Статья обязательно должна содержать на русском и английском языках: заглавие, авторов, аннотацию и ключевые слова.

3. Фотографии и рисунки должны прилагаться отдельными файлами в формате tif или jpg, в тексте статьи обязательно ссылки на них и на литературные источники.

4. В списке литературы желательно использовать публикации за последние 5–8 лет, в количестве не более 15 источников.

У литературного источника должны быть указаны: авторы, название статьи, название монографии (справочника, журнала), город, издательство, год выпуска (если это журнал, указываются том и номер), номера страниц (или общее количество страниц в книге). Если это не монография, а сборник, указываются редакторы. Если это электронный источник, указываются авторы, наименование, город, год, ссылка (электронный адрес) и дата обращения.

5. Статья не должна быть ранее опубликована и не должна содержать рекламу, в том числе скрытую.

6. К статье должна прилагаться авторская справка, содержащая следующие сведения об авторах: фамилия, имя и отчество (полностью); ученая степень, звание (кафедра, факультет и вуз полностью, без сокращений), должность, место работы; контактный e-mail; почтовый адрес с индексом (домашний и организации); мобильный телефон для оперативной связи сотрудников редакции, можно дополнительно указать домашний или рабочий номер.

**ВЫСЛАТЬ СТАТЬИ ВЫ МОЖЕТЕ НА ЭЛЕКТРОННЫЙ АДРЕС
РЕДАКТОРА KRYLOVA@AKVAREL2002.RU
ИЛИ НА ОБЩИЙ ЯЩИК ЖУРНАЛА GVUR@MAIL.RU
ДЛЯ КРЫЛОВОЙ ОЛЬГИ ВИКТОРОВНЫ**

ЛОГИСТИКА ПАЦИЕНТО-ПОТОКА КАК ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

С. В. Хлынин, главный врач; МБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Шахты»

Аннотация: Условия оказания качественной стоматологической помощи в Российской Федерации. Новые подходы к оценке качества медицинской помощи в последние годы. Методика логистических подходов при определении качества стоматологической помощи прикрепленному населению. Интегративный индекс повторности. Результаты социологического обследования пациентов МБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Шахты» Ростовской области с целью оценки качества стоматологической помощи.

Ключевые слова: организация здравоохранения, качество оказания стоматологической помощи, логистическая оценка.

THE LOGISTICS OF PATIENT FLOW AS THE MAIN TOOL FOR ASSESSING THE QUALITY OF DENTAL CARE IN THE SYSTEM OF OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE

S. Hlynin

Annotation: The conditions for the provision of quality dental care in Russian Federation. New approaches to assessing the quality of medical care in recent years. The technique of logistic approaches in determining the quality of dental care to the attached population.

Integrative index of the repetition. The results of a survey of patients in MBUZ Dental clinic №1, Shakhty, the Rostov region, with the aim of assessing the quality of dental care.

Keywords: health organization, the quality of dental care, logistics assessment.

Вопросам определения качества стоматологической помощи (КСП) всегда отводилось особое место в перечне приоритетных задач, стоящих перед администрацией и организационно-методическими структурами стоматологического кластера ответственного здравоохранения. Озабоченность по поводу КСП высказывает и мировое стоматологическое сообщество. Так, в соответствии с мнением экспертов ВОЗ заметное улучшение качества медицинской помощи (КМП) возможно лишь в том случае, если будут выполнены два основных технологических условия. С одной стороны, профессиональное медицинское сообщество возьмет на себя ответственность за повышение КМП, а с другой, административный аппарат выработает универсальную индикаторную систему, позволяющую объективно и достоверно проводить оценку КМП. Оба условия реализуются в современной России достаточно успешно. Однако не стоит забывать, что существующие подходы к количественной оценке КМП были разработаны в США Аведисом Донабедианом [6] еще 50 лет назад и практически в неизменном виде используются в Российской Федерации уже более 20 лет. В основе указанной методики лежат три основных направления оценки: структура, процесс и результат медицинской помощи (МП) [5]. При этом в границах индикаторного поля, определенного американской школой организаторов здравоохранения, наблюдаются значительные изменения

приоритетов. Так, за последние 10 лет появились новые подходы к оценке КМП. Суть их сводилась к реализации следующих направлений: во-первых, ослабевает интерес к измерениям компетенций врачей; во-вторых, значительно большее внимание стали привлекать к себе измерения результатов и исходов лечения населения. Кроме того, сегодня можно говорить об успешных попытках интеграции оценки КМП в технологическую цепочку оказания МП. Это, с одной стороны, привело к уменьшению организационной изоляции обеспечения качества от самого оцениваемого медико-социального процесса, а с другой, способствовало повышению координации усилий всех уровней управления здравоохранением по интенсификации повседневной работы в сфере обеспечения высокого КМП [1].

В указанном контексте наше исследование проводилось в сфере объективизации оценки результатов стоматологического лечения с целью разработки логистических подходов [3, 4] к определению качества стоматологической помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Для достижения указанной цели в 2015–2016 гг. была выполнена исследовательская работа, включавшая добровольное анонимное социологическое обследование 238 пациентов МБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Шахты» Ростовской области (95 мужчин и 143 женщины в возрасте от 18 до 85 лет), которая

характеризовала среднесуточный пациенто-поток (ПП). За последние 5 лет среднесуточный ПП в МБУЗ СП №1 г. Шахты отличался относительной стабильностью и составлял от 210 до 215 человек. При этом хирургическую стоматологическую МП получали 30—32 человека, терапевтическую — 118—123, а ортопедическую — 60—64 пациента в сутки.

В методическом плане для выполнения нашей работы использован Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) от 01.12.2010 №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (с изменениями на 16.08. 2011 г.)». В п. 14 приказа представлены поводы проведения целевых экспертиз КМП. В частности, упомянут следующий повод: «... а) повторные обращения по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней — при оказании амбулаторно-поликлинической помощи (АПП)». Приведенная цитата содержит методический прием, позволяющий объективно оценить результативность оказания не только соматической АПП, но и стоматологической МП. При этом акцент делается не на структурно-функциональной единице медико-социального процесса, который состоит из рассматриваемых законченных случаев оказания МП, а на полный объем МП в рамках всего ПП за определенный период времени (в нашем случае за сутки). Очевидно, что в данной ситуации мы вынуждены покинуть собственно медицинскую (стоматологическую) сферу и переместиться в сферу социальной и экономической проблематики. По мнению В. К. Леонтьева (2013) [2], именно повышение КМП является главным резервом увеличения производительности труда врача-стоматолога. С социально-экономической точки зрения качественное лечение обеспечивает уменьшение числа визитов к врачу, снижение числа случаев повторного лечения, снижение экономических затрат на каждого больного в расчете на длительный период времени. Логистический подход к оценке КМП в стоматологической практике предполагает использование социологических методик для измерения указанных периодов. Мониторинг проводится с определенной периодичностью: 1 раз

в год, 1 раз в полугодие, в квартал, ежемесячно. Более частое изучение КМП малоэффективно, так как изменения КМП в целом по медицинской организации (МО) являются достаточно инертными. Т.о., статистическая обработка данных мониторинга позволяет получить показатели, характеризующие уровень КМП, оказываемой в МО за соответствующий период.

Описание результатов работы следует начать с общей характеристики КМП. В исследованном ПП доля первичных пациентов составила $29,0 \pm 2,9\%$, соответственно $71,0 \pm 2,9\%$ приходилось на повторных. Из повторных $79,3 \pm 3,2\%$ указали, что лечились год назад или ранее. Следует отметить, что указанное разграничительное значение выше, чем рекомендуемое в вышеупомянутом Приказе ФФОМС (3 месяца), однако специфика стоматологического технологического процесса предполагает, что наиболее оптимальным значением для бесповторного лечения зубов является временной промежуток длительностью в 12 месяцев, на который и распространяется гарантия. Таким образом, оставшиеся $20,7 \pm 3,2\%$ составили группу, которая собственно и характеризует интегративный показатель низкого качества стоматологической помощи или интегративный индекс повторности (ИИП).

Средняя по выборке повторность (диапазон времени между обращениями) составила $4,2 \pm 0,4$ месяца.

В соответствии с заложенными в анкету индикаторами мы смогли детализировать и в дальнейшем сможем отслеживать динамику ИИП по отдельно взятому виду стоматологической помощи (табл.), или (если поставить такую цель) по каждому отдельному специалисту.

Кроме того, важным является вопрос анкеты «Давали ли Вам гарантию?». Из группы ИИП $82,9 \pm 6,4\%$ респондентов подтвердили факт указанного организационного мероприятия, $11,4 \pm 5,4\%$ утверждали, что такой гарантии им не давали, и $5,7 \pm 3,9\%$ не смогли четко определиться с ответом, т.е. не зафиксировали в памяти эти принципиальные подробности лечебного процесса. Очевидно, что значение гарантии в работе врача-стоматолога ничуть не меньше, чем добровольное информированное согласие на оказание стоматологической

Таблица

Структура ИИП с учетом профиля специалиста, который оказывал стоматологическую помощь повторным пациентам ранее, на 01.06.2015 г. (в %)

Вид оказываемой стоматологической помощи	P	±m
1 — стоматолог — терапевт	80,0	6,8
2 — стоматолог-хирург	20,0	6,8
3 — стоматолог-ортопед	11,4	5,4
4 — пародонтолог	11,4	5,4

помощи, обработку персональных данных или утверждение плана лечения. Следовательно, соответствующая документальная форма должна быть, и пациент обязан с ней ознакомиться и расписаться.

ВЫВОДЫ

1. Разработка и внедрение системы мониторинга интегральных индексов повторности в стоматологических медицинских организациях позволяет значительно усовершенствовать как ведомственную, так и вневедомственную системы контроля КМП для повышения их объективности и эффективности в медицинской, социальной и экономической сферах.

2. Мощным инструментом регулирования ответственности медицинского персонала за повышение КМП является система индивидуальных гарантий, предоставляемых стоматологическому пациенту непосредственным производителем стоматологических медицинских услуг в письменном виде.

3. Логистическая оценка качества стоматологической помощи способствует формированию объективной информационной базы для регулирования профессиональной активности медицинских работников в условиях функционирования эффективного контракта в стоматологии [7].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутова В. Г., Ковальский В. Л. и соавт. Экспертиза качества стоматологической помощи. Практическое руководство / В. Г. Бутова, В. Л. Ковальский, Н. Г. Ананьева, З. М. Абаев, Ю. К. Петрова, Г. И. Кузьмичева, И. Б. Маскилейсон. — М.: Издательский Дом «STBOOK», 2005. — 192 с.
2. Леонтьев В. К. Качество стоматологической помощи: системный подход, возможности управления и регуляции. Режим доступа: http://www.estomatology.ru/publication/leontiev_quality/ (дата обращения: 30.06.15).
3. Фисенко В. Л., Худоногов И. Ю. и соавт. Логистический подход в интеграционной стратегии развития здравоохранения / В. Л. Фисенко, И. Ю. Худоногов, Л. М. Лапина, В. В. Фисенко // Муниципальное здравоохранение: современное состояние и основные направления реализации ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Материалы II региональной научно-практической конференции организаторов здравоохранения Юга России: 18.05.2012 г. — Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ Росздрава, 2012. — С. 210—214.
4. Фисенко В. Л., Худоногов И. Ю. и соавт. Роль логистики в медицинском бизнесе / В. Л. Фисенко, И. Ю. Худоногов, Ю. Б. Иванов, В. В. Фисенко, И. А. Мишакина // V научная сессия Ростовского ГМУ, посвященная 95-летию высшего медицинского образования на Дону и 80-летию РостГМУ: Сборник научных трудов / Под ред. проф. Сависько А. А. В 2 т. Т.1 — Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2010. — С. 114—115.
5. Элланский Ю. Г., Быковская Т. Ю. и соавт. Качество медицинской помощи, его оценка и организация контроля в системе здравоохранения / Ю. Г. Элланский, Т. Ю. Быковская, В. Н. Калашников, Е. М. Савина, Л. А. Баранец, И. Ю. Худоногов, А. Я. Маар // Учебное пособие. Под ред. проф. Элланского Ю. Г. — Ростов-на-Дону: Ростовское книжное издательство, Изд-во РостГМУ. — 2008. — 94 с.
6. Donabedian A. Milbank. Mem. Fund. — 1996. — Vol. 44. — P. 153—166.
7. Семинар «Оплата труда в здравоохранении. Платные услуги. Эффективный контракт. Практические вопросы в деятельности медицинских организаций». Режим доступа: <http://www.estomatology.ru/education/progress/2013/jun-jul.htm> (дата обращения: 12.07.2015).

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ У СТОМАТОЛОГА

Т. В. Дружинина, И. Л. Гольцова; МБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Ростова-на-Дону»

Аннотация: Диспансеризация детей у стоматолога включает в себя плановое проведение профилактики кариеса зубов, аномалий прикуса, пародонта, заболеваний зубочелюстной системы. В материале обозначены классификация диспансерных групп, факторы риска развития кариеса зубов и зубочелюстных аномалий у детей раннего возраста. Приведены основные профилактические мероприятия указанной патологии. Представлены статистические показатели диспансеризации детей со стоматологическими заболеваниями в МБУЗ «Детская городская больница №8 г. Ростова-на-Дону» в 2015 году и I полугодии 2016 года.

Ключевые слова: диспансеризация, стоматология детского возраста, фактор риска, профилактическое мероприятие.

THE DENTIST CLINICAL EXAMINATION OF CHILDREN OF THE FIRST YEAR OF LIFE

T. Druzhinina, I. Goltsova

Annotation: The clinical examination of children at the dentist-periodic caries includes prophylaxis, malocclusions, periodontal disease, disorders of maxillofacial system. In the material clinical classification groups, risk factors of caries teeth and dento-maxillary anomalies in infants are marked. The main preventive measures in

specified pathology are given. Statistical indicators are presented for the examinations of children with dental diseases in MBUZ «Children's city hospital №8 of Rostov-on-Don» in 2015 and in the first half of 2016.

Keywords: clinical examination, children's dentistry, risk factor, preventive action.

На современном этапе развития стоматологии высшей формой профилактики является диспансеризация детей. Диспансеризация — это метод медико-санитарного обслуживания населения,

включающий необходимый комплекс социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, предупреждение развития

заболеваний, снижение заболеваемости и повышение трудоспособности диспансеризуемых контингентов на основе динамического наблюдения за состоянием здоровья населения.

Основная задача детского стоматолога — выявление факторов риска, формирование «группы риска» детского населения, подверженного опасности возникновения определенного заболевания.

