

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

№6(37) 2013

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU



СТОМАТОЛОГИЯ



ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ ЧЕРЕЗ РЕДАКЦИЮ ИЛИ ПО ПОДПИСНОМУ ИНДЕКСУ E29175



ВСЕГО **17** РУБЛЕЙ ЗА КАРПУЛУ

ПРИМАКАИН (ФРАНЦИЯ): АРТИКАИНА ГИДРОХЛОРИД 40 МГ, ЭПИНЕФРИНА ГИДРОТАРТРАТ 0,0182 МГ



МОСКВА, 3-Я МЫТИЩИНСКАЯ, 16, 8-800-100-100-9, WWW.KRAFTWAYDENTAL.RU

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

Крылова О. В. — учредитель и издатель

Прошенко Е. А. — главный редактор

Редакционный совет:Быковская Т. Ю. — министр
здравоохранения Ростовской областиИбрагимов Т. И. — министр
здравоохранения Республики ДагестанКвятковский И. Е. — министр
здравоохранения Астраханской областиКрайнюков П. Е. — начальник
ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФМажаров В. Н. — министр
здравоохранения Ставропольского краяМаньшин В. П. — зам. министра
здравоохранения Республики КалмыкияФилиппов Е. Ф. — министр
здравоохранения Краснодарского краяЦидаева Т. И. — зам. министра
здравоохранения Республики Северная
Осетия-Алания**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) 223-23-25www.akvarel2002.ru,
e-mail: info@akvarel2002.ruОтпечатано в ООО «Принт-Сервис»,
г. Ростов-на-Дону, пр. Шолохова, 11б

Тираж 3000 экз. Заказ №1811

Подписано в печать 11.11.2013 г.,
дата выхода 18.11.2013 г.Зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых
коммуникацийРегистрационный 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**К вопросу о профилактике в детской стоматологии**

В. Н. Калашников, И. Л. Гольцова2

**Профилактика зубочелюстных аномалий
и ортодонтическое лечение в раннем возрасте**

В. Е. Богдан, А. В. Щитова, В. Н. Тищенко.....4

**Роль медицинского совета по стоматологии
как метод контроля качества организации оказания
стоматологической помощи населению**

С. В. Новгородский, М. В. Тишина, Н. И. Обухова, А. А. Еникеев.....9

**Влияние буферной системы на реминерализацию
твердых тканей зуба**М. Н. Митропанова, О. А. Павловская,
М. С. Знейбат, Н. С. Синицина 13**Изменение антимикробного иммунитета
ротовой полости у беременных женщин
в течение гестационного периода**

П. В. Мороз, В. А. Проходная, А. С. Ломова 19

**Ортопедическое лечение больных с применением
термопластических материалов**

Л. В. Степанова, С. В. Черников21

**Использование корней зубов для дополнительной
фиксации съемного протеза**

В. В. Боденко, М. Б. Белан, Д. В. Никейцев24

Медицинские выставки 26**Вода утекает, а камни остаются**

Е. В. Курчина28

**Анализ клинического течения хронических
посттравматических остеомиелитов нижней челюсти
у больных с хроническим вирусным гепатитом С**

В. И. Кононенко, А. В. Клименко, Е. В. Нейковская, А. К. Эбзеев30

**Применение КоллапАна при лечении
заболеваний пародонта**

С. В. Рой, Е. Н. Нагина, А. В. Духно, Э. А. Масюкова31

ВНИМАНИЮ ЧИТАТЕЛЕЙ!**На журнал «Главный врач Юга России» открыта подписка во
всех почтовых отделениях России и стран СНГ в Объединен-
ном каталоге «Пресса России».****ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС — E29175**Подписаться можно и в удобном электронном виде — не отрыва-
ясь от компьютера — на сайте каталога [http://www.akc.ru/itm/glavnyiy-
vrach-yuga-rossii/](http://www.akc.ru/itm/glavnyiy-
vrach-yuga-rossii/), а также на специализированном медицинском сай-
те: <http://www.press-med.ru/goods/6058228342/>.«Кликнув» на ссылку любого из этих сайтов, вы автоматически
окажетесь на подписной страничке, где можно оперативно офор-
мить подписку любым удобным вам способом. **С 1 сентября во всех
почтовых отделениях России началась подписная кампания
на I полугодие 2014 г.**

К вопросу о профилактике в детской стоматологии

В. Н. Калашиников, И. Л. Гольцова;

МБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Ростова-на-Дону»

Несмотря на возможности современной стоматологии, заболевания полости рта в детском возрасте относятся к наиболее распространенным болезням. Высокая распространенность стоматологических заболеваний среди детского населения г. Ростова-на-Дону (по данным второго национального эпидемиологического обследования: в возрасте 6 лет — до 26%, в 12 лет — 66% и в 15 лет — 90%) диктует необходимость проведения эффективных и доступных профилактических мероприятий. В детском отделении МБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Ростова-на-Дону» профилактическое направление является приоритетным, при этом уделяется максимальное внимание внедрению новых технологий профилактики и лечения.

В профилактической работе детского отделения нашей клиники мы выделяем два раздела: образовательный (обучение детей гигиене полости рта, правильному питанию, методам профилактики стоматологических заболеваний) и медицинский (проведение лечебно-профилактических мероприятий).

Важную роль в охране здоровья детей играет соблюдение правил гигиены полости рта в повседневной жизни. Обучение детей правилам ухода за полостью рта необходимо начинать с раннего возраста. В процессе взросления ребенка гигиенические навыки должны совершенствоваться, ежедневное соблюдение гигиены полости рта должно стать естественным. Правильный подход к гигиеническому воспитанию детей позволяет повысить эффективность профилактики стоматологических заболеваний.

В формировании у ребенка устойчивой привычки к гигиене полости рта участвуют врачи детского отделения. Среди учащихся начальных классов средних образовательных учреждений ими проводятся открытые уроки здоровья, на которых врачи рассказывают о строении зубов, причинах возникновения кариеса, полезных и вредных продуктах, учат детей правильно ухаживать за полостью рта. Активное участие в подготовке и проведении уроков принимают педагоги школ, представители фирм-производителей



Урок здоровья в МОУ СОШ №49

средств гигиены полости рта (ROCS, Colgate). Дети готовят стихи и рисунки на стоматологические темы, участвуют в ролевых играх. Каждый ребенок получает подарок — зубную щетку, пасту, красочную брошюру. Уроки здоровья проходят очень интересно и надолго остаются в памяти школьников.

В последние годы возросло понимание родителями роли и эффективности профилактических мероприятий. Если раньше наиболее частой причиной обращения к детскому стоматологу являлась зубная боль или наличие кариозной полости у ребенка, то в настоящее время возросло число обращений с целью профилактического осмотра. Сейчас родители более информированы о возможностях профилактики стоматологических заболеваний у детей; повысилось осознание родителями негативного влияния кариозных зубов на состояние общего здоровья ребенка.

В практику врачей детского отделения внедрена концепция

минимально инвазивных вмешательств, преимуществом которой является безболезненность проводимых процедур, а также сочетание профилактического и лечебного аспектов. В работе используются современные стоматологические материалы отечественных и ведущих зарубежных фирм Германии, Японии, Кореи, США.

Для профилактики и лечения начальных форм кариеса (стадия пятна), некариозных поражений твердых тканей зубов (гипоплазия) применяется методика глубокого фторирования эмаль-герметизирующим ликвидом (Германия) и «Глуфторэдом» (Россия), реминерализующая терапия фтор- и кальцийсодержащими препаратами, ускоряющими процесс минерализации твердых тканей зубов. После обследования ребенка врачи предлагают индивидуальный комплекс профилактических мероприятий, включающий использование кальцийсодержащих препаратов (пенки, муссы, гели, ополаскиватели) в домашних условиях.

Кратность посещения детского стоматолога определяется с учетом степени активности кариозного процесса, возраста и общего уровня соматического здоровья ребенка.

Одной из самых ранних и распространенных форм кариеса является фиссурный кариес, частота возникновения которого связана с особенностями анатомического строения, низким уровнем минерализации временных и постоянных зубов в первые годы после прорезывания, недостаточной гигиеной полости рта. Применение местных средств профилактики направлено на регулирование процесса созревания фиссур зубов, снижение риска развития кариеса. Врачами отделения широко применяется методика герметизации фиссур с целью создания барьера для внешних кариесогенных факторов.

Особенностью течения кариеса в раннем детском возрасте является незаконченная минерализация эмали зубов и, как следствие, быстрое распространение кариозного процесса. При лечении кариеса широко используются стеклоиономерные цементы химического и светового отверждения, обладающие противокариозным эффектом за счет содержания в своем составе соединений фтора, что позволяет проводить методику щадящего препарирования с сохранением максимального количества твердых тканей, а также предупреждает развитие вторичного кариеса и его осложненных форм. При восстановлении зубов применяются современные эстетические композиты светового отверждения (Германия, США).

Детские стоматологи работают в тесной взаимосвязи с врачом-ортодонтом и стоматологом-хирургом. При наличии показаний врачи-хирурги проводят пластику уздечек губ и языка, зубосохраняющие операции, хирургическую подготовку к ортодонтическому лечению.

Врачи-ортодонты ориентированы не только на исправление уже сформированных патологий прикуса, но и на их раннюю профилактику в период активного роста детей. Стандартные миофункциональные средства профилактики и ранней коррекции аномалий прикуса — эластичная пластинка STOPPI, вестибулярные пластинки MUPPY, преортодонтические миофункциональные трейнеры — позволяют предотвратить деформации зубочелюстной системы уже в период молочного и сменного прикуса, помогая нормализовать носовое дыхание и избавиться от вредных детских



Урок здоровья в МОУ СОШ №49

привычек, оказывающих влияние на челюстно-лицевое развитие. При лечении зубочелюстных аномалий применяются съемные аппараты механического и функционального действия, несъемная Эджуайз-техника. Для закрепления результата ортодонтического лечения используются ретенционные аппараты.

МБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Ростова-на-Дону» является инициатором проведения благотворительных акций совместно с фирмой 3M ESPE. В детском отделении проводится санация учащихся школы-интерната №48 для слабослышащих детей. Уже два года ко Дню защиты детей проводится

акция «Подари улыбку» для детей из многодетных семей.

Комплексный подход к планированию и проведению профилактических мероприятий повышает эффективность стоматологической профилактики. Здоровье детей во многом зависит от уровня информированности и степени ответственности родителей в вопросах профилактики и лечения стоматологических заболеваний.

Литература

1. Стоматологическая заболеваемость населения России / Под ред. проф. Э. М. Кузьминой. — М, 2009. — С. 141—143.

Профилактика зубочелюстных аномалий и ортодонтическое лечение в раннем возрасте

В. Е. Богдан, А. В. Щитова, В. Н. Тищенко; МБУЗ «СП №4 г. Ростова-на-Дону»

Всем известно, что любое заболевание легче предупредить, чем лечить уже проявившуюся болезнь. Так и в ортодонтии: большая часть зубочелюстных аномалий и деформаций, с которыми обращаются пациенты — это приобретенные патологии, которые можно было либо предупредить, либо откорректировать в раннем возрасте.

Существует множество факторов, влияющих на формирование зубочелюстных аномалий. Уже с самого рождения ребенка родители должны ответственно подходить не только к питанию малыша, но и следить за формированием вредных привычек, которые впоследствии приводят к зубочелюстной аномалии и деформации. Правильное питание, дыхание, сон ребенка, даже на первом году жизни, благоприятно сказываются на формировании прикуса и всего организма в целом.

Профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций включает в себя:

- первичную профилактику — мероприятия, которые уменьшают вероятность возникновения аномалий или деформаций (рис. 1);
- вторичную профилактику — мероприятия, которые прерывают, предотвращают или замедляют прогрессирование аномалий на ранней стадии (рис. 2);
- третичную профилактику — мероприятия, направленные на снижение прогрессирования осложнений или уже имеющихся нарушений.

Всегда нужно обращать внимание на слизистую оболочку полости рта: наличие множественных тяжей, неправильно прикрепленных и вплетенных в альвеолярный отросток уздечек верхних и нижних губ, а также глубокое или короткое преддверие полости рта могут приводить к формированию стойких зубочелюстных аномалий и деформаций в постоянном прикусе. Поэтому в раннем сменном прикусе (5—7 лет) необходимо прибегать к хирургическому вмешательству, если врачом-ортодонтом были выявлены эти нарушения. Если в раннем сменном прикусе все-таки выявлены какие-либо нарушения в формировании прикуса,

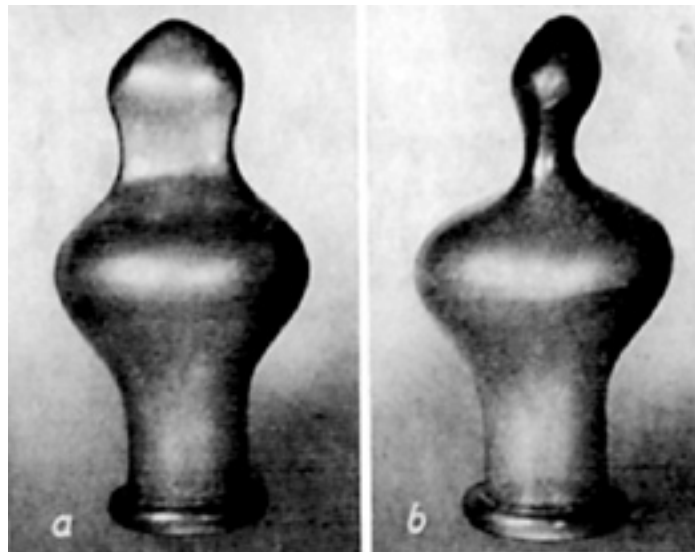


Рис. 1. Соска Nuk для бутылочки с молоком: а — вид спереди, б — вид сбоку (Taatz H.)

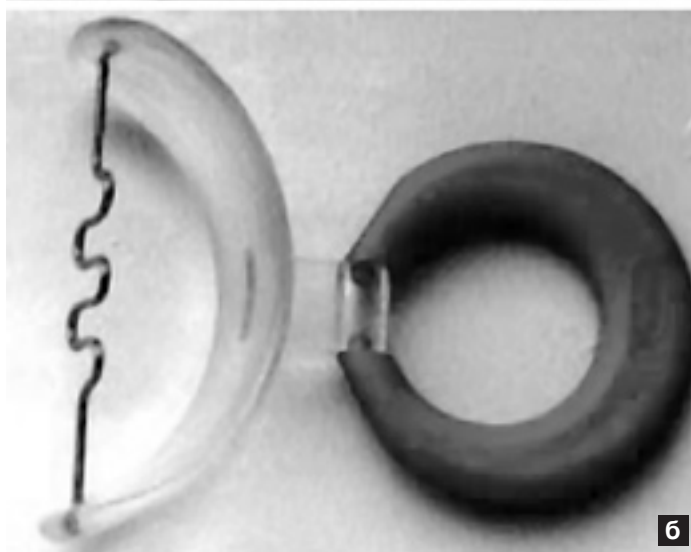


Рис. 2. Фото пациентки со стандартной вестибулярной пластинкой (а), имеющей заслонку для языка, которая видна на аппарате (б)

то ортодонтическое лечение необходимо начинать незамедлительно.

В последнее время наметилась тенденция начинать лечение пациента после 12 лет, преимущественно по несъемной технике (брекет-система). Такой подход к лечению не совсем правильный — ведь патология, начиная формироваться в раннем сменном прикусе, с каждым годом будет переходить в более тяжелую форму, и лечение будет требоваться более длительное. Более того, в раннем возрасте кости более эластичные, жевательные и мимические мышцы еще не сформированы, поэтому бывает достаточно помочь направить формирование зубочелюстной системы в правильном направлении, и коррекция прикуса произойдет самостоятельно.

Вопрос, когда начинать ортодонтическое лечение, решается врачом индивидуально с каждым пациентом и зависит от самой проблемы. В настоящее время существует множество аппаратов для лечения и коррекции прикуса. Аппаратура, применяемая в ортодонтии, делится на:

- механически действующую, функционально направляющую (действующую) и комбинированную;
- съемную и несъемную;
- одночелюстную и межчелюстную;

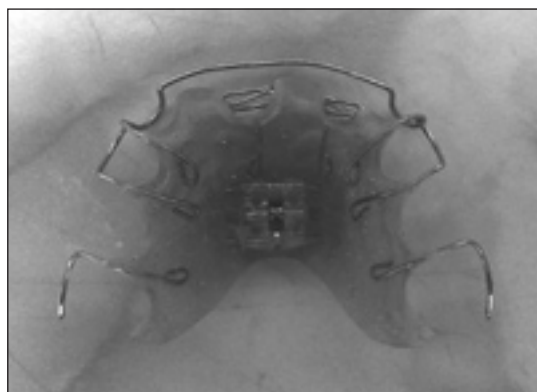


Рис. 3. Механически действующие аппараты

- *внутриротовую и внеротовую;*
- *активно действующую или исправляющую;*
- *ретенционную или удерживающую.*

Сущность применения аппаратов состоит в непрерывном или прерывистом воздействии на зубы, альвеолярные отростки и челюстные кости с помощью специальных приспособлений. Чтобы ортодонтические аппараты развивали силу давления или тяги на определенный участок жевательного аппарата, необходимо при их конструировании создать адекватные точку опоры и точку приложения силы. В процессе терапии механическая сила аппарата или преобразованная им сократительная способность мышц вызывают тканевую перестройку, определяющую изменение формы.

