

специализированный медицинский журнал

главный ⁺ ВРАЧ

№6 (70) 2019

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU



СТОМАТОЛОГИЯ

МЕД-ТЕКС.РФ
ВЫБОР ПРОФЕССИОНАЛОВ

+7 (812) 627-68-20
info@med-teks.com

Защитят ли стоматологические
матрасы установку?

Да! А также значительно повысят
уровень комфорта пациента
и удобство работы
стоматолога!



НОВИНКА: МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ ЖУРНАЛА!



GRANULOTEC®

Лечение различных форм периодонтита зубов, включая апикальную гранулему.

Инфицированные каналы?
Апикальная гранулема?
Периодонтит?

• РЕШЕНИЕ ЕСТЬ!



- Антисептическое воздействие
- Резорбция гранулемы
- Регенерация периапикальных тканей
- Исключение риска инфицирования
- Оптимальное использование времени и средств

Валлекс М

Эксклюзивный представитель в России — ООО «Валлекс М»
Москва, Старокалужское шоссе, д. 62; тел.: (495) 784-71-24;
e-mail: stom@vallexm.ru; www.vallexm.ru

Филиал ООО «Валлекс М»
Санкт-Петербург, Гражданский проспект, д. 24, оф. 6
тел.: (812) 240-47-10; e-mail: stom-spb@vallexm.ru

МЯГКАЯ ШИНА ПРИ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ПОЗВОЛЯЕТ:



ПРИЧИНЫ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС:

- Нарушение окклюзионной поверхности зубных рядов
- Реверсивное глотание со смещением нижней челюсти
- Бруксизм, ротовое дыхание
- Снижающийся прикус
- Острый и хронический стрессы
- Микротравмы сустава (в атлетических видах спорта)

35 процентов населения, включая подростков, страдают дисфункцией ВНЧС, из них активно ищут лечения лишь 20%, но, переходя от врача к врачу, зачастую так и не получают реальной помощи...

- Снять избыточную компрессию ВНЧС-сустава
- Устранить напряжение мышц, окружающих ВНЧС
- Быстро снять боль и диагностировать проблему
- Ограничить бруксизм и стираемость зубов
- Снять боль и напряжение перикраниальных мышц шеи



Приёмы пальпации для диагностики дисфункции ВНЧС



ВИСОЧНЫЕ МЫШЦЫ



ЛАТЕРАЛЬНАЯ КРЫЛОВИДНАЯ



ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ



ГРУДНО-КЛЮЧИЧНОСОЩЕВИДНАЯ МЫШЦА



ТРАПЕЦЕВИДНЫЕ



ВНЧС-СУСТАВЫ

РЕКОМЕНДУЕТСЯ НОСИТЬ ШИНУ 1-2 ЧАСА ДНЁМ И ВСЮ НОЧЬ.

TMJ-шина – это двухчелюстной аппарат, разработанный специально для быстрой диагностики и эффективного устранения симптомов дисфункции ВНЧС. Применение методов компьютерного моделирования в сочетании с удачно подобранными свойствами материала (прозрачный медицинский силикон) позволили создать единый универсальный размер TMJ-шины, подходящий большинству взрослых пациентов, что избавляет от необходимости снятия слепков, лабораторного изготовления и припасовки аппарата. Уже в момент примерки шины пациент ощущает снижение болевых проявлений. Мягкая декомпрессия в области ВНЧС обеспечивается благодаря специальному утолщению в области моляров – запатентованному крыловидному основанию. TMJ-шина способствует эффективной релаксации шейных и лицевых мышц, что позволяет быстро снять боль и напряжение в области ВНЧС.

МНОГОЛЕТНИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПОДТВЕРДИЛ ВЫСОКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЧС ШИНЫ

www.myoresearch.com

Эксклюзивный представитель компании MRC
www.vallexm.ru (495) 933-73-73, (495) 784-71-24

Валлекс М



ВЫБОР СТОМАТОЛОГОВ МИРА



Z-PRIME™ plus ПРАЙМЕР ДЛЯ ЦИРКОНИЯ



- Непревзойденная прочность связки с цирконием, металлами, керамикой на основе циркония или металла
- Совместим с материалами светового и двойного отверждения
- Универсальность и долговечность
- Удобство в одной бутылочке
- Значительно повышает прочность сцепления со всеми субстратами

- Полный набор со всеми компонентами для успешной цементировки реставраций из дисиликата лития
- Универсальный
- Легкое удаление излишков
- Тонкая пленка обеспечивает точную посадку конструкции
- Несколько оттенков светоотверждаемого цемента
- Исключительные физические свойства
- Рентгеноконтрастность



eCEMENT™

ЦЕМЕНТ ДЛЯ ФИКСАЦИИ РЕСТАВРАЦИЙ ИЗ ДИСИЛИКАТА ЛИТИЯ



ГЕМОТЕСТ

МЕДИЦИНСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ

ВТОРОЕ МНЕНИЕ В ОНКОЛОГИИ



МОРДОВЦЕВА
Вероника Владимировна

врач-дерматовенеролог, доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней ИМСТ МГУПП (Москва), консультант Экспертного совета «Гемотест»



В РОССИИ В 2018 ГОДУ

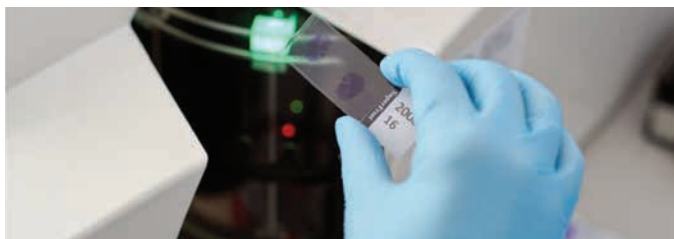
выявлено **624 709** новых онкологических больных*,
из них **22,2%** пациентов умирает в течение первого года*

Гистологическое заключение является основным не только для постановки правильного диагноза, но и для выбора дальнейшего лечения.

В отличие от стандартных исследований, например, клинического анализа крови или биохимических показателей, патоморфологическая оценка проводится без аппаратуры, препараты изучает человек, который всегда привносит элемент субъективности; здесь нет цифр, нет анализатора, машины. Здесь есть только мнение врача — оценка, которая основывается на его опыте, квалификации, существующих стандартах диагностики и критериях патологии.

Если речь идет о злокачественной опухоли, в интересах врача и пациента лучше перестраховаться. Ведь полный диагноз и выбор лечебной тактики полностью зависят от патоморфологического заключения. А это значит, что здоровье и жизнь пациента могут зависеть от точности гистологического заключения. Например, по данным американского исследования, опубликованного в 2017 году в журнале BMJ (Бритиш Медикал Журнал)**, в подавляющем большинстве сложных меланоцитарных новообразований кожи частота ошибочных заключений была выше 50%. Причем диагностика была ошибочной как в сторону утяжеления проблемы, так и в сторону ложноотрицательных результатов.

Получить второе мнение очень важно. Важно то, что у каждого, и у пациента, и у врача, есть возможность и есть право это сделать. Посредством пересмотра гистологического материала врач может удостовериться в точности диагноза, когда его мнение не соответствует гистологическому диагнозу. Надо помнить и о том, что точность и чувствительность метода патоморфологической оценки может быть существенно ниже 100%. Именно это является одним из мощных иницирующих факторов, понуждающих пациентов обращаться за пересмотром биопсийного материала для достижения личной уверенности в правильности постановки диагноза и объема лечения.



Лаборатория «Гемотест» запустила значимый для России проект «Второе мнение». Теперь врач и пациент в любом городе, где есть лабораторные отделения «Гемотест», — от Калининграда до Южно-Сахалинска — могут передать цитологические или гистологические стекла и блоки на консультацию эксперту-патоморфологу. Все эксперты лаборатории «Гемотест» — признанные лидеры международных и отечественных научных организаций, ведущие специалисты подразделений патоморфологии национальных медицинских исследовательских центров.

* Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена (филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России), 2019.

** Элмор Д.Г., Барнхилл Р.Л., Элдер Д.Е., Лонгтон Г.М., Пере М.С., Райх Л.М., Карней Р.А., Титус Л.Д., Нельсон Х.Д., Онега Т., Тостесон А.Н.А., Вайнсток М.А., Кнезевич С.Р., Пепкорн М.В. Патологические диагнозы инвазивной меланомы и меланоцитарной пролиферации: изучение аккуратности исследований и воспроизводимости. БМЖ 2017, 357: джей2813, дой: 10.1136/бмж.джей2813. / Elmore J.G., Barnhill R.L., Elder D.E., Longton G.M., Pere M.S., Reisch L.M., Carney P.A., Titus L.J., Nelson H.D., Onega T., Tosteson A.N.A., Weinstock M.A., Knezevic S.R., Piepkorn M.W. Pathologists' diagnosis of invasive melanoma and melanocytic proliferations: observer accuracy and reproducibility study. BMJ, 2017; 357: j2813. doi: 10.1136/bmj.j2813.

КАК ПОЛУЧИТЬ ВТОРОЕ МНЕНИЕ В ЛАБОРАТОРИИ ГЕМОТЕСТ

1

Забрать биоматериал
в первичном лечебном
учреждении

2

Передать стекла, блоки
и медицинские документы
в лабораторное отделение

3

В лабораторном отделении
выбрать услугу
«Пересмотр препаратов»

✓ Пересмотр **ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ** препаратов
ведущими российскими Экспертами код 29.43.

✓ Пересмотр **ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ** препаратов
ведущими российскими Экспертами код 29.41.

8 800 550 13 13

gemotest.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА.

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

Крылова О. В. — учредитель и издатель

Крылова О. В. — главный редактор,
e-mail: krylova@akvarel2002.ru.

Редакционный совет:

Быковская Т. Ю. — министр здравоохранения
Ростовской области

Гаджибрагимов Д. А. — министр здравоохранения
Республики Дагестан

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

Мажаров В. Н. — министр здравоохранения
Ставропольского края

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

Филиппов Е. Ф. — министр здравоохранения
Краснодарского края

Редакционная коллегия:

Альникин А. Б. — кандидат медицинских наук

Беловолова Р. А. — доктор медицинских наук

Гандылян К. С. — доктор медицинских наук

Гаража С. Н. — доктор медицинских наук

Дмитриев М. Н. — кандидат медицинских наук

Караков К. Г. — доктор медицинских наук

Карсанов А. М. — доктор медицинских наук

Куценко И. И. — доктор медицинских наук

Максюков С. Ю. — доктор медицинских наук

Моллаева Н.Р. — доктор медицинских наук

Новгородский С. В. — доктор медицинских наук

Петров Ю. А. — доктор медицинских наук

Пшеничная Н. Ю. — доктор медицинских наук

Росторгуев Э. Е. — кандидат медицинских наук

Шкурат Т. П. — доктор биологических наук

Адрес редакции и издателя:

344064, г. Ростов-на-Дону, ул. Вавилова, 54, оф. 404
т. (863) 223-23-25, моб. 8-991-366-00-67

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

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

Тираж 3000 экз., заказ №2337

Подписано в печать 05.11.2019 г., дата выхода 11.11.2019 г.

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

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

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

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

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

Распространяется бесплатно по линии МЗ

СОДЕРЖАНИЕ

Реминерализирующая эффективность зубных паст десенсиитивного действия.....	4
Поражение слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика пузырчатки на обследовании у стоматолога.....	7
Схемы проведения реминерализирующей терапии при лечении начальных кариозных поражений у детей (обзор).....	11
Профилактика ретенции постоянных клыков.....	15
Эффективность применения масляно-бальзамических антисептиков у пациентов с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта.....	16
История одной болезни.....	21
Эндодонтологический синдром при патологии пародонта.....	22
Демографические проблемы современной России (анализ ситуации в Российской Федерации в период 2010—2018 гг.).....	25
Выставки.....	27, 28, 35
Трансформация стоматологического рынка труда в 2020 году.....	32
Новости.....	33
Прощай, вставная челюсть! Ученые придумали альтернативу зубным имплантатам.....	34

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

ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ

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

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

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

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

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

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

7. К статье должна прилагаться авторская справка.

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

РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЕСЕНСИТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ

Е. Ю. Леонтьева, Т. Ю. Быковская, А. С. Иванов

Аннотация. Проведено изучение реминерализирующего эффекта зубных паст десенситивного действия у работников, занятых на производствах с вредными производственными факторами. Выявлено, что вредные условия труда способствуют развитию патологии твердых тканей зубов кариозного

и некариозного генеза. Изучаемые зубные пасты устраняют симптомы гиперестезии, стабилизируют процессы деминерализации, нормализуют процессы реминерализации.