Диспансеризация детей у стоматолога предусматривает плановое проведение профилактических мероприятий в отношении кариеса зубов и аномалий прикуса, создание благоприятных условий для формирования и созревания тканей зуба, пародонта, всей зубочелюстной системы, воспитание правильных гигиенических навыков, обязательное во все возрастные периоды проведение плановой санации полости рта.

С 2007 года на базе МБУЗ «Детская городская поликлиника №8» нами проводится диспансеризация детей первого года жизни в соответствии с приказами МЗСР РФ от 28.04.2007 №307 и МЗ РФ от 21.12.2012 №1346н. Результаты осмотра, заключение специалиста, индивидуальные рекомендации мы вносим в специальный талон, который хранится в карте ребенка. По результатам первичного обследования у стоматолога определяют 3 диспансерные группы: I группа — здоровые дети; II группа — дети с факторами риска развития стоматологических заболеваний; III группа — дети, имеющие различные стоматологические заболевания (врожденные и приобретенные зубо-челюстные аномалии и деформации, пороки развития твердых тканей зубов, кариес зубов и др.).

Основными факторами риска развития кариеса зубов и зубочелюстных аномалий у детей раннего возраста являются следующие:

- нарушение физиологического течения беременности (токсикоз) у матери;
- заболевания матери в период беременности;
- высокая степень активности кариеса у родителей, братьев и сестер;
- зубочелюстные аномалии у родителей, братьев и сестер;
- нарушение срока рождения ребенка (недоношенность, переношенность);
- малая масса тела при рождении;
- родовая травма;
- хронические заболевания ребенка;
- частые острые заболевания;
- прием медикаментов (антибиотиков и др.), неблагоприятно влияющих на состояние органов и тканей полости рта;
- искусственное вскармливание;
- употребление сахара и сладостей;
- ротовое (смешанное) дыхание;
- прокладывание языка между зубами;

- вредные привычки (сосание пальца, пустышки, предметов);
- отсутствие гигиенического ухода за полостью рта;
- неудовлетворительное социально-экономическое положение семьи.

При стоматологической диспансеризации детей раннего возраста мы обращаем внимание родителей на необходимость проведения профилактических мероприятий:

- профилактика инфицирования ребенка *S. mutans*;
- уход за прорезывающимися зубами ребенка, флоссинг после установления контактов между соседними зубами;
- прекращение ночных кормлений ребенка сладкими и кислыми продуктами и напитками;
- ограничение частоты приемов сладкого и кислого, достаточное количество молочных продуктов, введение твердой пищи;
- контроль над обеспечением организма ребенка фторидами;
- предупреждение формирования вредных привычек (сосание пальца и др.), неблагоприятно влияющих на формирование челюстно-лицевой области ребенка;
- предупреждение травматических повреждений челюстно-лицевой области ребенка;
- регулярный осмотр зубов ребенка и обращение к стоматологу при появлении белых пятен и других изменений.

В 2015 г. и первом полугодии 2016 г. профилактически осмотрено 215 детей. При оценке состояния зубочелюстной системы выявлены нарушения у 53 детей: нарушение функции глотания — 4 (7,5%), ротовой тип дыхания — 11 (21%), сформированы вредные привычки — 15 (28,2%), аномалии прикрепления уздечки языка — 17 (32%), аномалии прикрепления уздечки губы — 6 (11,3%). В 76 (35%) случаях наблюдалось нарушение сроков прорезывания зубов.

После осмотра все родители получили необходимые рекомендации и информацию о методах профилактики, по показаниям направлены на дополнительную консультацию к лор-врачу, стоматологу-хирургу, ортодонту.

Диспансерное наблюдение детей раннего возраста, как показал наш опыт, является целесообразным. Обучение родителей помогает им следить за состоянием зубочелюстной системы и правильно проводить гигиену полости рта у своего ребенка. Раннее выявление и своевременное устранение вредных привычек, коррекция нарушений функций зубочелюстной системы, профилактика заболеваний твердых тканей зубов способствуют повышению уровня стоматологического здоровья детского населения.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОЙ АУГМЕНТАЦИИ ГРЕБНЯ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ

С. Ю. Максюков, Н. В. Бойко, Д. С. Щепляков, Л. А. Крайнюкова, А. А. Демидова,
Е. С. Максюкова; ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Аннотация: В статье изучены диагностические возможности спиральной компьютерной томографии (СКТ) околоносовых пазух на этапе подготовки к дентальной имплантации. Перед субантральной аугментацией для выявления латентного одонтогенного синусита необходимо производить СКТ околоносовых пазух с сагиттальной реконструкцией через большие и малые коренные зубы. СКТ с сагиттальной реконструкцией позволяет выявить локальное утолщение слизистой оболочки пазухи в области причинного зуба, неполную пломбировку каналов зуба, проникновение корней зубов, штифтов или имплантатов в полость пазухи, четко визуализирует ороантральное соустье и радикулярные кисты. СКТ после выполнения операции синус-лифтинг позволяет оценить качество предимплантологической аугментации.

Ключевые слова: спиральная компьютерная томография, аугментация альвеолярного гребня, верхнечелюстная пазуха, одонтогенный синусит.

DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF COMPUTED TOMOGRAPHY FOR THE DETECTION OF ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS AND THE EFFECTIVENESS OF PREDIMPLANTOLOGICAL ALVEOLAR BONE RIDGE AUGMENTATION

S. Maksyukov, N. Bojko, D. Shcheplyakov, L. Krainyukova,
A. Demidova, E. Maksyukova; Rostov State Medical University

Annotation: The article examined the diagnostic capabilities of spiral computed tomography (SCT) of paranasal sinuses in preparation for dental implantation. Before subantral augmentation to identify latent odontogenic sinusitis SCT of paranasal sinuses with sagittal reconstruction through large and small molars should be

produced. SCT with sagittal reconstruction allows to identify local thickening of mucous membranes of the sinuses in area of causal tooth, shallow canals, sealing the penetration of teeth roots pins or implants in sinus cavity, clearly visualizes oroantral fistula and cyst radicular. After sinus lift SCT allows to evaluate the quality of the predimplantological breast enlargement surgery.

Keywords: spiral computed tomography, alveolar ridge augmentation, maxillary sinus, odontogenic sinusitis.

На этапе, предшествующем дентальной имплантации, важным с клинической точки зрения является выявление одонтогенного синусита (ОС) и его лечение, а также оценка качества аугментации — наращивания гребня альвеолярной кости. Актуальность своевременного выявления ОС обусловлена, прежде всего, увеличением числа больных, страдающих данной формой заболевания [7]. Этот рост может быть объясним нарастающей сложностью лечебных процедур, производимых врачами-стоматологами, а также улучшением диагностики параназальных синуситов в связи с внедрением современных методов визуализации, в частности, спиральной компьютерной томографии (СКТ) околоносовых пазух [3, 8].

В большинстве случаев тщательно собранный анамнез заболевания, осмотр больного и характер содержимого пазухи, полученного при ее пункции, позволяют заподозрить одонтогенный характер поражения околоносовых пазух. Однако нередко больные годами безуспешно лечатся по поводу хронического риносинусита, поскольку его истинная причина остается невыявленной. Такое течение характерно для первичного хронического закрытого ОС на фоне радикулярных кист, воспаления

периапикальных тканей зубов, ятрогенных инородных тел пазух и других заболеваний зубочелюстной системы [5].

Латентные формы ОС сопровождаются развитием типичных морфологических изменений, определяемых при иммуногистохимическом, морфометрическом и ультраструктурном исследовании [1, 2, 9]. Эти изменения обнаруживаются и на компьютерных томограммах в виде значительного пристеночного утолщения слизистой оболочки в области альвеолярной бухты, а иногда — локально в области причинного зуба [4].

Морфологические изменения в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи, вызванные одонтогенным инфицированием, являются предрасполагающим, а вторичная риногенная бактериальная колонизация — решающим фактором появления клинических симптомов одонтогенного синусита [11]. Трансформация латентной стадии ОС в явную часто происходит на фоне острой респираторно-вирусной инфекции, которая приводит к активации воспалительного процесса в пазухе в результате дополнительного риногенного инфицирования пазухи, а также нарушения ее дренажа и вентиляции [12]. В этих

случаях первоначальная причина синусита ускользает из поля зрения как больного, так и врача.

Трудности диагностики ОС связаны еще и с тем, что широко используемые в стоматологической практике прицельные рентгенограммы и ортопантограммы не позволяют адекватно оценить анатомические взаимоотношения зубов, периапикальных очагов инфекции и дна верхнечелюстной пазухи [10].

При подготовке к дентальной имплантации важно качественно провести аугментацию. Для аугментации альвеолярного гребня применяются различные методики: компрессионно-дистракционный остеогенез, аутотрансплантация, межкортикальная остеотомия, субантральная аугментация, направленная тканевая аугментация [6]. Каждая из этих методик проводится с использованием различных костно-пластических материалов. Эффективность различных методик и материалов аугментации трактуется неоднозначно, нередко эти данные противоречат друг другу, что требует объективного метода оценки эффективности предимплантологической аугментации.

Целью исследования было изучение диагностических возможностей СКТ околоносовых пазух на этапе подготовки к дентальной имплантации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При СКТ околоносовых пазух на этапе подготовки к дентальной имплантации у 34 больных был диагностирован одонтогенный синусит. СКТ околоносовых пазух была проведена с реконструкцией в коронарной и сагитальной плоскости через причинные зубы. Исследование выполнялось на мультиспиральном шестнадцатисрезовом томографе 4-го поколения PHILIPS MX 8000 в режиме спирального томографирования с толщиной среза 0,75 мм (стандартный режим Sinus/Facial для носа и околоносовых пазух), с последующей обработкой данных с помощью программы многоплоскостных реформаций (MPR) с расстоянием между слоями 1,5 мм.

После лечения одонтогенного синусита пациентам для аугментации гребня альвеолярной кости выполняли субантральную аугментацию с повторной томографической оценкой качества операции через 6 месяцев. Пациентам осуществляли открытый синус-лифтинг под местной инфильтрационной анестезией. Разрез проводили по вершине альвеолярного гребня, два вертикальных разреза ограничивали зону операции. Трапецевидный слизисто-надкостничный лоскут отслаивали от кости распатором, на переднебоковой стенке верхнечелюстного синуса боррами с непрерывной подачей физиологического раствора препарировали переднебоковую стенку пазухи, отсепаровывали слизистую от костного фрагмента от передней стенки синуса до тех пор, пока рана видна в поле зрения микроскопа. Затем отслойку продолжали под контролем эндоскопов с оптикой 0°, 30° и 70°. Угловой обзор эндоскопа дает возможность провести прецизионную отслойку слизистой оболочки в области дна и латеральных отделов синуса, то есть появлялась возможность полноценного увеличения объема кости биокomпозиционным материалом. Далее отодвигали кость, пространство между отодвинутой костью

и слизистой дна верхнечелюстной пазухи заполняли остеопластическим материалом Bio-Oss (Geistlich, Швейцария), резорбируемой мембраной Bio-Gide (Geistlich, Швейцария) и аутоплазмой, богатой тромбоцитами. Мобилизованный слизисто-надкостничный лоскут укладывали на место. Рану ушивали узловыми швами. После операции в реабилитационный период проводили фармакотерапию с назначением антибактериальных, антигистаминных, нестероидных противовоспалительных, местных сосудосуживающих и антисептических средств, туалет носовой и ротовой полости с удалением корок, налетов фибрина в течение 7 дней. Пациентам с полипозным риносинуситом после эпителизации краев раны в полости носа и стихания реактивных воспалительных явлений назначали курс эндоназальной топической кортикостероидной терапии.

Отсроченное установление дентальных имплантов было осуществлено через 6 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С учетом клинических проявлений больные были разделены на 2 группы. В 1 группу вошло 18 больных, у которых связь воспалительного процесса с заболеваниями зубов была очевидна. Наиболее частой причиной возникновения синусита были зубы с осложненным кариозным процессом на верхней челюсти — у 12 больных, причем у 8 больных имело место множественное поражение твердых тканей зубов. У 6 больных развитию ОС предшествовала экстракция зубов, причем у 5 пациентов обнаружено ороантральное сообщение, а у 1 больного развился альвеолит.

При перфоративных одонтогенных верхнечелюстных синуситах СКТ позволяет точно определить величину дефекта костной ткани альвеолярного отростка, что необходимо для выбора последующей тактики и объема хирургического вмешательства. Кроме того, СКТ является эффективным методом диагностики ороантрального сообщения, обнаруженного в момент удаления зуба или подготовки имплантационного ложа, но особенно информативен этот метод исследования для диагностики «старых» ороантральных фистул, представляющих собой свищевой ход, или сообщений, образующихся при удалении зуба на фоне длительно протекающего ОС с выраженными полипозными изменениями слизистой оболочки пазухи, о чем свидетельствует приведенное ниже наблюдение.

Больной А. поступил в лор-клинику с жалобами на обильные гнойные выделения из левой половины носа и затруднение носового дыхания в течение 2,5 лет. К врачу не обращался (больной инвалид по психическому заболеванию). При осмотре левая половина носа заполнена гнойным экссудатом с ихорозным запахом. На рентгенограмме околоносовых пазух — интенсивное гомогенное затемнение левой передней группы пазух, при пункции левой верхнечелюстной пазухи получено большое количество гноя с неприятным запахом. При орофарингоскопии обнаружено 4 кариозных зуба на верхней челюсти слева. После экстракции 25 зуба у больного образовалось ороантральное соустье, однако при общепринятых клинических пробах оно

не выявлялось и было обнаружено только при компьютерно-томографическом исследовании. На СКТ выявлена деструкция передней и медиальной стенок левой верхнечелюстной пазухи и ороантральное сообщение. Наиболее четко ороантральное соустье определялось в сагиттальной реконструкции.

Во 2 группу включено 16 больных, страдающих хроническим верхнечелюстным синуситом длительностью от 1 до 6 лет. У всех больных одонтогенность воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе была неочевидна: у 7 больных клинические проявления впервые появились после перенесенного ОРВИ, у 4 больных поражение верхнечелюстной пазухи не было изолированным, а в процесс были вовлечены решетчатая и лобная пазухи на одноименной стороне, 3 больных были осмотрены стоматологом по направлению лечащего лор-врача, однако на основании визуального осмотра санированных зубов было сделано заключение об отсутствии признаков их патологии, в одном случае при наличии изменений в области 8-го зуба стоматолог-консультант опроверг возможность причастности этих изменений к воспалительному процессу в пазухе, объяснив это «отдаленностью большого зуба от пораженной пазухи».