Точка опоры должна быть значительно устойчивее той части зубочелюстной системы, которая подлежит перемещению. По законам механики опора, как более устойчивая часть аппарата, должна оставаться на месте, а объект в точке приложения силы (как менее устойчивый элемент) может перемещаться. Если же точка опоры и точка приложения силы будут одинаковой устойчивости, то возникнет реципрокная реакция, то есть взаимодействие сил: обе точки перемещаются в одинаковой мере, но в противоположном направлении. Первый принцип конструкции ортодонтических аппаратов используется при перемещении отдельных зубов или их групп, второй — при расширении челюстей, лечении диастем, межчелюстном вытяжении.

Пластинки механического действия

Механически действующими аппаратами называют такие, в самой конструкции которых заложен источник силы (рис. 3). Поэтому их еще называют активными, поскольку действующую силу развивают непосредственно сами аппараты.

Источником силы может быть упругость дуг и пружин, сила винта, эластичность резиновой тяги, лигатуры

для фиксации зубов к дуге. Сила, развиваемая этими аппаратами, регулируется (дозировается) врачом лишь на основе его клинического опыта, так как нет объективных критериев, характеризующих индивидуальные особенности периодонта.

Аппараты функционального действия с наклонной плоскостью, защитой для языка, окклюзионным накладками, губными бамперами, пелотами, накусочными площадками не имеют собственного источника силы, то есть в них не заложено никаких активно действующих элементов. Источником силы при использовании таких аппаратов является сократительная способность жевательных или мимических мышц — определенное устройство направляет действие мышц в нужную для лечения сторону. Эти аппараты действуют прерывисто. Величина силы при этом регулируется рецепторами периодонта. Иными словами, функционально направляющий аппарат может действовать только до определенного предела, а когда сила становится чрезмерной, возникает боль и сокращение мышц рефлекторно ослабляется или прекращается.

Все аппараты изготавливаются в зуботехнической лаборатории по предварительно снятым индивидуальным слепкам. Существует также множество уже готовых аппаратов, обычно функционального или комбинированного действия, например, таких, как преортодонтические трейнеры.

Преортодонтический трейнер исправляет функциональные вредные привычки, способствует нормализации прикуса и внешнего вида, выравнивает прорезывающиеся зубы (рис. 4, 5, 6).

Благодаря своим конструктивным особенностям трейнер вырабатывает у ребенка правильное положение языка и привычку дышать носом. Функция мышц нормализуется за счет снятия их избыточного напряжения и давления на зубы и альвеолярный отросток. Трейнер рекомендуется применять для лечения скученности передних зубов, при дефиците места не более 4–6 мм и сагиттального несоответствия, не превышающего 5 мм. Если последнее превышает 5 мм, а также при выраженной ретрузии, лечение при наличии показаний рекомендуется начинать с системы «Миобрэйс-Стартер» (MBS), разработанной специально для таких случаев. Аппараты

этой системы также снабжены внутренним каркасом двух типов для расширения зубной дуги (красный более упругий, чем голубой), но не имеют ячеек для зубов, и поэтому не требуют подбора по размеру. MBS-позиционеры используются для предварительной коррекции у детей 7–11 лет, имеют стандартные размеры и не требуют времени для их изготовления.

Большую роль в профилактике зубочелюстных аномалий и деформаций играет заместительное протезирование при ранней потере молочных зубов. Съемные конструкции могут применяться в виде пластинок-«распорок» и обычных пластиночных протезов. Они считаются более гигиеничными по сравнению с несъемными и при правильной припасовке могут участвовать в жевании, удерживать межальвеолярную высоту, предупреждая развитие феномена Попова-Годона. Для их фиксации применяются стреловидные или одноплечие кламмеры. Есть сообщения о том, что кламмеры следует применять в начальные сроки пользования протезами, а после периода адаптации их удаляют.

Считается, что съемные пластиночные протезы являются стимуляторами роста и развития челюстей, ускоряют прорезывание постоянных зубов, оказывая раздражающее действие благодаря перемежающимся толчкам, которые они передают через базис на альвеолярный отросток. Но как только ретинированный зуб начинает прорезаться, в базисе протеза следует сделать углубление, а затем отверстие с постепенным увеличением, чтобы не мешать прорезыванию. При необходимости в такой протез можно добавить расширяющий винт или пружину Коффина.

В результате протезирования, особенно в переднем отделе, у детей очень быстро восстанавливается четкая речь, улучшается откусывание пищи и жевание, нормализуется конфигурация лица. У детей без протезов аналогичные дефекты быстро суживаются или за счет прорезывания соседних зубов, или смещения рядом расположенных; срединная линия и антагонисты смещаются



Рис. 4. Преортодонтический трейнер

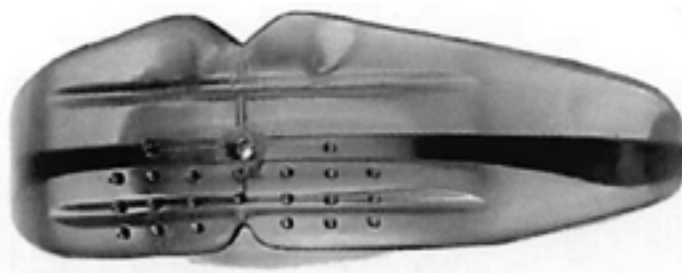


Рис. 5. Начальный трейнер (голубой)

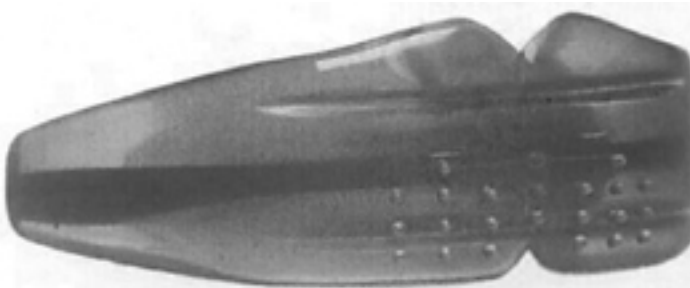


Рис. 6. Завершающий трейнер (розовый)

в сторону дефекта. Дети быстрее, чем взрослые, привыкают к съемным протезам, которые, при соблюдении правил пользования и гигиены полости рта, не вызывают никаких патологических изменений на слизистой оболочке протезного ложа.

С каждым пациентом предварительно ведется разъяснительная беседа о любом аппарате, и выбор лечебного аппарата всегда производится с согласия пациента, так как если не установлен контакт между врачом, ребенком и его родителями, то положительный результат лечения не будет достигнут. И лишь совместными усилиями врача и пациента можно добиться успеха.

Существует множество преимуществ раннего лечения. В основном, это преимущества, связанные с активным ростом скелета в этом возрасте, и, как правило, достаточно лишь подготовить челюсти (расширить их до нормальных размеров), и рост постоянных зубов завершается самостоятельно уже в правильном направлении. Помимо этого, улучшается взаимоотношение между обеими челюстями, — это возможно, так как мышцы лица еще очень эластичны. И, конечно, как следствие — улучшение лицевых признаков, что напрямую связано с психоэмоциональным развитием ребенка, так как любые нарушения во внешности могут приводить к неуверенности ребенка в школе и в отношениях со сверстниками.

В съемной ортодонтической аппаратуре есть, конечно, и отрицательные стороны:

- первое время пластинки воспринимаются ребенком как инородное тело;
- они мешают речи и приему пищи;
- первое время пластинки могут натирать слизистую и приводить к дискомфорту.

Период адаптации достаточно сложен, но у тех, кто смог его преодолеть, дальнейшее лечение проходит уже более комфортно и, как говорят, «с удовольствием». Не исключено, что после съемной техники необходимо будет продолжить лечение на несъемной технике, но в этом случае лечение по брекет-системе проходит более быстро и эффективно. Самое главное, что требуется для исправления деформаций зубочелюстной системы — это применить необходимое усилие в нужном направлении и в нужное время.

Профессор О. И. Арсенина говорит: «Ортодонтическое лечение, проводимое в период активного роста челюстно-лицевого скелета пациента, следует считать наиболее рациональным».



Ирригатор полости рта

[акваджет]

AQUAJET®

– приятная необходимость!



Ирригатор полости рта AQUAJET® **эффективно очищает** межзубное пространство и зубодесневые складки.

Мощный пульсирующий напор воды смывает остатки пищи, **массирует десны** и всю полость рта, улучшая кровообращение.

Специальное устройство насадки позволяет струе воды достичь областей, **недоступных при чистке обычной зубной щеткой** или нитью.



В приборе используются индивидуальные маркированные насадки, что позволяет полностью соблюдать требования личной гигиены.



Откалиброванный прозрачный пластиковый контейнер емкостью 500 мл. удобен для контроля его наполнения.



Специальный дизайн задней панели позволяет закрепить прибор на стене, за счет чего достигается дополнительная экономия места и удобство использования.



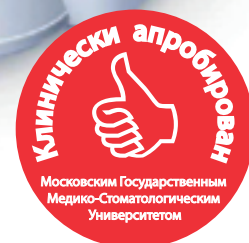
Плавный регулятор напора струи (до 8 атм.) дает возможность использования прибора для детей и для пациентов с воспалительными процессами слизистых полости рта.



AQUAJET® **особенно необходим** для ухода за ортодонтическими и ортопедическими аппаратами, такими как:

- **ИМПЛАНТАТЫ**
- **ПРОТЕЗЫ ЗУБОВ**
- **АППАРАТЫ ИСПРАВЛЕНИЯ ПРИКУСА**
- **КОРОНКИ**

Регулярное использование AQUAJET® помогает предотвратить образование зубного камня, гингивит и многие пародонтальные болезни.



«Дентал-Сити»

На рынке с 2010 года

- ✦ Продажа стоматологических материалов, оборудования, расходных материалов и медицинской одежды
- ✦ Оказание юридической помощи в подготовке и сдаче документов в Министерство здравоохранения Краснодарского края для лицензирования фармацевтической и медицинской деятельности

Накопительная система скидок * Доставка по краю бесплатно * Акции ежемесячно

Краснодарский край, г. Крымск,
ул. Карла Либкнехта, 2, тел. (861-31) 2-18-17

Новый офис!
Краснодарский край, г. Новороссийск,
ул. Героев Десантников, 22
(рядом с рестораном «Царский»)



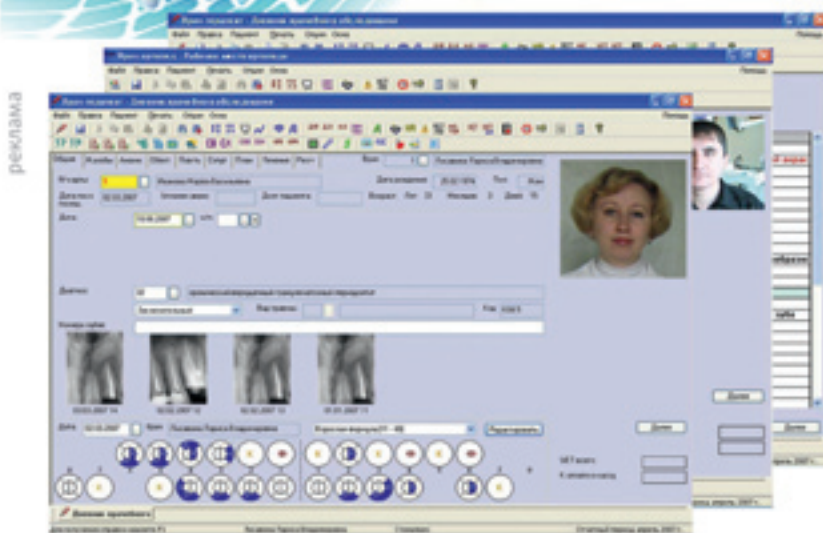
Тел.: 8-918-169-12-21, 8-918-999-80-28, e-mail: dental_city@mail.ru
Интернет-магазин: www.dentalcity-ug.ru

реклама



Дентал-Софт

компьютерная программа
для стоматологической клиники



Электронные
медицинские
карты пациентов.
Журнал записи
на прием.
Маркетинг.
SMS-напоминания.

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



Роль медицинского совета по стоматологии как метод контроля качества организации оказания стоматологической помощи населению

*С. В. Новгородский, М. В. Тишина, Н. И. Обухова, А. А. Еникеев;
ГБУ Ростовской области «Стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону*

Стоматологическая служба любой области России характеризуется рядом особенностей, отличаясь количеством специалистов и насыщенностью стоматологических лечебных учреждений, в том числе: стоматологических кабинетов и отделений общесоматических поликлиник, стоматологических поликлиник, челюстно-лицевых отделений разного уровня больниц, а также состоянием основных фондов (наличием дорогостоящего оборудования, современного инструментария и материалов, зуботехнических лабораторий), поэтому улучшение качества стоматологической помощи населению является как медицинской, так и не менее значимой социальной и экономической проблемой. Если медицинское значение улучшения качества стоматологического лечения общепонятно — снижение числа осложнений, улучшение состояния полости рта, сохранение здоровья, — то социальные и экономические аспекты проблемы менее известны. Они заключаются в уменьшении числа визитов к врачу, снижении числа случаев повторного лечения, повышении производительности работы стоматолога, снижении экономических затрат на каждого больного в расчете на длительный период времени. Немаловажную роль в решении этих задач играет контроль качества оказания медицинской помощи населению.

В функции контроля организации медицинской помощи населению входят сбор, обработка и анализ информации о фактических результатах деятельности организации, сравнение их с плановыми показателями, выявление отклонений и анализ их причин, разработка мероприятий для достижения поставленных целей.

Из классифицируемых видов контроля выделяют стратегический, связанный с долгосрочным планированием, и тактический (административный) — контроль над обеспечением выполнения текущих задач, квартальных планов и целевых программ. На разных этапах выполнения управленческих решений осуществляется предварительный, текущий и заключительный контроль.

В настоящее время рассмотрение деятельности ЛПУ в обязательном порядке включает определение качества медицинской помощи, осуществляемого субъектами ведомственного и вневедомственного контроля.

В число ведомственных контролирующих организаций непосредственным образом входят областные медицинские учреждения, осуществляющие организационно-методическую и консультативную помощь по различным видам деятельности. К таковым относится и наша поликлиника — ГБУ РО «СП», обеспечивающая как лечебную помощь населению и консультативную помощь специалистам стоматологической службы Ростовской области (РО), так и контроль над организацией стоматологической помощи в 12 городах и 43 районах региона. Сотрудниками ГБУ РО «СП» регулярно осуществляются выезды в составе комплексных бригад стоматологов различного профиля в территории РО с организационно-методической и консультационной целью. В ходе выездной работы ими проводится проверка деятельности специалистов на местах с целью определения кадровой

обеспеченности и укомплектованности, квалификации и теоретической подготовки врачей стоматологического приема и зубных техников, применения ими современных лечебных и ортопедических технологий, материально-технической оснащенности ЛПУ, а также качества проведения лечебно-профилактических мероприятий. Безусловным правилом является необходимость проверки соответствия оказываемой медицинской помощи лицензированным видам деятельности. По видам стоматологической помощи были составлены вопросники, являющиеся примерной схемой проверки.

Одной из важнейших сложившихся форм контроля организации стоматологической деятельности и качества оказания соответствующей помощи населению территорий РО являются заседания Медицинского Совета по стоматологии (МС). Заседания проводятся как на базе областного учреждения, так и выездные. Эти мероприятия намечаются, как правило, заранее, с внесением в годовой план организационно-методических мероприятий МЗ РО. Проведение заседаний МС, их повестка, круг вызываемых на обсуждение специалистов, включая главных внештатных стоматологов территорий РО, согласовывается с руководством Минздрава. Соответствующее распоряжение рассылается главным врачам ЛПУ территорий РО.

Правовым основанием для функционирования МС является п. 2.2.4 Положения о Министерстве здравоохранения РО, утвержденного Постановлением Администрации РО от 20.05.1997 №175 (с последующими изменениями и дополнениями), а также утвержденное Положение о МС при МЗ РО.

На заседании МС, являющегося коллегиальным органом, основываясь на предварительном ознакомлении с организацией и качеством оказания стоматологической помощи населению конкретной территории, его члены обсуждают характеристику службы, изложенную в соответствующей справке и докладах специалистов, и принимают согласованное решение. Последнее носит рекомендательный характер. Заключительной частью этого решения, после констатации положительных и негативных сторон деятельности, является перечисление выявленных недостатков с указанием конкретных рекомендаций, подлежащих выполнению в определенный срок главным внештатным стоматологом и главным врачом территории (ЛПУ). Ежегодно проводятся 3—4 заседания МС.

В повестку дня проведенных заседаний МС входили вышеупомянутые вопросы изучения состояния организации стоматологической помощи населению, включая анализ деятельности стоматологической службы РО по результатам отчетов за предыдущий год, рассмотрение выполнения ранее принятых решений МС, работы кураторов территорий.

Институт кураторов, действовавший до последнего времени, был представлен наиболее опытными и квалифицированными специалистами, организаторами здравоохранения. Это главные врачи стоматологических поликлиник городов, заведующие стоматологическими

отделениями центральных районных больниц, главные внештатные стоматологи отдельных территорий РО.

Как и при любом управленческом цикле, при подготовке и проведении заседаний МС выполнялись следующие составные его элементы:

- сбор, обработка и анализ информации;
- разработка и принятие решения;
- реализация принятого решения исполнителями;
- контроль выполнения рекомендаций.

В 2009—2013 гг. проведены заседания МС, посвященные анализу структуры, вопросам управления стоматологическими службами 3 городов и 14 районов области. В ходе заседаний члены МС, анализируя деятельность стоматологических служб, при необходимости подвергали критике ответственных лиц по поводу выявленных недостатков. Давалась общая оценка организационной работе службы территории.