Ключевые слова: гиперестезия, условия труда, деминерализация, реминерализация, десенситивная зубная паста.

REMINERALIZING EFFECTIVENESS OF DESENSITIVE TOOTHPASTES

E. Leontyeva, T. Bykovskaya, A. Ivanov

Annotation. The study of desensitive and remineralizing effect of toothpastes among workers working on workplaces with harmful industrial factors was carried out. It was revealed that harmful working conditions contributed to the development of

teeth hard tissues pathology of carious and non-carious origin. The investigated toothpastes eliminate the symptoms of hyperesthesia, stabilize processes of demineralization and normalize processes of remineralization.

Keywords: hyperesthesia, working conditions, demineralization, remineralization, desensitive toothpaste.

Одной из задач современной стоматологии является выявление ведущих этиологических факторов возникновения заболеваний и определение их воздействия на ткани полости рта. Среди основных причин развития патологии челюстно-лицевой области у работающего населения выделяют условия труда и влияние производственных факторов [2, 3, 4, 6]. Профилактика стоматологических заболеваний у данного контингента населения сложна и имеет свои особенности. Наилучшие результаты по внедрению программ профилактики и диспансеризации отмечаются в ограниченных группах работающего населения, составленных с учетом влияния производственных факторов на состояние тканей полости рта и особенностей течения выявленной патологии [2, 3, 4, 6].

Актуальность этой проблемы определяется высокой распространенностью патологии твердых тканей зубов у работников, занятых на производствах с вредными и опасными производственными факторами и разработкой доступных и эффективных профилактических программ [3, 4, 6, 10].

Наше внимание было сосредоточено на оценке реминерализирующей эффективности десенситивных зубных паст разного состава у работников с вредными условиями труда.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего в клиническом наблюдении участвовали 107 медицинских работников различных специальностей, рабочие места которых по специальной оценке условий труда (СОУТ) соответствовали 3 классу и были оценены как вредные условия труда. В ходе СОУТ превышение гигиенических норм отмечено по 2 факторам: по фактору производственной среды — биологическому, и по фактору трудового процесса — напряженности труда [7, 8, 11]. Реминерализирующий эффект зубных паст изучен путем оценки эффективности десенситивных паст разного состава в динамике. Период наблюдения составил 1 месяц, в течение которого наблюдаемые пациенты применяли в качестве гигиенических средств зубные пасты десенситивного действия с фтором (5% нитрат калия и натрия монофторфосфат) и сочетание фтора со специальной технологией Novamin® (искусственный гидроксипатит), способствующей образованию слоя, подобного гидроксипатиту, на поверхности дентина.

Зубные пасты использовались как средство гигиены и как реминерализирующая поддерживающая терапия. С этой целью всем обследуемым пациентам рекомендовали после чистки наносить на поверхность зубов пасты в виде

аппликаций и втирать 1 раз в день в течение 7–10 минут. Из числа наблюдаемых пациентов 55 человек (группа 1 — основная) применяли десенситивную зубную пасту с фтором, и 52 медицинских работника (группа 2 — сравнения) использовали десенситивную зубную пасту, в состав которой, помимо соединений фтора, входил комплекс искусственного гидроксипатита.

В объем клинических стоматологических исследований были включены: опрос, внешний осмотр, оценка гигиены полости рта и твердых тканей зубов. Обследование полости рта начинали с выявления жалоб и сбора анамнеза. Оценка состояния зубов включала в себя индекс интенсивности кариеса зубов (КПУз) и регистрацию меловидных пятен. Начальный кариес определяли путем подсчета и окрашивания очагов деминерализации. Для количественной оценки уровня гигиены полости рта использовали гигиенический индекс ОН-5 (Грин-Вермильона). Явления гиперестезии твердых тканей зубов оценивали по степени выраженности болевого симптома и распространенности гиперестезии. Оценку процессов реминерализации эмали зубов проводили при помощи теста эмалевой резистентности (ТЭР) и по минерализующему потенциалу слюны (МП).

ТЭР-тест (В. Р. Окушко, 1981) оценивает устойчивость эмали зубов

к действию кислот [5]. Для определения интенсивности окрашивания использовали оттеночную 10-польную типографическую шкалу синего цвета от 10% до 100% интенсивности оттенка.

Минерализующий потенциал слюны (П. А. Леус) дает представление о насыщенности ротовой жидкости микроэлементами по структуре и форме кристаллов [9]. Первый тип микрокристаллизации соответствует слюне, насыщенной микроэлементами, и представляет собой удлиненные, призматической формы, кристаллические структуры, чаще с радиальной ориентацией. Второй тип соответствует среднему уровню насыщения слюны кальцием и другими элементами и выглядит как изометрически расположенные фрагменты кристаллов без четкой ориентации. Третий тип соответствует слюне, бедной микроэлементами, и выглядит в виде разрозненных мелких единичных неориентированных фрагментов кристаллов.

Выраженность процессов деминерализации изучали по количеству очагов начального кариеса и интенсивности их прокрашивания (Л. А. Аксамит) [1]. Для оценки интенсивности окрашивания использовали стандартную цветную типографическую шкалу, предусматривающую различные оттенки синего цвета — от чуть голубоватого до темно-синего. Полученные результаты оценивали в баллах (от 1 до 10).

В ходе клинического наблюдения всем медицинским работникам была проведена профессиональная гигиена полости рта и коррекция личной гигиены. В ходе санации полости рта рекомендовались изучаемые лечебно-профилактические гигиенические средства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕСЕНСИТИВНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ РАЗНОГО СОСТАВА

Оценка стоматологического статуса наблюдаемых пациентов началась со сбора и анализа предъявляемых жалоб. В ходе регистрации данных анамнеза выявлено, что среди основных жалоб у медицинских работников преобладали жалобы на повышенную чувствительность зубов и кровоточивость десен. Так, в 69,9% случаев отмечалась

повышенная чувствительность зубов и в 75,2% — кровоточивость десен. При анализе жалоб на гиперестезию зубов выявлено, что 42,1% пациентов отмечали периодические болевые симптомы на температурные и тактильные раздражители, а у 32,4% — явления гиперестезии носили постоянный характер.

Оценка состояния зубов медицинских работников по индексам КПУ зубов и КПУ полостей показала, что значения этих индексов достаточно высокие. Так, средние значения индекса КПУ зубов соответствовали значению 11, средние значения индекса КПУ полостей — 15. Начальный кариес зубов зарегистрирован у 65,8% из числа наблюдаемых пациентов. Очаги деминерализации наиболее часто локализовались в пришеечной области. Количество начального кариеса в среднем составляло 1,6 единиц, то есть у каждого пациента в среднем регистрировали 1—2 очага начального кариеса. Интенсивность деминерализации выявленных очагов соответствовала активному течению начального кариеса зубов.

Анализ состояния гигиены полости рта у обследованных медицинских работников показал, что гигиенический индекс имел значение 1,95 балла, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены.

Анализ выраженности и распространенности некариозной патологии твердых тканей зубов показал, что у 72,1% обследованных медицинских работников, занятых на рабочих местах с вредными производственными факторами, выявлена патология твердых тканей зубов некариозного происхождения. В 89,5% случаев имела место сочетанная патология некариозных заболеваний. Чаще всего регистрировалось сочетание гиперестезии с клиновидным дефектом и патологической стираемостью зубов. После проведения профессиональной гигиены полости рта симптомы гиперестезии зубов зарегистрированы у 42,3% сотрудников, имеющих вредные условия труда. В 90,2% случаев преобладала II степень выраженности гиперестезии (повышенная чувствительность отмечалась на температурные и тактильные раздражители). Кроме того, гиперестезия у данных пациентов

носила распространенный характер (признаки отмечались более чем на 5 зубах), сочеталась с патологией твердых тканей зубов кариозного и некариозного генеза и с рецессией десен на фоне патологии тканей пародонта.

В течение всего периода наблюдения в обеих группах медицинских работников проводилась коррекция гигиенических навыков и контролируемая гигиена полости рта. Оценка десенситивного и реминерализующего эффекта исследуемых зубных паст проводилась сразу после месячного курса аппликаций в наблюдаемых группах пациентов.

За период применения зубных паст и динамического наблюдения в группах обследованных медицинских работников получены положительные результаты.

В ходе регистрации данных анамнеза выявлено, что в обеих группах значительно уменьшилось число пациентов с жалобами на повышенную чувствительность зубов. Так, среди обследуемых первой группы, на фоне применения зубных паст с фтором, данные жалобы отметили только 39,5%, против 67,9% при первоначальной регистрации. Во второй группе, после использования зубных паст, сочетающих фтор с искусственным гидроксиапатитом, данные жалобы отметили 35,9% сотрудников, против 69,9% при первоначальной регистрации.

Регистрация симптомов гиперестезии зубов показала снижение данных в обеих группах наблюдения по сравнению с первоначальными показателями. Так, в основной группе наблюдения, до применения зубной пасты с фтором, распространенность симптомов гиперестезии регистрировалась в 43,3% случаев, на фоне применения данной зубной пасты распространенность гиперестезии снизилась до 34,9%. В группе сравнения, до использования зубной пасты с фтором и гидроксиапатитом симптомы гиперестезии регистрировались в 42,9% случаев, на фоне применения данной зубной пасты распространенность гиперестезии снизилась до 29,7%. Однако в группе медицинских работников, применяющих зубную пасту с гидроксиапатитом, значительно чаще

Показатели процессов деминерализации в ходе применения десенситивных зубных паст ($M \pm m$)

Наблюдение	Показатели витального окрашивания очагов начального кариеса зубов (баллы)	
	До применения зубных паст	После применения зубных паст
Группа 1	6,1±0,6	5,5 ±0,4
P	<0,05	
Группа 2	6,3±0,7	5,1±0,5
P	<0,05	

стала регистрироваться I степень выраженности болевого симптома. Так, в этой группе первоначально преобладала II степень гиперестезии (в 91,3% случаев), после применения данной зубной пасты в 55,1% случаев пациенты отмечали менее выраженный болевой симптом, а II степень гиперестезии регистрировалась только в 44,9% случаев. В группе, где применялась зубная паста, содержащая только соединения фтора, у 64,7% обследованных сохранилась гиперестезия на 2 вида раздражителя (тактильные и температурные), соответственно, I степень регистрировалась только у 35,3% наблюдаемых.

За период использования изучаемых зубных паст изменились первоначальные показатели процессов де- и реминерализации полости рта. Полученные результаты в обеих группах обследуемых пациентов имели сравнимые различия (табл. 1). Так, показатели активности начального кариеса у всех наблюдаемых сотрудников уменьшились. Интенсивность прокрашивания очагов деминерализации снизилась на 0,6 балла в первой группе и на 1,2 балла — во второй группе. Так, в первой группе до применения зубной пасты с фтором активность кариозных очагов соответствовала значению 6,1 балла, после аппликаций зубной пасты интенсивность прокрашивания снизилась до 5,5 балла. Во второй группе, на фоне применения зубной пасты с искусственным гидроксиапатитом активность кариозных очагов первоначально соответствовала значению 6,3 балла, после применения — 5,1 балла.

Улучшились процессы реминерализации полости рта (табл. 2). Анализ показателей, характеризующих устойчивость эмали зубов к действию кислот, показывает, что после применения данных зубных паст состояние поверхностного слоя эмали стало устойчивее к действию кислот, то есть эмаль стала более резистентной к кариесогенным факторам. Так, по тесту резистентности (ТЭР) показатели в основной группе со значения 50,0% снизились до 40,9%, — в 1,2 раза. В группе сравнения данные показатели снизились в 1,6 раза — соответственно, с 51,2% до 32,7%. Характеристики реминерализующих

свойств слюны показали, что ротовая жидкость стала более насыщенной микроэлементами (табл. 2). Средние показатели по микрокристаллизации слюны (МК) в обеих группах до лечения в 80,0% случаев соответствовали III типу — несформированных кристаллов. После применения зубных паст показатели МК первой группы пациентов соответствовали II типу микрокристаллизации — слабо оформленных кристаллов — в 61,9% случаев, во второй группе, но после применения зубной пасты с гидроксиапатитом оформленные кристаллы микроэлементов по I типу наблюдались в 47,8% случаев.