По результатам СКТ у 9 больных были обнаружены инородные тела в пазухах (пломбировочный материал, корни и верхушки корней зубов, дентальные имплантаты, остеотропный материал), у 3 больных — радикулярные кисты, у 2 — ретинированные зубы, у 2 — неполная санация зубов при эндодонтических вмешательствах.

По локализации инородных тел в пазухе они были разделены на 3 группы: инородные тела в просвете пазухи (3 больных), в толще слизистой оболочки (5 больных), между кортикальной пластиной дна пазухи и его слизистой оболочкой (1 больной). Такое деление имеет практическое значение, поскольку удаление инородных тел, расположенных в просвете пазухи, возможно при эндоназальном эндоскопическом подходе, в случае внутрислизистой локализации инородного тела требуется экстраназальное вскрытие пазухи. Особую трудность для определения лечебной тактики представляют случаи с выведением за пределы корней зубов гуттаперчевых штифтов.

Случаи, когда синусит возникает в результате образования одонтогенной кисты (радикулярной или фолликулярной), могут быть правильно идентифицированы только при использовании СКТ. Радикулярные кисты развиваются из эпителиальных гранулем верхушки и корня зуба. При нормальном анатомическом соотношении периодонта и дна верхнечелюстной пазухи киста по мере увеличения отодвигает надкостницу вверх. Контакт стенки кисты с надкостницей инициирует процесс новообразования кости. Отличительными признаками радикулярной кисты на СКТ являются костный ободок вокруг кисты, отделяющий ее от остальной пазухи, и дефект костной ткани в области альвеолярной бухты, прилегающей к верхушке зуба.

Примером длительного латентного течения одонтогенного синусита может быть наблюдение **больного К.**, у которого случайной находкой при выполнении СКТ черепа была радикулярная киста. Ввиду медленно-го роста кисты болевой синдром был выражен слабо

и непостоянно. На СКТ в коронарной проекции в области дна пазухи обнаруживалось небольшое округлое кистовидное образование, отделенное от полости пазухи тонкой костной стенкой. Слизистая оболочка нижнего отдела пазухи резко утолщена. На сагиттальном срезе четко виден причинный зуб, окруженный радикулярной кистой, имеется нарушение целостности дна верхнечелюстной пазухи с вовлечением последней в воспалительный процесс.

Если радикулярная киста формируется на корне, выступающем в полость пазухи, то типичный костный ободок вокруг нее отсутствует.

Одонтогенность синусита не всегда очевидна, так как причиной воспалительного процесса в пазухе может быть любой леченый зуб. Чаще всего в заблуждение вводит вид депульпированного зуба, каналы которого не запломбированы до верхушечного отверстия. Такой зуб при внешнем осмотре расценивают как «санированный», однако именно он является причиной ОС. В качестве примера приводим наблюдение больного К.

Больной К. обратился к стоматологу по месту жительства с жалобами на боли в области депульпированного много лет назад первого моляра. На СКТ, произведенной до стоматологического вмешательства, видно, что корень зуба выстоит в полость пазухи. Это обстоятельство не было учтено стоматологом, и больному выполнена резекция верхушки 6-го зуба, после чего у него появились клинические признаки остро-го гнойного одонтогенного синусита, потребовавшие экстракции зуба, которая осложнилась формированием ороантрального сообщения.

Данное наблюдение показывает, что предварительное проведенная СКТ дает возможность прогнозировать образование ороантрального соустья, что позволяет своевременно произвести его раннюю пластику и избежать инфицирования пазухи. Кроме того, резекция верхушки выстоящего в пазуху зуба приводит к обнажению его микроканалцев, которые также становятся источником инфицирования пазухи, что следует учитывать при стоматологических вмешательствах.

В последние годы в клинической практике стала встречаться ятрогенная форма ОС, возникающая после операции синус-лифтинга. Перфорация стенки верхнечелюстной пазухи при операции может привести к возникновению синусита с очень упорным течением. Проведение томографического исследования через 6 месяцев показало, что умеренное утолщение слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи до 5 мм наблюдалось у 9 (26,4%) больных. Толщина костной ткани от вершины альвеолярного гребня верхней челюсти до дна верхнечелюстного синуса после синус-лифтинга составила $12,7 \pm 0,4$ мм, что позволило планировать дентальную имплантацию.

ВЫВОДЫ

1. Перед субантральной аугментацией для выявления латентного одонтогенного синусита необходимо производить СКТ околоносовых пазух с сагиттальной реконструкцией через большие и малые коренные зубы.

2. СКТ с сагиттальной реконструкцией позволяет выявить локальное утолщение слизистой оболочки пазухи

в области причинного зуба, неполную пломбировку каналов зуба, проникновение корней зубов, штифтов или имплантатов в полость пазухи, четко визуализирует оронтральное соустье и радикулярные кисты.

3. СКТ с сагиттальной реконструкцией, выполненная перед экстракцией причинного зуба, позволяет принять

своевременные меры по закрытию оронтального свища, формирование которого можно прогнозировать при проникновении корней зубов в пазуху.

4. СКТ после выполнения операции синус-лифтинг позволяет оценить качество предимплантологической аугментации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байдик О. Д., Сысолятин П. Г. Иммуногистохимический и морфометрический анализ слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при выведении пломбировочных материалов в полость синуса // Эндодонтия Today. — 2011. — №4. — С. 9–14.
2. Байдик О. Д., Сысолятин П. Г. Электронно-микроскопическое исследование слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи у больных с рецидивирующим одонтогенным синуситом // Клини. стоматол. — 2011. — №3 (59). — С. 102–104.
3. Бойко Н. В., Колесников В. Н., Писаренко Е. А. Диагностические возможности компьютерной томографии околоносовых пазух в сагиттальной проекции // Рос. ринол. — 2005. — №4. — С. 2–10.
4. Бойко Н. В., Писаренко Е. А., Морозова Е. Е., Вербицкая Л. П., Колесников В. Н. Диагностика и лечение одонтогенного синусита // Рос. ринол. — 2009. — №3. — С. 6–10.
5. Горбонос И. В., Вартамян М. С. О диагностике одонтогенного верхнечелюстного синусита // Рос. оторинолар. — 2008. — №5 (36). — С. 9–25.
6. Ерохин А. И., Бондаренко О. В. Метод оценки эффективности предимплантологической аугментации // Пародонтология. — 2010. — №2 (55). — С. 44–50.
7. Кленкина Е. И. Анализ результатов лечения больных одонтогенными верхнечелюстными синуситами // Рос. оторинолар. — 2011. — №1. — С. 9–84.
8. Сысолятин С. П., Васильев А. В., Иванов В. И. Сравнительная оценка методов лучевой диагностики одонтогенного верхнечелюстного синусита // Рос. ринол. — 2011. — №2 (19). — С. 18.
9. Шулаков В. В., Лежнев Д. А., Бирюлев А. А., Лузина В. В., Лашук С. Ю. Роль патологических изменений полости носа и ее придаточных пазух при хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситах // Мед. визуализ. — 2014. — №3. — С. 93–103.
10. Шустова И. В. Комплексный подход к проблеме одонтогенных синуситов // Рос. оторинолар. — 2013. — №1. — С. 230.
11. Legert K. G., Zimmerman M., Stierna P. Sinusitis of odontogenic origin: pathophysiological implications of early treatment // Acta Otolaryngol. — 2004. — 124 (6). — P. 655–663.
12. Tomomatsu N., Uzawa N., Aragaki T., Harada K. Aperture width of the osteomeatal complex as a predictor of successful treatment of odontogenic maxillary sinusitis // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. — 2014. — 43. — P. 1386–1390.

НОВОСТИ СТОМАТОЛОГИИ

УЧЕНЫЕ СВЯЗАЛИ ЧИСТКУ ЗУБОВ С ОНКОЛОГИЕЙ

Привычка чистить зубы, как оказалось, определенным образом связана с риском развития одного из самых распространенных и смертоносных видов онкологических заболеваний — колоректального рака. Стоматологическую причину такого рака обнаружили работавшие совместно ученые из США и Израиля

Итогом работы международной группы научных работников из Гарвардского университета и израильской клиники Hadassah School of Dental Medicine посвящена публикация в Cell Host & Microbe. Исследователи обнаружили, что люди, пренебрегающие чисткой зубов, в большей степени рискуют пострадать от онкологического недуга. Медики пришли к заключению, что зубной налет может стать первопричиной колоректального рака (рака прямой кишки).

В налете на зубах, как показало исследование, обитают микробы *Fusobacteria* (палочка Плаута), опасные тем, что могут проникать сквозь стенки сосудов. Попав в кровь и добравшись с кровотоком до кишечника, они способны превращать доброкачественные образования этого органа в раковые опухоли, считают ученые.

Напомним, ранее наукой было доказано, что бактерия *Fusobacteria* способна оказывать фактором заболеваний мягких тканей полости рта, печени, крови, мозга, грудной клетки, суставов и брюшной полости. В этот раз, пояснили авторы исследования, они установили, что микробы из зубного налета используют сахар-связывающий белок, чтобы создавать колонии в новообразованиях и способствовать разрастанию пораженной ткани, а значит, и ускорять протекание заболевания.



Эксперты напоминают: рак прямой кишки занимает 3-е место в мире по уровню смертности среди онкологических заболеваний. «Наше исследование впервые проливает свет на природу проникновения микробов из ротовой полости в прямую кишку, позволяя узнать, как они локализируются и размножаются в новообразованиях прямой кишки», — сообщили исследователи на страницах Cell Host & Microbe.

5 ПРИЧИН НИКОГДА НЕ ПРОПУСКАТЬ ЧИСТКУ ЗУБОВ ПЕРЕД СНОМ

Многие люди приучили себя чистить зубы по утрам, но значительное количество не понимает важности такой же чистки зубов перед отходом ко сну. Стоматологи из Германии назвали 5 убедительных причин, которые должны заставить вас чистить зубы по вечерам.

Профилактика кариеса. Чистка зубов перед сном не только предотвращает скопление бактерий, но также снижает риск появления кариеса, вызванного формированием зубного налета. Очень важно очистить зубы от всех остатков пищи перед тем, как лечь спать, так как это предупредит развитие серьезных проблем.

Защита от болезней десен. Многие люди знают о том, что чистка зубов дважды в день укрепляет гигиену полости рта и снижает риск заболеваний пародонта. Это связано с тем, что отсутствие ночной чистки зубов приводит к скоплению камней, которые вызывают воспаления и кровоточивость десен.

Профилактика неприятного запаха изо рта. Если человек не лю-



бит чистить зубы перед сном, очень скоро он столкнется с неприятным запахом изо рта по утрам. Частицы пищи, оставшейся в полости рта, способствуют размножению бактерий, которые выделяют химические вещества, рождающие неприятный запах. А он резко снижает качество жизни человека и уровень общительности.

Помогает похудеть. Чистка зубов перед сном не только обеспечивает



свежесть дыхания, но и защищает нас от ночного переедания, чисто психологически не позволяя набрасываться на холодильник. А когда мы соблюдаем необходимую суточную калорийность, это удерживает вес под контролем.

Защищает сердце. Знаете ли вы о том, что от здоровья полости рта зависит и здоровье сердечно-сосудистой системы? Вызывающие образование зубного налета и камней бактерии могут попасть в кровоток, достичь артерий и вызвать тромбообразование. А это приводит к внутренним кровоизлияниям и разрушению артерий, что способствует болезням сердца и сосудов.

ТОП-8 ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИН ПОТЕРИ ВКУСА

Потеря способности воспринимать на вкус продукты питания является одной из самых удручающих и сложных для человека. Стоматологи назвали 8 причин возникновения этого неприятного расстройства.

Синдром горящего рта. Наиболее часто встречается среди женщин, вступивших в менопаузу, нередко сопровождается продолжительным ощущением металлического привкуса во рту. Как следует из названия этого синдрома, его жертвы испытывают постоянное чувство жжения языка, десен и даже горла. Причины развития данного синдрома неизвестны.

Травмы головы. Подобного рода повреждения провоцируют травмы областей центральной нервной системы, отвечающих за переработку вкусовых ощущений. А это вызывает потерю вкуса и даже запаха. При тяжелых травмах головы данные повреждения являются необратимыми.

Дефицит витамина В. Исследования показывают, что дефицит витамина В₁₂ может привести к утрате

вкуса и запаха, если длительное время он остается без внимания. Вот почему так важно пройти анализ крови на предмет наличия дефицита витаминов, если вы почувствовали нарушение вкусовых ощущений.

Диабет. Утрата вкуса может быть признаком диабета второго типа, и особенно у людей старше 50 лет.

Старение. Исследования показывают, что при нормальном старении происходит постепенная утрата интенсивности вкуса из-за изменений в мембранах вкусовых клеток. В начале жизни мы имеем около 10 000 вкусовых рецепторов, но с момента достижения среднего возраста их количество постепенно снижается.

Гипотиреоз. Это довольно распространенное расстройство, связанное с недостаточной активностью щитовидной железы. Гормон

щитовидной железы должен поддерживать метаболизм человеческого организма. У жертв гипотиреоза нередко наблюдается потеря вкуса.

Инфекции верхних дыхательных путей. Вы, наверное, замечали, что в случае гриппа или простуды пища кажется безвкусной. Эти и другие инфекции верхних дыхательных путей вызывают потерю вкуса. В некоторых случаях она бывает временной и проходит после того, как человек выздоравливает.

Болезни десен и плохая гигиена полости рта. Воспаления и инфекции во рту могут вызывать потерю вкуса, так как разного рода стоматологические проблемы и плохая гигиена полости рта рождают сухость во рту.

<http://www.medikforum.ru>

ОПЫТ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАНСВЕРЗАЛЬНЫХ И САГИТТАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКУЧЕННОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ

С. В. Новгородский, В. А. Иванова, Н. В. Новосядлая, И. Ю. Богославская;
ГАУ Ростовской области «Стоматологическая поликлиника»

Аннотация: Актуальность проблемы коррекции скученного положения зубов. Распространенность аномалии в России. Показатели ортодонтического приема в ГАУ Ростовской области «Стоматологическая поликлиника» при лечении трансверзальных и сагиттальных изменений зубных рядов и скученного положения зубов. Разработанные технологии обследования и лечения с применением системы Damon у детей и используемые методики ортодонтической коррекции у взрослых. Клинический пример лечения пациентки в возрасте 12 лет.