Действенность решений МС можно проследить на примере заседания, посвященного рассмотрению результатов работы стоматологической службы Сальского и Целинского районов Ростовской области. Приоритетными направлениями в работе стоматологической службы Сальского и Целинского районов являются: выполнение Программы государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи, повышение квалификации врачей, укрепление материально-технической базы ЛПУ, внедрение современных технологий диагностики и лечения больных стоматологического профиля.

Сеть стоматологических ЛПУ рассматриваемых территорий:

- Сальский район — стоматологическое отделение МБУЗ «ЦРБ», 2 кабинета в Гигантовской районной больнице, 3 кабинета в УБ Новый Егорлык, Юловская, Сандатовская, 2 кабинета в Екатериновской и Буденновской врачебных амбулаториях, 3 кабинета в школах (лицензированы).
- Целинский район — стоматологическое отделение МБУЗ «ЦРБ», кабинеты в Средне-Егорлыкской районной больнице и Кировской врачебной амбулатории, кабинет в школе (не лицензирован).

Численность прикрепленного населения

В Сальском районе численность прикрепленного населения составляет 106 700 человек, в том числе 85 500 взрослых и 21 200 детей; в Целинском

районе — 33 200 человек, в том числе 26 507 взрослых и 6 693 ребенка.

Кадровая характеристика

В Сальском районе всего 39 врачей, в том числе 12 стоматологов и 27 зубных врачей; в Целинском районе 11 врачей, из них 3 стоматолога и 8 зубных врачей (табл. 1).

Доли врачей-стоматологов в Сальском (30,8%) и Целинском (27,3%) районах находятся на уровне, не превышающем показателя по всем районам Ростовской области (31,4%). Соотношение количества специалистов в рассматриваемых территориях не меняется в течение ряда лет. В соответствии с приказом МЗиСР РФ от 07.12.11 №1496н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях», на 10 000 взрослого населения установлено 5 должностей врачей-стоматологов (суммарно).

Обеспеченность штатными занятыми должностями и физическими лицами на лечебно-хирургическом приеме в 2012 году составила: в Сальском районе — 4,3; 3,8* и 3,6 соответственно, что выше сложившихся показателей по всем районам РО (3,58; 3,28* и 3,26 соответственно), а в Целинском районе — 2,2; 2,63* и 2,71 соответственно, что ниже данных по районам РО. Аналогичные показатели обеспеченности на ортопедическом приеме составили: в Сальском районе — 0,7; 0,5* и 0,5 соответственно, в Целинском районе — 0,56; 0,56* и 0,75 соответственно, что близко или выше данных по районам Ростовской области (0,57; 0,46* и 0,34 соответственно). Звездочкой * отмечены показатели фактической обеспеченности по занятым должностям. Ниже нормативных показателей обеспеченности должностями и специалистами детского приема в Сальском районе: 0,25; 0,19* и 0,24 соответственно. Приказ МЗиСР РФ от 13.11.12 №910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» определил штатный норматив для детского населения в сельских территориях — 0,5 должности стоматолога детского на 1000 детей. В Целинском районе дифференцированный детский стоматологический прием не выделен.

Укомплектованность специалистами в анализируемых районных стоматологических службах на лечебно-хирургическом приеме выше среднего по районам (87,7%): в Целинском районе — 100%, в Сальском — 88,8%. В Сальском районе недоукомплектованы также должности ортопедического приема (из шести —

Таблица 1

Данные по повышению квалификации, аттестации и сертификации специалистов

Район	Должность	Всего физ. лиц	Стаж работы		Прошли курсы усовершенствования за последние 5 лет	Уд. вес усовершенствованных, %	Аттестовано			Уд. вес аттестованных	Сертифицировано специалистов	Уд. вес сертифицированных, %
			До 5 лет	От 5 лет			В	І	ІІ			
Сальский	стоматологи	12	6	6	6	100	-	1	1	33,0	12	100
	зубные врачи	27	7	20	20	100	2	10	5	85,0	27	100
	зубные техники	11	1	10	10	100	1	-	-	10,0	11	100
Целинский	стоматологи	3	-	3	3	100	-	2	-	66,7	3	100
	зубные врачи	8	1	7	7	100	4	2	-	85,7	8	100
	зубные техники	4	1	3	3	100	-	3	-	100	4	100

четыре). Укомплектованность — 66,7%. Показатель по районам в стоматолого-ортопедической службе области — 59,1%.

Удовлетворительно состояние кадровой работы в Целинском районе, где все подлежащие учебе специалисты прошли курсы повышения квалификации и сертифицированы. Высок удельный вес врачей приема, обладающих аттестационными категориями из числа имеющих необходимый стаж для прохождения аттестации — 80,0%. В Сальском районе были обучены все врачи, нуждающиеся в повышении квалификации — они имеют сертификаты специалистов. Но доля аттестованных из числа имеющих право на обладание квалификационной категорией составляет 73%. Так, из шести стоматологов со стажем работы пять лет и выше четверо не имеют категории. Из десяти зубных техников аттестован лишь один. По поводу аттестации врачей-стоматологов и зубных техников были замечания и на предыдущем медицинском совете, посвященном анализу организации кадровой работы в стоматологической службе Сальского района (2008 г.).

Материально-техническое обеспечение

Сальский район. В стоматологическом отделении Сальской ЦРБ в текущем году сделан ремонт на сумму 4,3 млн рублей, отделение приведено в образцовый порядок. Согласно программе модернизации, получено 8 стоматологических установок. Все кабинеты оснащены камерами для хранения стерильного инструментария. Эндодонтический инструментарий в достаточном количестве. Стоматологические кабинеты в участковых ЛПУ в хорошем состоянии.

Целинский район. Кабинеты стоматологического отделения нуждаются в косметическом ремонте. Недостаточно камер для хранения стерильного инструментария. Стоматологическая установка на ортопедическом приеме требует замены. На периферийных участках кабинеты в удовлетворительном состоянии, оснащены стоматологическими установками, полученными по программе модернизации.

Организация работы

Сальский район. В стоматологическом отделении МБУЗ ЦРБ стоматологическая помощь оказывается в две смены, с 08.00 до 20.00 часов. Врачи дежурят по субботам согласно графику, а в ночное время организовано дежурство на дому. Больных, нуждающихся в стационарной помощи, направляют в челюстно-лицевое отделение

РОКБ. Больные с ортодонтической патологией направляются в ЛПУ г. Ростова-на-Дону или в частные коммерческие учреждения. Лицензированы все заявленные виды деятельности. В Сальском районе не выделены приемы ортодонтический и детский хирургический.

Целинский район. Прием в стоматологическом отделении ведется в две смены, с 07.30 до 17.30 часов, на участках — в одну смену. По субботам осуществляется дежурство по графику. Медицинская регистратура работает лишь до 11.00 часов ввиду отсутствия достаточного числа должностей. Заведующая отделением исполняет свои обязанности на общественных началах, доплата за заведование не производится. Лицензированы все заявленные виды деятельности. Помощь детям оказывается на смешанном и терапевтическом приемах. В Целинском районе не выделены детский дифференцированный, детский хирургический, ортодонтический приемы.

Лечебно-профилактическая работа учреждений направлена на выполнение программ государственных гарантий по оказанию бесплатной стоматологической помощи населению в соответствии с муниципальным заданием.

Показатели **лечебно-хирургического приема** приведены в таблице 2.

Показатели выполнения госзаказа 2012 года

В Сальском районе при плане 289 096 выполнено 289 498 (100,1%), в Целинском районе при плане 62 152 — 62 214 (100,1%).

Технологии лечения и протезирования

Рентгенодиагностика при стоматологической патологии проводится и в Сальском, и в Целинском районах. Применяются апекслокаторы, используются композиты светового и химического отверждения, стеклоиономерные цементы, проводится профессиональная гигиена полости рта. Применяются современные методики эндодонтического лечения. На хирургическом приеме применяются карпульные анестетики. Оперативные вмешательства сводятся к удалению зубов, оказанию помощи по экстренным показаниям. В Целинской ЦРБ проводятся плановые амбулаторные операции, в небольшом количестве — лоскутные операции на пародонте. Доступность стоматологической помощи населению по РО в посещениях на 1 жителя в год: по районам РО — 0,48, Сальский район — 0,49, Целинский район — 0,44.

Таблица 2

Показатели лечебно-хирургического приема

На 1 врача в смену	Среднерайонные	Сальский район	Целинский район
Посещения	7,6	7	9,3
Пломбы	4,7	4,9	4,4
Санированные больные	1,4	1,3	1,8
Выработано УЕТ	38,5	39,3	39,7
Соотношение вылеченных зубов к удаленным	4	2,6	1,4
Уд. вес санированных к первично обратившимся	43	50,2	43,6
Соотношение кариеса к осложненным формам	2,4	1,9	2,3
Пломб на 1 посещение	0,6	0,7	0,5
УЕТ на 1 посещение	5,1	5,6	4,3
УЕТ на 1 пломбу	8,2	8,1	8,9

Профилактическая работа

Доля санированных от нуждающихся по районам РО — 54,9, в Сальском районе — 74,8, в Целинском районе — 50,0. Доля санированных от первичных по районам РО — 43,0, в Сальском районе — 50,2, в Целинском районе — 43,6.

Ортопедическая стоматология

В Сальском районе не изготавливаются металлокерамические, металлопластмассовые, цельнолитые конструкции и бюгельные протезы. В Целинском районе не изготавливается металлокерамика, хотя оборудование для ее производства приобретено в полном объеме. Число посещений на 1 жителя по ортопедической помощи: по районам РО — 0,04, по Сальскому району — 0,06, по Целинскому району — 0,09.

Медицинская документация

Документация по организации службы у заведующих стоматологическими отделениями рассматриваемых районов имеется. Амбулаторные карты заполняются полно, оформляются договоры информированного согласия и договоры на оказание платных услуг, рентгеновские снимки вклеиваются или описываются. Отчетная документация на ортопедическом приеме ведется достоверно. Списание материалов проводится бухгалтерией, согласно нормативным документам. Проверено по 20 историй болезни в Сальском и Целинском районах. Записи полные, информативные, договор и бланк добровольного информированного согласия вкладываются. Листки временной нетрудоспособности оформляются в ЦРБ.

Платные стоматологические услуги (ПМУ)

ПМУ в анализируемых районах остаются на недостаточном уровне. Доля платных услуг в Сальском районе — 3,3% (УЕТ — 2,07%), в Целинском — 4,3% (УЕТ — 1,4%), по районам РО — 5,4% (УЕТ — 3,3%).

Прейскурант цен в Сальском районе утвержден в 2009 году и более не пересматривался. Он не содержит всех необходимых позиций как в лечебно-хирургическом, так и в ортопедическом разделах. Необходима доработка и пересмотр прейскуранта. В Целинском районе оплата за оказание услуг производится в ЦРБ, здания которой расположены на значительном удалении от помещения стоматологического отделения, что также не способствует применению и развитию платных услуг.

Заслушав и обсудив состояние организации и качества оказания стоматологической помощи населению Сальского и Целинского районов Ростовской области, медицинский Совет по стоматологии решает: признать работу стоматологической службы Сальского и Целинского районов удовлетворительной.

Медицинский Совет по стоматологии Ростовской области рекомендует:

- *Главному врачу МБУЗ «ЦРБ Сальского района» Ю. В. Кикену, главному внештатному стоматологу Сальского района А. В. Авдеевой: обеспечить направление с целью получения аттестационных категорий специалистов, имеющих соответствующий стаж работы (особенно зубных техников); освоить и внедрить в лечебную практику методики изготовления и применения цельнолитых, металлопластмассовых, металлокерамических и бюгельных конструкций; пересмотреть и утвердить верифицированный прейскурант платных стоматологических услуг; увеличить долю платных услуг в объеме стоматологической помощи населению; обеспечить полное выполнение производственного и финансового планов по ортопедической стоматологии (100%);*
- *Главному врачу МБУЗ «ЦРБ Целинского района» В. И. Королькову, главному внештатному стоматологу Целинского района Т. А. Зазимко: ввести в штатное расписание должность заведующего отделением (основание — Приложение №7, Приказ МЗиСР РФ от 07.12.2011 №1496н); произвести косметический ремонт стоматологического отделения ЦРБ; освоить и внедрить изготовление металлокерамики; обеспечить прием оплаты за оказанные стоматологические услуги в стоматологическом отделении.*

Предложено: главным внештатным стоматологам проверяемых территорий, согласно решению медицинского Совета, подготовить планы работы по устранению недостатков и представить их в ОМК ГБУ РО «СП» в течение последующего месяца.

Таким образом, подготовка и проведение заседаний МС с последующим отслеживанием выполнения его решений являются действенной формой контроля над качеством организации медицинской деятельности структурных формирований стоматологической службы.

ООО «Денстар»

Полный комплекс услуг:

Компьютерная диагностика, современное лечение, все виды протезирования, использование микрозамковых креплений и драгоценных металлов, пародонтология высокого уровня; новейшее оборудование, лазер, вакуумный массаж десен и т. д.

Консультации бесплатно.

Режим работы с 9.00 до 18.00, в субботу с 10.00 до 14.00, выходной — воскресенье

Лицензированные зуботехническая и литейная лаборатории. Центр вакуумного напыления МЗП карбидом титана, нитридом циркония

Изготовление всех видов ортопедических изделий. Литье всех видов зуботехнических изделий. 20 видов сертифицированных металлов, драгоценные металлы фирмы BEGO.

г. Ростов-на-Дону, ул. Филимоновская, 145 (между пер. Семашко и пер. Газетный) тел./факс: (863) 232-24-26 | www.denstar.ru | e-mail: ooo_denstar@mail.ru

Режим работы с 9.00 до 18.00. Выходной — суббота. Все работы выполняются на особом точном оборудовании с использованием материалов фирм BEGO, VITA и др. Специалисты прошли обучение в Германии.

Магазин для стоматологов и зубных техников.

Дистрибьютор в ЮФО по BEGO, VITA, IVOCLAR. Материалы, инструменты, оборудование. Доставим любое оборудование под заказ по самым низким ценам. Режим работы с 9.00 до 20.00. Выходной — воскресенье.

Лиц. КО46606 №61-01-000805 от 13.09.07 г.

РЕКЛАМА

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

Влияние буферной системы на реминерализацию твердых тканей зуба

М. Н. Митропанова, доцент, заведующая кафедрой; О. А. Павловская, доцент; М. С. Знейбат, ассистент; Н. С. Сеницина, клинический интерн; Кафедра детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «КубГМУ» МЗ РФ

В последнее время понимание процессов деминерализации и реминерализации структур зуба, возникновения кариеса и методов его лечения претерпело значительные изменения. Это учитывается в одной из новых тенденций стоматологии — концепции Минимальной Интервенции, основным направлением которой является максимальное сохранение естественных тканей зуба. Данная концепция предусматривает не только лечение кариеса с применением малоинвазивных методик и биоактивных реставрационных материалов, но и раннюю диагностику факторов риска развития кариеса и их устранение. Одним из факторов риска является нарушение свойств слюны.

Слюна является комплексной биологической жидкостью, осуществляющей минерализацию зубов после их прорезывания и обеспечивающей оптимальный состав при функционировании [1, 4].

Функции слюны многообразны:

1. защитная (слюна предохраняет слизистую оболочку от высыхания, образования трещин, воздействия раздражителей. Благодаря буферным свойствам, она нейтрализует отрицательное действие сильных кислот и щелочей в пределах емкости буфера. Важную защитную роль играют иммуноглобулины, содержащиеся в слюне);
2. механическое очищение полости рта от остатков пищи, налета и бактерий;
3. пищеварительная;
4. выполняет роль смазки для тканей полости рта;
5. усиливает сенсорные и хемосенсорные функции в полости рта;
6. реминерализация твердых тканей зуба;
7. секреторная;
8. экскреторная;
9. свертывающая и фибринолитическая способность (в слюне содержатся тромбопластин, антигепариновая субстанция, протромбин, активаторы и ингибиторы фибринолизина. Эти вещества обладают

гемокоагулирующей и фибринолитической активностью и играют важную роль в обеспечении местного гомеостаза, улучшении процесса регенерации поврежденной слизистой оболочки);

10. бактерицидная (благодаря наличию в слюне лизоцима, лактоферрина, лактопероксидазы, муцина, цистатинов).

Противокариозное действие слюны обусловлено ее реминерализующей способностью.

Физико-химическое постоянство эмали полностью зависит от состава и химического состояния окружающей ротовой жидкости. Главным фактором стабильности апатитов эмали в слюне являются рН и концентрация кальция, фосфата и фтористых соединений в растворе.

Кальций в слюне находится как в ионном, так и в связанном состоянии. Считается, что в среднем 15% кальция связано с белками, около 30% находится в комплексных связях с фосфатами, цитратами и др., и только около 5% кальция находится в ионном состоянии. Ионизированный кальций является более активной частью общего кальция слюны, он регулирует растворимость фосфатов кальция в полости рта, обеспечивает кариесвосприимчивость и кариесрезистентность зубов.

В настоящее время установлено, что ротовая жидкость при нормальных условиях (рН 6,8—7,0) пересыщена кальцием и фосфором. Особого внимания заслуживает тот факт, что интенсивность растворимости гидроксиапатита эмали в ротовой жидкости значительно увеличивается при снижении рН. Как показал В. К. Леонтьев, если при рН ротовой жидкости 6,8 она пересыщена кальцием, то при рН 6,0 ротовая жидкость становится кальцийдефицитной. Эти данные указывают на то, что даже изначальные колебания рН, сами по себе неспособные вызвать деминерализацию, могут активно влиять на поддержание динамического равновесия эмали зуба, то есть эмаль зуба сохраняет постоянство структуры и состава при непрерывном

замещении ионного состава гидрокси- и фторапатита [6, 15].