При сравнении полученных результатов в группах выявлено, что в группе медицинских работников, где применялась зубная паста с искусственным гидроксиапатитом, стимулирующая образование дентиноподобного вещества, показатели реминерализации носили более выраженный характер (табл. 3). Улучшилась минерализирующая способность слюны и устойчивость эмали к действию кислот. Так, во второй группе пациентов на 8,2% улучшились показатели теста кислотоустойчивости эмали зубов (ТЭР) и на 47,8% больше зарегистрировано пациентов, имеющих минерально-насыщенную слюну

Таблица 2

Показатели процессов реминерализации полости рта в ходе применения десенситивных зубных паст ($M \pm m$)

Наблюдение	Тест эмалевой резистентности поверхностного слоя эмали зубов (%)		Микрокристаллизация высохшей капли ротовой жидкости (тип)	
	До применения	После применения	До применения	После применения
Группа 1	50,0 ±3,4	40,9±2,9	III тип 87,5±6,1%	II тип 61,9±5,4%
P	>0,05	>0,05		
Группа 2	51,2±3,5	32,7±2,5	III тип 89,5±6,5%	I тип 47,8±3,5%
P	>0,05	>0,05		

Таблица 3

Сравнение показателей процессов де- и реминерализации полости рта после применения десенситивных зубных паст в группах ($M \pm m$).

Сравнение полученных результатов в группах	Показатели витального окрашивания очагов начального кариеса зубов (баллы) после применения десенситивных зубных паст	Тест эмалевой резистентности поверхностного слоя эмали зубов (%) после применения десенситивных зубных паст	Микрокристаллизация высохшей капли ротовой жидкости (тип) после применения десенситивных зубных паст
Группа 1	6,3±0,7	40,9±2,9	II тип 61,9±5,4%
Группа 2	5,1±0,5	32,7±2,5	I тип 47,8±3,5%
P	<0,05	>0,05	>0,05

(I тип микрокристаллизации с оформленной кристаллической решеткой).

Таким образом, десенситивизирующие зубные пасты регулируют процессы деминерализации и реминерализации полости рта у работников, занятых в производствах с вредными

производственными факторами, стабилизируют процессы деминерализации (приостанавливается активность начального кариеса), нормализуют насыщенность ротовой жидкости микроэлементами и повышают устойчивость поверхностного

слоя эмали зубов к кариесогенным факторам. Наиболее эффективной, в нашем наблюдении, оказалась десенситивизирующая зубная паста, содержащая в своем составе соединения фтора и комплекс искусственного гидроксиапатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксамит Л. А. Диагностика начальной стадии деминерализации эмали методом прокрашивания. — М., 1973. — С. 4—5.
2. Гарус Я. Н., Олесова В. Н., Уйба В. В. Сочетанное воздействие вредных условий труда на интенсивность кариеса // *Стоматология*. — 2006. — Т. 85 — №4. — С. 44—47.
3. Данилов Е. О., Мороз Б. Т., Прозорова Н. В. Проблемы обеспечения стоматологической помощью работников промышленных предприятий // *Актуальные проблемы реформирования здравоохранения на современном этапе*. — СПб., 2006. — С. 62—66.
4. Кузьмина Э. М. Стоматологическая заболеваемость населения России. — М., 2009. — 236 с.
5. Окушко В. Р. Основы физиологии зуба. — М.: Newdent, 2008. — 344 с.
6. Олесов Е. Е., Хавкина Е. Ю., Олесов А. Е., Берсанов Р. У. Клинико-экономическое обоснование вторичной профилактики стоматологических заболеваний у работников с опасными условиями труда // XIX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». — 2012. — С. 449—450.
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 апреля 2011 г. №302н // *Российская газета*. — №5619. — 28 октября 2011 г.
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 26 апреля 2011 г. №342н «Об утверждении Порядка проведения аттестации рабочих мест по условиям труда» // *Российская газета*. — №20963. — 24 июня 2011 г.
9. Рединова Т. Л. Клинические методы исследования слюны при кариесе зубов: Методические рекомендации / Т. Л. Рединова, А. Р. Поздеев. — Ижевск, 1994. — С. 4—12.
10. Сорокоумов Г. Л., Уйба В. В., Рева В. Д. Показатели стоматологического статуса у работников предприятия с радиационно-вредными условиями труда // *Стоматология*. — 2008. — Т. 87. — №1. — С. 79—82.
11. Федеральный закон от 28.12.2013 №426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» // *Российская газета*. — №6274. — 30 декабря 2013 г.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону
 Леонтьева Елена Юрьевна — кандидат медицинских наук, доцент, e-mail: leont06@list.ru;
 Быковская Татьяна Юрьевна — доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине, e-mail: minzdrav@aaanet.ru;
 Иванов Александр Сергеевич — кандидат медицинских наук, зав. кафедрой стоматологии ФПК и ППС.

ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА ПУЗЫРЧАТКИ НА ОБСЛЕДОВАНИИ У СТОМАТОЛОГА

Э. Э. Арабский

Аннотация. В данной статье раскрывается тема ранней диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта на примере вульгарной пузырчатки: что это за заболевание, как его определить, каковы жалобы пациента при пузырчатке. Автором отмечено, что при пузырчатке выявляются аутоантитела к белкам межклеточной адгезии кератиноцитов кожи,

входящие в состав десмосом и формирующих контактов между клетками — десмоглеину-3 (ДСГ-3) и десмоглеину-1 (ДСГ-1).

Ключевые слова: клиника и жалобы при пузырчатке, причины возникновения пузырчатки, поражения слизистой оболочки полости рта, взаимодействие аутоантител с ДСГ-1 и ДСГ-3, вульгарная пузырчатка.

THE LESIONS OF THE ORAL MUCOSA. CLINIC DIAGNOSIS OF PEMPHIGUS ON EXAMINATION BY A DENTIST

E. E. Arabskiy

Annotation. This article covers the topic of early diagnosis of oral mucosa: what is vulgar pemphigus, how to determine vulgar pemphigus, the patient's complaints with pemphigus. The author noted that when the disease is detected autoantibodies to the

intercellular adhesion proteins of skin keratinocytes are revealed, which are parts of desmosomes and form contacts between cells of desmoglein-3 (DSG-3) and desmoglein-1 (DSG-1).

Keywords: clinic and complaints of pemphigus, causes of pemphigus, lesions of the oral mucosa, the interaction of autoantibodies with DSG-1 and DSG-3, vulgar pemphigus.

На амбулаторном приеме у врача-стоматолога очень важно определить любое заболевание и вовремя диагностировать его — это может спасти пациента. Врач-стоматолог должен правильно поставить диагноз

и назначить лечение. Все общие заболевания организма отражаются на слизистой оболочке полости рта — например, нарушения ЖКТ, сердечно-сосудистые заболевания и т. д., главное — правильно их дифференцировать.

Пузырчатка — это злокачественное аутоиммунное заболевание, сопровождающееся появлением в сыворотке крови больших антител против антигенов росткового слоя. Заболевание проявляется в виде образования на воспаленной коже и слизистой оболочке пузырей, развивающихся в результате акантолиза.

Причины пузырчатки:

- вирусные бактерии,
- токсическое действие лекарственных препаратов.

У больных выявляются аутоантитела к белкам межклеточной адгезии кератиноцитов кожи, входящие в состав десмосом и формирующих контактов между клетками — десмоглеину-3 (ДСГ-3) и десмоглеину-1 (ДСГ-1).

Взаимодействие аутоантител с ДСГ-1 и ДСГ-3 приводит к нарушению клеточной адгезии между кератиноцитами — акантолизу, в результате чего внутри эпидермиса и слизистой оболочки формируются щели, заполняющиеся акантолитическими пузырьками. По мере роста эпидермиса пузырьки вскрываются, что приводит к образованию на коже и слизистой оболочке обширных эрозий. Установлено, что доминирующим классом аутоантител при пузырчатке являются антитела IgG, преимущественно субкласса IgG4, реже — аутоантитела субклассов IgG1 и IgG2. У пациентов с активной формой заболевания основными аутоантителами являются иммуноглобулины субклассов IgG1 и IgG4. У пациентов в стадии ремиссии доминирующими являются антитела субкласса IgG1, но также выявляются антитела субкласса IgG4, хотя их титр значительно меньше, чем при острой стадии болезни.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Вульгарная пузырчатка встречается в 80% случаев. Начинается заболевание, как правило, с поражения слизистой оболочки полости рта и зева (почти у 90% больных), чаще в области голосовых связок. Очаги поражения могут существовать изолированно на протяжении нескольких месяцев.

Пузырьки быстро вскрываются, превращаются в болезненные ярко-красные или покрытые белым налетом эрозии. Затем высыпание пузырьков происходит на коже. Они появляются в небольшом количестве, преимущественно на коже груди и спины, в местах, характерных для трения кожи с одеждой. Пузырьки располагаются на видимой части кожи, наполнены прозрачным серозным содержимым. Иногда содержимое пузырьков становится мутным или гнойным. Общее состояние больных сначала, как правило, не нарушено, но с развитием заболевания постепенно ухудшается: появляется слабость, субфебрильная температура. Эрозия эпителизируется медленно — «голая эрозия». Течение заболевания — хроническое, волнообразное, с обострением. В период ремиссии один из признаков симптома Никольского, как правило, отрицательный.

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

При вульгарной пузырчатке пациенты жалуются на высыпания на слизистой оболочке ротовой полости и гениталий, а также на высыпания по всему кожному покрову, на боль, дискомфорт при жевании, глотании, разговоре, жжение при мочеиспускании и боль при акте дефекации; на постоянный интенсивный зуд в очагах поражения; общую слабость, вялость, быструю утомляемость, снижение общего самочувствия; потерю массы тела — до 30 кг

за 4 месяца; покраснение конъюнктивы, слезоточивость, болезненность слизистой оболочки носовых ходов; неприятный запах изо рта (гнилостный — из-за присоединения патогенной флоры) — запах печеного картофеля, ацетона.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Вульгарную пузырчатку следует дифференцировать с дерматитом Дюринга, буллезной формой красного плоского лишая, токсикодермией; вегетирующую пузырчатку — с широкими кондиломами; листовидную — с эритродермиями различного генеза; себорейную — с себорейным дерматитом, импетиго.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение основывается на применении «ударных» доз гормонов в условиях стационара (преднизон в таблетках по 0,005 г; преднизолон, дексаметазон в таблетках по 0,00005 г и 0,001 г; триамсинолон в таблетках по 0,004 г). Достигнутые результаты лечения поддерживают путем амбулаторного ведения больных. Показано питание, богатое витаминами, белками; ограничение поваренной соли и углеводов в рационе.

Наружно следует применять дезинфицирующие средства.

Стоит отметить, что длительное воздействие стероидной терапии может привести к ряду осложнений:

- 1) *экзогенный (медикаментозный) синдром Иценко-Кушинга — кушингоид;*
- 2) *иммунодепрессивное состояние, которое может проявиться присоединением грибковой, бактериальной или вирусной инфекции (что требует дополнительного назначения антибиотиков, противогрибковых и противовирусных лекарственных средств);*
- 3) *нарушения водно-солевого обмена;*
- 4) *осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта: гастрит, эзофагит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки — могут привести к прободению язвы и желудочному кровотечению, поэтому в профилактических целях больным вульгарной пузырчаткой показаны антациды, комбинирование гормонов с цитостатиками. В случаях, когда язва уже сформировалась, прибегают к внутримышечному введению пролонгированных препаратов кортикостероидов;*
- 5) *стероидный сахарный диабет.*

Пузырчатка является воплощением уникальной модели по изучению аутоиммунных процессов, конечной целью которого является создание специфической терапии. Заболеваемость пузырчаткой колеблется в пределах от 0,08 до 1,6 на 100 000 населения в год, в большинстве случаев поражаются люди трудоспособного возраста, течение заболевания тяжелое, несет угрозу жизни больного. В основном, заболевают женщины 40—60 лет. Показатели смертности в течение года — от 4,8 до 54%, в отсутствие иммуносупрессивной терапии — до 60—90%. Проведение терапии препаратами кортикостероидов помогло снизить смертность с 90% до 10%. Однако длительное лечение данными препаратами влечет за собой тяжелые побочные эффекты, вплоть до летального исхода. Данное заболевание на сегодняшний день является одним из самых загадочных, не утратившим к себе интерес клиницистов и ученых со всего мира.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Арабский Эмир Эдемович — врач-стоматолог ГБУЗ РК «Джанкойская ЦРБ», г. Джанкой, e-mail: arab-emir@mail.ru.

Delo

dental laboratory

Лаборатория «DELO»

Хорошая зуботехническая лаборатория – это высококлассные техники и современное оборудование. Мы выполняем все виды зуботехнических работ на основе новейших технологий. Наша лаборатория работает на оборудовании фирмы Sirona и imes-icore, которое предоставляет нам практически безграничные возможности в изготовлении безметалловых конструкций - каркасов, Балок, замковых креплений, вкладок «инлей/онлей», виниров и металлокерамики. Также мы изготавливаем бюгельные протезы, нейлоновые и акриловые протезы. Тесное сотрудничество врачей-стоматологов и зубных техников гарантирует высокое качество всех видов работ.