Ключевые слова: ортодонтическая коррекция, скученное положение зубов, трансверзальное и сагиттальное изменение зубного ряда, система Damon, опыт лечения, клинический пример.

THE EXPERIENCE OF ORTHODONTIC TREATMENT AND SAGITTAL TRANSVERSALLY CHANGES OF THE DENTITION IN THE TREATMENT OF MALOCCLUSION

S. Novgorodskiy, V. Ivanova, N. Novosyadlaya, I. Bogoslavskaya

examination and treatment using the Damon system in children and the techniques used for orthodontic treatment in adults. Clinical example of treatment of a 12-years-old patient.

Annotation: The urgency of the problem of the malocclusion correction. The prevalence of anomaly in Russia. Indicators of orthodontic admission in the UNIVERSITY of Rostov region «Dental clinic» in the treatment of transversally and sagittal changes of the dentition and malocclusion. The developed technology of

Keywords: orthodontic correction, crowding the position of the teeth, transversal and sagittal changes of the dentition, the damon system, the experience of treatment, a clinical example.

Коррекция скученного положения зубов остается актуальной проблемой в современной ортодонтии. По данным ряда авторов [2, 3] распространенность такой патологии составляет в среднем 33,7% от всех обследованных, а частота аномалий окклюзии в сочетании с тесным положением зубов увеличивается до 59—73%. Немаловажным фактором, повышающим актуальность проблемы оптимизации лечения этой аномалии, является высокий риск рецидива после проведенной ортодонтической коррекции [1].

На ортодонтическом приеме в ГАУ РО «Стоматологическая поликлиника» пациенты с наличием трансверзальных и сагиттальных изменений зубных рядов и скученным положением зубов составили за последние 3 года 49,7% от числа всех обратившихся. На лечении с данной патологией находилось 65 человек в возрасте от 12

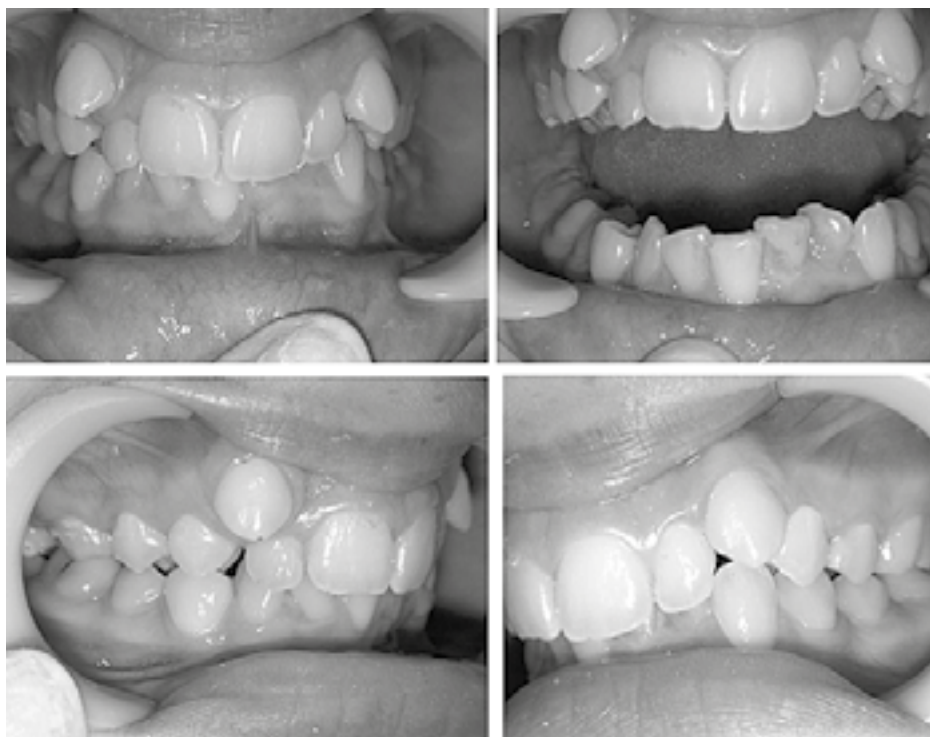


Фото 1—4. Исходная картина.

до 35 лет, среди них лиц женского пола — 41, мужского пола — 24. При сборе анамнеза и первичном осмо-

тре выявлены следующие причины описанных аномалий: макроденития — 10 человек, недоразвитая

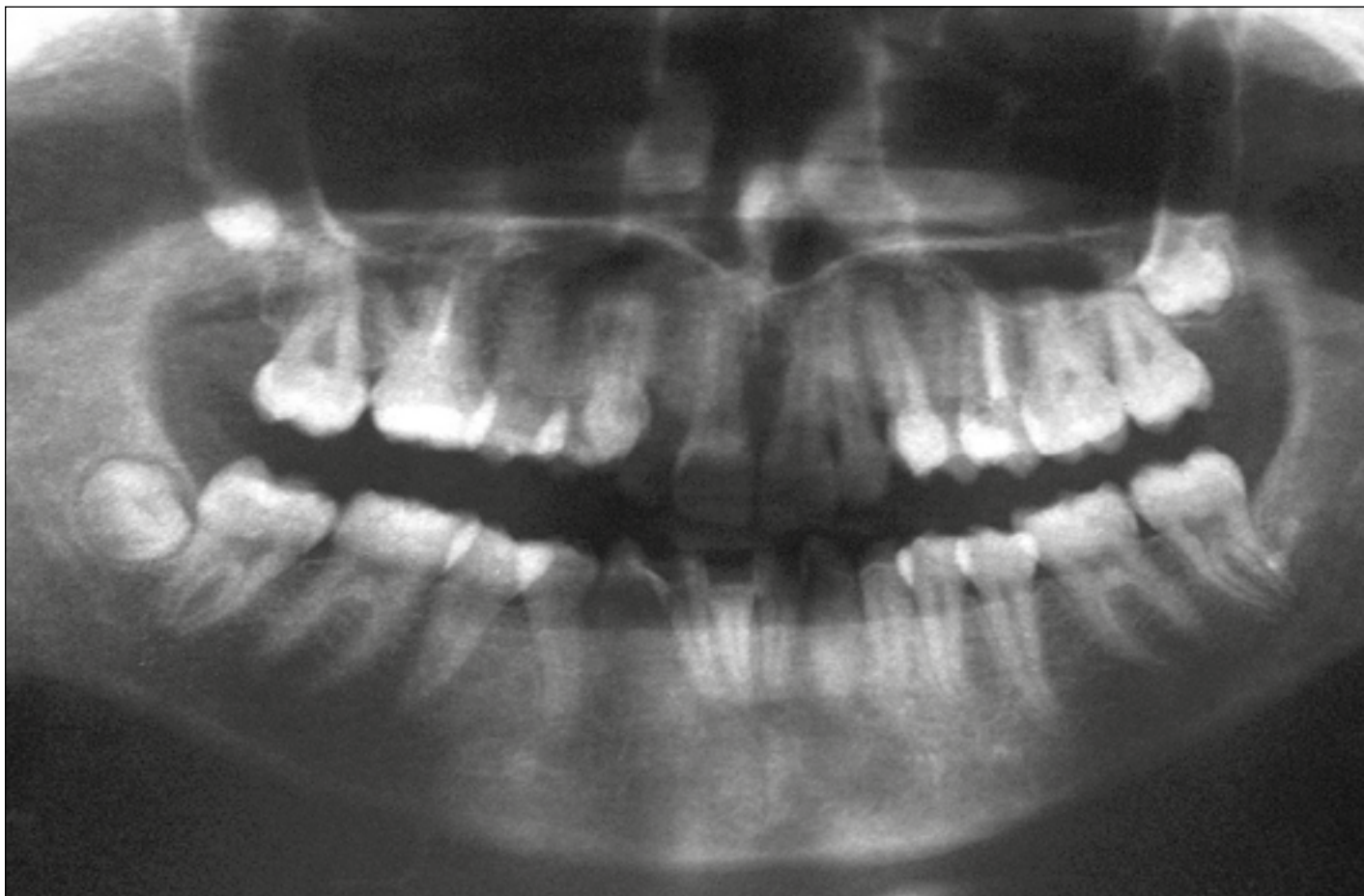


Фото 5. Ортопантомограмма пациентки Б. до начала лечения.

базальная часть челюстей — 16, преждевременная потеря молочных зубов — 16, вредные привычки сосать палец, дышать ртом — 10, ретенция и дистопия третьих моляров — 13.

Опыт работы позволил нам разработать собственную тактику лечения пациентов. На первом этапе проводим анализ результатов рентгенологического обследования, а именно ортопантомограммы с целью определения положения зачатков третьих моляров, перспективы их успешного прорезывания, и принимаем окончательное решение о необходимости удаления или сохранения зачатков третьих моляров. Далее определяем необходимость удаления премоляров. С введением в практику лечения несъемных ортодонтических аппаратов в большинстве случаев премоляры сохраняем, что не отражается на сроках и качестве перемещения зубов в правильное положение.

Целью ортодонтического лечения скученного положения зубов мы считаем расширение челюстей с помощью пассивной самолигирующей системы Damon, что особенно успешно проводится у детей и подростков до завершения роста скелета (12—15 лет). Консервативное расширение челюстей, т.е. путем применения съемных пластинок с винтами аппарата Дерих-Свайлера проводится в редких случаях. Это объясняется тем, что дети в большинстве случаев не носят съемные ортодонтические аппараты, и их эффективность крайне низкая.

У взрослых пациентов с сужением верхней челюсти есть два пути решения проблемы несоответствия зубных рядов в трансверзальной плоскости: фрагментация верхней челюсти в ходе проведения остеотомии верхней челюсти или проведение остеотомии срединного небного шва с дистракцией верхней челюсти перед началом ортодонтической коррекции формы верхнего

зубного ряда. В случае сужения нижней челюсти такие оперативные вмешательства применяем гораздо реже.

В ряде случаев ортодонтического лечения скученного положения зубов несъемными аппаратами мы сталкиваемся с тем, что периметр зубного ряда увеличивается, а периметр апикального базиса челюсти остается неизменным. Чаще всего это случается у взрослых пациентов (18—35 лет), особенно при форсированной тяге. В результате передние зубы сильно отклоняются вперед, тогда как чересчур большой наклон вперед нефизиологичен, и это приводит к несмыканию передних зубов и оголению шеек зубов. В этом случае нужно расширять не только зубной ряд, но и апикальный базис, что проводится путем расширения дистракционным аппаратом после срединной остеотомии [4].

Если зубы очень крупные и выровнять зубной ряд простым перемещением не удастся, выбираем

путь удаления зубов. Часто удаляются по 2 зуба на каждой челюсти (как правило, либо первые, либо вторые премоляры).

Завершается лечение установкой ретенционного аппарата, который пациент носит от 5 до 10 лет.

Клинический пример. Пациентка Б., 12 лет. Исходная картина представлена на фото 1—5.

Было принято решение удалить зачатки зубов мудрости, но сохранить премоляры. После заживления постэкстракционных ран зафиксирован аппарат самолигирующей системы Damon на верхнюю челюсть (фото 6, 7). Через 6 месяцев достигли положительного эффекта, и такой же аппарат зафиксирован на зубы нижней челюсти (фото 8, 9).

Ортодонтическое лечение продолжалось 18 месяцев, после его завершения несъемные конструкции были удалены (фото 10). Установлены ретенционные аппараты на внутреннюю поверхность фронтальной группы зубов на обеих челюстях (фото 11, 12) с рекомендацией их использования и периодических осмотров (2—3 раза в год) в течение 10 лет.

Пациентка полностью удовлетворена результатом лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян В. Т. Оптимизация комплекса мер по предупреждению рецидива скученного положения зубов фронтальных участков челюстей после ортодонтического лечения: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2008. — 22 с.

2. Персии Л. С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий: руководство для врачей // Л. С. Персии. — М.: ОАО «Издательство Медицина», 2004. — 360 с.

3. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. — М.: МИА, 2006. — С. 238—242.

4. Яворовская Т. Д. Морфофункциональное обоснование применения двухчелюстных ортодонтических аппаратов на заключительном этапе лечения пациентов со скученным положением зубов: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2011. — 21 с.



Фото 6, 7. Зафиксирован аппарат системы Damon на верхнюю челюсть.



Фото 8, 9. Зафиксирован аппарат системы Damon на нижнюю челюсть.



Фото 10. Результат ортодонтического лечения.



Фото 11, 12. Установлены ретенционные аппараты на внутреннюю поверхность фронтальной группы зубов на обеих челюстях.

**DA 370
DIPLOMAT ADEPT**



ООО «ЭУР-МЕД Дон»

г. Ростов-на-Дону, ул. Малюгиной, д. 220/84

Тел.: (863) 206-66-86

E-mail: info@eurmeddon.ru

www.eurmeddon.ru

ООО "ЭУР-МЕД Дон" является официальным поставщиком стоматологического оборудования **DIPLOMAT** на юге России.

- Полностью автоматические автоклавы класса В 8 л, 18 л, 23 л с фракционным пред- и поствакуумом.
- Соответствуют европейским медицинским нормам 93/42/ЕС, EN 13060.
- Удобное управление, обслуживание.
- Надежный вакуумный насос японского производства.
- Двойная блокировка двери.
- Порт принтера и USB-разъем в стандартной комплектации.



***Настольные автоклавы
Iscanclave серии STE***



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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИБКИХ БАЗИСОВ СЪЕМНЫХ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ КОНСТРУКЦИЙ И СОВРЕМЕННЫХ АДГЕЗИВНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ

С. Ю. Максюков, Д. С. Щепляков, Г. В. Антоненко, М. Г. Курбатов, И. А. Демидов, Е. С. Максюкова; ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

Аннотация: В статье доказано, что эффективность реабилитации больных с дефектами зубных рядов повышается при использовании гибких съемных протезов с фиксацией кремом Corega. Индексная оценка качества повторного протезирования с учетом субъективных ощущений, общей интегративной оценки и качества стоматологического здоровья OHIP-14 была

выше при использовании гибких съемных протезов с фиксацией кремом Corega.

Ключевые слова: дефект зубных рядов, ортопедическая реабилитация, гибкие съемные протезы, фиксация протезов, качество жизни.

THE EFFICIENCY OF THE USE OF FLEXIBLE BASES REMOVABLE MAXILLARY DESIGNS AND MODERN ADHESIVE MATERIALS IN DENTAL ORTHOPEDIC TREATMENT

S. Maksyukov, D. Shcheplyakov, G. Antonenko, M. Kurbatov, I. Demidov, E. Maksyukova; Rostov State Medical University

prosthetics, taking into account the subjective sensations common integrative assessment and quality dental health for OHIP-14 was higher when using flexible dentures with detent Corega cream.