В основе минерализующей функции слюны лежат механизмы, препятствующие выходу из эмали составляющих ее компонентов и способствующие поступлению таких компонентов из слюны в эмаль. Эти механизмы и обеспечивают состояние динамического равновесия состава эмали и окружающей ее биологической жидкости — слюны, которая поддерживается на необходимом уровне благодаря равнодействию двух процессов — растворения кристаллов гидроксиапатита эмали и их образования [6, 12].

По данным литературы, среднее количество кальция в слюне составляет 0,04—0,08 г/л, неорганического фосфора — от 0,06 до 0,24 г/л. Однако их содержание в слюне весьма вариабельно, при этом оно оказывает большое влияние на процессы минерализации и реминерализации в полости рта, а также на индивидуальную резистентность к кариесу. Обобщая данные литературы и на основании собственных данных, отметим, что только пот, спинномозговая жидкость и панкреатический сок оказались не насыщенными гидроксиапатитом. Все остальные жидкости организма (сыворотка крови, слюна, сок тонкой кишки, желчь пузырная и печеночная, молоко, моча, лимфа, серозная жидкость, амниотическая жидкость и др.) являются или насыщенными, или перенасыщенными Ca^{2+} и HPO_4^{2-} . Следовательно, состояние перенасыщенности жидкостей организма гидроксиапатитом является для него универсальным.

Известно, что в условиях покоя в смешанной слюне детей, устойчивых к кариесу, выше активность фосфатазы, альдолазы и содержание фосфата. После углеводной нагрузки (полоскание полости рта 10% раствором сахарозы) в слюне возникает дисбаланс содержания кальция и фосфата: первый возрастал, а второй снижался. Этот дисбаланс восстанавливался у детей, устойчивых к кариесу; у детей, подверженных кариесу, к исходному уровню возвращалось только содержание фосфата, а уровень кальция был низким. Избыток фосфата в нейтральной и слабокислой среде препятствует процессу

кристаллизации в этих жидкостях, а во рту — деминерализации зубов, способствуя сохранению физиологического равновесия [13, 16].

Большое значение в поддержании pH слюны имеют буферные системы, особенно фосфатная, бикарбонатная и белковая. В стимулированной слюне концентрация гидрокарбонатов значительно выше, чем в нестимулированной, поэтому усиление слюноотделения обеспечивает снижение pH зубной бляшки. Это играет важную роль, так как буферные системы зубного налета, наиболее сильной из которых является фосфатная, неспособны полностью нейтрализовать кислоты из-за низких диффузионных свойств налета.

Особенностью буферной емкости слюны является то, что по кислоте она в 6 раз меньше, чем по щелочи.

Наибольшему снижению pH в зубном налете соответствует максимальное увеличение концентрации молочной кислоты, с которой связывают кариесогенные свойства налета, так как считается, что она способна растворять кальций эмали даже при величине pH выше критической (Geddes, 1975). Основными факторами дестабилизации кислотно-основного состояния полости рта в норме и при патологии являются прием пищи и метаболическая активность микроорганизмов. Преобладание кариесогенной флоры приводит к очень быстрой кислотопродукции (3—5 минут) из сахарозы пищи. Кроме того, углеводы оседают в зубном налете. Постоянное потребление большого количества углеводосодержащих и кислотосодержащих продуктов приводит к тому, что буферная емкость слюны, даже при ее достаточной продукции, оказывается недостаточной для нейтрализации водородных ионов.

При сдвиге кислотно-основного состояния в кислую сторону повышается активность протеиназ, в том числе бактериального и лейкоцитарного происхождения. Это способствует деминерализации эмали зубов. Предполагают, что кислоты, образующиеся при метаболизме бактерий, активно диффундируют в сильно заряженные структуры эмали, где происходит их диссоциация и освобождение ионов водорода, которые вступают в реакцию с кристаллами [14, 17].

Известно, что скорость диффузии кислот из зубного налета меньше, чем скорость их образования. Поэтому они аккумулируются, и избыточное накопление кислот способствует растворению эмали.

Кариес зубов является следствием нарушения равновесия в системе «эмаль зубов — слюна» под влиянием различных неблагоприятных факторов, одним из которых служит подкисление слюны. Последнее приводит к снижению степени пересыщенности ротовой жидкости ионами Ca^{2+} и HPO_4^{2-} и уменьшению ее минерализующего потенциала.

Согласно современным представлениям, слюна присутствует в ротовой полости в виде тонкого слоя (толщиной около 0,1 мм) вокруг зубов и мягких тканей полости рта. Важным фактором клиренса различных веществ из слюны является скорость передвижения этого тонкого слоя над зубным налетом. Поскольку она неодинакова в разных отделах полости рта, неодинакова и скорость удаления вредных веществ, что влияет на поражаемость кариесом разных поверхностей зубов [11, 16].

Большое влияние на состав и свойства ротовой жидкости оказывает гигиеническое состояние полости рта. Нарушение ухода за полостью рта приводит к увеличению налета на зубах, повышению активности ряда ферментов (фосфатазы, аспарагиновой трансминазы), увеличению осадка слюны, быстрому размножению микроорганизмов, что создает условия — особенно при частом приеме углеводов — для продуцирования органических кислот и изменения концентрации pH.

Известно, что степень пересыщенности слюны ионами кальция и фосфора более высокая в жидкой фазе зубного налета, которая находится в непосредственном контакте с поверхностью зуба, но при снижении pH зубного налета пересыщенное состояние слюны уменьшается, а затем и исчезает [8, 9, 10].

Было установлено, что после поступления в полость рта твердой углеводистой пищи концентрация глюкозы в слюне снижается, причем вначале быстро, а затем медленно. Большое значение при этом имеет скорость слюноотделения — усиление слюноотделения способствует выведению углеводов. Важно, что усиление слюноотделения не приводит к выведению фторидов, так как они связываются с поверхностями твердых и мягких тканей полости рта, высвобождаясь в течение нескольких часов [2, 3, 5, 7].

Следовательно, задачей местной профилактики является поддержание минерализующей функции слюны на оптимальном уровне путем насыщения ее ионами кальция, фосфата, фтора из средств профилактики. При этом важным фактором является поддержание pH слюны в пределах

физиологических колебаний, чему способствует рациональная гигиена полости рта, ограничение приема углеводов [1, 5].

Реминерализация же эмали возможна только при определенном уровне ее поражения, который определяется сохранностью белковой матрицы. Если белковая матрица сохранена, то она способна соединяться с ионами кальция и фосфата с дальнейшим образованием кристаллов гидроксиапатита. При начальном кариесе (стадия белого пятна) за счет частичной потери эмали минеральных веществ образуются свободные микропространства, но еще сохранена белковая матрица, способная к реминерализации.

Доказано, что начинающиеся поражения могут быть реминерализованы, и важную роль в этом играет тщательная гигиена полости рта. Процесс реминерализации эмали происходит, главным образом, при условии поступления в ее кристаллическую решетку ионов кальция, фосфора, а также фтора. Очаг реминерализации клинически характеризуется нормализацией цвета эмали, уменьшением размера пятна и снижением интенсивности его окрашивания.

В случае неблагоприятного развития ситуации в полости рта, когда кариесогенные факторы не устраняются, очаговая деминерализация эмали продолжается. Скорость прогрессирования кариозного поражения варьирует в зависимости от его локализации и условий в полости рта. Время формирования очага от начальной стадии до кариозной полости на гладких поверхностях составляет, в среднем, от 12 до 18 месяцев, но при неудовлетворительной гигиене полости рта очаговая деминерализация возникает через 3—4 недели [18].

Таким образом, слюну можно рассматривать как биологическую жидкость, особенность состава и свойств которой способствует поддержанию гомеостаза минеральных компонентов в полости рта. Поэтому при проведении лечебно-профилактических мероприятий у детей необходимо не только осуществлять пломбирование кариозных полостей, но и блокировать развитие болезни на ранних, «дополнительных», стадиях за счет анализа изменения свойств слюны и разработки индивидуальных профилактических программ.

Цель исследования

Динамическое наблюдение за состоянием твердых тканей зуба у детей с кариесом в стадии пятна под влиянием нормализации гигиенического состояния полости рта, применении



Фото 1, 2. Кариез в стадии белого пятна зубов 31, 32, 41, 42



Фото 3. Исследование гигиенического состояния зубов с помощью Plaque Indicator Kit (GC) по методике Федорова — Володкиной в модификации Г. Н. Пахомова

Фото 4. Результат после проведения гигиенического индекса

реминерализующего и восстанавливающего функции слюны средства Tooth Mousse (GC) в группе наблюдения и реминерализующего средства Gluftored (ВладМиВа) в контрольной группе.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 43 ребенка в возрасте от 10 до 16 лет, без соматической патологии, которые были разделены на две группы: группа наблюдения — 21 человек, контрольная группа — 22 человека. Дети обеих групп имели диагноз «кариес в стадии пятна», выявленный при клиническом обследовании и витальном окрашивании 1% раствором метиленового синего (фото 1, 2).

Исследование гигиенического состояния полости рта проводилось с помощью Plaque Indicator Kit (GC) по методике Федорова — Володкиной в модификации Г. Н. Пахомова (фото 3).

Данный препарат с помощью специальной цветовой шкалы позволяет определить кислотность и возраст зубного налета. Причем окрашивание в розовый или красный цвет определяет поверхности с новообразованным зубным налетом, в синий или фиолетовый цвет — поверхности, на которых зубной налет сохраняется не менее 48 часов (фото 4).

Исследование свойств слюны осуществлялось с использованием системы Saliva-Check BUFFER (GC). Она состоит из 5 тестов.

Первый этап диагностики заключается в тестировании слюны в состоянии покоя и включает в себя визуальную оценку уровня увлажнения путем наблюдения за секрецией

малых слюнных желез на нижней губе. При выделении слюны менее чем за 60 секунд уровень слюноотделения считался нормальным, более 60 секунд — низким.

Затем путем визуального наблюдения проводилась оценка консистенции слюны в состоянии покоя в полости рта. При наличии липких остатков слюны или пенистой слюны с пузырьками вязкость оценивалась как повышенная. Наличие водянистой прозрачной слюны характеризовало нормальную вязкость.

Измерение уровня pH нестимулированной слюны осуществлялось с помощью тестовой полоски и диаграммы, прилагаемой в комплекте.

На следующем этапе проводилось тестирование слюны при стимуляции. Для этого с помощью специального воска для жевания и чашки для сбора слюны определялся объем выделяемой слюны. Количество ее более 5 мл оценивалось как нормальное, от 3,5 до 5 мл — как низкое, менее 3,5 мл — очень низкое.

Определение буферной способности слюны проводилось при помощи входящего в комплект Теста буферной способности. Результаты оценивались по изменению окраски тестовых подушечек путем складывания баллов в соответствии с окончательной расцветкой каждой подушечки. При общей сумме баллов от 10 до 12 буферная способность слюны оценивалась как нормальная, при сумме баллов от 6 до 9 — как низкая, от 0 до 5 — очень низкая.

Таблица 1

Динамика свойств слюны в опытной и контрольной группах

Исследуемые свойства слюны	Группа наблюдения	Контрольная группа
Первичное обследование		
Уровень гидратации	Нормальный – 100%	Нормальный – 100%
Вязкость	Нормальная – 100%	Нормальная – 100%
pH нестимулированной слюны	Высокая – 33% Повышенная – 48% Нормальная – 19%	Высокая – 32% Повышенная – 50% Нормальная – 18%
Слюноотделение при стимуляции	Нормальное – 100%	Нормальное – 100%
Буферная способность	Низкая – 19% Нормальная – 81%	Низкая – 18% Нормальная – 82%
Через 2 месяца		
Уровень гидратации	Нормальный – 100%	Нормальный – 100%
Вязкость	Нормальная – 100%	Нормальная – 100%
pH нестимулированной слюны	Повышенная – 5% Нормальная – 95%	Повышенная – 55% Нормальная – 45%
Слюноотделение при стимуляции	Нормальное – 100%	Нормальное – 100%
Буферная способность	Низкая – 5% Нормальная – 95%	Низкая – 14% Нормальная – 86%

Характеристика уровня гигиены полости рта в опытной и контрольной группах при первичном обследовании и через два месяца

Уровень гигиены	Первичное обследование, %		Через 2 месяца, %	
	Группа наблюдения	Контрольная группа	Группа наблюдения	Контрольная группа
Хороший	14	18	76	59
Удовлетворительный	24	23	24	41
Неудовлетворительный	48	45	-	-
Плохой	14	14	-	-

После клинического обследования в обеих группах было проведено обучение гигиене полости рта.

В группе наблюдения назначено применение Tooth Mousse (GC) (фото 5, 6, 7, 8), в контрольной группе — Gluflored (ВладМиВа) в течение двух месяцев. Контроль проводился каждые две недели (фото 9).

Gluflored («Глуфторэд») содержит фтористый силикатно-магниевый и фтористый медно-магниевый комплексы ($MgSiF_6$ и $CuSiF_6$) — жидкость №1. При реакции с суспензией гидроксида кальция (жидкость №2) происходит распад комплексных солей с образованием кристалликов фтористого кальция (CaF_2), фторида магния (MgF_2), гидроксифтористой меди ($Cu(OH)F$), заключенных в гель кремниевой кислоты, защищающей кристаллы от вымывания. Медь оказывает бактерицидный эффект, а образующиеся кристаллы фторидов магния и кальция имеют размер порядка 50 ангстрем и закупоривают пространство (100 ангстрем) между кристаллами гидроксиапатита в эмалевых призмах [19]. При этом микрокристаллики фтористого кальция образуются непосредственно в порах поврежденной эмали и обеспечивают длительную реминерализацию твердых тканей зуба.

Tooth Mousse (GC) отличается тем, что в своем составе содержит казеин-фосфопептид (CPP) и аморфный фосфат кальция (ACP). CPP представляет собой производное казеина молока, которое образуется в процессе ферментации протеинов коровьего молока в присутствии фосфата кальция. Это соединение стабилизирует растворенные молекулы ACP, которые в противном случае диссоциируют практически мгновенно [19].

Обычно кальций фосфат нерастворим, то есть образует кристаллическую структуру с нейтральным уровнем кислотности. Однако CPP сохраняет кальций и фосфат в аморфном, некристаллическом состоянии; таким образом, спонтанного осаждения фосфата кальция не происходит.



Фото 5. Изготовление профилактических силиконовых кап

Посредством своих активных групп CPP взаимодействует с ACP с образованием комплексного соединения. В результате в биологической пленке на поверхности зубов образуются активные нанокластеры, а не бесполезные агломерированные ACP-комплексы.

ACP разлагается в бактериальном налете на ионы Ca^{2+} и фосфат-ионы, благодаря чему состояние пересыщения достигается значительно быстрее. При уменьшении pH в биологической пленке концентрация диссоциированных ионов увеличивается.

Как и ионы кальция, CPP-ACP-комплексы имеют чрезвычайно высокое сродство с бактериями биологической пленки и активно соединяются с гидроксиапатитом. Они служат дополнительным источником кальция и существенно замедляют или даже

предотвращают разрушение минеральных компонентов твердых тканей при резком падении pH [19].

Материал отличается «антиналетным» действием. Кроме того, существуют доказательства, что CPP-ACP может влиять на свойства и поведение зубного налета за счет связывания молекул *Streptococcus mutans* и, соответственно, уменьшения их проникновения в зубной налет, повышения количества ионов кальция в налете с подавлением его ферментации и обеспечения протеиновой и фосфатной буферизации pH жидкости, содержащейся в налете, — для подавления ускоренного роста ацидурических организмов в условиях избыточного количества ферментируемых углеводов (Laurence J. Walsh). Вкусовые добавки Tooth Mousse стимулируют слюноотделение, что способствует нормализации и сохранению оптимального для полости рта pH.

Когда Recaldent попадает в полость рта, CPP («клеякая» часть комплекса CPP-ACP) свободно связывается с эмалью, биопленкой, зубным налетом, мягкими тканями, доставляя кальций и фосфат. На следующем этапе ионы фосфата и кальция отделяются от CPP, проникают в эмалевые призмы и участвуют в восстановлении кристаллов апатита.

Tooth Mousse и «Глуфторэд» выпускаются в разных формах: Tooth Mousse — в виде крема,



Фото 6, 7, 8. Использование профилактических кап с применением препарата Tooth Mousse (GC)

а «Глуфторэд» — в виде двух видов жидкостей, требующих поэтапного нанесения на твердые ткани зуба. Различие форм обуславливает различие частоты применения данных средств.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование слюны через два месяца в обеих группах показало сохранение слюноотделения в покое и при стимуляции, вязкости на нормальном уровне у всех обследуемых. В группе наблюдения процент лиц с нормальными значениями pH нестимулированной слюны и ее буферной способности повысился до 95. В контрольной группе процент лиц с нормальными значениями pH нестимулированной слюны достиг 45, а буферной способности — 86 (табл. 1).

Исследование гигиенического состояния полости рта в группе наблюдения через два месяца в 76% случаев выявило хороший уровень гигиены, в 24% — удовлетворительный. В контрольной группе хороший уровень гигиены определялся в 59% случаев, удовлетворительный — в 41% (табл. 2).

В группе наблюдения через два месяца (фото 10) в 38% случаев отмечено отсутствие меловидных пятен, в 48% — уменьшение размера и интенсивности окрашивания меловидных пятен 1% метиленовым синим, в 14% случаев меловидные пятна сохранили свои размеры, но интенсивность их окрашивания снижена.