Лаборатория «DELO» - это многолетний опыт, передовые технологии, качество исполнения и индивидуальный подход к каждой работе. Когда-то в штате лаборатории было всего два техника, сегодня в штате 26 высококлассных профессионалов своего дела. Ежегодно мы принимаем участие в стоматологических выставках, где мы обмениваемся опытом, делимся своими достижениями.

Мы с большой радостью окажем вам услуги по выполнению всех зуботехнических работ. Выбирая лабораторию "DELO", вы получаете качество и надежность в кратчайшие сроки. Развитие нашей лаборатории способствует расширению возможностей, а также повышению качества работы.



МЫ ЖДЕМ ВАС В НАШЕЙ ЛАБОРАТОРИИ «DELO»

Доставка по городу, а также в любой регион России. По вопросам заказа курьера вы можете обратиться к нашему администратору по тел. (988) 114-31-11.

Тел. (988)114-31-11  [eduard_ilchenko](#)



ООО «ТехПромМед»

ООО «ТехПромМед» осуществляет изготовление и поставку продукции медицинского назначения:



ШЛИФМАШИНА СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ШМ-1 МОДЕЛИ 677 С КОМПЛЕКТАЦИЕЙ

изготавливается по лицензии ПАО «Красногвардеец» и в соответствии с ТУ 9452-036-07618878-2009. Изделие имеет действующее регистрационное удостоверение (ФСР 2009/05864) и декларацию о соответствии (РОСС RU.АГ81.Д21057)

Мы производим гарантийный ремонт и сервисное обслуживание данных изделий. Гарантия на новые изделия составляет 18 месяцев с момента поставки.

ВЫСОКАЯ НАДЕЖНОСТЬ И КАЧЕСТВО ШЛИФМОТОРОВ ШМ-1 ПОДТВЕРЖДЕНО ВЕДУЩИМИ ОРТОПЕДАМИ РОССИИ!

Юридический адрес: 175201, г. Старая Русса, Новгородская обл., ул. Красных Командиров, 69
Почтовый адрес завода: 175202, г. Старая Русса, Новгородская обл., ул. Степана Разина, 4
ИНН 5322014769 Тел./факс: (81652) 5-73-11 E-mail: techprommed@yandex.ru



Tooth Mousse и MI Paste Plus от GC

Реминерализующие защитные кремы с тройной пользой!

Укрепляют. Защищают. Восстанавливают

Поддерживают нейтральный кислотный баланс в полости рта, препятствуют деминерализации дентина и эмали и способствуют их реминерализации.



Часть программы по Минимальной Интервенции компании GC.

GC EUROPE N.V.
Tel. +385.1.46.78.474
Fax. +385.1.46.78.473
E-mail: info.eeo@gc.dental
info.russia@gc.dental
www.eeo.gceurope.com

Официальный импортер и дистрибьютор продукции Джи Си в РФ: ЗАО «Крафтвэй Фарма»



Москва, 3-я Мытищинская, 16, стр.60, (495) 232-6933, 8-800-100-100-9 (бесплатные звонки из регионов РФ)



Защищено от подделывания программой «Проверка подлинности товара»



Обращайте внимание на наличие стикера на упаковке!
www.kraftwaydental.ru

СХЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНЫХ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР)

Е. А. Скатова

Резюме. Актуальность: В настоящей статье проведен анализ показаний к проведению реминерализирующей терапии согласно отечественным и зарубежным классификаторам кариеса. Выработка оптимального подхода для стабилизации начальных кариозных поражений у детей является основой внедрения концепции минимальной интервенции. Возможность избежать инвазивных методов лечения кариеса особенно важна в практике детского стоматолога.

Цель: на основе анализа литературных источников выделить основные тенденции в проведении реминерализирующей терапии в комплексном лечении начальных форм кариеса у детей.

Материалы и методы: Было изучено 483 литературных источника из базы данных Pubmed, а также 82 источника отечественной литературы. В общем объеме изученных работ

27 систематических обзоров, 2 мета-анализа, 83 рандомизированных клинических исследования, 6 учебников.

Результаты: Приведен обзор современных препаратов, используемых для лечения начальных кариозных поражений, выделены основные ключевые пункты для создания индивидуальных протоколов реминерализации с использованием домашних курсов GC Tooth Mousse и GC MI Paste Plus. **Выводы:** на основе проведенного обзора выделены ключевые пункты в современных тенденциях к неинвазивному лечению начальных форм кариеса у детей, особый акцент сделан на практических аспектах назначения домашних курсов реминерализирующей терапии.

Ключевые слова: кариес, начальные кариозные поражения эмали, реминерализирующая терапия, аморфный кальция фосфат-казеин фосфопептид, дети.

REMINERALIZATION TREATMENT PROTOCOL FOR WHITE SPOT CARIES LESIONS IN PEDIATRIC DENTISTRY (REVIEW)

Е. А. Skatova

Abstract. Introduction: Nowadays non-invasive caries treatment is one of most discussable approaches in pediatric dentistry. The possibility to arrest white spot caries lesions is a way to realize minimal intervention concept. The terms of indication for remineralization therapy have some differences between countries and in this article we present the comparison of different approaches and protocols.

The aim of review is to analyze key points of increasing the efficiency of Casein phosphopeptide — amorphous calcium phosphate to remineralize enamel white spot lesions.

Materials and methods: the search strategy using Pubmed was performed in order to capture all published studies related to remineralization of white spot caries lesions. In addition

to the above searches, the terms «CPP ACP» and «casein phosphopeptide amorphous calcium phosphate» were searched. The Russian language literature sources were searched by e-library web site and printed versions of textbooks.

Results of analysis show that non-invasive caries treatment is very actual in pediatric dentistry, and the number of research works has increased within the last 5 years. But the Russian language literature shows different approach in diagnostic criteria for remineralization treatment, and it can cause difficulties to promote the actual approaches to pediatric dentists. Conclusions: the universal solution for remineralization treatment does not exist. The search results show key points for individual schedule and timing of remineralization.

Keywords: white spot lesion, caries, casein phosphopeptide — amorphous calcium phosphate, CPP-ACP, pediatric dentistry.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время активно обсуждаются и совершенствуются подходы к проведению реминерализации в комплексе лечения кариеса у детей. Понимание механизма восстановления структуры эмали особенно актуально в детской стоматологии, что связано с большей распространенностью активного кариозного поражения. Сегодня мы уверенно говорим о том, что кариес раннего детского возраста имеет свою уникальную этиопатогенетическую специфику, выделяя поражения кариесом зубов у детей до трех лет в отдельную группу [13]. Ухудшение гигиены полости рта в сменном прикусе приводит к росту активных форм кариеса у детей младшего школьного возраста [7]. Также активное течение кариозного процесса зачастую сопровождается ортодонтическим лечением на несъемной аппаратуре у подростков [17]. Таким образом, несколько возрастных групп детей, очень разных по своей специфике — как по поведенческим характеристикам и возможностям кооперации, так и по ведущим этиологическим факторам

в развитии кариозного поражения — нуждаются в проведении реминерализирующей терапии [3, 4, 5]. Однако терминологическое разнообразие в формулировке диагнозов в отечественной и зарубежной литературе создает затруднения для назначения адекватных схем ремотерапии на практике [1]. В данной статье предпринята попытка систематизации и анализа существующих подходов не с целью создания универсальной схемы реминерализирующей терапии, а для совершенствования клинического понимания показаний, алгоритмов и прогнозов ремотерапии в комплексе лечения кариеса у детей.

Цель исследования: на основе анализа литературных источников выделить основные тенденции в проведении реминерализирующей терапии в комплексном лечении начальных форм кариеса у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было изучено 483 литературных источника из базы данных Pubmed, а также 82 источника отечественной

литературы. В общем объеме изученных работ — 27 систематических обзоров, 2 мета-анализа, 83 рандомизированных клинических исследования, 6 учебников.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ показаний к назначению реминерализующей терапии детям.

Официальной классификацией, которую мы используем для указания диагноза в медицинской документации, является МКБС-10, в которой поражение кариесом зубов в пределах эмали соответствует двум кодам:

- K02.0 — кариес эмали;
- K02.3 — приостановившийся кариес.

Данный классификатор разработан Всемирной организацией здравоохранения для эпидемиологических исследований в популяции и, как следствие, для клинического понимания особенностей течения кариозного процесса является недостаточным. Тем не менее, хотелось бы еще раз предостеречь читателей от использования иных классификаций при указании диагноза в амбулаторной карте стоматологического больного, так как заполнение медицинской документации должно производиться в соответствии с действующими нормативными актами и не может происходить от «личных убеждений» специалиста. Всю необходимую дополнительную информацию следует указывать в данных анамнеза, описании объективного состояния и результатов дополнительных методов обследования.

Вследствие недостаточности МКБС-10 разработано большое количество вспомогательных классификаций кариеса, которые помогают врачу уточнить основной диагноз и назначить адекватную схему лечения начальных кариозных поражений.

Среди **отечественных классификаторов** можно выделить следующие, наиболее популярные среди врачей:

- топографическая классификация (кариес в стадии пятна, поверхностный, средний и глубокий);
- по степени компенсации (компенсированная, суб- и декомпенсированная формы кариеса);
- классификация очаговой деминерализации (быстро- или медленно текущий процесс, начальная, развившаяся и стадия дефекта);
- классификация «острейший, острый и хронический кариес» противоречит нозологической детерминации кариеса, который патофизиологически всегда является хроническим процессом, и может быть использована только в качестве профессионального жаргона для внутриколлегального общения;
- «бутылочный, цветущий кариес» также является жаргонным выражением, которое используется для описания кариеса раннего детского возраста.

Среди **зарубежных классификаторов** в литературных источниках распространены следующие:

- *cavitated and non-cavitated lesions*. Несмотря на клиническую ценность, крайне редко

встречается в отечественной литературе, так как наиболее корректный перевод «полостные» и «бесполостные» поражения имеет стойкую ассоциацию с классификацией червей, и авторы избегают применения данной классификации;

- E1, E2 — классификация по глубине поражения эмали;
- классификация ICDAS: начальным кариозным поражениям соответствуют коды 1 и 2.

Более обширные вспомогательные классификаторы (G. J. Mount) используются реже вследствие трудностей интерпретации [16].

Наиболее часто в настоящее время используется термин **White Spot Caries Lesions (WSLs)** — кариес в стадии белого пятна, который в наибольшей и при этом краткой форме отражает клинические характеристики кариозного поражения, что дает возможность упростить показания к проведению реминерализующей терапии, не теряя при этом смысл.

Особенно важно подчеркнуть, что реминерализация как метод лечения логически возможна только в случае наличия деминерализации эмали. К сожалению, на сегодняшний день практикующие доктора объединяют понятия профилактики кариеса и лечения начальных кариозных поражений. Действительно, в обоих случаях мы говорим о местном воздействии на эмаль зубов, однако очевидно, что возможность пенетрации различных веществ в здоровую эмаль и в очаг кариозного пятна будет различна, равно как и механизмы такого проникновения.

Таким образом, эффективные схемы профилактики кариеса не являются тождественными эффективным схемам лечения кариозных пятен [12].

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ

Анализ литературных источников за последние 5 лет позволил выделить четыре основные группы препаратов, рекомендуемых для лечения кариеса в стадии белого пятна:

1. Реминерализация препаратами кальция. Среди обсуждаемых препаратов в научных источниках наиболее часто встречается аморфный кальций фосфат — казеин фосфопептид (GC Tooth Mousse, MI Paste, MI Varnish).
2. Использование фторидсодержащих гелей и пенек.
3. Применение диамин серебра.
4. Микроинвазивное лечение кариеса методом инфльтрации Ison.

Фторидсодержащие гели и пенки [14, 15], а также диамин серебра и метод инфльтрации относятся к профессиональным средствам и могут быть использованы только в условиях стоматологического кабинета.

Аморфный кальций фосфат — казеин фосфопептид является, несомненно, лидирующим реминерализующим агентом в научной литературе [8]. В базе данных Pubmed по ключевым словам «CPP-ACP» индексировано 483 источника, среди которых большое количество клинических исследований высокого доказательного уровня и мета-анализы. Для сравнения: работ

по использованию глицерофосфата кальция для реминерализации кариозных поражений найдено не было.

Для пациентов аморфный кальция фосфат — казеин фосфопептид доступен в виде препаратов GC Tooth Mousse (без фторида), GC MI Paste Plus (800 ppm фторида), MI Varnish (5% натрия фторида).