Annotation: In the article it is proved that the efficiency of rehabilitation of patients with dentition defects increases when using flexible dentures with detent Corega cream. Index score quality re-

Keywords: dental defects, orthopedic rehabilitation, flexible dentures, denture fixation, the quality of life.

Число людей, нуждающихся в протезировании съемными протезами ввиду дефектов зубных рядов, ежегодно растет [3]. Это связано, с одной стороны, с увеличением доли старших возрастных групп в общем составе населения почти всех стран мира, а с другой, с увеличением числа молодых пациентов, утративших значительное количество зубов. Число людей в возрасте 30 лет и старше, нуждающихся в ортопедическом лечении с использованием полных съемных протезов, составляет от 15 до 18% [3]. В России около 11 миллионов человек старше 40 лет носят зубные протезы [4].

Омоложение группы лиц с дефектами зубных рядов привело к возрастанию требований к качеству съемных протезов, их эстетическим и функциональным свойствам [5]. Успехи в синтезе ортопедических материалов, новые технологические возможности создают перспективы для более успешного протезирования при дефектах зубных рядов. В России все чаще при изготовлении протезов используют легкие и эстетичные, биологически нейтральные термопластические базисные материалы, эффективные адгезивные материалы для их фиксации [5, 6]. Одной из ключевых проблем при использовании съемными протезами является недостаточная стабилизация, ограничивающая их использование пациентами

с определенной профессиональной ориентацией [1]. Адгезивные материалы, фиксирующие съемные протезы на челюстях, должны обеспечить удобство, надежность, безопасность и функциональность [1, 2]. Неинвазивность и удобство эксплуатации может в ряде случаев при наличии противопоказаний служить альтернативой мостовидных протезов, фиксированных на внутрикостных имплантатах. Клинический опыт показывает, что чем устойчивее протезы на челюстях и чем они легче, тем быстрее больные адаптируются к ним, а функция жевания, артикуляции быстро достигает оптимального уровня [1].

Целью исследования явилось проведение сравнительного анализа эффективности протезирования больных с дефектами зубных рядов нейлоновыми протезами с фиксацией адгезивным кремом Corega по сравнению с акриловыми протезами и клammerной фиксацией на основании клиничко-функционального исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом этапе были обследованы и протезированы 74 пациента с частичным и полным отсутствием зубов в возрасте от 47 до 65 лет. Число мужчин было 25, женщин — 49. Больные в зависимости от использования различных типов протезов и адгезивных материалов были разделены на основную (n=39) и контрольную

(n=35) группы. Основной группе изготавливали гибкие протезы из материала Flexi-Nylon с применением в качестве адгезивного материала для фиксации крема Corega (GlaxoSmithKline, GSK). Больные контрольной группы получали ортопедическое лечение по традиционной методике пластиночными протезами из «Фторакса» с фиксацией металлическими кламмерами. У больных основной и контрольной групп встречались односторонние и двусторонние концевые дефекты, полное отсутствие зубов на нижних и верхних челюстях.

Для определения жевательной эффективности после ортопедического лечения больных использовали пробу Рубинова И. С. (1965). Возможность употребления пищи разной консистенции оценивали по методике Молчанова Н. А. (2007). Для оценки субъективных ощущений больных при пользовании съёмными протезами применяли карту-опросник, в которой пациент, отвечая на пять вопросов, проводил ранжирование ответа в баллах от 1 до 5 (Король М. Д., 1995). Вопросы касались оценки восстановления пяти функций: 1. восстановление жевательной функции; 2. восстановление акта глотания; 3. отсутствие болевых ощущений, связанных с протезом, в ротовой полости; 4. восстановление дикции; 5. восстановление саливации. Срок адаптации пациентов к съёмным протезам определяли методом В. Ю. Курляндского (1977). Для определения влияния повторного ортопедического лечения на качество жизни использовали модифицированный опросник для определения индекса профиля влияния стоматологического здоровья (Oral Health Impact Profile — OHIP-14) (Slade G., Spenser J., 1997).

У больных двух групп сравнительный анализ эффективности повторного протезирования проводили непосредственно после ортопедического лечения, через 6 и 12 месяцев наблюдения.

Статистический анализ результатов исследования проводился при помощи программы STATISTICA 7.0 (StatSoft Inc., США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты оценки жевательной эффективности у больных клинических групп после ортопедического лечения представлены в таблице 1. При проведении пробы Рубинова И. С. измеряли время жевания ядра ореха весом 800 мг до проглатывания, качество измельчения пищи и рассчитывали жевательную эффективность.

По мере наблюдения за больными время жевания у пациентов двух групп укорачивалось. Во все периоды измерения жевательной эффективности время, затрачиваемое на измельчение твердой пищи, в основной группе по сравнению с контрольной группой было короче ($p < 0,05$): непосредственно после протезирования — на 37,7%, через 6 мес. — на 39% и через 12 мес. — на 42,4%. Вес остатка плохо измельченной твердой пищи был больше ($p < 0,05$) при использовании акриловых протезов по сравнению с гибкими конструкциями и адгезивным материалом Corega: непосредственно после протезирования — на 14,2%, через 6 мес. — на 122,5% и через 12 мес. — на 153,1%. Непосредственно после протезирования жевательная эффективность в основной группе по сравнению с контрольной была хотя и достоверно выше (52,5±1,6% против 45,7±1,4%), но выраженных различий не наблюдалось. Через 6 и 12 мес. после окончания ортопедического лечения жевательная эффективность в основной группе была гораздо выше, чем в контрольной группе: 79,5±2,5% против 54,3±1,6% и 82,3±2,2% против 55,2±1,3%, соответственно.

Продолжительность адаптационного периода в основной группе составила в среднем 22,5±1,3 дней, а в контрольной группе была выше на 47,6% ($p < 0,05$) и составила 33,2±1,6 дней.

Результаты функционирования протезов с учетом типа употребляемой пищи были следующими. Больные основной группы через 6 и 12 мес. после протезирования чаще питались твердой пищей или продуктами средней жесткости по сравнению с контрольной группой. В рационе питания пациентов контрольной группы преобладала мягкая пища. Эти обстоятельства привели к более частой встречаемости хороших результатов в основной

Таблица 1

Результаты оценки жевательной эффективности у больных клинических групп после ортопедического лечения

Показатель	Период наблюдения	Основная группа, n=39	Контрольная группа, n=35	p
Время жевания до проглатывания, с	Непосредственно после протезирования	35,9±1,3	57,6±2,4	0,02
	Через 6 мес.	26,7±1,1*	43,8±1,8*	0,01
	Через 12 мес.	24,5±0,9*	42,5±1,5*	0,01
Остаток в сите, мг	Непосредственно после протезирования	380,5±11,6	434,4±9,5	0,005
	Через 6 мес.	164,3±3,7*	365,6±4,2*	0,0001
	Через 12 мес.	141,6±2,8*°	358,4±5,3*	<0,001
Жевательная эффективность, %	Непосредственно после протезирования	52,5±1,6	45,7±1,4	0,05
	Через 6 мес.	79,5±2,5*	54,3±1,6*	0,03
	Через 12 мес.	82,3±2,2*	55,2±1,3*	0,02

Примечание: * — достоверность различия по сравнению с исходными величинами при $p < 0,05$, ° — достоверность различия показателей через 12 мес. по отношению к величинам через 6 мес. при $p < 0,05$.

Балльная оценка эффективности протезов с учетом субъективных ощущений больного в клинических группах

Показатель	Период наблюдения	Основная группа, n=39	Контрольная группа, n=35	p
Сумма баллов	Непосредственно после протезирования	16,8±0,4	14,6±0,3	0,03
	Через 6 мес.	20,3±0,6*	17,5±0,5*	0,04
	Через 12 мес.	21,4±0,4*	17,1±0,2*	0,02

Примечание: * — достоверность различия по сравнению с исходными величинами при $p < 0,05$.

Таблица 3

Общая сумма баллов по опроснику стоматологического здоровья OHIP-14 у больных клинических групп

Показатель	Период наблюдения	Основная группа, n=39	Контрольная группа, n=35	p
Общая сумма баллов	Непосредственно после протезирования	31,9±2,1	44,9±2,5	0,006
	Через 6 мес.	24,2±1,7*	37,1±2,2*	0,004
	Через 12 мес.	19,2±1,3*°	36,3±2,6*	0,002

Примечание: * — достоверность различия по сравнению с исходными величинами при $p < 0,05$, ° — достоверность различия показателей через 12 мес. по отношению к величинам через 6 мес. при $p < 0,05$.

группе по сравнению с контрольной: через 6 мес. — 74,3% против 19,4%, через 12 мес. — 82,9% против 25,4%. Нефизиологическое питание через 6 и 12 мес. в единичных случаях встречалось только в контрольной группе.

Эффективность функционирования протезов с учетом субъективных ощущений больного отражена в таблице 2. Балльная оценка эффективности использования протезов во все изучаемые периоды была выше у больных основной группы по сравнению с контрольной группой.

В основной группе пациенты выше оценивали сроки и качество восстановления жевательной функции, глотания, дикции, состояния саливации, испытывали меньшие болевые ощущения, связанные с эксплуатацией протезов. Это привело к тому, что балльная оценка эффективности протезов с учетом субъективных ощущений у больных контрольной группы по сравнению с основной группой была ниже ($p < 0,05$) непосредственно после протезирования на 13,1%, через 6 мес. — на 13,8%, через 12 мес. — на 20,1%.

Общая сумма баллов по качеству жизни в двух группах отражена в таблице 3.

У больных основной группы качество жизни по мере эксплуатации протезов в первый год после протезирования с высоким градиентом возрастало. У пациентов контрольной группы балльная оценка через 6 мес. наблюдения несколько снижалась, а далее в последующие полгода не изменялась. Сравнение параметров качества

жизни между группами в изучаемые периоды показало достоверное различие ($p < 0,05$) между показателями: непосредственно после протезирования — на 40,8%, через 6 мес. — на 53,3% и через 12 мес. — на 89,1%.

Таким образом, было установлено, что при использовании гибких съемных протезов с фиксацией кремом Corega по сравнению с протезированием акриловыми протезами параметры эффективности функционирования ортопедических конструкций были выше: жевательная эффективность повышалась — укорачивалось время жевания, повышалось качество измельчения твердой пищи, укорачивался адаптационный период привыкания к протезам. Индексная оценка качества повторного протезирования с учетом субъективных ощущений, общей интегративной оценки и качества стоматологического здоровья OHIP-14 была выше при использовании гибких съемных протезов с фиксацией кремом Corega. Это обстоятельство позволяет рекомендовать при лечении дефектов зубных рядов как эффективные технологии использование гибких съемных протезов с фиксацией кремом Corega.

ВЫВОДЫ

При ортопедическом лечении больных с дефектами зубных рядов использование гибких съемных протезов с фиксацией кремом Corega является эффективной и надежной технологией, обеспечивающей высокое качество стоматологического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жолудев С. Е., Мирсаев Т. Д. Улучшение адаптации к полным съемным протезам при применении адгезивных средств // Стоматология сегодня. — 2004. — №4 (35). — С. 34—36.
2. Каливраджиян Э. С., Бобешко М. Н. Экспериментально-клиническая оценка физико-химических и физико-механических свойств материала для фиксации съемных зубных протезов «Корега» // Клиническая стоматология. — 2013. — №4. — С. 24—28.
3. Клемин В. А., Ворожко А. А. Современное состояние вопроса выбора материала для ортопедического лечения больных, нуждающихся в съемном протезировании // Дальневосточный медицинский журнал. — 2015. — №1. — С. 41—46.
4. Оганян С. В. Особенности протезирования акрилатным композитом // Стоматолог-практик. — 2015. — №1. — С. 38—38.
5. Сирота М. А. Результаты протезирования пациентов с концевыми дефектами зубного ряда нижней челюсти нейлоновыми и акриловыми протезами / М. А. Сирота // Аспирантский вестник Поволжья. — 2008. — №3—4. — С. 161—165.
6. Тлустенко В. П., Садыков М. И., Морозов А. Е., Нестеров А. М. Сравнительный анализ показателей вязкости средств для фиксации протезов // Институт стоматологии. — 2014. — №3. — С. 44—47.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАКРЫТИЯ ПЕРФОРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ОПЕРАЦИИ СИНУС-ЛИФТИНГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТА

С. Ю. Максюков¹, Д. С. Щепляков¹, А. В. Борзилов¹, М. Г. Фоменко¹, Л. А. Мусина²,
Е. С. Кожемякина³

¹ ФГБОУ ВО «РостГМУ» МЗ РФ

² ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» МЗ РФ

³ ФГБОУ ВО «Башкирский ГМУ» МЗ РФ

Несмотря на широкое и успешное проведение операции синус-лифтинга, по-прежнему существуют интра- и послеоперационные осложнения. При проведении операции открытого синус-лифтинга в каждом пятом случае возникают осложнения при отслоении и смещении вверх мембраны Шнейдера в виде ее разрывов [1]. Нередко при закрытии перфорации дна верхнечелюстного синуса (ВЧС) наблюдается резорбция введенного материала или замещение его соединительной тканью без формирования костной ткани [2].

Целью нашего исследования явилось осуществление разработки морфо-экспериментального обоснования для использования аллогенных трансплантатов из твердой мозговой оболочки и теменной кости свиньи для пластики слизистой дна ВЧС при ятрогенных перфорациях во время выполнения операции синус-лифтинга.

Экспериментальные исследования проведены на 12 свиньях. Всего выполнено 24 оперативных вмешательства. Использовались следующие аллогенные трансплантаты по стандартной технологии: 1 — мембрана для направленной тканевой регенерации (МНТР) из твердой мозговой оболочки свиньи; 2 — порошкообразный стимулятор остеогенеза из теменной кости свиньи; 3 — костный блок из теменной кости свиньи. Материалы подвергались химико-физической обработке с последующей стерилизацией потоком электронов.

Операции проводили под наркозом: кетамин 1% — 1 мл, вентакрил 1% — 1 мл. Местно вводился новокаин 1% — 20 мл с гентамицином 1%. Проводили разрез кожных покровов в области носовой и лицевой поверхности верхней челюсти. Длина разреза составляла 5—6 см. Послойно обнажали кость. Трепанировали латеральную стенку ВЧС с помощью шаровидного бора. Во время операции проводили непрерывную ирригацию физиологическим раствором. Формировали костное окно размером 1,5—2 см. Слизистую оболочку отслаивали и специально проводили перфорацию размером 1—1,5 см.