В контрольной группе уменьшение размера и интенсивности окрашивания меловидных пятен выявлено в 9% случаев; в 41% — определяется сохранение размера меловидных пятен, но уменьшение интенсивности их окрашивания; в 45% случаев меловидные пятна сохранили свои размеры и интенсивность окрашивания метиленовым синим.

Выводы

При проведении реминерализующей терапии у пациентов с кариесом в стадии пятна лучшие результаты были достигнуты в группе, в которой осуществлялась и реминерализация твердых тканей зуба, и коррекция свойств слюны посредством применения препарата Tooth Mousse (GC). В группе, в которой проводилась только реминерализующая терапия с использованием препарата «Глуфторэд» (ВладМиВа), также наблюдался положительный эффект, но в меньшей степени выраженности.

Таким образом, для наиболее эффективной реминерализации структур зуба необходимо не только достаточное поступление минеральных



Фото 9. Результат через две недели после лечения

компонентов к поверхности твердых тканей зуба, но и одновременная нормализация нарушенных свойств слюны.

Литература

1. Боровский Е. В., Леонтьев В. К. Биология полости рта. — М: Медицина, 1991. — 304 с.
2. Edgar W. M. // Brif. Dent. J. — 1990. — Vol. 169. — №3—4. — P. 96—98.
3. Mendel I.D. // J. Dent. Res. — 1987. — Vol. 66. — P. 623—627.
4. Пустовойт Е. В., Оглоблина О. Г., Скорчинская Е. И., Пасхина Т. С. Роль белков острой фазы в патогенезе заболеваний пародонта // Стоматология. — 1985. — Т. 64. — №5. — С. 35—38.
5. Хоменко Л. А., Биденко Н. В., Остапко Е. И., Шматко В. И. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта. — Киев: Книга плюс, 2001. — 208 с.
6. Селина О. Б. Изменение минерального обмена твердых тканей зуба в рамках индивидуальной профилактики кариеса // Морфофункциональные аспекты заболеваний твердых тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта: Сб. научных тр. — Воронеж, 2004. — С. 77—82.
7. Окушко В. Р. Результаты изучения механизмов резистентности зуба // Стоматология. — 1985. — Т. 64. — №2. — С. 83—85.
8. Кугуртин Г. Д. Особенности образования зубного налета на интактных и пораженных кариесом зубах // Актуальные вопросы стоматологии: Сб. науч. тр. — Чита, 1991. — С. 48—49.
9. Недосеко В. Б., Ломиашвили Л. М., Поселянова И. В. Модификация способа определения кариесогенности зубного налета // Кариес зубов и его осложнения. — Омск, 1991. — С. 30—31.
10. Недосеко В. Б., Соколинская Е. Г., Гарбер О. Г. и др. Уровни резистентности зубов к кариесу (условия формирования, диагностика, практическая значимость):



Фото 10. Результат через два месяца после лечения

Методические рекомендации. — Омск: ОГМИ, 1993. — 20 с.

11. Изучение особенностей влияния кариеспрофилактических мероприятий на клинко-лабораторные показатели полости рта у лиц с различным уровнем резистентности зубов к кариесу // Общая и профессиональная патология: Сб. мат. докл. между. конф. «Экология и общественное здоровье населения», СО РАМН, 1994. — С. 16.

12. Сарап Л. Р., Ломиашвили Л. М. Обоснование методики определения коэффициента активности кариеса зубов // Кариес зубов и его осложнения. — Омск: ОГМУ, 1995. — С. 68—70.

13. Леонтьев В. К. Вопросы профилактики и лечения кариеса зубов и проблема реминерализации // Стоматология. — 1977. — №2. — С. 89—92.

14. Персиц М. М., Колесник А. Г., Леус П. А. Зубной налет: образование, свойства, состав и значение // Стоматология. — 1977. — №1. — С. 90—97.

15. Кузьмина Э. М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. — М: ПолиМедиа-Пресс, 2001. — 216 с.

16. Рединова Т. Л., Поздеев А. Р. Клинические методы исследования слюны при кариесе зубов. Метод. рек. — Ижевск, 1994. — 24 с.

17. Леонтьев В. К., Дистель В. А. Метод изучения растворимости эмали зубов при жизни. Метод. письмо. — Омск, 1975. — 8 с.

18. Рябоконе Е. Н., Северин Л. В., Баглык Т. В., Гладкая Е. Н. Средства гигиены полости рта и их влияние на кариесрезистентность эмали зубов // Стоматолог Инфо. — 2011. — №4. — С. 26—29.

19. Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: Сб. науч. тр. Волгоградского государственного медицинского университета. — Волгоград: ООО «Бланк», 2009. — Т. 6. — 432 с.: илл.



Подход к лечению кариеса в 21 веке теперь и в Вашей повседневной практике

GC представляет научно обоснованную и ориентированную на пациента концепцию Минимальной Интервенции (MI) для применения в повседневной стоматологической практике:



MI ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Простые диагностические тесты для клинического применения; позволят спланировать необходимые лечение и профилактику:

GC Tri Plaque ID Gel

показывает возраст и уровень pH зубного налёта.

GC Saliva-Check BUFFER

оценивает количество, качество, уровень pH и буферную ёмкость слюны.

GC Saliva-Check MUTANS

определяет количество бактерий Streptococcus Mutans в слюне.



MI ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ

Серия продуктов, повышающих эффективность профилактических мер:

GC Tooth Mousse

реминерализующий мусс местного применения, содержит Recaldent™ (CPP-ACP).

GC MI Paste Plus

реминерализующий крем местного применения для пациентов с высоким риском развития кариеса, содержит фторид 900 ppm.

GC Fuji Triage

стеклоиономерный цемент низкой вязкости, герметизирует и защищает ямки и фиссуры.

GC Dry Mouth Gel

гель без сахара с нейтральным уровнем pH, устраняет симптомы сухости полости рта и обеспечивает долговременный комфорт.



MI ВОССТАНОВЛЕНИЕ

Современные реставрационные материалы на основе адгезивных технологий; позволяют Вам использовать в работе минимально инвазивные методы препарирования.

GC Equia

уникальный долговечный стеклоиономерный материал, обеспечивающий максимальную профилактическую защиту.

GC G-aenial Universal Flo

композит, вязкость и тиксотропность которого идеально подходят для пломбирования небольших полостей.



MI ПОВТОРНЫЕ ОСМОТРЫ

План лечения в соответствии с концепцией MI, разработанный компанией GC, позволяет Вам установить для каждого пациента индивидуальный интервал между повторными осмотрами на основе уровня подверженности пациента развитию кариеса.



Официальный импортер и дистрибьютор продукции Джи Си в России: «Крафтвэй Медикал»



Новый номер: 8-800-100-100-9
(бесплатные звонки из любого региона)

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

GC



CPP-ACP был разработан в School of Dental Science при University of Melbourne, Victoria / Australia. RECALDENT™ используется по лицензии RECALDENT™ Pty Limited. RECALDENT™ CPP-ACP производится из козьяго молока; не применяется у пациентов с аллергией на белки молока или на гидроксиапатиты.

Изменение антимикробного иммунитета ротовой полости у беременных женщин в течение гестационного периода

П. В. Мороз, В. А. Проходная, А. С. Ломова; Кафедра стоматологии №1 ГБОУ ВПО «РостГМУ» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону

Слюна человека содержит большое количество соединений, которые защищают ткани ротовой полости от различных микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности [7]. Стабильное и постоянное поступление слюны, которая осуществляет интеграцию мягких и твердых тканей в полости рта, обеспечивает не только поддержание гомеостаза ротовой полости, эффективное удаление эндо- и экзогенных микроорганизмов и их метаболитов, но и постоянное присутствие в полости рта различных защитных факторов [3].

Лактоферрин — полифункциональный белок из семейства трансферринов, представленный во многих секретах организма, включая слюну [1]. Лактоферрин относится к системе врожденного иммунитета и опосредованно вовлечен в процессы клеточного иммунитета. Главные биологические функции этого белка — связывание и транспорт ионов железа, но кроме этого, лактоферрин обладает антибактериальной, антивирусной, антипаразитарной и различными каталитическими активностями [2, 4, 5]. Наиболее изученным является механизм антибактериальной активности лактоферрина. Антибактериальные свойства белка обусловлены способностью лактоферрина связывать железо и тем самым лишая бактериальную микрофлору необходимого для ее роста и жизнедеятельности микроэлемента [2]. Бактерицидные свойства белка также обусловлены наличием специфических лактоферриновых рецепторов на клеточной поверхности микроорганизмов [5]. Лактоферрин связывается с липополисахаридами артериальных стенок, и входящая в состав белка окисленная форма железа инициирует их перекисное окисление. Это приводит к изменению мембранной проницаемости и последующему лизису клеток [6]. Однако наиболее изученным механизмом антибактериального действия белка, не зависящим от его железосвязывающей способности, является специфическое взаимодействие лактоферрина с наружной бактериальной мембраной, которое приводит к гибели клеток бактерий [1].

Исследования по изучению содержания лактоферрина в слюне при беременности отсутствуют, как и отсутствуют сведения о взаимосвязи антимикробной защиты ротовой полости с развитием кариеса в гестационный период. Между тем, изучение динамики лактоферрина во время беременности позволит выявить критические периоды снижения антимикробной защиты ротовой полости в гестационный период, что важно для профилактики кариеса.

В связи с вышеизложенным, **целью работы** явилось изучение содержания лактоферрина в слюне беременных женщин с первичным и рецидивирующим кариесом в течение гестационного периода.

Материалы и методы

Исследование проводилось у 51 беременной женщины, в том числе у 24 пациенток с первичным кариесом и у 27 пациенток с рецидивирующим кариесом. Контрольные группы составили: здоровые небеременные женщины (n=10), небеременные пациентки с первичным кариесом (n=11), небеременные

женщины с рецидивирующим кариесом (n=10), беременные без кариеса (n=20). Возраст пациенток колебался от 18 до 33 лет.

Для исследования факторов местного иммунитета полости рта у каждой обследуемой проводили забор ротовой жидкости, которую получали без стимуляции, сплевыванием в стерильные пробирки. Затем ротовая жидкость центрифугировалась в течение 15 минут при скорости вращения 8000 об./мин. Надосадочную часть ротовой жидкости переливали в пластиковые пробирки и хранили при температуре -30°C . Количественное определение лактоферрина в ротовой жидкости проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов «Лактоферрин-стрип» («ВекторБест»).

По величине индекса КПУ определяли интенсивность пораженных кариесом зубов в постоянном прикусе, а также количество запломбированных и удаленных зубов (согласно рекомендациям ВОЗ). В структуре КПУ компонент К отмечали в случае обнаружения кариозной полости и рецидива кариеса после лечения, П — при наличии пломбы без признаков рецидива кариеса, У — количество удаленных или подлежащих удалению зубов (кроме 8-го зуба). Расчет индекса производили путем сложения показателей. Уровень интенсивности кариеса характеризовали согласно рекомендациям ВОЗ (1981):

0—1,5 — очень низкая интенсивность;

1,6—6,2 — низкая;

6,3—12,7 — средняя;

12,8—16,2 — высокая;

более 16,2 — очень высокая.

При статистическом анализе полученных показателей использовали методы описательной статистики. При этом обработку результатов проводили с привлечением программы Statistica 7.0 (StatSoft, США).

Результаты работы

Результаты определения уровня лактоферрина в слюне у пациенток клинических групп и в группах сравнения отражены в таблице 1.

При обследовании здоровых небеременных женщин было установлено, что медиана и средняя выборочная концентрация лактоферрина в слюне составили 1,03 мкг/мл и $1,12 \pm 0,05$ мкг/мл соответственно, интерквартильный диапазон соответствовал 0,76—1,45 мкг/мл (табл. 1).

У женщин с физиологически протекающей беременностью при отсутствии кариеса уровень лактоферрина во всех трех триместрах был достоверно выше, чем в группе здоровых небеременных женщин ($p < 0,05$), и плавно повышался от первого к третьему триместру беременности.

Значение медианы концентрации лактоферрина в слюне женщин с первичным кариесом в каждом из трех триместров было достоверно выше ($p < 0,05$), чем в группе здоровых беременных женщин с аналогичными сроками гестации. Уровни данного маркера воспаления в ротовой полости у беременных с первичным

Содержание лактоферрина в слюне женщин (мкг/мл)

№	Группа	Статистический параметр		
		M±m	Me	[25; 75]
1	Здоровые небеременные женщины (n=10)	1,12±0,05	1,03	0,76—1,45
2	Небеременные женщины с первичным кариесом (n=11)	1,49±0,06	1,24	1,01—1,57
3	Небеременные женщины с рецидивирующим кариесом (n=10)	1,83±0,07	1,95	1,04—2,18
4	Беременные женщины без кариеса (n=20): I триместр (n=6) II триместр (n=7) III триместр (n=7)	1,86±0,07	1,91	1,13—2,24
4.I		1,45±0,03	1,24	1,09—1,38
4.II		1,84±0,05	1,81	1,52—1,99
4.III		1,98±0,06	1,93	1,75—2,33
5	Беременные женщины с первичным кариесом (n=24): I триместр (n=7) II триместр (n=9) III триместр (n=8)	2,38±0,01	2,39	2,16—2,49
5.I		2,17±0,03	2,19	2,08—2,29
5.II		2,25±0,04	2,21	2,11—2,45
5.III		2,43±0,09	2,54	2,36—2,78
6	Беременные женщины с рецидивирующим кариесом (n=27): I триместр (n=9) II триместр (n=10) III триместр (n=8)	2,75±0,16	2,73	2,59—2,93
6.I		2,59±0,23	2,34	2,26—2,98
6.II		2,88±0,14	2,81	2,45—3,12
6.III		3,28±0,17	3,15	2,89—3,35
p	p ₁₋₂ =0,04 p ₁₋₃ =0,001 p ₁₋₄ =0,0002 p ₁₋₅ <0,001 p ₁₋₆ <0,001	p _{4.I-5.I} =0,05 p _{4.II-5.II} =0,03 p _{4.III-5.III} =0,02 p _{4.I-6.I} =0,001 p _{4.II-6.II} =0,0003 p _{4.III-6.III} =0,0001	p _{5.I-6.I} =0,07 p _{5.II-6.II} =0,05 p _{5.III-6.III} =0,03	

кариесом особенно широко варьировались и имели максимальные значения в третьем триместре.

При рецидивирующем кариесе уровень лактоферрина в слюне был выше по сравнению с пациентками с первичным кариесом как у беременных, так и у небеременных женщин. Наиболее выраженный прирост лактоферрина к третьему триместру беременности наблюдался у пациенток с рецидивирующим кариесом.

В группах больных с кариесом были определены индексы КПУ (табл. 2). Анализ результатов позволил установить, что у беременных женщин кариес протекает с большей выраженностью патологического процесса. Как у беременных, так и у небеременных пациенток при рецидивном кариозном процессе индекс КПУ

был выше по сравнению с первичным кариесом. Самые высокие значения КПУ были установлены в группе беременных женщин с рецидивирующим кариесом, что сопровождалось в этой же группе наибольшими показателями лактоферрина в слюне.

Итак, уровень лактоферрина в слюне был ассоциирован как с фактом самой беременности и продолжительностью гестационного периода, так и с наличием и течением кариеса, причем зависимость между этими явлениями была прямой. В течение всей физиологически протекающей беременности в слюне происходит повышение концентрации лактоферрина. При протекании кариеса уровень лактоферрина в слюне возрастал с большим градиентом. Антимикробный механизм лактоферрина может выступать причиной установленного

Таблица 2

Индекс КПУ у пациенток исследуемых групп

Группа	M±m
Небеременные женщины с первичным кариесом (n=11)	5,75±0,46
Небеременные женщины с рецидивирующим кариесом (n=10)	7,25±0,65
Беременные женщины с первичным кариесом (n=24)	8,93±0,59
Беременные женщины с рецидивирующим кариесом (n=27)	11,76±0,72
p ₁₋₂ =0,04; p ₁₋₃ =0,02; p ₂₋₄ =0,01; p ₃₋₄ =0,03	

сопряжения между развитием и течением кариеса и нарастанием уровня пептида в слюне. Таким образом, лактоферрин в слюне можно рассматривать не только как маркер воспаления в ротовой полости, но и как индикатор неблагоприятного течения кариозного поражения зубов.

Выводы

Уровень лактоферрина в слюне у беременных женщин выше, и он возрастает к третьему триместру гестационного периода.

У беременных пациенток развитие кариеса сопровождается повышением лактоферрина в слюне.

Рецидивный кариес у беременных женщин ассоциирован с выраженным повышением уровня лактоферрина в слюне.

Литература

1. Бухарин О. В., Вальшев А. В., Вальшева И. В. Роль лактоферрина в противомикробной защите // Успехи современной биологии. — 2011. — №2. — С. 135–144.

2. Грамматикова Н. Э., Резван С. П., Немцова Е. Р. и др. Изучение антибактериальных свойств лактоферрина из различных источников в системе *in vitro* // Антибиотики и химиотерапия. — 2010. — №7. — С. 4–9.

3. Дурново Е. А., Воробьева А. В., Беспалова Н. А. и др. Диагностические возможности динамики лактоферрина ротовой жидкости для оценки течения раннего послеоперационного периода при оперативных вмешательствах в полости рта // Медицинский альманах. — 2012. — №2. — С. 242–246.

4. Макеева И. М., Смирнова Т. Н., Черноусов А. Д. и др. Применение лактоферрина в комплексном лечении стоматологических заболеваний (обзор литературы) // Стоматология. — 2012. — №4. — С. 66–71.

5. Рабинович О. Ф., Абрамова Е. С. Бактерицидная активность ротовой жидкости в комплексной диагностике дисбиотических изменений слизистой оболочки рта // Стоматология. — 2012. — №3. — С. 35–37.