Выбор препарата для домашнего курса реминерализующей терапии должен быть основан на показаниях и противопоказаниях, перечисленных в инструкциях. Так, у детей младше 6 лет используется препарат GC Tooth Mousse, в старшей возрастной группе предпочтительней назначение GC MI Paste Plus. Особое внимание при сборе анамнеза следует уделять аллергии на белок коровьего молока, так как это является противопоказанием к назначению аморфного кальция фосфата — казеина фосфопептида.

ДИСКУССИЯ

Наиболее актуальный вопрос, который интересует практикующих врачей: как правильно назначать препараты GC Tooth Mousse и GC MI Paste Plus своим пациентам [2]. Следует отметить, что для всех аппликационных препаратов домашнего применения не существует универсальной схемы. В научных источниках не было обнаружено работ по сравнению различных схем применения аморфного кальция фосфата — казеина фосфопептида, и большинство опубликованных схем отражает авторский взгляд, не подтвержденный доказательной базой. В такой ситуации детский стоматолог, назначая препараты индивидуально, основываясь на базовых понятиях, должен понимать основные принципы проведения домашних курсов реминерализующей терапии.

1. Обучение гигиене полости рта.

Аморфный кальция фосфат — казеин фосфопептид имеет способность проникать в зону деминерализации даже через биопленку, что подтверждено в исследовании *in vitro*. Однако очевидно, что наибольшего эффекта можно достичь при нанесении препарата на очищенную поверхность зуба. Поэтому очень важно убедиться, что родители и пациент способны наладить гигиену полости рта. Большой проблемой являются обманутые ожидания, когда родители начинают аппликации препарата без корректировки гигиенических навыков. Таким образом, перед назначением GC Tooth Mousse и GC MI Paste Plus необходимо провести обучение гигиене полости рта с обязательным контролем в ходе диспансерного наблюдения. Также необходимо отметить, что аппликации GC Tooth Mousse и GC MI Paste Plus следует проводить не вместо и не вместе с чисткой зубов. Сначала ребенок должен почистить зубы, а затем нанести препарат.

2. Подбор средств гигиены.

На сегодняшний день доказано, что концентрация фторидов в зубных пастах не блокирует поступление кальция в кариозное пятно, а, наоборот, усиливает транспорт ионов. Назначение фторидсодержащей зубной пасты является обязательным условием для эффективной реминерализации препаратами GC Tooth Mousse и GC MI Paste Plus.

3. Выбор метода нанесения.

Среди авторских схем реминерализации встречаются различные рекомендации, однако наиболее распространенным является нанесение препарата на зубы пальцем. Также встречаются упоминания об использовании зубных щеток в качестве аппликатора, либо предлагается внесение препаратов на индивидуальных капках. Ни один из этих методов не имеет научно доказанных предпочтений, и выбор метода нанесения остается за врачом. Рациональным представляется ориентироваться на возраст ребенка — в младшей возрастной группе мамин палец в качестве аппликатора вызывает наименьшие затруднения, в старших возрастных группах изготовление индивидуальных капк дает возможность изоляции поверхности зуба от слюны на время аппликации. Однако следует помнить, что при назначении домашнего курса ремотерапии устных рекомендаций может быть недостаточно: родители демонстрируют на приеме полное понимание услышанного, а затем дома чувствуют растерянность. Оптимальным представляется проведение демонстрационной аппликации в кабинете стоматолога, причем родитель или пациент должен провести ее самостоятельно под контролем врача. В этом случае минимизируется риск недопонимания и ошибок при домашнем применении.

4. Кратность аппликаций.

Основной принцип домашних курсов ремотерапии — чем чаще, тем лучше. Однако в реальности далеко не все пациенты могут реализовать этот принцип. Поэтому при назначении кратности нанесения в первую очередь следует учитывать возможности пациента, уклад семьи, а лишь затем ориентироваться на клинические показатели. При назначении излишне интенсивного домашнего курса родители могут вообще отказаться от его проведения, что будет гораздо хуже, чем низкая кратность применения. Поэтому минимальным ориентиром является аппликация препарата один раз в день после вечерней чистки зубов в течение двух недель [18, 19]. Надо помнить, что аппликации препарата — это еще один пункт в уже существующем укладе семьи, который не может принципиально поменять один визит к стоматологу. Не столько наука, сколько искусство врача — вписать схему ремотерапии в повседневную жизнь ребенка, поэтому лояльность по отношению к родителям будет залогом ответной лояльности при реализации домашнего курса. Хороший результат на практике дает привязка к существующим семейным ритуалам, к примеру «аппликация GC Tooth Mousse плюс мамин поцелуй перед сном».

5. Когда наносить?

Для детей, посещающих детский сад и школу, частую утреннее нанесение GC Tooth Mousse и GC MI Paste Plus может быть затруднительным, так как белые остатки на зубах могут вызвать насмешки других детей. Этот фактор следует учитывать в своих рекомендациях. Также в утренней аппликации проблематичным является вопрос, как встроить нанесение препарата

между чисткой зубов и завтраком, так как большинство детей сначала чистят зубы, а затем завтракают. В этой ситуации для детей, посещающих детский сад и школу, удобнее будет назначить первую аппликацию по возвращении домой и вторую — перед сном.

6. Быть на связи.

Важным компонентом успеха реминерализующей терапии является диспансерное наблюдение ребенка на этапах [9], однако всем известна проблема «исчезающих» пациентов. Ритм жизни семьи, особенно в условиях мегаполисов, затрудняет возможность наблюдения ребенка так часто, как это полагается. Актуальным решением в такой ситуации является использование мессенджеров для поддержания связи с пациентами. Функции современных смартфонов позволяют врачу и родителям внести в календарь график диспансерных осмотров, а современные фотокамеры в смартфонах делают возможным онлайн-контроль курса ремотерапии. Принципиально это значительно экономит время и врача, и пациента, создавая максимально комфортные условия диспансерного наблюдения. Как показывает практика, современные родители органично реагируют на онлайн-схемы наблюдения, а врач не теряет возможность вызвать пациента на визит вовремя.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основы и принципы реминерализующей терапии были заложены еще более 50 лет назад, Советская стоматологическая школа имела обширные наработки в использовании реминерализации, которые сейчас заново открывают для себя зарубежные коллеги. Однако прямое использование предыдущих схем реминерализующей терапии при лечении начальных кариозных поражений в большинстве случаев показывает свою неэффективность, так как изменился образ жизни наших пациентов, изменилась организация оказания стоматологической помощи детям, и в иных условиях должны быть сформулированы новые подходы к проведению ремотерапии. Также важным фактором сегодня является изменение характера взаимоотношений между врачом и маленьким пациентом. Сегодня, к сожалению, родители в большей степени определяют, что, когда и как лечить их детям, ориентируясь на сведения из интернета и социальных сетей. У врача мало эффективных инструментов, чтобы помочь «стоматологическим беспризорникам». И с учетом этих факторов особенно важным представляется внедрение современных препаратов и схем реминерализующей терапии в повседневную практику врача — стоматолога детского.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атежанов Д. О. Клинико-экспериментальное обоснование применения реминерализующего средства у детей дошкольного возраста с соматической патологией. Часть II // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2018. — №4. — С. 12–15.
2. Леонтьева Е. Ю., Ткачук О. Е. Эффективность реминерализующей терапии с использованием кремов, содержащих казеин-фосфопептид — аморфный кальций фосфат и казеинфосфопептид — аморфный кальций фосфатфторид // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2018. — №4. — С. 69–73.
3. AAPD Guideline on caries risk-assessment and management for infants, children, and adolescents // *Pediatr. Dent.* — 2011. — V. 33. — P. 110–117.
4. AAPD 2013 Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/ counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents // www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_periodicity.pdf.
5. AAPD 2014 Guideline on caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents // www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_cariesriskassessment.pdf.
6. Albino J., Tiwari T. Preventing childhood caries: a review of recent behavioral research // *J. Dent. Res.* — 2016. — V. 95. — P. 35–42.
7. Arrow P. Incidence and progression of approximal carious lesions among schoolchildren in Western Australia // *Aust. Dent. J.* — 2007. — V. 52. — P. 216–226.
8. Chen F., Wang D. Novel technologies for the prevention and treatment of dental caries: a patent survey // *Expert Opin. Ther. Pat.* — 2010. — V. 20. — P. 681–694.
9. Davenport C. F., Elley K. M., Fry-Smith A., Taylor-Weetman C. L., Taylor R. S. The effectiveness of routine dental checks: a systematic review of the evidence base // *Br. Dent. J.* — 2003. — V. 195. — P. 87–98.
10. Featherstone J. D., Domejean S. The role of remineralizing and anticaries agents in caries management // *Adv. Dent. Res.* — 2012. — V. 24. — P. 28–31.
11. Gupta R., Prakash V. CPP-ACP complex as a new adjunctive agent for remineralisation: a review // *Oral Health Prev. Dent.* — 2011. — V. 9. — P. 151–165.
12. Hani T. B., O'Connell A. C., Duane B. Casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate products in caries prevention // *Evid. Based. Dent.* — 2016. — V. 17. — P. 46–47.
13. Kargul B., Altonik B., Bekiroglu N. Casein phosphopeptide — amorphous calcium phosphate (CPP-ACP) efficacy in preventing early childhood caries // *Int. J. Pediatr. Dent.* — 2007. — V. 17. — P. 28–78.
14. Marinho V. C., Worthington H. V., Walsh T., Clarkson J. E. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2013. — 7: CD002279.
15. Marinho V. C., Worthington H. V., Walsh T., Chong L. Y. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2015. — 6: CD002280.
16. Mount G. J., Ngo H. Minimal intervention: a new concept for operative dentistry // *Quintessence Int.* — 2000. — 31. — P. 527–533.
17. Pithon M. M., Baiao F. S., Sant'Anna LID, Tanaka O. M., Cople-Maia L. Effectiveness of casein phosphopeptide — amorphous calcium phosphate-containing products in the prevention and treatment of white spot lesions in orthodontic patients: A systematic review // *Investig. Clin. J. Dent.* — 2019. — Jan. 24: e12391. — doi: 10.1111/jicd.12391 [Epub ahead of print].
18. Ramos-Gomez F., Crystal Y. O., Ng M. W., Tinanoff N., Featherstone J. D. Caries risk assessment, prevention, and management in pediatric dental care // *Gen. Dent.* — 2010 (a). — 58: 505–517.
19. Ramos-Gomez F., Crystal Y. O., Ng M. W., Crall J. J., Featherstone J. D. Pediatric dental care: prevention and management protocols based on caries risk assessment // *J. Calif. Dent. Assoc.* — 2010 (b). — 8: 746–761.
20. Sheiham A. Minimal intervention in dental care // *Med. Princ. Pract.* — 2002. — 11. — Suppl 1. — P. 2–6.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Скатова Екатерина Александровна — кандидат медицинских наук, доцент, врач — стоматолог детский, ООО «ДП Клиник», г. Москва, e-mail: skatova@list.ru.

ПРОФИЛАКТИКА РЕТЕНЦИИ ПОСТОЯННЫХ КЛЫКОВ

В. В. Бавлакова, Е. В. Поляков

Аннотация. Данная статья посвящена проблеме раннего ортодонтического лечения и профилактике ретенции постоянных клыков.

Проведено клиническое исследование случая ретенции постоянного клыка пациента 13 лет. Был сделан вывод о том, что своевременное удаление молочных клыков и последующая

дистализация латеральных сегментов зубных дуг на верхней и нижней челюстях дает возможность врачу-ортодонту в более раннем возрасте создать место для постоянных клыков и предупредить их ретенцию.

Ключевые слова: ретенция, дистализация, ортодонтия, раннее лечение.

PREVENTION OF PERMANENT CANINES RETENTION

V. V. Bavlakova, E. V. Polyakov

Annotation. This article is devoted to a problem of retention of permanent canines. We did clinical research of retention permanent canine case of 13 years old patient. Based on this result we

concluded that timely removal of temporary canines and future distalization of dental's arch lateral parts of maxilla and mandibula bring an opportunity for orthodontist to create a permanent canine's space in earlier period and avoid their retention.

Keywords: retention, distalization, orthodontics, early treatment.

ВВЕДЕНИЕ

Ретенция является одной из распространенных форм нарушения прорезывания зубов. По статистике ретенция клыков составляет 51,1% [1]. Ретенцированным зуб принято называть, если к моменту формирования двух третей корня зуб не занял свое место в зубной дуге, и коронка зуба остается в толще кости на некотором удалении от поверхности альвеолярного гребня, в то время как зуб должен уже прорезаться [2].