Проводили 4 серии опытов. В первой серии опытов для закрытия перфорации использовали МНТР, затем вводили порошкообразный стимулятор остеогенеза.

На трепанационное окно с наружной стороны помещали МНТР. Во второй серии опытов так же, как и в первой, проводилось закрытие перфорации МНТР. При синус-лифтинге использовали порошкообразный стимулятор остеогенеза. Закрытие перфорационного костного окна с наружной стороны не проводили. Третья серия опытов включала закрытие перфорации МНТР, трансплантацию порошкообразного стимулятора остеогенеза. Костное перфорационное окно закрывали костным блоком. В контрольной группе перфорацию слизистой оболочки ничем не закрывали, синус-лифтинг не проводили.

Через 6 мес. осуществлено выведение экспериментальных животных из опыта.

В экспериментальной части работы было установлено, что у животных во всех опытных группах, кроме контрольной, трепанационное окно визуально не определялось. Новообразованная кость плотная, распределена равномерно. При ее удалении и вскрытии пазухи слизистая оболочка — без нарушения целостности, бледно-розовая. У животных из опытных серий слизистая оболочка была спаяна с регенератом. Эти результаты оценивались нами как совершенный остеогенез в отличие от контрольной группы, где в области трепанационного окна сформировался неравномерный, неплотный, рыхлый регенерат.

При морфологических исследованиях во всех опытных группах через 6 месяцев большая часть аллотрансплантата из твердой мозговой оболочки, закрывающего область перфорации слизистой, замещалась новообразованной оформленной соединительной тканью, которая была представлена относительно плотно расположенными пучками коллагеновых волокон. Между волокнами просматривались веретенообразной формы фибробласты и фиброциты. При окраске препаратов по Ван Гизону пучки коллагеновых волокон окрашивались в ярко-красный цвет, что свидетельствовало о зрелости соединительнотканых структур. На этой плотной соединительнотканной пластинке выявлялись все структурные элементы, характерные для слизистой оболочки ВЧС — большое количество простых альвеолярных

желез, лимфоидных элементов в строме, однослойный многоярный цилиндрический мерцательный эпителий.

Костная ткань вокруг области перфорации стенки ВЧС по своей структуре представляла типичную пластинчатую кость. В слизистой оболочке, выстилающей область вокруг перфорации, признаков воспалительных явлений не обнаруживалось. Соединительнотканная пластинка слизистой со всеми ее структурными элементами и однослойный многоярный цилиндрический мерцательный эпителий имели характерное для нормы строение.

Таким образом, в опытных группах через 6 месяцев после операции аллотрансплантат из твердой мозговой оболочки полностью замещался плотным оформленным соединительнотканным регенератом, на поверхности которого восстанавливалась слизистая оболочка гайморовой пазухи со всеми ее структурными элементами. В области перфорации костной стенки определялись морфологические признаки всех стадий прямого остеогенеза — новообразованные костные балки, последовательно ремодулирующиеся в зрелую пластинчатую костную ткань.

В контрольной группе у животных через 6 месяцев после перфорации стенки ВЧС пазухи регенерат слизистой оболочки, сформировавшийся в области перфорации, представлял собой довольно широкую полосу грубо организованной рубцовой соединительной ткани типа фиброзной. Толстые пучки коллагеновых волокон располагались в ней очень плотно, без определенной ориентации. В глубине рубцовой ткани

определялось значительное количество участков с остатками атрофирующихся альвеолярных желез. В отдельных местах они отсутствовали полностью. В рубцовой ткани отсутствовали лимфоидные узелки, характерные для собственной пластинки слизистой пазухи в норме. По краям рубцовой ткани, а также вокруг нее, в слизистой оболочке формировались многочисленные кистозные образования в виде разного размера полостей, стенки которых были выстланы однослойным или двуслойным плоским эпителием. Рубцовая ткань регенерата большей частью была покрыта не характерным для слизистой многоярным цилиндрическим эпителием, а плоским одно- или двурядным эпителием, а местами была вовсе оголена. Вокруг рубца в собственной пластинке слизистой оболочки и в эпителиальном слое были выражены признаки воспалительных процессов. Костный регенерат, взятый в области перфорации стенки ВЧС, по своей структуре в основном представлял пластинчатую кость типичной структуры, окаймленную плотной оформленной соединительной тканью.

ВЫВОД

Во время выполнения операции синус-лифтинга при ятрогенной перфорации слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи закрытие дефекта аллотрансплантатом из твердой мозговой оболочки свиньи способствует восстановлению всех структурных элементов поврежденной слизистой и ускорению ее регенерации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипов А. В. Способ предупреждения перфораций слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при синус-лифтинге // *Стоматология*. — 2012. — №6. — С. 45—47.
2. Anavi Y. Complications of maxillary sinus augmentations in a selective series of patients // *Oral and maxillofacial surgery*. — 2008. — Vol. 106 (1). — P. 34—38.

СТАНДАРТЫ В СТОМАТОЛОГИИ И КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ: ПРЕДЕЛЫ РАЗУМНОГО

В. В. Бойко, доктор психологических наук, академик Международной Балтийской Педагогической Академии, чл.-корр. Петровской Академии наук и искусств, профессор
А. А. Кураскуа, к.м.н., стоматолог-хирург, имплантолог, генеральный директор компании «Северная Сеница»

На протяжении нескольких лет активно обсуждается проблема стандартов в стоматологии. Ей посвящены публикации, выступления докладчиков, о ней говорят врачи и руководители стоматологических клиник. Надо полагать, всеми движет стремление повысить качество стоматологического лечения и ответственность докторов за результаты работы, укрепить престиж стоматологии в обществе. Не исключено также, что некоторых владельцев клиник не устраивает только финансовая успешность, поскольку повышение денежной выработки (а иногда открытая погоня за рублем) без жесткого контроля качества оказания услуг может поставить клинику вне конкуренции, снизить поток пациентов и привести к рекламациям. Всем уже понятно, что вопросы регулирования отношений «врач — пациент» становятся все более актуальными и требуют конкретных решений.



Казалось бы, интерес к стандартизации — явление прогрессивное, однако его следует расценивать с разных точек зрения, отвечая на логичные вопросы. Приглашаем читателей к их обсуждению.

Начнем с понятия «стандарт». В словаре С. И. Ожегова находим две трактовки слова «стандарт», обнажающие его диалектическое содержание:

1. Образец, которому должно соответствовать, удовлетворять что-нибудь по своим признакам, свойствам, качествам, а также документ, содержащий в себе соответствующие сведения.

2. Нечто шаблонное, трафаретное, не заключающее в себе ничего оригинального, творческого.

Вот перечень стандартов, наличие и соблюдение которых не вызывает возражений; они созданы и действуют на практике:

- *Стандарты подготовки врача — его профессиональные знания и основные мануальные навыки, которые подтверждаются стандартным набором документов (диплом, сертификат и т. п.).*
- *Стандарты медицинской и правовой документации, касающейся соблюдения прав сотрудников и пациентов — перечень, правила ведения.*
- *Стандарты оформления рабочего места стоматолога, а также других участников оказания медицинской помощи.*
- *Стандарты использования лечебных материалов, лекарственных препаратов, инструментов, приборов, стоматологических и рентгеновских установок.*
- *Стандарты использования помещений — санитарные и эпидемиологические требования, обеспечивающие безопасное пребывание персонала и пациентов в клинике.*

Рассуждая о стандартизации и стандартах, определяющих качество лечения, надо исходить из понятия «качество».

Качество — всегда степень соответствия чему-либо заданному — объективно или субъективно.

Если речь идет о качестве в медицине, то под объективно заданным понимаются прежде всего каноны осуществления медицинской помощи.

Медицинские каноны — совокупность норм и правил, профессиональных требований, нравственных и деонтологических принципов врачевания.

Перечень канонов несложно составить, исходя из истории и философии медицины и здравого смысла: не навреди больному; сделай все возможное для сохранения и поддержания его здоровья; соблюдай меры безопасности; руководствуйся жалобами пациента и объективными данными о том, что его беспокоит; действуй в строгом соответствии с медицинскими показаниями и противопоказаниями; лечи действиями, лекарствами и словами; щади психику пациента; не переходи границ своей профессиональной компетенции; уважай личность пациента и т. д.

Среди современных канонов, определяющих качество стоматологического лечения, следует называть прежде всего такие:

- *полный спектр оказания стоматологической помощи;*
- *консилиум (по показаниям);*
- *гигиеническая чистка перед любым лечением;*
- *наличие панорамного снимка при проведении любого лечения;*
- *обязательная компьютерная томография (в обоснованных случаях);*
- *объяснение пациенту связи показателей соматики с состоянием полости рта;*
- *составление и в максимальной степени выполнение рекомендуемого плана лечения;*
- *проведение контрольных осмотров после сложного лечения или лечения с трудно предсказуемым результатом;*
- *составление индивидуального плана профилактики;*
- *разъяснение пациенту достоинств новых технологий и материалов (сравнительный аспект);*
- *предупреждение пациента о возможном дискомфорте и правильных действиях при его выявлении;*
- *скорейшее оказание помощи в случаях дискомфорта;*
- *определение гарантий и гарантийное обслуживание.*

Среди субъективных факторов, определяющих качество лечения:

- *запросы потребителей;*
- *возможности и представления о качестве исполнителей;*
- *установки владельца бизнеса на качество лечения, осуществляемого докторами.*

Как показывают опросы руководителей клиник и стоматологов, а также некоторые публикации, под стандартами понимают различные документы, которые не содержат в себе заданный образец качества. Это протоколы ведения больных; технологические руководства, разработанные авторами лечебных методик и материалов; алгоритмы проведения консультаций и консилиумов.

Протокол оказания стоматологической помощи — это нормативный документ ведения пациента, описывающий диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия, направленные на устранение конкретного заболевания и достижение желаемых результатов в соответствии с предложенными критериями.

Полное собрание протоколов — важнейший компонент качества лечения, включающий около 250 клинических форм патологий в разных направлениях стоматологии — терапии, хирургии, ортодонтии, ортопедии, пародонтологии. Протоколы обычно выписываются идентичным образом: клиническая форма заболевания, его диагностические критерии (клинические и процедурные), лечебные мероприятия (основные и дополнительные), типовые рекомендации пациентам, условия диспансеризации (наблюдения у стоматолога), вероятные

результаты (в случае эффективного и неэффективного лечения), критерии эффективности лечения.

Можно ли считать протокол стандартом, т.е. образцом, которому что-нибудь должно удовлетворять по своим признакам? Нет, поскольку протокол фиксирует перечень типичных проявлений той или иной патологии, манипуляций, критерии эффективности данного лечения. Перечень чего-либо не есть стандарт. Каждый протокол в концентрированной форме излагает самые важные профессиональные знания, касающиеся конкретной клинической формы заболевания, например, начального кариеса постоянных зубов или генерализованного пародонтита. Выжимки из учебников, упоминаемые в протоколе, также нельзя считать стандартом.

Алгоритм — набор, цепочка последовательных действий, приводящих к искомому результату наиболее экономичным, заранее продуманным или выверенным образом.

При осуществлении стоматологической помощи алгоритмы играют важную роль, поскольку упорядочивают работу врача и ассистента, фиксируют их внимание на этапах осуществления манипуляций или взаимодействия с пациентом. Можно алгоритмизировать консультацию и консилиум, работу с панорамным и компьютерным снимком, анкетой о здоровье пациента. Алгоритмизации поддаются различные аспекты предоставления платных услуг, т.е. дополнительные факторы, сопровождающие стоматологическую помощь. В их числе сервис, документно-информационное оснащение услуг, ознакомление пациентов с договором, прайсом и т. д.

Правомерно ли отождествлять алгоритмы и стандарты? Нет, конечно. Алгоритм включает действия, а стандарт — это образец и его атрибуты. Правильные действия могут способствовать достижению стандарта, но между ними нельзя поставить знак равенства.

Точно так же, свою семантическую специфику и функции имеют такие документы, как методики лечения, использования материалов, применения средств диагностики и проведения обследований. Соблюдая методические указания, врач должен подходить к ним творчески, а значит, стандарты здесь ни при чем.

Что сегодня пытаются стандартизировать?

Создается впечатление, будто манией стандартизации охвачены все аспекты медицинской деятельности и врачебной практики. Минздрав РФ (приказ №12/2 от 19.01.98 г.) поставил в повестку дня использование стандартов при лицензировании медицинской деятельности. Пожалуй, это правомерно. В соответствии со статьей 7 Федерального закона «О стандартизации» стандарты относятся к числу основных условий безопасности стоматологических услуг для пациентов. Другие источники утверждают, что стандарты должны содержать основные правила оказания стоматологических услуг. В третьих публикациях и документах речь идет о стандартизации медицинской помощи, в четвертых — о стандартизации профессиональной деятельности и информационного обеспечения. Еще кому-то видятся стандарты диагностические, лечебно-технологические, медико-экономические, научно-медицинские. Кроме

того, ставится проблема стандартизации этапов лечения — диагностического и лечебного. Наконец, звучат предложения стандартизировать результаты лечения. Стандартизация приобретает масштабы кампании — неотъемлемый признак чиновничества и бесплодного бумаготворчества.

Если представить себе, что стандартизация когда-либо завершится в полном объеме, то клиники превратятся в хранилище нереализованных стандартов, врач трансформируется в робота, управляемого многочисленными заданными программами. Пациенту не позавидуешь.

На первый взгляд, в стоматологии наиболее перспективен традиционный подход к стандартам по аналогии с контролем готового изделия в конце технологической цепочки — сравнение полученного результата с заданным образцом. Если стандарт не выдерживается, изделие возвращается на переработку или выбрасывается. Некоторые сторонники такого «технологического» подхода полагают, что если будут разработаны подобные стандарты в стоматологии, то это позволит не только проверять, но и упреждать качество лечения. Испытаем эту идею на соответствие логике и практическим результатам.

Вопрос первый. Кто должен разработать стандарты качества лечения?

Согласно Основам законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением входит в компетенцию Российской Федерации, т.е. федеральных органов государственной власти и управления. В соответствии с решением Совета СТАР от 9 сентября 2003 г. была создана комиссия по стандартизации в стоматологии. Она, как известно, действует, но с большим трудом и медленно охватывает весь заявленный спектр стандартизации.