6. Сухарев А. Е., Ермолаева Т. Н., Беда Н. А., Тегза В. Ю. Организация иммунохимических исследований лактоферрина в слюне для оценки состояния здоровья // Вестник СпбГМА. — 2008. — №4. — С. 81–84.

7. Шишкин С. В., Вавилова Т. П., Шишкин В. С., Штрунова Л. Н. Использование показателей смешанной слюны в оценке состояния тканей пародонта // Российский стоматологический журнал. — 2010. — №1. — С. 10–13.

Ортопедическое лечение больных с применением термопластических материалов

Л. В. Степанова, С. В. Черников;

МБУЗ «Стоматологическая поликлиника №5 г. Ростова-на-Дону»

В последнее время все больше возрастают требования к эстетическому фактору при протезировании дефектов зубов и зубных рядов. В связи с этим для изготовления базисов протезов и элементов их фиксации необходимы материалы с высокими физико-механическими показателями, близкими к металлам, но в то же время биологически индифферентные.

Решением проблемы возрастающей потребности в новых материалах с высокими технологическими возможностями является производство термопластических материалов.

При изготовлении зубных протезов стали использоваться биологически нейтральные термопласты: нейлон, полиоксиметилен, полипропилен, а также акриловые пластмассы, но без применения мономера (фото 1).

По данным производителей, все термопластические материалы имеют схожие свойства: материалы не содержат остаточного мономера, обладают биосовместимостью, повышенной прочностью, превосходящей традиционные акриловые пластмассы. Главная особенность: они обладают эластичностью, памятью формы, стабильностью размеров, что делает возможным их применение в роли фиксирующих элементов конструкций. Также они имеют хорошие эстетические показатели не только за счет выбора цвета оттенков десны, но и цвета естественных зубов (фото 2–6).

Исключительной особенностью является то, что зубные протезы из термопластических материалов комфортно воспринимаются пациентами из-за большей эластичности и амортизирующей составляющей, что способствует быстрой адаптации к съемным конструкциям.



Фото 1. Вид протеза верхней челюсти из нейлона



Фото 2. Съемный протез с нейлоновым базисом

Показаниями к применению протезов являются:

- наличие деформаций альвеолярного гребня, твердого неба;
- врожденные пороки развития челюстных костей;
- постимплантационный период;
- при травматической потере постоянных зубов у детей;
- при наличии резко выраженных грибовидных верхнечелюстных бугров;
- в случае необходимости изготовления тонкого базиса протеза;
- для восстановления включенных и концевых дефектов зубного ряда;
- при сагиттальных переломах базиса акриловых протезов;
- при протезировании пациентов с системными и аллергическими заболеваниями.

Особенно актуален такой вид протезирования при наличии интактных опорных зубов.

Клинический случай

У пациентки М. 51 года односторонний концевой дефект верхней челюсти слева. После проведения подготовительных лечебно-диагностических мероприятий принято решение изготовить частичный съемный протез из термопластического материала с зубоальвеолярными кламмерами (фото 7).

Снимаем альгинатные оттиски и после их обеззараживания передаем в лабораторию.

По полученному оттиску отливаются мастер-модель из супергипса 4 класса. После застывания гипса



Фото 3. Вид протеза нижней челюсти с укороченными границами



Фото 4. Нейлоновый протез нижней челюсти



Фото 5. Концевой дефект зубных рядов верхней челюсти с интактными зубами

проводим исследование мастер-модели в параллеломере. В нашем случае опорные зубы имеют выраженный экватор, поэтому для исключения травмы слизистой оболочки при пользовании протезом блокируем поднутрения воском. Далее проводим этап дублирования модели.

Модели верхней и нижней челюстей устанавливаем в артикулятор и на рабочей модели очерчиваем границы будущего протеза и его фиксирующие элементы — зубоальвеолярные кламмеры. Изготавливаем восковые валики, определяем центральное соотношение челюстей и наносим антропометрические ориентиры.

Проводим выбор цвета, фасона и размера искусственных зубов и передаем эту информацию в лабораторию. После этого зубной техник осуществляет постановку искусственных зубов. Так как у нейлона нет химической связи с акриловыми зубами, на искусственных зубах создаются специальные ретенционные отверстия.

Затем приступаем к моделированию зубодесневого кламмера с учетом анатомической возможности его расположения. В клинике проводим проверку конструкции протеза и правильность определения центрального соотношения челюстей. Передаем восковые модели в лабораторию, где к восковой модели протеза формируется литниковая система, и вся заготовка заливается в специальную упрочненную кювету.

После полного затвердевания формовочного материала выплавляем воск, изолируем лаком по общепринятой



Фото 6. Постановка зубов нижней челюсти (протез из нейлона)



Фото 7. Пациентка М.: а — вид до лечения, б — вид после лечения



Фото 8. Пациентка Р. Восстановление дефектов зубных рядов нижней челюсти съемным протезом из нейлона:
а — вид до лечения, б — вид после лечения

методике, соединяем половинки кювет и укрепляем их с помощью крепежных винтов. Термопластичный материал упаковываем в специальный алюминиевый картридж и после подготовки (прогрева термопласта) помещаем в инъекционную машину. После подогрева картриджа вставляем подготовленную кювету в инъекционную машину, где устанавливаем режим: температуру, давление и время. Кювета и термопластичный материал нагреваются до установленного параметра, после чего осуществляется автоматическое заполнение кюветы расплавленным материалом под давлением 5—7 атмосфер.

После раскрытия формы проводят тщательное удаление всех литников и окончательную механическую обработку ортопедической конструкции. Для более аккуратной очистки протеза можно использовать ультразвуковую ванну с добавлением жидкости для очистки пластмассы от гипса. После этого его обрабатывают и полируют общепринятым методом. Припасовку и наложения съемного протеза проводим традиционным способом, но с учетом, что зубодесневой кламмер может оказывать давление на ткани слизистой оболочки полости рта. Чтобы ослабить давление кламмера, рекомендуем поместить его в горячую воду на 1 минуту и затем слегка отогнуть его.

Коррекцию границ базиса протеза лучше проводить алмазными головками на небольших оборотах, чтобы материал не плавился.

Выводы

Одним из путей улучшения качества базисов зубных протезов является совершенствование технологий их изготовления. Используя эргономичные аппараты для литья любых видов термопластов, можно обеспечить высокую точность изготовления протезов, отвечающую высоким эстетическим и функциональным требованиям (фото 8).

Литература

1. Журнал «Зубной техник». — 2012. — №5.
2. Миронова М. Л. Съемные протезы. Учебное пособие. — 2009.
3. Щербаков А. С. Особенности ортопедического лечения пациентов с малым количеством оставшихся зубов // Панорама ортопедической стоматологии. — 2008. — №3.
4. Трезубов В. Н., Мишнев Л. М. Взаимодействие съемного протеза с организмом больного. Труды VI съезда 2000 г. СТАР-М.
5. Алимов А. С., Аббасова М. Г. Морфологические аспекты взаимодействия съемных протезов со слизистой оболочкой полости рта // Стоматология для всех. — 2010. — №3.

Использование корней зубов для дополнительной фиксации съемного протеза

*В. В. Боденко, заведующий ортопедическим отделением; М. Б. Белан, врач-стоматолог;
Д. В. Никейцев, врач-стоматолог; ГУП РО «ОХСП», г. Ростов-на-Дону*

В данной статье затрагивается тема сохранения корней зубов и использования их для дополнительной фиксации съемного протеза. Тема не новая и существует столько, сколько существует само протезирование зубов. К сожалению, до настоящего времени нет четкого разграничения показаний сохранения корней зубов. Для эстетической реставрации зубов врачи стоматологического терапевты придерживаются своих показаний, врачи ортопеды при восстановлении культи зуба — своих, а хирурги-стоматологи вообще считают, что восстанавливать корни зубов нет необходимости — их просто нужно удалять и ставить имплантаты. При этом каждый из специалистов по-своему прав. Но иногда возникают ситуации, когда сохранение корней, хотя бы на незначительный период времени (до года), является залогом успешного комплексного лечения. В практике чаще всего пациенты перед тем, как попасть на протезирование, проходят «специальную подготовку» у хирурга, который удаляет не только «лишние» корни, но иногда и зубы. Неоправданные удаления случаются и после консультации с ортопедом, так как большинство из них прибегает к традиционным методам восстановления корней зубов, используя штифтовые конструкции, которые, как правило, неэффективны при протезировании съемными протезами. Удаленные корни зубов при рациональном их использовании могли бы послужить дополнительной фиксацией как при временном протезировании, так и при постоянном.

В настоящее время в клинической практике ортопедической стоматологии корни зубов используются для установки внутрикорневых аттачменов, которые служат дополнительной фиксацией при протезировании перекрывающимися протезами. Данный вид протезирования имеет ряд общепризнанных достоинств:

- сохранение корня в альвеоле способствует замедлению атрофии альвеолярного отростка и альвеолярной части челюсти;
- улучшается фиксация и стабилизация протеза, повышается его функциональная эффективность;
- при жевательной нагрузке преобладает вертикальное давление, которое равномерно распределяется;
- снижается период адаптации к протезам;
- повышается прочность протезов в результате использования различных металлических каркасов;
- улучшается эстетика.

На наш взгляд, немаловажен и тот факт, что при утрате корня, а следовательно и внутрикорневого аттачмена, пациент может свободно пользоваться своим протезом, не прибегая к помощи ортопеда.

В настоящее время для изготовления внутрикорневых аттачменов используют, в основном, три системы сферических аттачменов. Это системы фирм RHEIN-83, BREDENT, SERVO DENTAL. Основой этих систем является метод прецизионных аттачменов,

фиксация которых происходит за счет сцепления сферической патрицы со штифтом, отливаемой из металла и укрепленной с помощью цемента в корне зуба, и эластичной матрицы, внутренняя поверхность которой соответствует негативной форме патрицы. Мы в своей работе отдаем предпочтение аттачменам фирмы RHEIN-83 (Италия), которые идеально подходят для данного вида работ. Продукция фирмы RHEIN-83 сертифицирована Госстандартом России и прошла регистрацию в МЗ РФ.

Основные виды замковых креплений фирмы RHEIN-83 системы OTCAP включают в себя беззольные сферы аттачменов с различным расположением: на плоской балке, на балке с загнутыми краями, одинарную сферу, сферы на корневых штифтах (из беззольной пластмассы). OT Strategy-патрица представляет собой вертикальную сферу из беззольной заготовки, матрица — из эластичного материала с тремя уровнями ретенции. Преимуществом этой системы является то, что фиксация матрицы осуществляется не только за счет ее плотного прилегания и упругости, но и за счет ретенционного кольца, которое после посадки матрицы на сферу заходит в поднутрения аттачмена, увеличивая степень фиксации, и придает соединению эффект стабилизации. Данная особенность фиксации полностью исключает несанкционированное нарушение соединения матрицы-патрицы, что, в свою очередь, придает уверенность пациенту при жевании.

В данной статье приводится клинический случай, который сам по себе интересен тем, что пациентка, имея на нижней челюсти полный комплект корней зубов, обратилась на первичный прием не к хирургу, а к ортопеду-стоматологу, и не ошиблась. После консультации со смежными специалистами было принято решение сохранить 3.3, 3.4, 4.3, 4.4, 4.5 корни зубов для дальнейшего их использования под систему внутрикорневых аттачменов с последующим протезированием перекрывающим протезом на период подготовки пациентки к имплантации на нижней челюсти.

Выбранный вид протезирования в классическом исполнении представляет собой сложный технологический процесс, который предусматривает целый ряд манипуляций и навыков специалистов, задействованных в нем, а также набор дорогостоящих специфических материалов, не востребованных в повседневной работе. Все это делает данный вид протезирования непопулярным в практике врачей-ортопедов.

Мы предлагаем вариант изготовления протеза, который прост в исполнении; при его реализации используются самые обычные материалы, при этом качество конечного результата не снижается, а по некоторым параметрам даже превосходит классический вариант.

Подготовка перед протезированием проводится по общепринятой схеме: удаление невостребованных зубов или их корней, лечение оставшихся, подготовка

Окончание на стр. 27



Универсал Стандарт,
цена 47 520 руб.

Российские столы зубного техника — одни из лучших в мире!

В этом можно убедиться на примере модели «Универсал». Все параметры отвечают самым высоким требованиям. Каркас типа «Терминатор» — самый жесткий и устойчивый, сделан по принципу Т-34 и АК-47 — навечно прочный и надежный. Автономная вытяжная система имеет большой запас производительности. При работе слышен только звук движения воздуха по каналам и фильтрам. Сам мотор вытяжной системы — немецкого производства, имеет дополнительную защиту от вибрации и практически бесшумен. В качестве фильтра тонкой очистки воздуха выступает самый распространенный автомобильный фильтр — от инжекторных автомашин отечественного производства. Его цена — от 100 до 150 рублей. Замена требуется один раз в квартал. Если случится перегрузка системы, вызванная переполнением воздушных фильтров, сработает встроенная термозащита, мотор отключится и никогда не сгорит. Это означает, что он «вечный».

Набор воздушных фильтров обеспечивает высококаче-

ственную очистку воздуха. Дополнительным преимуществом является возможность работы с ШМ-1. Чтобы рабочие частицы не разлетались по всей поверхности стола, достаточно к пылесасывающему отверстию поставить защитный кожух ШМ-1. Эта универсальная конструкция рабочего места зубного техника позволила превзойти все существующие в мире аналоги. Светильник имеет все степени защиты IP 65, пыле- и влагозащищен. Тумба стола оснащена максимально возможным количеством металлических ящичков на роликовом ходу. Модель отличают высокая надежность, отличное качество и современный дизайн. Все необходимые параметры — одни из лучших в мире.



Универсал Коротыш,
цена 29 760 руб.

Очень перспективной моделью считается «Коротыш».

Это стол уменьшенных размеров, однако он обеспечивает все технологические возможности большого стола и при этом занимает мало места. Это особенно важно при дефиците производственных площадей. «Коротыш» является самым модным дизайнерским направлением в развитии производства этой продукции. Существует дополнительная возможность поставить по обе стороны тумбы со стеклянными шкафчиками. Получится конструкция из мечты самого счастливого высококлассного зубного техника!

Сейчас мы над этим работаем.

Самым рациональным решением является трехместный стол.

Спрос на гипсовочные столы сподвиг нас на выпуск самых рациональных и разнообразных конструкций, имеющих лучшие показатели в нашей стране по ценовым характеристикам.



Трёхместный стол, цена 75 840 руб.

Возможность изготовления конструкций различных комплектаций и высокое качество серийных образцов открывает простор для производства продукции с учетом индивидуальных требований конкретного заказчика. Создание такой удачной продукции стало возможным благодаря невмешательству госструктур со своими запросами и тормозами. Совсем нетрудно признать право закупки продукции у производителей, а не у перекупщиков. Самая рациональная закупка — по предоплате, цена будет минимальная.





НИЖНЕВОЛЖСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

2014

Стоматология. Достижения науки и практики.



В программе форума:

- Итоговая конференция по актуальным вопросам стоматологии
- Круглый стол
- Межрегиональная научно-практическая конференция
- Обучающие семинары, мастер-классы

13 Всероссийская специализированная
выставка «Дентал-Экспо.Волгоград»



оборудование • установки • инструмент • материалы

Организаторы:



ВЦ «ВолгоградЭКСПО»
Тел./факс: (8442) 55-13-17
E-mail: stom@volgogradexpo.ru
www.volgogradexpo.ru

DENTALEXPO®

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

Официальная поддержка:



26-28
МАРТА
ВОЛГОГРАД
ЭКСПОЦЕНТР
пр. Ленина, 65 А

Министерство здравоохранения Ставропольского края
Стоматологическая ассоциация Ставропольского края
Ставропольский государственный университет
Администрация города Ставрополя
Выставочный центр «Прогресс»



13-я специализированная выставка-конгресс

Стоматология Ставрополя.

3-5 апреля 2014 г.

Выставочный комплекс «Прогресс»
г. Ставрополь, пр. Кулакова, 37а
(8652) 500-700, 394-610



stoma@progexpo.ru
www.progexpo.ru

корней зубов под вкладки, препарирование культы корня зуба. Далее мы переходим к получению оттиска, для чего припасовываем беззольные штифты в посадочные гнезда, подготовленные в корнях зубов. Наружную часть штифтов обрабатываем для лучшего соединения с оттисковой массой Tray-Adhesive и получаем оттиск силиконовым слепочным материалом средней вязкости, в данном случае ZetaPlus («база»), Zhermack, Италия. При извлечении оттиска штифты остаются в слепочном материале. По оттиску мы изготавливаем модель, используя для этого обычный гипс; в дальнейшем это упростит процесс извлечения беззольных заготовок.

На модели мы формируем воском замкнутое пространство наддесневой конструкции креплений, заполняем беззольной пластмассой DuraLay жидкой консистенции, которая прочно соединяется со штифтами, образуя заготовки внутрикорневых креплений.

Беззольные заготовки не имеют плотного прилегания к поверхности фиксации посадочных гнезд и наддесневой части корней зубов, следовательно, пустоты и ниши при цементировке заполнятся слоем цемента, недопустимая толщина которого ускорит его рассасывание. Для решения этой проблемы мы прибегаем к перебазировке заготовок в полости рта беззольной пластмассой, после чего каждая из заготовок приобретает индивидуальные топографические особенности; при этом фиксирующий слой цемента снижается до минимума. При перебазировке необходимо изолировать ткани зубов. Для этих целей мы используем твердые формы вазелина, которые входят в набор беззольной пластмассы DuraLay. После извлечения индивидуальных заготовок проводим предварительную их обработку, учитывая особенности будущих креплений.