Постоянные клыки верхней челюсти наиболее часто подвержены ретенции по причине высокой закладки их зачатков, несвоевременного прорезывания латеральных резцов и позднего (12–13 лет) срока прорезывания, что предрасполагает к недостаточности места для них в будущем (58,98%) [3, 4].

ЦЕЛЬ

Профилактика ретенции постоянных клыков методом дистализации латеральных сегментов в период сменного прикуса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами был проанализирован клинический случай пациента, обратившегося в клинику «Стоматология» Волгоградского государственного медицинского университета.

В данном случае мы придерживались тактики своевременного удаления молочных клыков (9 лет), и последующей дистализации латеральных сегментов зубных дуг с использованием съемного ортодонтического аппарата механического действия с винтами Vector-420 (фото 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Родители пациента Н., 9 лет, обратились в клинику «Стоматология» ВолгГМУ для проведения консультации врачом-ортодонтом. Проведен анализ ОПТГ (фото 2). Пациент был направлен на удаление 5.3, 6.3. Диагноз: «K00.6 — смена прикуса». В данном клиническом случае не произошла резорбция корней 5.3 и 6.3, поэтому удаление было проведено с целью создания места для постоянных клыков.

Далее был изготовлен ортодонтический аппарат с двумя винтами Vector-420. Даны рекомендации по его ношению с целью дистализации латеральных сегментов зубных дуг. Пациентом был нарушен протокол ортодонтического лечения, не выполнены данные рекомендации.

Через 4 года родители пациента снова обратились в клинику с жалобой на отсутствие 1.3. По результатам осмотра и рентгенологических исследований: ОПТГ (фото 3), КЛКТ (фото 4, 5) было установлено, что зуб 1.3 ретенцирован, расположен небно.

Поставлен диагноз: «K07.3 — аномалия положения отдельных зубов, K01.0 — ретенция зуба 1.3».

В плане дальнейшего лечения планируем удаление зачатка 18 зуба в 16 лет с целью дистализации латерального сегмента зубного ряда справа на верхней челюсти, получение места для 1.3 и перемещение его в зубной ряд.

ВЫВОДЫ

Профилактика ретенции постоянных клыков должна проводиться в период сменного прикуса путем своевременного удаления молочных



Фото 1

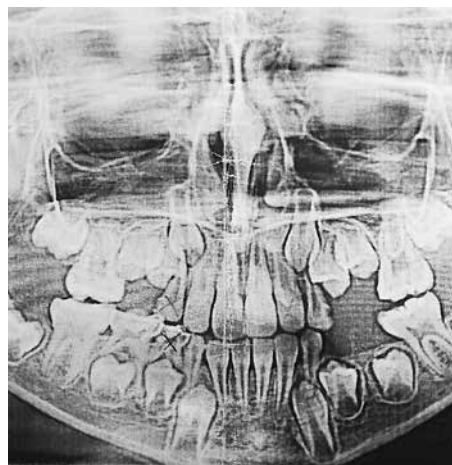


Фото 2



Фото 3

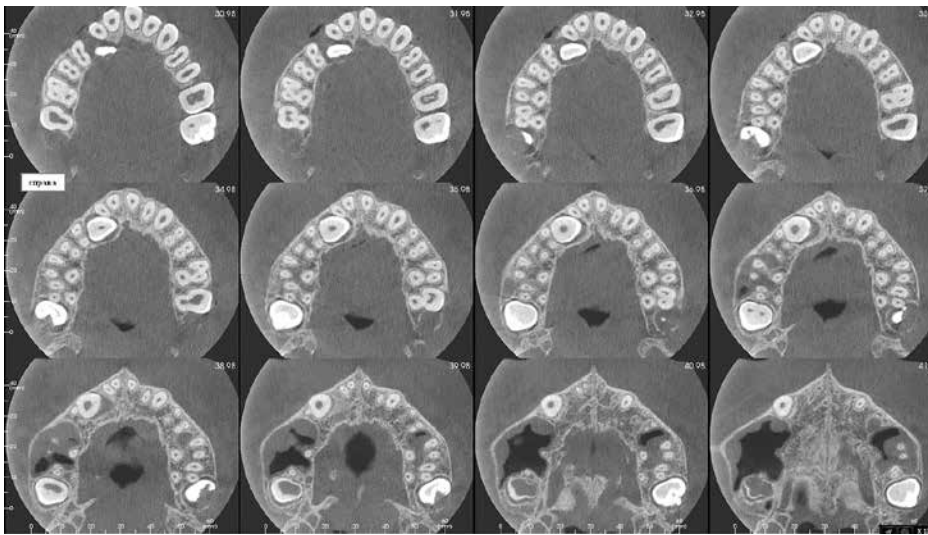


Фото 4

клыков, дистализации латеральных сегментов зубных рядов, создания места для постоянных клыков. Раннее ортодонтическое лечение с соблюдением всех рекомендаций врача-ортодонта может предупредить ретенцию постоянных клыков.

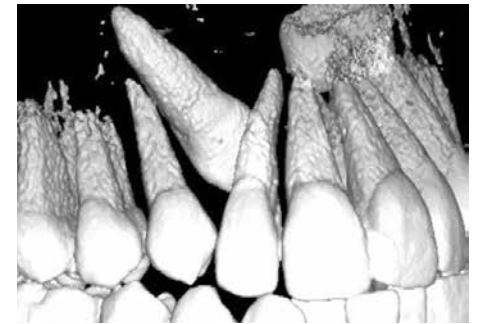


Фото 5

ЛИТЕРАТУРА

1. Эль-Бадауи, Жан Юсеф нет. Ретенция клыков у детей (Диагностика и комплексное лечение). — М., 2013. — 105 с.
2. Иванова О. П., Вологина М. В., Бавлакова В. В., Климова Н. Н. Профилактика и лечение ретенции клыков. — Волгоград, 2018. — 45 с.
3. Брагин А. Е. Оценка гнатологических показателей пациентов с аномалиями сроков прорезывания постоянных зубов: диссертация... кандидата медицинских наук : 14.01.14 / Брагин А. Е.; [Место защиты: ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»]. — Ставрополь, 2011. — 105 с.: ил.
4. Лазарева Е. А. Метод прогнозирования ретенции клыков верхней челюсти в период сменного прикуса. Диссертация... кандидата медицинских наук: 14.01.14. — Пермь, 2015. — 121 с.
5. Литовченко Ю. П. Совершенствование методов диагностики и планирования лечения ретенции зубов. Диссертация... кандидата медицинских наук: 14.01.14. — Волгоград, 2019. — 184 с.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Волгоград
 Бавлакова Виктория Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортодонтии, e-mail: bavlakova60@mail.ru;
 Поляков Евгений Владимирович — клинический ординатор кафедры ортодонтии, e-mail: evgench95@gmail.com.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАСЛЯНО-БАЛЬЗАМИЧЕСКИХ АНТИСЕПТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

К. Г. Каракон, Т. Н. Власова, Э. Э. Хачатурян, А. В. Оганян, А. В. Эм, А. Э. Хачатурян

Аннотация. Проведено клиническое исследование, направленное на совершенствование методов лечения больных с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта, включая в комплексную терапию применение масляно-бальзамических антисептиков. Больным с данной патологией, после аппликационного обезболивания, проводилась антисептическая обработка афт и эрозий масляно-бальзамическими антисептиками последнего поколения. Установлено, что их применение приводит к эпителизации элементов поражения у пациентов с диагнозом «хронический рецидивирующий афтозный стоматит» уже на 3-е посещение, у пациентов с диагнозом «красный плоский лишай» улучшение наступило на 4-й процедуре. Отмечались эпителизация элементов

поражения, купирование воспалительного процесса пораженных участков слизистой, отсутствие болевого синдрома, за счет анестезина в составе препарата, что способствовало нормализации приема пищи, улучшению акта речи и психосоматического нарушения, реабилитационный период протекает мягко и в более сокращенные сроки. Полученные нами данные позволяют внедрить данную схему лечения в клинику терапевтической стоматологии для консервативного лечения пациентов с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, афтозный стоматит, эпителизация, афта, боль.

THE EFFICIENCY OF APPLICATION OF OIL-BALSAMIC ANTISEPTICS IN PATIENTS WITH EROSIIC AND ULCERENT DAMAGES OF THE MUCOSA OF THE ORAL CAVITY

K. G. Karakov, T. N. Vlasova, E. E. Khachatryan, A. V. Oganyan, A. V. Em, A. E. Khachatryan

Annotation. A clinical study aimed at improving the treatment of patients with erosive and ulcerative lesions of the oral mucosa,

including the use of oil-balsamic antiseptics in complex therapy, was conducted. After application pain relief, patients with this pathology underwent antiseptic treatment of aphthae and erosion with the latest generation of oil-balsamic antiseptics. It was found that their use leads to epithelialization of the lesion elements in patients with a diagnosis of chronic recurrent aphthous at the 3rd visit, in patients diagnosed with lichen planus improvement occurred in 4 procedures. Epithelialization of the elements of the lesion, relief of the inflammatory process of the affected areas of the mucosa, the absence of pain, due to anesthesia

in the composition of the drug were noted, which contributed to the normalization of food intake, improvement of speech and psychosomatic disturbance, the rehabilitation period proceeds gently and in a shorter time. Our data allow us to introduce this treatment regimen into the clinic of therapeutic dentistry for the conservative treatment of patients with erosive and ulcerative lesions of the oral mucosa.

Keywords: oral mucosa, aphthous stomatitis, epithelialization, aphtha, pain.

ВВЕДЕНИЕ

Трудности в диагностике и лечении патологии слизистой оболочки полости рта вызваны многообразием заболеваний и, в то же время, сходством клинических проявлений, различающихся по этиологии и патогенезу [1, 2, 3].

Диагностика заболеваний слизистой оболочки полости рта требует знания элементов поражения, излюбленных мест локализации, а также применения методов исследования, их интерпретации для дифференциальной диагностики.

Для постановки диагноза необходимо знание проявлений на слизистой полости рта патологий органов и систем макроорганизма [4, 5]. На врача-стоматолога ложится ответственность за своевременную диагностику многих состояний и обязанность вовремя направить пациента к соответствующему специалисту [6, 7, 8].

Поражения слизистой оболочки полости рта можно условно разделить на две группы: заболевания, развивающиеся непосредственно под влиянием воздействий патогенных факторов на слизистую оболочку, и поражения слизистой оболочки, являющиеся симптомами патологии внутренних органов и систем организма [9, 10, 11]. Иногда изменения в полости рта являются первыми проявлениями таких состояний, как инфекционные заболевания, заболевания крови, ВИЧ-проявления и др.

При некоторых заболеваниях слизистой оболочки полости рта возможна наследственная предрасположенность (например, буллезный эпидермолиз, экзематозный хейлит) [11, 12]. Давность заболевания влияет на тяжесть, течение и развитие осложнений, а также на выбор метода лечения. Иногда можно выделить непосредственную причину патологии (травматический фактор, поражение лучевой терапией, курение, вредные привычки и т. д.). Все эти факторы позволяют подобрать оптимальный метод лечения и лекарственные средства [13, 14, 15].

Предметом нашего исследования являлась оценка клинической эффективности комплексного использования масляно-бальзамических антисептиков для неспецифической терапии слизистой оболочки органов полости рта.

ЦЕЛЬ

Оценить ранозаживляющий и обезболивающий эффект масляно-бальзамических антисептиков последнего поколения при лечении слизистой оболочки органов полости рта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 20 человек в возрасте от 20 до 50 лет с патологией слизистой оболочки полости рта, из них 10 человек с диагнозом «красный плоский лишай эрозивно-язвенной формы», 10 человек с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом тяжелой формой (афты Сеттона). Диагнозы были поставлены на основе основных и дополнительных методов исследования, а также после обследования специалистами смежных профилей, такими как гастроэнтеролог, невролог, иммунолог-аллерголог, дерматолог. Учитывая тот факт, что болевой синдром присутствует при данных патологиях, элементы поражения зачастую могут провоцировать наличие вторичной инфекции, всегда имеющейся в полости рта при наличии кариозных полостей, пародонтальных карманов, неудовлетворительной гигиены.

Комплекс местных лечебных мероприятий включает в себя: уроки гигиены полости рта, санацию и лечение патологии пародонта — по возможности, устранение гальванизации, удаление очагов хронической инфекции (по показаниям). После аппликационного обезболевания афт и эрозий раствором анестетика проводили антисептическую обработку масляно-бальзамическими антисептиками последнего поколения. В качестве препарата использовали Олазол.