Ситуацию пытаются исправить на местах — ведь кампания по стандартизации запущена. Появлялись на свет божий «территориальные стандарты» в стоматологии, что явно не соответствует цели создания единых образцов и критериев оценки стоматологической помощи. Многие клиники разрабатывают свои местечковые стандарты. В некоторых случаях врачи заявляют, что у них существуют жесткие стандарты, гибкие стандарты, стандарты для молодых врачей. Это, как говорится, сверх всякого понимания. Известны попытки руководителей клиник подвести под стандарт отличный, удовлетворительный и неудовлетворительный результаты лечения, снабдив каждую оценку соответствующими показателями. Это напоминает ЕГЭ — единый госэкзамен в школе.

Если дело пойдет так и дальше, то в недалекой перспективе в стоматологии может оказаться столько стандартов, сколько клиник в России.

Разработку стандартов в отдельно взятой клинике поручают кому-либо из продвинутых специалистов — в приказном порядке или на добровольной основе. В одной стоматологической фирме стандарты для гигиенистов составляет наиболее активная сотрудница. Таким образом, содержание стандартов зависит от профессиональной подготовки, опыта, компетентности, интеллекта

и, если угодно, зрелости личности конкретного составителя. Трудно придумать что-либо более абсурдное в медицине: специалист сам для себя составляет стандарты лечения.

Нередки случаи, когда местечковые лечебные стандарты, введенные клиникой, прикрывают профессиональную несостоятельность докторов. Пациентам заявляется (обычно прямо в договоре на оказание услуг): «лечим без гарантий в силу биологических особенностей организма человека» или «год гарантий во всех случаях». Такой подход к гарантиям противоречит медицинскому постулату об индивидуальном подходе к каждому клиническому случаю, опровергает все достижения современной стоматологии и отводит пациенту роль неумного объекта, который должен платить неизвестно за что.

За «местечковыми стандартами» порой угадывается попытка прикрыть коммерческую алчность руководителя клиники и врачей.

Пример. В клинике объявлен «стандарт»: все зубы с гранулемами только удаляем, ставим зубные импланты, при этом взятая на вооружение тактика прикрывается в объяснениях пациентам стандартами, якобы действующими в Европе и США. Для усиления воздействия на пациента «нагоняют страх»: надо максимально напугать пациента заболеванием и предложить ему объемные дорогие услуги. Еще более возмутительно то, что свое делячество стараются прикрыть обещанием скидок. Это больше похоже на мошенничество, возведенное в стандарты.

Еще примеры. В клинике издается распоряжение: все пациенты, обратившиеся за лечением, обязательно должны сделать здесь рентгенологический снимок, даже если у него уже есть РТО или КТ, полученные 2—3 дня тому назад, и на них хорошо просматривается (диагностируется) патология. Другая разновидность выкачивания денег под видом стандартов лечения — требование всем пациентам сделать анализы крови, поскольку в клинике есть своя клиническая лаборатория.

Вопрос второй. Как совместить стандарты с принципом индивидуального подхода к пациенту в каждой клинической ситуации?

Стандарт, как известно, призван обеспечить однозначность требований, идентичность их понимания и неукоснительное соблюдение. Однако почти каждый клинический случай специфичен, поскольку определяется многими факторами: общим здоровьем пациента, самочувствием на момент оказания помощи, ситуацией в полости рта, сложностью патологии, объемом и качеством выполнения подготовительных рекомендованных мероприятий, наличием вредных привычек и условий профессиональной деятельности и др. Например, какими стандартами надо руководствоваться и сколько их должно быть, чтобы оценить качество диагностики и лечения заболеваний височно-челюстного сустава? Установление причины выявленной патологии, постановка диагноза, выбор тактики и варианта лечения — все это невозможно стандартизировать. Качество лечения зависит от квалификации, опыта врача, его интуиции, а главное — от его клинического мышления.

Клиническое мышление врача — способность оперировать множеством исходных факторов, вероятных причин заболевания с целью прогноза его развития, постановки обоснованного диагноза, выбора оптимальных средств, варианта, методики лечения и реабилитации пациента.

Вместо клинического мышления в профессиональную деятельность стоматолога вводятся стандарты, нечто вроде верстовых столбов, якобы символизирующих уровень его развития. Не приведет ли стандартизация к роботизации врача, к снижению планки нравственности среди медиков? А ведь Гиппократ приравнивал врача к философу: «Врач-философ равен богу».

Возьмем проблему гарантий. Гарантии должны определяться на каждую конкретную работу (лечение данного зуба, постановка импланта в конкретной позиции и т. д.) в зависимости от объективных обстоятельств: состояния общего здоровья пациента, объем выполненного пациентом рекомендованного плана лечения (некоторые его пункты могут прямо или косвенно влиять на успешность лечения), сложности клинического случая, клинической ситуации в полости рта, особенностей (достоинств) выбранной технологии и материалов, наличия вредных условий работы пациента, способных оказывать неблагоприятное влияние на результаты лечения. Такой подход к определению гарантий — тоже стандарт, он предполагает многоаспектный, ответственный, творческий подход к прогнозируемым результатам лечения. Он разительно отличается от безответственного стандарта, когда называется год гарантии на все виды лечения и во всех клинических ситуациях, что, кстати сказать, противоречит Закону РФ «О защите прав потребителей». Согласно этому правовому документу, надо определять гарантийный срок и срок службы, если работа имеет вещный, предметный результат. Если же по медицинским показаниям сроки определять не принято, с пациентом нужно договариваться о проценте вероятности достижения желаемого результата с учетом объективных обстоятельств клинической ситуации.

Вопрос третий. Как быть, если врач выполнил стандартную схему лечения, но пациент недоволен результатом?

Доктор правильно поставил диагноз, исходя из жалоб пациента и объективного обследования; грамотно заполнил медицинскую документацию; утверждает, что соблюдал все технологические требования, а пациент заявляет рекламацию. Анализ подобных ситуаций показывает, что докторам не хватает клинического опыта, чтобы распознать скрытую патологию, и мануальных навыков, чтобы правильно применить методику лечения.

Таким образом, качество лечения зависит не только от «чистоты» выполнения стандартов, а в первую очередь от профессионализма врача. Банальность? Тогда почему сторонники стандартизации смещают акценты, вследствие чего иные стоматологи и руководители клиник видят сегодня основную цель в овладении стандартами, а не в повышении уровня мастерства? Будет мастерство, и стандарты не потребуются.

Вопрос четвертый. Как расценивать ситуации, когда врач лечил не то, что надо, но при этом результат соответствует стандартам качества?

Пример. Терапевт провел эндодонтическое лечение, хотя у пациента выявил глубокий кариес. При этом клиническая картина, обоснование и этапы лечения описаны академически и «подгоняются» под диагностику пульпита.

А вот случай из рекламаций, полученных по обратной связи: терапевт обнаружил и зафиксировал на схеме, врученной пациентке, кариес двух передних зубов с внутренней стороны. Пациентка усомнилась и услышала от врача: «Придете домой, посмотрите в зеркало». Почему-то нарушения не были объективизированы ни при помощи зеркала, ни с использованием маркера. Женщина пошла в другую клинику перепроверить диагноз; там кариес не выявили два специалиста — ни визуально, ни при помощи маркера. Если бы лечение провел доктор, который решил лечить несуществующий кариес, то не исключено, что все показатели качества были бы достигнуты.

Таким образом, престиж стоматологии и качество лечения завязаны не только и не столько на стандартах. Куда важнее такие факторы — предпосылки качества, как парадигма отношений докторов к пациентам, честность, нравственная составляющая. Если посмотреть на проблему шире и глубже, то первопричина качества или не качества лечения кроется в корпоративной культуре, сложившейся в клинике, в идеологии ее владельца. Нередко руководители сознательно закрывают глаза на делячество врачей, побуждают их продавать самые дорогие технологии, отучая тем самым руководствоваться исключительно медицинскими показаниями. Главное — максимальные прибыли. Никакие стандарты не устоят перед желанием директора и врача заработать больше в рыночных условиях предоставления услуг.

Лечение пациентов строго по медицинским показаниям и выполнение установленного доктором финансового плана — вещи несовместимые, как «несовместны гений и злодейство». Правда, некоторые руководители утверждают, будто можно получать большие доходы и добиваться хороших показателей качества. В принципе — да, можно, но тут возникает следующий вопрос.

Вопрос пятый. Возможно ли проконтролировать каждую выполненную работу врача в соответствии с имеющимися в клинике стандартами качества по каждой нозологической форме?

Для этого проверяющему надо установить обоснованность каждого диагноза, но очень часто, как показывают независимые исследования, в медицинских картах врачи не указывают основные симптомы поставленного диагноза. Далее надо убедиться в адекватности выбранной доктором методики лечения и правильном ее выполнении в каждом клиническом случае, но проверяющий не сидит за спиной специалиста на протяжении процесса лечения, чтобы контролировать его ход. Наконец, надо иметь объективные результаты каждого проведенного лечения: начальные и итоговые снимки, провести

независимый осмотр пациента (желательно отсроченный). Кто в клинике компетентно проделает комплексную проверку качества каждого лечения, если учесть, что в день проходит около 60 пациентов при хорошей загрузке клиники на 4 кресла?

Таким образом, основным оценщиком качества своей работы становится сам врач. Невольно вспоминается девиз борьбы с «зайцами» на городском транспорте в советские времена: «Граждане! Лучший контролер — ваша совесть!». Наивность упования на совесть армии докторов подтверждается мнениями владельцев и главных врачей клиник, опрошенных нами. Они часто отмечают, что врачи не хотят отвечать за свою работу, не используют имеющиеся стандарты качества.

Вопрос шестой. Как быть, если проверка качества лечения при помощи стандартов дает удовлетворительный результат, но в то же время лечение проведено с нарушением медицинских канонов, что является отдаленно или покрыто мраком?

Вот примеры, когда показатели качества лечения могут быть установлены при нарушении медицинских канонов. Беременной женщине изготовлена ортопедическая конструкция, которой в дальнейшем, по всей вероятности, пользоваться будет невозможно в связи с известными прогнозируемыми изменениями в полости рта на фоне перестройки в организме. Гигиенистка говорит пациенту: «Вам надо удалить восьмерку слева внизу, ее неудобно чистить». Зуб, однако, в хорошем состоянии и пациента не беспокоит. Совет, выданный гигиенистом, не обоснован объективными показаниями к удалению зуба и не щадит пациента. Терапевт по всем стандартам реставрировал зуб, который, оказалось, придется удалить, поскольку он не сможет служить опорой для ортопедической конструкции. Врач либо зашел за границы своей компетенции, либо хотел заработать, навредив пациенту.

Таким образом, надо признать: главный критерий в стоматологических услугах — не стандарт, а медицинские каноны: «принеси пользу» и «не причини вреда».

Современная стоматология включает следующие каноны: полный спектр оказания стоматологической помощи, консилиум (по показаниям), гигиеническая чистка перед любым лечением, проведение любого лечения при наличии панорамного снимка, обязательная компьютерная томография (в обоснованных случаях), учет и объяснение пациенту связи показателей соматики с состоянием полости рта, составление и в максимальной степени выполнение рекомендуемых планов лечения, составление индивидуальных планов профилактики, разъяснение пациенту достоинств новых технологий и материалов — сравнительный аспект. Врач, осуществляя современные каноны лечения, должен предупреждать пациента о возможном дискомфорте после лечения и правильных действиях при их выявлении, проводить контрольные осмотры после сложного лечения или с трудно предсказуемым результатом, оказывать помощь в случаях дискомфорта, проводить гарантийное обслуживание. Как видим, врач должен соблюдать множество канонов. Однако некоторые из этих канонов пациенты не принимают

и сопротивляются их осуществлению. Например, не хотят проводить гигиеническую чистку перед лечением, выполнять рекомендуемый план лечения, делать панорамный и компьютерный снимок. Парадокс: стоматологам приходится аргументировать необходимость осуществления канонов! Многие доктора не справляются с этой психологической задачей, в результате снижается эффект их лечебной работы. Следовательно, качество лечения зависит не только от соблюдения стандартов, но в значительной степени от выполнения современных канонов и способности стоматолога добиться от пациентов согласия на их выполнение.

Вопрос седьмой. Нужно ли расписать стандарты на все диагностические и лечебные действия врача и результаты лечения?

Если это сделать, то у специалиста, на отлично усвоившего стандарты, перекроются каналы интеллектуальной оценки конкретных и во многих случаях нетипичных ситуаций. Более того, подчиняясь стандарту и «выключив» интеллект, врач всегда может сказать: «Я действовал правильно — по стандарту. В том, что лечение не привело к желаемому результату, — не моя вина».

Таким образом, врач не только перестанет творчески мыслить, но и получит своего рода индульгенцию под названием «стандарты лечения». Некоторые стоматологи мечтают об «индульгенции»: «Если у меня будут стандарты, — рассуждает врач, — я всегда смогу защитить себя в случае разбирательства».

Практика иллюстрирует феномен «индульгенции». Приведем примеры.

До начала лечения каналов 46 зуба была сделана проводниковая (торусальная) анестезия. На следующий день пациентка пожаловалась на неполное открывание рта, на боли при глотании, дискомфорт при приеме пищи. При осмотре на следующий день установлены возможные причины таких клинических симптомов: травма иглой медиальной крыловидной мышцы, гематома. Врач грамотно рассказывает методику проведенной проводниковой анестезии, что также отражено в амбулаторной карте. По каким стандартам оценить действия врача и разрешить конфликт двух сторон?

У пациентки сложная форма диабета, после лечения зубов она была госпитализирована и считает, что повинен в этом врач-стоматолог. Случай неоднозначный, требует тщательного расследования. Врач защищает себя просто: «Я здесь ни при чем. Я соблюдала стандарт лечения». Возможно, так оно и было, но при столь тяжелом заболевании надо было связаться с эндокринологом, подумать об этапах лечения и нагрузках на организм пациентки, обращать внимание на ее состояние при каждом появлении в клинике. Адреналин, содержащийся в составе анестетика, мог подавлять действие инсулина, который вводит себе пациентка. Кроме терапевтического лечения, ей проводилось сложное хирургическое лечение, на фоне которого могло быть повышение уровня сахара в крови.

Вопрос восьмой. Как стыковать в коммерческой стоматологии два обстоятельства: «стандарт качества лечения» и «качество — категория договорная»?