Особое внимание при обработке мы уделяем поверхностям, на которые будут устанавливаться аттачмены. Данные поверхности должны быть в одной плоскости и желательно на одном уровне: после установки аттачменов отклонение оси сфер аттачменов не должно превышать 15° — при этом легко будет компенсироваться лабильность крепления. При таком условии установку аттачменов можно проводить непосредственно в полости рта под визуальным контролем, без дополнительных аппаратов и измерительных приборов. Крепление аттачменов (используются сферические аттачмены RHEIN-83 с микросферой 1,8 мм) мы осуществляем на беззольную пластмассу и после ее окончательного отверждения проводим финишную обработку беззольных заготовок. После замены беззольной пластмассы на металл (проводится традиционным методом) крепления шлифуем, полируем и припасовываем в полости рта.

Изготовленные внутрикорневые крепления должны легко устанавливаться на уступ по всей его длине, плотно прилегать к культе зуба, не иметь подвижности и легко извлекаться. После припасовки конструкции фиксируем на стеклоиономерный цемент GC FujiCEM, укрепленный композитными частицами и обладающий рядом свойств, позволяющих использовать его при данном виде работ. Данный цемент обладает увеличенным временем рабочего состояния, имеет повышенную текучесть и высокую степень адгезии, низкий уровень разрушения и эрозии, более высокую устойчивость к нагрузкам. При этом коэффициент теплового расширения цемента аналогичен показателю ткани зуба.

После установки креплений протезирование проходит по стандартам изготовления обычных полных пластинчатых протезов, с учетом рельефа протезного ложа. На этапах необходимо учитывать высоту и расположение креплений, а также размер матриц, которые будут базироваться в протезе. Для этого при моделировании лучше всего создавать необходимый запас толщины базиса протеза, который после завершения установки матриц можно будет сошлифовать.

Установка матриц в протез проводится только после припасовки и первичной коррекции протеза; протез должен прилегать по всей поверхности протезного ложа, не иметь балансировки, свободно накладываться и извлекаться. В местах проекции матриц бором перфорируем протез, высверливая отверстия диаметром не более 2 мм, которые должны выходить в зону наименьшей видимости. Данные отверстия при установке матриц на пластмассу позволят дать ей отток и снять давление в области соединения матрицы с базисом, тем самым предотвратить попадание пластмассы в зоны поднутрений, образующиеся между креплениями и слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти. Необходимо также провести дополнительную изоляцию креплений латексными салфетками, которые мы вырезаем из обычных перчаток; при этом размер салфеток зависит от размера крепления и должен перекрывать его границы.

Салфетки в проекции аттачменов перфорируем зондом — в полученные отверстия при их наложении выходят сферы, — после чего устанавливаем матрицы. Матрицы и поверхности протеза, которые попадают в зону фиксации, хорошо сушим и обезжириваем. Лучше всего проводить обезжиривание мономером пластмассы, на которую будет производиться установка матриц. В данном случае использовалась пластмасса Виллакрил S Zhermack, Польша. Ее преимущества: быстрое отверждение и хорошая адгезия. Углубления в протезе, подготовленные для фиксации матриц, заполняем пластмассой; протез вводим в полость рта, накладываем на протезное ложе и плотно прижимаем. Фиксацию осуществляем вручную (можно с помощью зубов-антагонистов). Время экспозиции должно соответствовать полному отверждению пластмассы (обычно 10—15 минут). Затем протез извлекаем. Матрицы после извлечения должны зафиксироваться и находиться в протезе. Остатки латексной салфетки удаляем. После контрольного наложения протеза проводим финишную обработку и коррекцию по прикусу. Протез полируем.

Необходимо помнить, что при длительной эксплуатации таких протезов возникает необходимость в коррекции базиса, а также в замене матриц фиксирующих устройств. Поэтому необходим профилактический осмотр таких пациентов примерно каждые 6 месяцев. Даная мера позволит увеличить срок эксплуатации протезов до 3—5 лет. Клинический опыт, приобретенный в процессе использования этого конструкционно-го принципа в течение последних 10 лет, показал позитивный эффект; пациенты обычно остаются довольны результатами протезирования.

Клинический успех, достигаемый при помощи внутрикорневых аттачменов для частичных съемных протезов и покрывающих протезов, сопоставим с успехом, достигаемым при протезировании бюгельными протезами с различными видами замковых креплений.

Вода утекает, а камни остаются

Е. В. Курчина, ассистент кафедры стоматологии СПбГПМУ, главный врач клиники «Дентмода», дилер Deppeler в России, г. Санкт-Петербург

Нет рефрактерного пародонтита — есть не диагностированный и не леченный!

А. И. Грудянов, д.м.н., профессор, зав. отделением пародонтологии ЦНИИС, Президент Секции Пародонтологии СТАР

Удаление зубных отложений и сглаживание поверхности корня — scaling and root planing — является основным этиотропным методом лечения пародонтита. Scaling — процедура устранения зубного камня и бляшки с поверхности корня, root planing — процедура устранения остаточных отложений, размягченного цемента корня и выравнивание обработанной поверхности.

Наиболее эффективный метод устранения биопленки — механическое удаление. При использовании ультразвука добиться идеально гладкой поверхности корня не удастся. Медикаментозная терапия используется только в качестве дополнения к инструментальной обработке поверхности корня.

Для наддесневого скейлинга используется M23 Deppeler (Швейцария).



Для поддесневого скейлинга используются универсальная кюрета M23A, зоноспецифические кюреты Грейси, инструменты для малоинвазивного кюретажа (атравматические, мини-профиль, нанопрофиль), для обработки имплантов из чистого титана (стальные инструменты повреждают поверхность имплантов) швейцарского производства Deppeler (на этих инструментах обучаются в школах гигиенистов всего мира).



Десна фиксируется к поверхности зуба посредством соединительного эпителия, что защищает элементы пародонта от механического и микробного воздействия. Десневая борозда — это узкий желобок, окружающий зуб, глубиной примерно 0,5 мм.

Зубная бляшка — это высокоорганизованная биопленка. Развитие зубной бляшки занимает от нескольких часов до нескольких дней. Единственное эффективное средство борьбы с ней — физическое разрушение и устранение посредством механической очистки коронок и корней зубов. Заболевание, вызываемое микроорганизмами, содержащимися

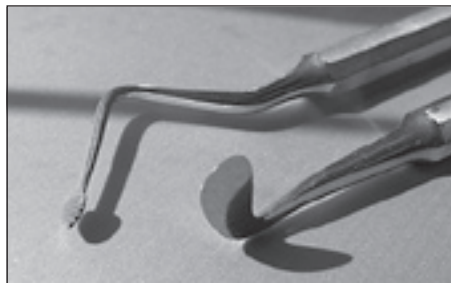
в зубной бляшке, — гингивит — может продолжаться многие годы, не переходя в пародонтит. Гингивит можно вылечить, если нормализовать гигиену полости рта и регулярно проводить профессиональное снятие твердых и мягких зубных отложений.

При неудовлетворительной гигиене полости рта зубная бляшка разрастается. Увеличивается содержание грамотрицательных бактерий. Образуется пародонтальный карман, характеризующийся потерей прикрепления, апикальной миграцией соединительного эпителия и его трансформацией в эпителий пародонтального кармана (Muller-Glauser, Schroeder, 1982). Бактерии в пародонтальном кармане не всегда являются причиной возникновения этого кармана. Наоборот, карман — это благоприятная среда для существования и размножения микроорганизмов. Возникает порочный круг.

Методика одномоментного кюретажа включает промывание карманов антисептиком (хлоргексидин) на фоне механической обработки, особенно обработки всех четырех квадратов в течение суток.

При заживлении возможны следующие варианты: возврат прикрепления, новое прикрепление, остановка процесса на текущей стадии (формирование длинного соединительного эпителия). Основная предпосылка к успешному пародонтологическому лечению — чистая поверхность корня, без биопленки и загрязнений.

Инструменты Deppeler



Deppeler — это швейцарская компания, основанная в 1934 году в городе Ролль господином Арнольдом Деппелером — старшим. Вскоре после основания фирмы инструмент Deppeler стал эталоном качества в Швейцарии.



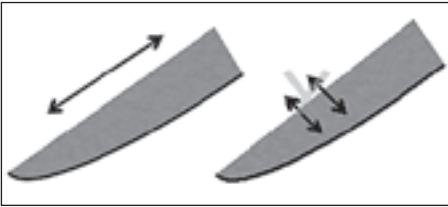
Причины износа лезвия: трение, неправильная геометрия заточки режущей кромки, окисление (взаимодействие кислорода с металлом — ржавчина, перекись), коррозия — взаимодействие химических элементов и металла, неправильный выбор инструмента для работы, неправильная эргономика, неправильное использование дезинфекционных продуктов (процент и длительность дезинфекции, неправильная сушка инструмента).

Каждому износу — своя заточка

- **Большой износ:** заточка с целью реконструкции режущей кромки лезвия — необходимо снятие большого количества металла с изменением профиля (геометрии) лезвия.
- **Средний износ:** заточка с целью поддержания режущей кромки лезвия, без необходимости снятия большого количества металла. При этом используется камень мелкой грани (минимум 800 или Арканзас).

- Без износа: снятие налета и правка режущей кромки без необходимости заточки.

Движение заточки



Движение и направление определяют остроту режущей кромки. Горизонтальное движение в направлении натуральной линии стали — это единственный способ для достижения регулярной, не зубчатой поверхности режущей кромки. Перпендикулярная заточка приводит к зубчатой поверхности, и лезвие быстро теряет свои режущие свойства.

Easy Sharp

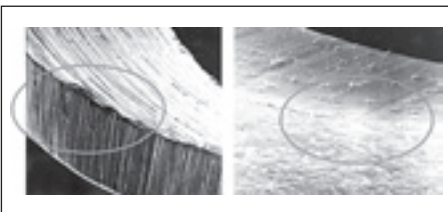


Это заточка по направлению режущей кромки. Она обуславливает точность угла, гладкую поверхность лезвия, снятие минимального количества стали.

Качественные требования к скейлерам и кюретам

Острота. Долговечность. Угол / «умная» форма. Жесткость и гибкость; наконечник рабочей части должен быть наиболее тонким и наименее гибким. «Говорящий» инструмент. Эргономика. Легкость заточки. Точность. Повторяемость.

Сравнение с конкурентами



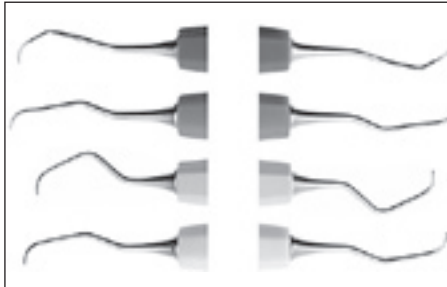
Электрохимическая полировка режущей кромки и поверхности инструмента позволяет идеально гладко обработать ткань зуба. Для этого используется специальный уникальный станок. В Швейцарии их всего восемь: семь — у Rolex и один — у Deppeler.

M23



Один инструмент для обработки всех зубов со всех сторон: благодаря революционному углу форма M23, разработанная Deppeler SA, позволяет работать вокруг всех зубов — на молярах, премолярах, резцах.

Gracey



Цветовое кодирование придумано господином Деппелером для школ гигиенистов.

- Классическая кюрета. Имеет тонкое и точное лезвие — 5GE6, 7GE8, 11GE12, 13GE14.
- Атравматическая кюрета. Имеет более широкий угол для более глубокого и менее травматического удаления зубных отложений.
- Мини-кюрета. Имеет более тонкое и укороченное лезвие.
- Нанокюрета. Имеет еще более тонкое и укороченное лезвие.
- Твердая кюрета. Имеет широкое лезвие для большей силы.
- С алмазным покрытием — для расправки корня после скейлинга.

Эргономика



- Шестигранная рукоятка с плоской, гладкой поверхностью позволяет

избежать напряжения мышц руки. При работе в поддесневой части грани рукоятки позволяют чувствовать, где находится кончик рабочей части.

- Усовершенствованная режущая кромка — для оптимизации приложенной силы при снятии зубного камня.
- Благодаря умно продуманным углам рабочей части и стержня трудные зоны становятся доступными. Неправильный угол заставляет врача уставать. В нашем случае изгиб рабочей части рассчитан правильно: он поддерживает кончик рабочей части по оси, в продолжении ручки/стержня.
- Вес — ни легкий, ни тяжелый. Работать с инструментом не тяжелее, чем писать ручкой. Большой диаметр позволяет применить большую силу в работе.
- Поверхность — гладкая, отполированная, по сравнению с инструментами Hu-Friedy. Шероховатые поверхности, накапливая прионы, служат ловушками для микробов.

ADEP-уход

В некоторых случаях после стерилизации цвет насадок может поблекнуть — обычно они становятся чуть темнее. Три причины, по которым цвет насадок становится некрасивым:

- длительность пребывания в дезинфекционной ванночке (строго следуйте инструкции по использованию);
- неправильная дозировка дезинфекционного продукта;
- недостаточное полоскание после стерилизации.

Официальный дилер Deppeler в России — ООО «ИмплантДентМед», www.deppeler-spb.ru

Контакты: Никифорова Ирина, тел. (812) 938-39-75; Курчина Елена, тел. 8-911-212-50-26, e-mail: al.kurch@mail.ru

Регулярно проводятся курсы и мини-курсы по пародонтологии, обучению работе ручными скейлерами и кюретами в Санкт-Петербурге. Также возможны выезд на ваше рабочее место и информационная поддержка по Интернету.

Анализ клинического течения хронических посттравматических остеомиелитов нижней челюсти у больных с хроническим вирусным гепатитом С

В. И. Кононенко, А. В. Клименко, Е. В. Нейковская, А. К. Эбзеев;
Кафедра стоматологии ГБОУ ВПО «РостГМУ» МЗ РФ;

Отделение челюстно-лицевой хирургии МБУЗ «Городская больница №20», г. Ростов-на-Дону

Одним из тяжелых осложнений травм нижней челюсти является хронический посттравматический остеомиелит (ХПО), развивающийся у 10–12% пострадавших [2, 3]. Хронический посттравматический остеомиелит — это гнойно-некротический процесс в зоне повреждения кости, сопровождающийся некрозом кости с образованием секвестров. Основными предпосылками развития ХПО являются следующие факторы: несвоевременное обращение пострадавших в лечебное учреждение и их поздняя госпитализация, сочетанные и множественные повреждения, неудовлетворительная фиксация костных фрагментов, нарушение трофики тканей (возникающее в результате повреждения и сдавления костными отломками нижнего альвеолярного нерва). В большинстве случаев у больных ХПО имеется сопутствующая патология, влияющая на течение болезни. Одной из таких патологий является хронический вирусный гепатит С.

Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) — персистирующее воспалительное заболевание печени, вызванное вирусом гепатита С (HCV) и способное привести к циррозу печени и гепатоцеллюлярной карциноме. В России частота инфицированности населения HCV составляет, в среднем, 1–2%, среди них ХВГС развивается в 75–85% случаев [1]. Основной механизм передачи вируса гепатита С — парентеральный. Заражение происходит при переливании крови, парентеральном введении наркотических средств, татуаже, контакте с инфицированными медицинскими инструментами; также возможны половой и перинатальный пути инфицирования.

Повреждение печени при ХВГС обусловлено иммуноопосредованным лизисом инфицированных гепатоцитов. ХВГС — не только инфекционное заболевание печени, но и системная вирусная инфекция. Выделяют иммунокомплексный и цитотоксический механизмы развития внепеченочных поражений, что и осложняет течение сопутствующей патологии. При иммунокомплексном механизме в результате повреждающего действия циркулирующих иммунных комплексов, содержащих антигены вируса и антитела к ним, развивается васкулит. При цитотоксическом механизме основным звеном является реакция гиперчувствительности замедленного типа.

В период с января по август 2013 года в нашей клинике на лечении находилось 19 больных в возрасте от 20 до 60 лет с переломом нижней челюсти, которым была оказана специализированная медицинская помощь в первые сутки после получения травмы (наложение индивидуальных шин Тигерштедта, спицевой остеосинтез). В дальнейшем у данных больных развился ХПО. Среди них у шестерых в анамнезе имел место ХВГС.

При наблюдении за динамикой развития ХПО нами были получены следующие данные.

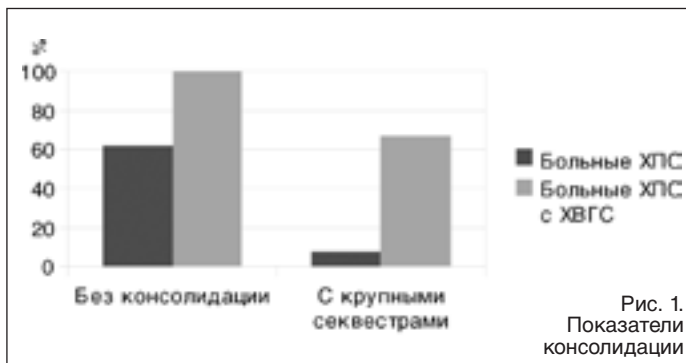


Рис. 1.
Показатели консолидации

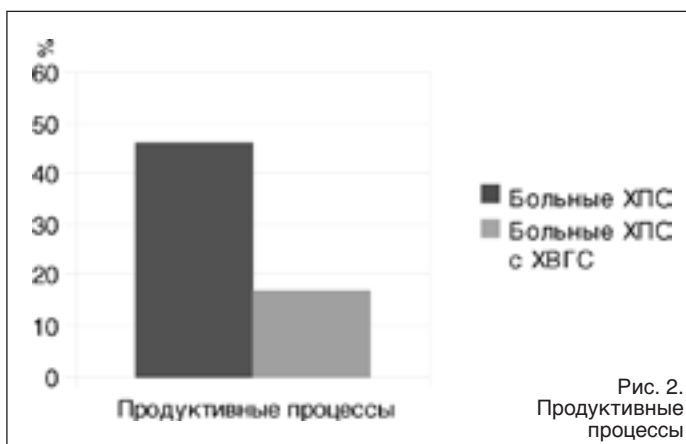


Рис. 2.
Продуктивные процессы

У больных ХПО наблюдались различные формы течения болезни, в зависимости от консолидации. Мы руководствовались классификацией, основанной на клинорентгенологических данных, различающей три формы ХПО:

- очаговый процесс в кости с консолидацией отломков;
- очаговый процесс в кости без консолидации;
- диффузный процесс в кости с образованием крупных секвестров без признаков консолидации [3].