Олазол — это комбинированный аэрозольный препарат, в состав которого входят масло облепиховое, левомицетин, анестезин, кислота борная и др. Олазол оказывает противомикробное и стимулирующее действие, способствует эпителизации, купированию болевого процесса за счет входящего в его состав анестезина, нарушает синтез белка в микроорганизмах, тормозит их рост и размножение за счет входящих в его состав левомицетина и борной кислоты. Данная лекарственная композиция оказывает выраженное действие на грамположительные и грамотрицательные бактерии, грибы, факультативные аэробы и анаэробы, вирусы герпеса, стимулирующие образование вторичной инфекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

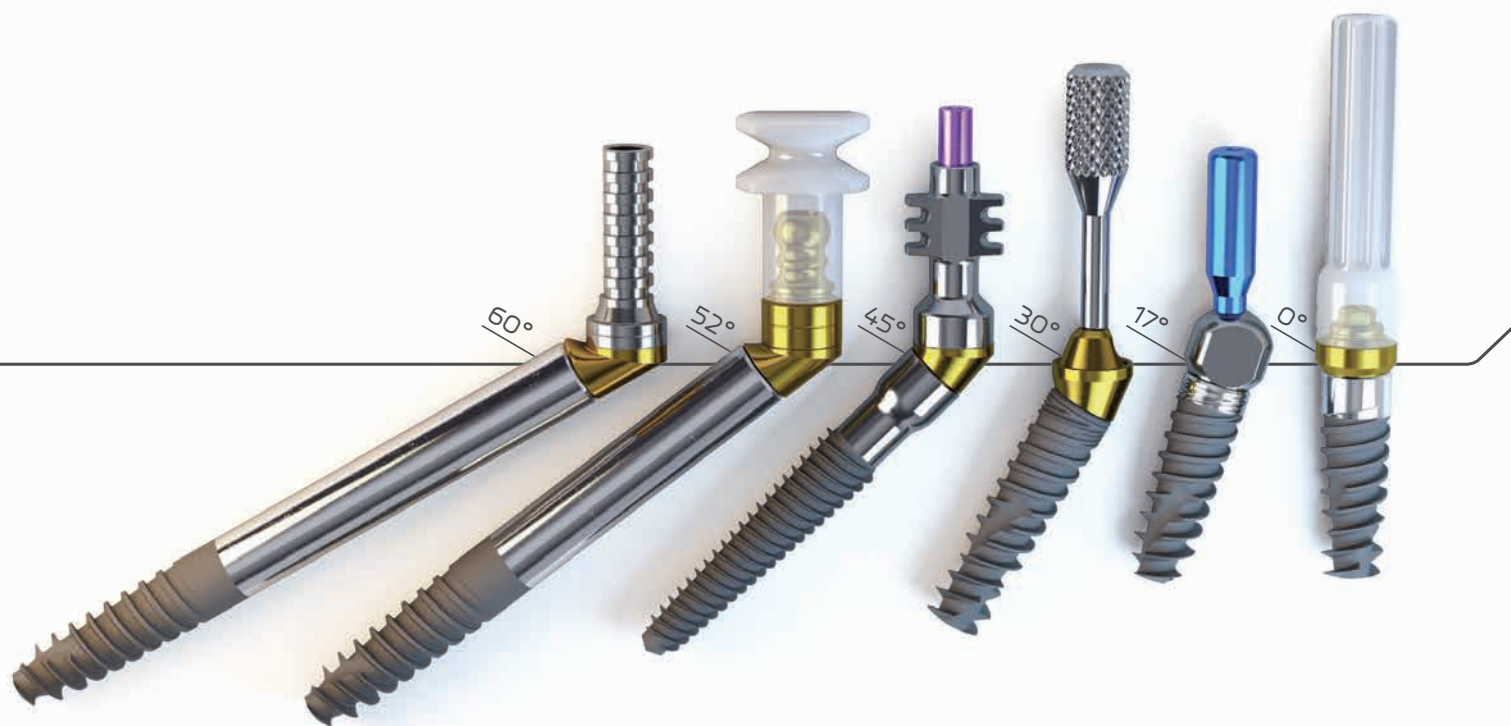
Пациенты с диагнозом «хронический рецидивирующий афтозный стоматит» отмечали эпителизацию элементов поражения уже на 3-м посещении. У пациентов с диагнозом «красный плоский лишай» улучшение наступило на 4-й процедуре. Отмечалась эпителизация элементов поражения, отсутствие болевого синдрома, что способствовало нормализации приема пищи, улучшению



NORIS Medical®

ENGINEERED FOR HEALTH

**ПРОИЗВОДИТ ВСЕ
ДЛЯ НЕМЕДЛЕННОЙ НАГРУЗКИ**



Имплантаты

Multi-Unit

CAD/CAM

**PteryFit
Zygomatic
TuffPro
Tuff**

**17° / 30° / 45°
52° / 60°**



#ВсеHaNoris

#AllOnNoris



NORIS Medical®
ENGINEERED FOR HEALTH

Noris Medical

ул. Матросская Тишина 32 стр. 2. 107076 – Москва
Т. +7 495 984 67 47 | info@norisacademy.com

С 1992 года в индустрии

dental4windows i5

Ведущая система для управления стоматологической практикой



- ✓ Удобное электронное расписание
- ✓ Маркетинг для клиники
- ✓ 3D-карта зубов и 3D-визуализация черепа
- ✓ Наглядная система аналитики (KPI) клиники
- ✓ Бонусная система *новинка!*
- ✓ Ортодонтическая карта пациента *новинка!*
- ✓ Сопряжение с Онлайн кассами, ip-телефонией, ЭЦП *новинка!*
- ✓ Онлайн запись пациентов на прием и Онлайн бланки *новинка!*
- ✓ SMS-информирование пациентов с обратной связью
- ✓ Сопряжение с рентген-оборудованием
- ✓ Многофилиальный режим
- ✓ Складской учет материалов
- ✓ Взаимодействие со страховыми компаниями и лабораториями

8 800 333-21-51 www.d4w.ru 8 495 374-66-47

акта речи и психосоматического нарушения. В последующем пациентам с данными патологиями было рекомендовано обращаться на повторный цикл лечения через 3 месяца. При благоприятном течении в последующем обращения могут быть раз в полгода.

Обобщая результаты проведенного лечения, следует подчеркнуть целесообразность применения масляно-бальзамических антисептиков в комплексной терапии пациентов с заболеванием слизистой оболочки полости рта.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в результате проведенного клинического исследования, направленного на совершенствование методов лечения больных с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта, основанных на включении в комплексную терапию

применения масляно-бальзамических антисептиков, наблюдалось уменьшение активности и сокращение продолжительности болевого синдрома, ускорение процесса эпителизации эрозивно-язвенных поражений, купирование воспалительного процесса пораженных участков слизистой оболочки, при этом реабилитационный период протекает мягко и в более сокращенные сроки.

Все предложенные рекомендации по применению масляно-бальзамических антисептиков в комплексной терапии заболеваний слизистой оболочки полости рта могут быть использованы при лечении в условиях амбулаторного стоматологического приема. Мы рекомендуем проведение последующих аналогичных курсов лечения пациентам с данными нозологическими формами 2–3 раза в год.

ЛИТЕРАТУРА

1. Караков К. Г. К вопросу о лечении хронических рецидивирующих трещин губ и их сочетания с эксфолиативным хейлитом / К. Г. Караков, Э. Э. Хачатурян, Т. Н. Власова, А. В. Оганян, А. Э. Хачатурян // Вестник Медицинского стоматологического института. — 2016. — №1. — С. 23–25.
2. Караков К. Г. Регенераторы и репараторы в комплексной терапии (случай из практики) / К. Г. Караков, Э. Э. Хачатурян, Т. Н. Власова, А. В. Оганян, А. Э. Хачатурян // Медицинский алфавит. — 2015. — №13. — С. 17–18.
3. Соловьева О. А. Применение препаратов пролонгированного действия для местной противовоспалительной терапии воспалительных заболеваний пародонта / О. А. Соловьева, Э. Э. Хачатурян, А. М. Хабыртова, М. А. Татарканова, Р. Ю. Темрезев // Сборник научных трудов «Проблемы медицины в современных условиях». — 2014. — С. 292–294.
4. Караков К. Г. Особенности диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта / Власова Т. Н., Оганян А. В., Лавриненко В. И., Чавушьян Д. В., Мордасов Н. А. // Учебное пособие. — Ставрополь: УМО, 2011. — 120 с.
5. Новиков С. В. Гомеопатическая терапия при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите / Новиков С. В., Савельев П. А., Лавриненко В. И., Мордасов Н. А. // В сборнике: «Актуальные аспекты современной стоматологии и имплантологии». Материалы научно-практической конференции. — 2017. — С. 77–80.
6. Еременко А. В. Диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний пародонта у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении / А. В. Еременко, В. А. Шумилина, Э. Э. Хачатурян, Н. В. Шацкая, Н. А. Мордасов // Актуальные вопросы клинической стоматологии: сб. науч. трудов. — Ставрополь, 2016. — С. 93–96.
7. Базарный В. В., Полушина Л. Г., Светлакова Е. Н., Мандра Ю. В., Цвиренко С. В. Новые возможности лабораторной иммунодиагностики хронического пародонтита // Лабораторная служба. — 2017. — №3. — С. 34.
8. Пародонтология: национальное руководство / Под ред. проф. Л. А. Дмитриевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 704 с.
9. Базарный В. В., Журавлев В. П., Мандра Ю. В., Николаева А. А., Ваневская Е. А., Полушина Л. Г. Иммунологические особенности ротовой жидкости у пациентов с герпесвирусной инфекцией // Уральский медицинский журнал. — 2013. — №5(110). — С. 5–8.
10. Базарный В. В. Иммунологический анализ ротовой жидкости как потенциальный диагностический инструмент / В. В. Базарный, Л. Г. Полушина, Е. А. Ваневская // Российский иммунологический журнал. — 2014. — Т. 8 (17). — №3. — С. 769–771.
11. Молоков В. Д., Большедворская Н. Е. Методика применения клеевой композиции «Сульфакрилат» и оценка ее клинической эффективности в комплексном лечении пародонтита // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2017. — Т. 100. — №1. — С. 172–175.
12. Мордасов Н. А. Оценка результатов комплексной терапии хронического стероидного генерализованного пародонта / Н. А. Мордасов, И. В. Иванюта, А. В. Еременко, О. В. Кузнецова // Сборник «Актуальные вопросы клинической стоматологии». Сборник научных работ. — 2016. — С. 109–112.
13. Мордасов Н. А. О роли и методах воздействия на микроциркуляторные нарушения при заболеваниях пародонтального комплекса / С. В. Новиков, Г. В. Касимова, И. В. Иванюта // Сборник «Актуальные аспекты современной стоматологии и имплантологии». Материалы научно-практической конференции. — 2017. — С. 75–77.
14. Новиков С. В. Использование комплексного гомеопатического препарата «Мукоза Композитум» при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите / С. В. Новиков, П. А. Савельев, А. В. Еременко // Сборник «Актуальные вопросы клинической стоматологии». Материалы XLVI научно-практической конференции стоматологов Ставропольского края. — Ставрополь: Ставропольская государственная медицинская академия, 2012. — С. 223–224.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь, e-mail: terstomsgma@yandex.ru

Караков Карен Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии;
Власова Татьяна Николаевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии;
Оганян Артур Вейганович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии;
Мажаров Виктор Николаевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения;
e-mail: ozdsgma@rambler.ru;

Каракова Светлана Николаевна — кандидат медицинских наук, врач-невропатолог;

Хачатурян Эмилия Эдуардовна — доктор медицинских наук, профессор кафедры терапевтической стоматологии; e-mail: emilia@mail.ru;

Хачатурян Араксия Эдуардовна — лаборант кафедры терапевтической стоматологии; e-mail: araksiya92@yandex.ru;

Эм Александра Викторовна — ассистент кафедры организации стоматологической помощи, менеджмента и профилактики стоматологических заболеваний, врач-стоматолог 1-й категории.

ИСТОРИЯ ОДНОЙ БОЛЕЗНИ

Л. П. Вербицкая, С. А. Нерсисянц, Л. А. Нанавян

Аннотация. Статья содержит описание клинического наблюдения трансформации очага хронического воспаления на языке

в раковую опухоль с промежуточным актиномикозом и инвазивным кандидозом на фоне массивной пенициллинотерапии.

Ключевые слова: язык, хроническое воспаление, актиномикоциты, кандидоз.

THE HISTORY OF ONE DISEASE

L. P. Verbitskaya, S. A. Nersesyans, L. A. Nanavyan

Annotation. The article contains a clinical observation of the transformation of the focus of chronic inflammation in the tongue

into a cancer tumor with intermediate actinomycosis and invasive candidiasis on the background of massive penicillin therapy.