Качество — категория договорная в том смысле, что в условиях коммерции пациент имеет право выбора того или иного варианта лечения, имеющегося в распоряжении стоматолога. Например, для устранения патологий в ортопедии могут использоваться штампованные металлические коронки, штампованные коронки с нитрититановым напылением, литые металлические коронки, комбинированные коронки, металлокерамические, циркониевые коронки. Все коронки восстанавливают жевательную функцию и потому разрешены Министерством здравоохранения РФ, имеются сертификаты (ГОСТы) на материалы для их изготовления, расписаны технологические этапы их постановки. В то же время функциональное и эстетическое качество названных коронок существенно различается, что, понятно, сказывается на стоимости той или иной ортопедической работы.

Допустим, пациент выбрал штампованную металлическую коронку. Врач не имеет оснований отказать ему в протезировании, хотя понимает, что такой вариант далеко не совершенный, даже если результат будет соответствовать стандартам качества столь устаревшего варианта — штампованная коронка. Что в таком случае дает стандарт?

ОБЩИЙ ВЫВОД

Качество лечения зависит не от следования стандарту. Качество лечения появляется в точке, где пересекаются медицинские каноны, профессиональная подготовка специалиста, его клинический опыт, интеллект, интуиция, ответственность и нравственность. Однако все эти составляющие успеха врача и блага для пациента не поддаются стандартизации.

Стандарты — не панацея качества лечения. Стандартизацию не надо превращать в кампанейщину — извечный спутник благих масштабных деяний в нашем обществе. Существующее мнение, будто стандарты на лечение в стоматологии способны стать универсальной нормой, которая поможет повысить качество проводимого лечения, кажется нам серьезным заблуждением.

P.S. О содержании статьи зашла речь с врачом-стоматологом, который в свое время закончил медицинский факультет в Питере, уехал в ГДР и уже почти 20 лет работает в Берлине. Сначала работал в поликлинике, а потом взял кредит и открыл свой кабинет. На вопрос, часто ли его проверяют органы надзора, ответил: «Ни разу». «Когда я открывал клинику, мне сказали, какие требования я должен буду выполнить, чтобы все соответствовало нормам работы стоматолога и его ассистента. Я все сделал». Вот и все его ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ стандарты. Как видим, можно работать без посредников-чиновников. Пациенты сами выбирают себе стоматолога по «больничной кассе» и определяют качество лечения по своим стандартам, а доктор знает, что если будет плохо лечить, он останется без работы. Вот и вся концепция стандартов лечения. Вопрос: может быть, проблема стандартов в стоматологии надуманная, дань совковым принципам организации труда?

<https://stomatologclub.ru>

ИЗГОТОВЛЕНИЕ ПОЛНОГО И ЧАСТИЧНОГО ПЛАСТИНЧАТЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИСТЕМЫ CANDULOR

С. В. Новгородский, И. С. Костоев, Г. А. Айрапетов, Р. И. Рабаданов;
ГАУ Ростовской области «Стоматологическая поликлиника»

Аннотация: Характеристика пластинчатого протеза Candulor для съемного протезирования при полной вторичной адентии. Описание клинического примера. Этапы изготовления съемного протеза и технология ор-

топедической помощи. Статья иллюстрирована 18 фотографиями.

Ключевые слова: протезирование полости рта, пластинчатый съемный протез, система Candulor.

THE FABRICATION OF FULL AND PARTIAL REMOVABLE LAMELLAR PROSTHESIS WITH THE USE OF CANDULOR

S. Novgorodskiy, I. Kostoev, G. Airapetov, R. Rabadanov

removable prosthesis and orthopaedic technology assistance. The article is illustrated with 18 photographs.

Annotation: Characteristic of lamellar denture Candulor for removable prosthetics with the full secondary edentulous. Description of a clinical example. Stages of manufacturing of

Keywords: The oral prosthetics. Plate removable denture. System Candulor.

Диагноз «полная вторичная адентия» — один из самых сложных в плане восстановления жевательной функции. Если эстетика восстанавливается относительно легко, то добиться комфорта при пережевывании пищи достаточно сложно, тем более, что пациенты становятся все более требовательными и не переносят любое проявление болевого синдрома. Имплантация при полной вторичной адентии, конечно, хороший выход из положения, но не каждый пациент способен материально обеспечить все этапы протезирования. Не следует забывать и о медицинских противопоказаниях. При наличии относительных противопоказаний к дентальной имплантации имеется риск отторжения имплантата, и пациенты не хотят брать часть ответственности на себя.

Пластинчатые протезы являются наиболее простым известным и доступным видом съемного протезирования. Ими замещали отсутствующие зубы еще в начале прошлого века. Не утратили они своей актуальности и сегодня.

Протез Candulor — это высокоэстетичный пластмассовый съемный протез, обладающий превосходной общей эстетикой, естественной цветопередачей, детализированной текстурой и имитацией капилляров десневых тканей. Уникальная технология распределения базисных масс позволяет достичь оттенка, максимально соответствующего цвету тканей в полости рта. Пластмасса Candulor позволяет

продублировать естественную текстуру десневой части протеза, а в сочетании с эстетичным гарнитуром зубов обеспечивает превосходный натуральный результат. Система Candulor имеет ряд удобных инструментов, позволяющих с удобством и комфортом определить центральное соотношение челюстей, высоту прикуса, а также оформить прикусной шаблон параллельно зрачковой линии для правильной постановки зубов переднего отдела верхней челюсти.

Клинический пример. Пациент К. обратился с жалобами на затрудненный прием пищи, нарушение эстетического вида.

Объективно выявлено следующее. Полное отсутствие зубов на верхней челюсти, одиноко стоящий зуб 34. Альвеолярный отросток верхней челюсти умеренно и равномерно атрофирован, свод неба выражен хорошо, бугры верхней челюсти сохранены и выражены хорошо. Альвеолярный отросток нижней челюсти также равномерно и умеренно атрофирован, прикрепление подвижной слизистой оболочки к альвеолярному отростку низкое. Условия для фиксации протезов хорошие.

Этапы изготовления полных съемных протезов с использованием инструментов Candulor.

1 этап — получение оттисков для изготовления прикусных восковых шаблонов и индивидуальных ложек осуществляется по стандартной методике. Мы использовали стандартные ложки и альгинатную массу.

2 этап — припасовка восковых прикусных шаблонов в полости рта, определение центрального соотношения челюстей, высоты прикуса, глубины преддверия, получение оттисков с использованием индивидуальной ложки.

Высота прикуса определяется по правилу золотого сечения. При этом при помощи штангенциркуля, входящего в комплект системы Candulor, мы определяем высоту





Фото 1.

прикуса в сантиметрах. Это позволяет избежать неточностей на всех этапах изготовления протезов (фото 1).

Деление гнатического отдела лицевого скелета по принципу золотого сечения, где *n* — точка назиион — наиболее глубокая точка между лбом и носом; *prn* — проназале, наиболее выступающая вперед точка носа; *sn* — подносная точка; *st* — стомион, точка пересечения линии смыкания губ со срединно-сагиттальной плоскостью; *gn* — гнатион, наиболее выступающая точка подбородка.

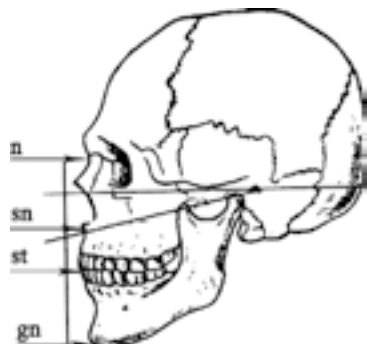


Фото 2.



Фото 3.

При помощи специальной линейки определяется длина верхней губы, что облегчает задачу правильной постановки зубов, при которой зубы переднего отдела на протезе перекрывались по экватору зубов. Таким образом, достигается максимальная эстетичность улыбки и ее естественность. Техник на модели отмеряет расстояние от верхнего края переходной складки, полученное нами при измерении в полости рта (фото 2). Зрачковая линия и линия режущих краев — важные ориентиры в протезировании. Эти ориентиры для своей работы зубной техник получает с помощью лицевой дуги. Необходимо быть исключительно внимательным при работе с лицевой дугой, так как правое и левое ушные отверстия могут находиться на разных уровнях. Расхождение межмышцелковой оси приведет к различиям между функциональной и эстетической окклюзионными плоскостями. В данном случае используется специально разработанный инструмент, входящий в систему Candulor, который позволяет с точностью определить и зафиксировать на прикусном валике плоскость линии режущих краев (фото 3).

Важно использование валиков на твердом базисе. Отсутствие твердого базиса может негативно повлиять на конечный результат в целом. Удобство заключается в том, что в аппарате имеются четыре вертикальные

стойки, к которым закрепляется нить на уровне зрачков. Восковой прикусной валик на жестком базисе подгоняется таким образом, чтобы его плоскость совпадала с плоскостью металлической пластины, тем самым обеспечивая параллельность зрачковой линии и линии режущих краев.

Фиксирование центрального соотношения челюстей на прикусных шаблонах проводим с помощью массы Occlufast (фото 4).



Фото 4.

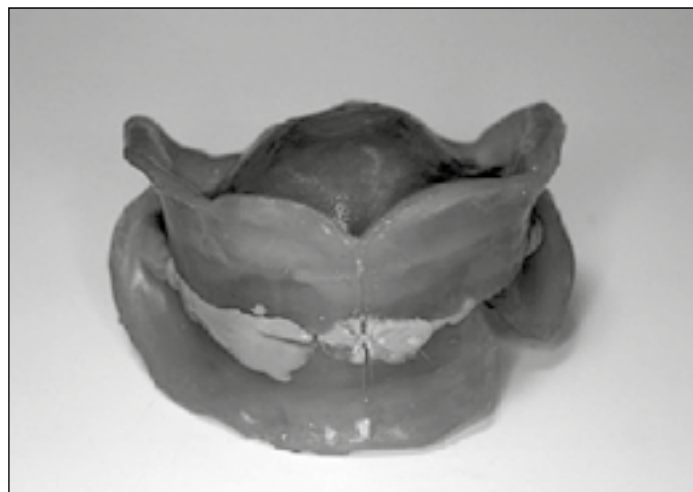


Фото 5.

Преимущество данного метода заключается в том, что пациент не оказывает практически никакого давления на восковые элементы прикусных шаблонов, чем исключается их деформация. Резцовая плоскость после установки в анатомический артикулятор легко освобождается от массы Occlufast без повреждений.

На восковых прикусных шаблонах также размечается центральная линия (фото 5). При установке моделей в анатомический артикулятор техник по нашим измерениям проводит постановку зубов. В данном случае все проводилось в среднеанатомическом артикуляторе.

3 этап — припасовка постановки протезов в полости рта. На данном этапе проводится проверка окклюзионных контактов, правильности определения



Фото 6—11.



Фото 12—14.

центрального соотношения челюстей, линии и высоты прикуса. Как видно на фотографиях 6—11, центральная линия проходит посередине нижнего резца. В данном случае это обусловлено наличием зуба 34.

На представленных ниже фотографиях 12—14 протезы вне полости рта — реалистичность их исполнения и эстетика на достаточно высоком уровне.

Конечный результат работы представлен на следующих фотографиях 15—18. Фиксация и стабилизация, а также эстетика съемных протезов на высоком уровне.

После сдачи протезов проводилось две коррекции, после чего пациент сообщил о хорошей адаптации к использованию протезов.



Фото 15—18.

Стоматология Ставрополя.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ»

16-я специализированная выставка

5-7 апреля 2017 г.

г. Ставрополь

stoma@progrexpo.ru

www.progrexpo.ru



XVI ВСЕРОССИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА И КОНФЕРЕНЦИЯ

СТОМАТОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННАЯ

ДЕНТАЛ-ЭКСПО
РОСТОВ



16-18

ноября 2016

ОРГАНИЗАТОРЫ:

DENTALEXPO®
www.dental-expo.com

Ростов Экспо
www.rostovexpo.ru



8 (863) 201-74-65/66/67
+7 (499) 707-23-07

место проведения:
г. Ростов-на-Дону
Дворец спорта
пер. Халтуринский, 103

Партнеры/Спонсоры/Сотрудники



DENTAL
MAGAZINE

DENTAL TRIBUNE

Sirona



16 Всероссийская специализированная выставка "Дентал-Экспо. Волгоград"

НИЖНЕВОЛЖСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ 2017

Организаторы:



DENTALEXPO®

(8442) 93-43-03
volgogradexpo.ru

Официальные партнеры:



Министерство образования
Волгоградской области



Волгоградский Государственный
Медицинский Университет



Волгоградский Региональный
Ассоциация Стоматологов



Стоматологическая Ассоциация
России

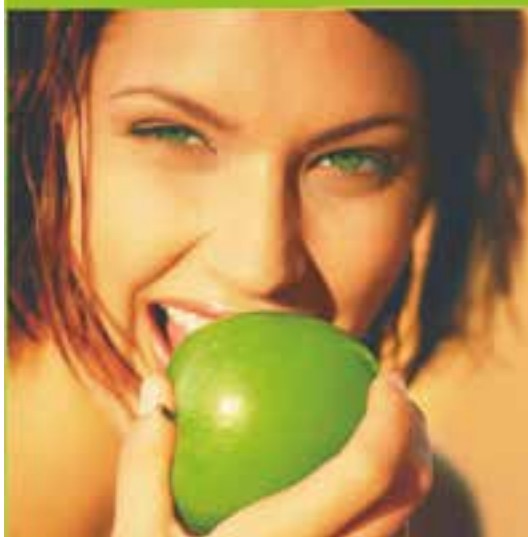


Российская Ассоциация
Стоматологических Центров

- Семинары
 - Мастер-классы
 - Презентации
- НОВИНОК
В СТОМАТОЛОГИИ

29-31
МАРТА

ЭКСПОЦЕНТР
ВОЛГОГРАД
пр. Ленина, 65 А



ШИРОКИЙ АССОРТИМЕНТ БРЕКЕТ-СИСТЕМ



Винты Vector



Трейнер-системы

ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ И МАТЕРИАЛОВ



Ортодонтические инструменты



Металлокерамическая масса Vision

ИП Гурова Н. А. г. Ростов-на-Дону, ул. Темерницкая, 41 Б, оф. 14
Тел. /факс (863) 262-36-67 E-mail: klaventina@bk.ru



Дентал-Софт

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА
ДЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ



- электронная медицинская карта
- история зуба пациента
- маркетинг, профосмотры
- контроль качества работы врачей
- SMS-рассылка
- журналы записи на приём

Эл. почта info@dental-soft.ru
Дентал-Софт.РФ

357823, Ставропольский край,
г. Георгиевск, ул. Чкалова, 55

Бесплатный звонок из
любого региона России

8-800-700-55-69