У больных ХПО с ХВГС консолидация не наблюдалась во всех шести случаях, в отличие от оставшихся тринадцати больных без ХВГС, первичная консолидация у которых была отмечена в 38,5% случаев. Соответственно, отсутствие консолидации у больных без ХВГС наблюдалось в 61,5% случаев. Крупные секвестры наблюдались у 66,7% больных ХПО с ХВГС и у 7,7% остальных больных (рис. 1).

В очаге ХПО одновременно протекают два взаимно противоположных процесса: деструктивный и продуктивный. Выраженность процессов зависит от многих факторов, в частности, от сопутствующих патологий, вследствие чего продуктивные процессы могут резко замедляться, а деструктивные — становиться ярко



Рис. 3. Сопутствующая патология у больных с хроническим посттравматическим остеомиелитом

выраженными. На практике это прослеживается на рентгенологических снимках. Продуктивные процессы проявляются в виде очагов остеосклероза, а деструктивные — в виде остеолитизиса.

При детальном изучении рентгенограмм больных картина продуктивных процессов в костной ткани у больных с ХВГС наблюдалась лишь в 16,7% случаев. У остальных больных продуктивные процессы наблюдались гораздо чаще — в 46,2% случаев (рис. 2).

Течение ХПО у больных с очаговыми поражениями кости сопровождается инфильтрацией мягких тканей, образованием изолированных абсцессов. Диффузные поражения кости сопровождаются воспалительными процессами в виде абсцессов, флегмон и резко выраженными симптомами гнойно-резорбтивной лихорадки.

Среди наших больных реакции со стороны мягких тканей наблюдались в виде инфильтратов, абсцессов и флегмон. У больных ХПО с ХВГС преобладали осложнения в виде абсцессов (50%) и флегмон (33,3%), у больных без ХВГС реакция мягких тканей чаще наблюдалась в форме инфильтратов (53,8%) и реже — абсцессов (30,8%) (рис. 3).

Процесс формирования ХПО с момента получения травмы проходит несколько стадий. В начале возникает острый воспалительный процесс с некрозом травмированных участков кости. После купирования острого процесса происходит переход в подострую стадию, характеризующуюся временным улучшением состояния и уменьшением местной симптоматики. Далее происходит собственно развитие ХПО с формированием

секвестров. Каждая стадия имеет свои сроки, которые зависят от многих факторов, в нашем исследовании — от сопутствующей патологии, ХВГС.

Сроки обращения у больных ХПО с ХВГС после формирования секвестров были короче. Мы наблюдали обострения у больных ХПО, при которых возникала необходимость в повторной госпитализации. Обострения могли быть вызваны повторной травмой, переохлаждением, одонтогенной инфекцией в зоне бывшего перелома и др. Количество госпитализаций за весь период болезни в группе больных с ХВГС было существенно выше (табл. 1).

Таким образом, анализ данных показал, что у больных ХВГС клиника ХПО протекает сложнее. Это требует от лечащего врача тщательного сбора анамнеза у больных ХПО, проведения анализов для выявления инфицированных HCV и, в соответствии с этим, выбора дальнейшей тактики лечения и прогнозирования течения болезни.

Литература

1. Абдурахманов Д. Т. Хронический вирусный гепатит. Пособие для врачей. — М: 4TE Арт, 2011.
2. Лукьяненко В. И. Остеомиелиты челюстей. — Л: Медицина, 1986.
3. Шаргородский А. Г. Клиника, диагностика, лечение, профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи. — М: ГЭОТАР-Мед, 2002.

Таблица 1

	Сроки обращения (после формирования секвестров)	Количество повторных госпитализаций
Больные ХПО	1—2 мес.	1—2
Больные ХПО с ХВГС	3—4 нед.	2—4

Применение КоллапАна при лечении заболеваний пародонта

С. В. Рой, Е. Н. Нагина, А. В. Духно, Э. А. Масюкова; Центральная клиническая больница Управления делами Президента РК, г. Алматы

Лечение заболеваний пародонта имеет комплексный характер, задачами которого являются: исключение наиболее вероятных патологических факторов, устранение местных раздражающих факторов в полости рта, ликвидация воспалений тканей пародонта, приостановление дистрофического процесса, восстановление нарушенной

функции тканей пародонта, стимулирование процесса регенерации, сохранение зубного ряда как единой функциональной динамической системы.

В связи с изменением взглядов на репаративные возможности альвеолярной ткани, все чаще с успехом стали применять средства, стимулирующие регенерацию.

Для усиления остеогенетических процессов в костных карманах после кюретажа начали использовать разнообразные трансплантаты.

Хирургические методы с использованием остеопластических материалов являются наиболее эффективными способами лечения развившихся стадий пародонтита. На эту тему имеется большое количество публикаций о применении различных синтетических композиционных материалов: порошка гидроксиапатита (ГА); комплексов ГА с коллагеном (Гапкол, Колапол); комплекса коллагена с деминерализованной аллокостью (Коллаост); комплекса коллагена с формализированной аллокостью (Аллокостен). Одним из рекомендуемых препаратов является КоллапАн. В его состав входят высокоочищенные ГА, коллаген и антибиотики. Препарат КоллапАн обладает высокой биосовместимостью с тканями реципиента, не вызывает отторжения, нагноения и аллергических реакций.

Цель

Оценить эффективность применения препарата КоллапАн при лечении пародонтита и при сложном удалении зубов.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 40 пациентов в возрасте от 20 до 55 лет. Мужчин было большинство — 60%, женщин — 40%. Более половины больных (65%) наблюдались по поводу сложного удаления зубов, остальные — по поводу генерализованного пародонтита средней степени тяжести. Пациенты были разделены на две группы по 20 человек, равноценные по возрасту, заболеваниям, полу: больные первой группы получали КоллапАн, больные второй группы — соответствующее заболеванию лечение без применения КоллапАна.

Результаты

Динамическое наблюдение показало, что у пациентов первой группы (получавших препарат КоллапАн) после сложного удаления зубов наблюдалось равномерное заживление лунок, воспалительные изменения исчезали на 2—3 сутки, отсутствовал или был кратковременным болевой синдром, ни у одного не возникло бактериальных осложнений. Больные второй группы (не получавшие КоллапАн) при удалении зубов жаловались на болезненность в области удаления в течение 5—7 дней; у 10% из них развилось местное воспаление в виде гингивита, обострения пародонтита; заживление лунок происходило неравномерно. При катанестическом наблюдении у пациентов с удаленными зубами с применением КоллапАна через 1,5—2 месяца зафиксировано равномерное костное образование; у больных второй группы этот процесс был продолжительнее и составил 2—2,5 месяца.

Кроме того, нами использовался КоллапАн для хирургического лечения хронического пародонтита средней и тяжелой степеней, а также раннего и быстропрогрессирующего пародонтита. Лечение генерализованного пародонтита проводилось нами в несколько этапов.

После определения гигиенических индексов проводилась профессиональная гигиена: снятие зубных отложений и полирование поверхностей зубов. По окончании процедуры на десну накладывалась лечебная повязка на 2 часа. Всем пациентам подбирались индивидуальные средства гигиены.

Проведение плановой санации полости рта включало не только лечение или удаление очагов инфекции, но и депульпирование зубов по пародонтологическим (атрофия костной ткани более 2/3 корня) и ортопедическим показаниям. Затем осуществлялось хирургическое лечение пародонтита. Для предотвращения травматического фактора, влияющего на ткани пародонта,

по показаниям пациентам проводились такие операции, как френулэктомия и пластика преддверия полости рта. После вспомогательных операций пациентам выполнялось хирургическое вмешательство на пародонте с целью устранения пародонтальных карманов, удаления поддесневых зубных отложений, дезэпитализации десневого края и его коррекции. Обнаженная костная ткань покрывалась гранулами биокомпозиционного препарата КоллапАн. После пропитывания кровью гранулы подвергались слабому уплотнению, и слой препарата увеличивался примерно до 0,5 мм. Вертикальные костные карманы также выполнялись гранулами на всю глубину дефекта без уплотнения материала. КоллапАн вводился в костный дефект и в области фуркаций.

Необходимо отметить, что послеоперационный период у больных, получавших КоллапАн, протекал более благополучно по сравнению с группой пациентов, которые не получали данный препарат. Отмечено, что после оперативного вмешательства с применением КоллапАна у больных отсутствовал выраженный отек, болезненность сохранялась не более 1—2 дней, не требовалось употребление сильнодействующих анальгетиков. Пациенты не нуждались в назначении антибиотиков, так как антибактериальное средство, содержащееся в КоллапАне и высвобождающееся из препарата в течение 20 суток, снимало явления воспаления. Заживление проходило первичным натяжением. Случаев отторжения материала не наблюдалось. Во второй группе пациентов, которым не применялся препарат, послеоперационный период протекал более длительно и болезненно; у 15% больных развились бактериальные осложнения и явления воспаления.

Все пациенты после комплексного лечения пародонтита наблюдались и продолжают наблюдаться не реже двух раз в год и в дальнейшем получали физиотерапию, витаминотерапию, контроль гигиены полости рта и ее коррекцию. Таким образом, применение КоллапАна при лечении хронического пародонтита и при сложном удалении зубов весьма эффективно: препарат способствует усилению остеогенетических репаративных процессов и быстрому заживлению тканей после удаления.

Литература

1. Иванов В. С. Заболевания пародонта. — М: Медицина, 1998. — 288 с.
2. Иорданишвили А. К., Гололобов В. Г., Басченко Ю. В., Сахарова Н. В. «КоллапАн» — современный оптимизатор репаративного остеогенеза // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. — 2002. — №2. — С. 6—8.
3. Модина Т. Н., Баранникова И. А. Ближайшие и отдаленные результаты комплексного лечения быстропрогрессирующего пародонтита // Стоматология. — 1993. — №2. — С. 23—29.
4. Невров А. Н., Никитин А. А., Герасименко М. Ю. и др. Хирургическое лечение пародонтита с использованием препарата КоллапАн // В сб. Применение биокомпозиционных материалов в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии: Материалы 1-й Всероссийской научной конференции. — М, 1997. — С. 39—40.

Опубликовано в Сб. трудов XI Конференции молодых ученых-медиков стран СНГ «Современные проблемы теоретической и клинической медицины». — Алматы, июнь 2011. — С. 143—144.

18 лет безупречной репутации!

Свойства, проверенные временем:

- полностью замещается костной тканью
- предупреждает гнойные осложнения



ИНТЕРМЕДАПАТИТ

ООО фирма "Интермедпатит"
Россия, г. Москва
Тел: (495) 319-79-27;
(495) 781-79-77
www.collapan.ru



РЕКЛАМА

**РАЗРАБОТАНО
ИЗГОТОВЛЕНО
В РОССИИ**

Наконечник который ждали!

**Угловой микромоторный наконечник WHT 956A
с кнопочной фиксацией инструмента**



Наконечник WHT 956 A предназначен для закрепления инструментов с диаметром хвостовика 2,35 мм и передачи им вращения от микромотора.

Частота вращения на входе наконечника не более 40 000 об./мин., передаточное отношение 1:1.

Внутренняя подача охлаждающих сред (вода, воздух, спрей) отдельно через два отверстия в корпусе головки наконечника с точным направлением на рабочую часть инструментов.

Накладная гайка на стакане корпуса позволяет проводить быструю замену головки наконечника без использования дополнительных инструментов.

Габаритные размеры: длина наконечника-83 мм., высота головки -14 мм.

Подшипники производства: Республика Корея, Япония.

Гарантийный срок эксплуатации — 9 месяцев.

Регистрационное удостоверение МЗ РФ № ФСР 2007/00548 от 09.08.2007 г.

Производитель: ООО «ВХ - Тайфун», г. Серпухов, Россия

Эксклюзивный поставщик в Российской Федерации ООО «Фирма «КАМЕД»

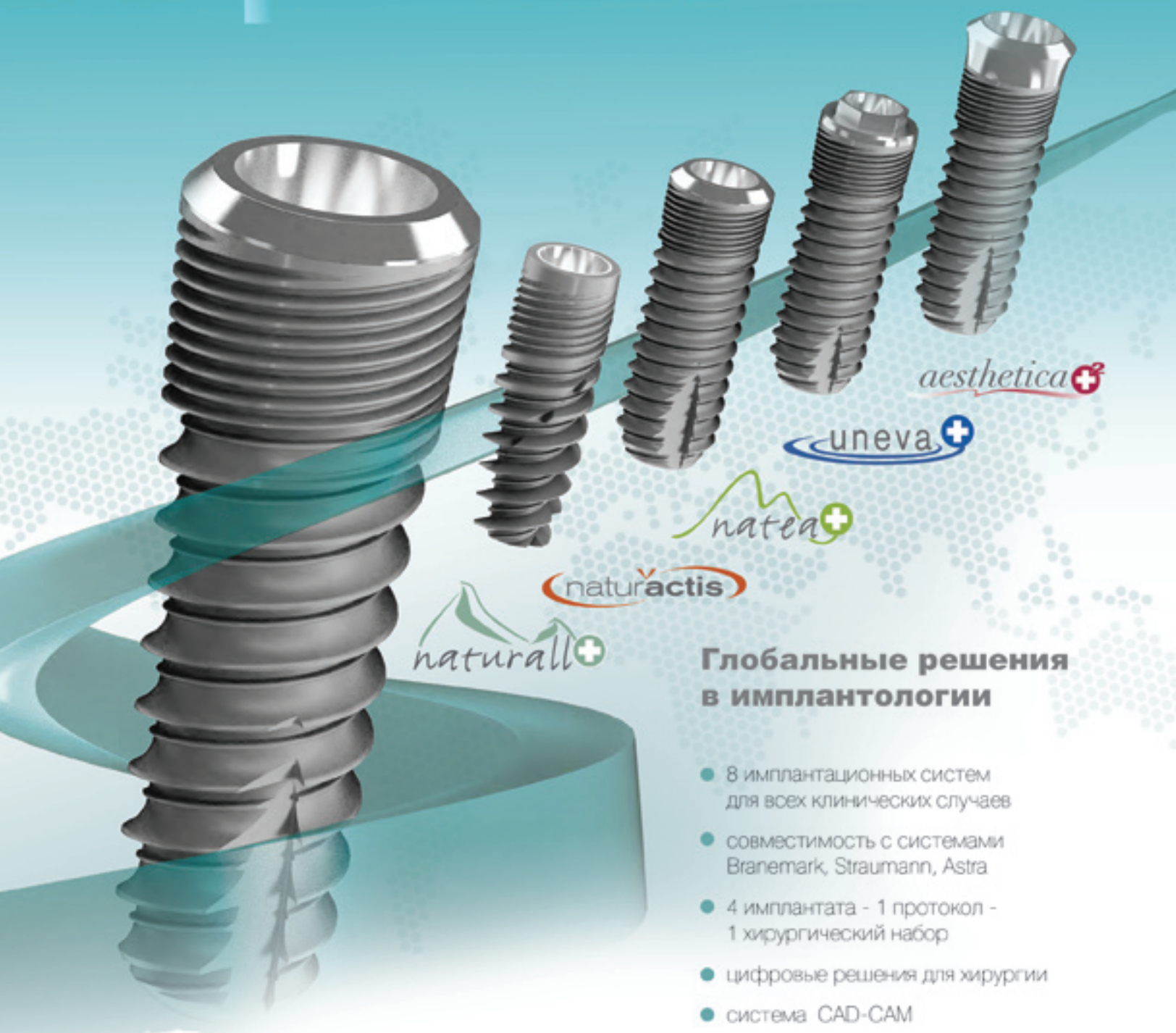
420097, РФ, г. Казань, ул. Зинина, 7; тел./факс: (843) 236-64-73, 236-06-91

e-mail: kamed-tat@yandex.ru, vladimir@kamed.ru; <http://www.kamed.ru>

реклама



Лидер французского рынка среди производителей имплантатов



aesthetica+

uneva+

natea+

naturactis

naturall+

Глобальные решения в имплантологии

- 8 имплантационных систем для всех клинических случаев
- совместимость с системами Branemark, Straumann, Astra
- 4 имплантата - 1 протокол - 1 хирургический набор
- цифровые решения для хирургии
- система CAD-CAM

Валлекс М

Эксклюзивный представитель в России — ООО «Валлекс М»
117630, Москва, Старокалужское шоссе, д. 62;
Тел/факс: (495) 784-71-24, тел.: (495) 933-41-81;
E-mail: stom@vallexm.ru, www.vallexm.ru

Филиал ООО «Валлекс М» — г. Санкт-Петербург;
195220, Санкт-Петербург, Гражданский пр., 24;
Тел: (812) 240-47-10, e-mail: vallexm-stom@nkl.ru