Keywords: lingula, chronic inflammation, actinomycosis, candidiasis.

ВВЕДЕНИЕ

Среди раковых заболеваний органов полости рта рак языка занимает первое место по частоте и составляет 52–55%. Рак языка обычно развивается на его боковой поверхности, соответственно жевательным зубам, на фоне хронической травмы, предшествующих предраковых заболеваний, либо на неизменной слизистой. Дифференциальная диагностика проводится с различными заболеваниями языка в зависимости от формы опухолевого процесса: при папиллярной форме необходимо отличие от папиллом, при язвенной — от травматических повреждений, при инфильтрационной — от актиномикоза.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Т., 25 лет, обратилась в отделение челюстно-лицевой хирургии РОКБ в декабре 2014 г. с жалобами на болезненное изъязвление на кончике языка справа, болезненный прием пищи, боли при разговоре (речи). Болеет с сентября 2014 г., когда впервые заметила уплотнение на языке, которое связывает с травмой брекетами, после которой возник участок изъязвления на языке.

При осмотре: на кончике языка справа от средней линии имеется участок уплотнения размерами 1,0х0,8см, в центре с изъязвлением 0,5х0,3х0,1 см. Пальпация участка резко болезненная. Инфильтрации нижней поверхности языка нет. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Дно язвы под белесовато-серой пленкой. Был взят соскоб для цитологического исследования. Результат — хроническое неспецифическое воспаление. На первом этапе хирургического лечения произведено иссечение слизистой в пределах здоровой ткани. Гистологический анализ подтвердил данные цитологии.

В мае 2015 г. пациентка обратилась в отделение повторно по поводу изъязвления вокруг послеоперационного рубца на языке, хотя брекет-система у пациентки удалена при первичном обращении, до первого оперативного вмешательства (причина хронической травмы устранена). Пациентке была выполнена клиновидная резекция языка. Послеоперационное течение гладкое. Гистологический результат — изъязвление с развитием грануляционной ткани, скоплением друз актиномицет. Проведено лечение актинолизатом по 3,0 мл в/м 2 раза в неделю №10.

В течение 1 года больная жалоб не предъявляла. В мае 2016 г. повторно обратилась с жалобами на появление свища в области рубца. Выполнена ревизия послеоперационного рубца с иссечением измененных тканей, удалением неабсорбируемого шовного материала (Викрил). Рана зажила первичным натяжением. Гистологический

анализ (май 2016 г.) — фрагменты фиброзно-мышечной ткани, атрофия, дистрофия мышц, их фрагментация, единичные многоядерные клетки инородных тел.

До ноября 2016 г. пациентка не обращалась в клинику. При обращении и осмотре выявлена инфильтрация тканей языка, участки изъязвления вокруг послеоперационного рубца, болезненность при пальпации. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Выполнена пункционная биопсия и взят соскоб материала с измененной слизистой. Цитологически при исследовании пунктата выявлены друзы актиномицет, в соскобе — инвазивный кандидоз. Пациентке рекомендовано дальнейшее лечение у миколога.

Дальнейшее лечение (консервативное) пациентка проходила на базе Северо-Западного медицинского института им. Мечникова (г. Санкт-Петербург) с диагнозом: «актиномикоз языка». Больная получала амоксициллин 0,5 4 раза в течение 3-х дней, затем бензилпенициллин 20 млн ЕД в сутки — 14 дней, кларитромицин 1,0 г в сутки — 7 дней. После выписки пациентке был рекомендован амоксициллин по 2,0 г в сутки в течение 3-х месяцев.

На фоне проводимой терапии состояние пациентки ухудшилось. Болевой синдром нарастал, язва слизистой языка увеличивалась в размерах. Инфильтрация тканей языка также увеличилась, появилось нарушение дикции. Стали увеличены поднижнечелюстные, подподбородочные лимфоузлы. Выполнена эксцизионная биопсия, гистологический анализ — плоскоклеточный низкодифференцированный рак.

В дальнейшем пациентке на базе РНИОИ после проведенной лучевой терапии выполнена резекция 2/3 языка с верхним фасциально-футлярным иссечением жировой клетчатки, лимфоузлов, удалением подчелюстной и подъязычной слюнной железы. Наблюдение в течение 1 года показало, что признаков рецидива опухоли нет.

ВЫВОДЫ

1. Причиной появления инфильтрата кончика языка явилась его хроническая травма брекетами.
2. У пациентки атипичное развитие злокачественного опухолевого процесса на фоне поражения языка актиномикозом.
3. Необходимость диспансерного наблюдения пациентов данной категории риска (с установленным диагнозом: «актиномикоз языка» и длительной пенициллинотерапией).
4. Возможно, благодаря медленной трансформации воспалительного процесса в раковый, проведение комбинированного лечения способствовало ликвидации рака языка, отсутствию рецидива и отдаленного метастазирования в течение 1 года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрова Л. В., Перламутров Ю. Н., Арутюнов С. Д., Цветкова Л. А. Заболевания слизистой оболочки рта и губ. — М.: МЕДпресс-информ, 2014. — 208 с.
2. Цепов Л. М., Цепова Е. Л., Цепов А. Л. 555 заболеваний слизистой оболочки рта, языка и губ. — М.: МЕДпресс-информ, 2015. — 224 с.
3. Агапова В. С., Арутюнова С. Д., Шулакова В. В. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 184 с.
4. Батраков А. В. Проявления актиномикоза в челюстно-лицевой области. — СПб.: Человек, 2014. — 27 с.
5. Морозова С. И., Савельева Н. А. Заболевания слизистой оболочки рта. Атлас. — М.: Медицинское информационное агентство, 2012. — 272 с.
6. Барк К., Бургорф В., Хеде Н. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника. Диагностика и лечение. Атлас и руководство. — М.: Медицинская литература, 2011. — 438 с.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ГБУ РО «РОКБ», г. Ростов-на-Дону

Вербицкая Лидия Петровна — врач хирург-стоматолог отделения челюстно-лицевой хирургии, ассистент кафедры стоматологии ФПК и ППС РостГМУ, e-mail: lverb@mail.ru;

Нерсесянц Сергей Аванесович — заслуженный врач РФ, челюстно-лицевой хирург, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии;

Нанавян Левон Агаронович — врач челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии, e-mail: lev010@rambler.ru.

УДК 616.314.18—002.4

ЭНДОПАРОДОНТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА

К. Г. Караков, Т. Н. Власова, А. В. Оганян, А. Э. Хачатурян, М. А. Цурова, К. С. Акбердина,
А. Г. Михайлюта

Аннотация. Проведен сравнительный анализ применения методики лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести с депульпированием и без депульпирования зубов, в сочетании с традиционной методикой лечения заболеваний пародонта. Отобрано 20 пациентов в возрасте 18—46 лет. Акцентировано внимание на методике лечения хронического генерализованного пародонтита средней тяжести с депульпированием зубов и наложением адгезивных повязок в проекции пародонтальных карманов на 30 минут, курсом 7 процедур. Установлено, что по данным рентгенологического исследования спустя 3 месяца констатируется полное восстановление костной ткани, отдаленные результаты демонстрируют существенное уменьшение значений глубины пародонтальных карманов, степени подвижности зубов, индекса кровоточивости десны. Совокупность

комбинаций показала, что выбранный комплекс традиционной противовоспалительной терапии и депульпирования зубов при патологии пародонта способствуют стабилизации процесса в пародонте на более длительный срок. На основании результатов, полученных в процессе исследования, мы рекомендуем проводить депульпирование зубов в комплексном лечении генерализованного пародонтита средней степени тяжести.

Полученные нами данные позволяют внедрить данную схему лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести в клинику терапевтической стоматологии.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, кровоточивость, десна, пародонтальный карман, депульпирование зубов.

ENDOPARODONTAL SYNDROME IN PERIODONTOLOGY

K. G. Karakov, T. N. Vlasova, A. V. Oganyan, A. E. Khachaturian,
M. A. Turova, K. S. Akberdina, A. G. Mikhailuta

Annotation. A comparative analysis of the application of the methodology for the treatment of chronic generalized periodontitis of moderate severity with and without tooth removal, in combination with the traditional method of treatment of periodontal disease in 20 patients of women and men equally between the ages of 18—46 years. Emphasis is placed on the treatment of chronic generalized periodontitis of moderate severity with tooth removal and the application of adhesive dressings in periodontal pockets for 30 minutes, a course of 7 procedures. It was established that, according to an X-ray examination, 3 months later a complete restoration of bone tissue was found; long-term results demonstrate

a significant decrease in the values of periodontal pockets depth, degree of tooth mobility, and gum bleeding index. The combination of combinations showed that the selected complex of traditional anti-inflammatory therapy and tooth removal for periodontal pathology helps to stabilize the process in periodontium for a longer period. Based on the results obtained in the course of the study, we recommend tooth removal in the complex treatment of generalized periodontitis of moderate severity.

Our data allow us to introduce this treatment regimen of chronic generalized periodontitis of moderate severity into the clinic of therapeutic dentistry.

Keywords: chronic generalized periodontitis, bleeding, gums, periodontal pocket, dental depulcation.

Воспалительные заболевания пародонта являются одной из наиболее актуальных проблем в стоматологии. Большинство исследователей едины во мнении, что основным этиологическими факторами воспалительных заболеваний пародонта являются микроорганизмы зубной бляшки, продукты их жизнедеятельности, неблагоприятные условия, складывающиеся в полости рта, способные усиливать или ослабевать патогенетический потенциал

микроорганизмов, а также общие механизмы защиты, определяющие сопротивляемость тканей пародонта к патогенным воздействиям (Дуназина Т. М. [и др.], 2001; Дмитриева Л. А., Крайнова А. Г., 2004; Артюшквич А. С., 2006).

Усиление патогенетического потенциала микроорганизмов происходит на фоне реализации комплекса местных и общих факторов [1, 2]. К местным следует отнести следующие: ретенцию зуба и нарушение

микроциркуляции в зоне повреждения, отложения над- и поддесневого зубного камня; нарушение эмалево-цементного соединения зубов; развитие кариеса коронки и корня зуба; скученность зубов и их аномальное положение; нарушение окклюзии, бруксизм, ротовое дыхание; короткие уздечки губ, языка и боковые тяжи, неудовлетворительную гигиену полости рта [3, 4]. Общие факторы, способствующие развитию генерализованного процесса в пародонте, — это нарушение липидного обмена, авитаминозы, эндокринные расстройства, патология щитовидной железы, хронический стресс, заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и др. [5].

В последнее время в литературных источниках появились данные об обнаружении в пародонтальных карманах и корневых каналах при маргинальных и апикальных заболеваниях пародонта вируса простого герпеса, Эпштейна-Барр, цитомегаловируса и других патогенов [6]. Поэтому существует мнение авторов, об определенной роли размножения агрессивной микрофлоры, включая представителей пародонтогенов, как пусковой механизм развития заболевания пародонта. В ответ на агрессию микроорганизмов макроорганизм активирует защитные механизмы, способствующие уменьшению адгезии бактерий, минимизирующих колонизацию микрофлоры в зубодесневой области. К данным механизмам относятся:

- активное вымывание микробов током слюны;
- действие лизоцима слюны на стенки некоторых бактерий;
- влияние лактоферрина, снижающего интенсивность свободно радикальных реакций, влияющих на метаболизм микроорганизмов [7, 8].

Морфологическая и функциональная общность эндодонта и пародонта определяет высокую степень вероятности совместного вовлечения их в патологический процесс. Неоспоримым фактом является единство таких структур, как зуб и пародонт, поэтому в последнее время появилось понятие «эндодонтальный синдром». Так, в исследованиях ученых, как российских, так и зарубежных, доказано влияние альтерации десен на состояние пульпы. Спровоцировать такое воздействие может резорбция цемента, который находится в контакте с воспалительными тканями пародонта, в результате этого корневые каналы меньшего диаметра, чем зубы без данной нозологической формы. Под воздействием микрофлоры пародонтальных карманов пульпа подвержена процессу быстрого старения и, таким образом, уменьшению в размере, что приводит к хроническим воспалительным процессам в ней [9]. Выявлена корреляция между ультраструктурой пульпы и уровнем ее электровозбудимости. Распространению воспаления из пародонтальной щели в пульпу может способствовать наличие добавочных каналов, пронизывающих дентин корня, которые являются прямыми путями распространения инфекции в пульповую камеру.

При эндодонтальном синдроме, когда первичное воспаление начинается в пародонте, лечение

пародонтита, включая кюретаж и другие хирургические манипуляции, ликвидирующие очаги воспаления, может уменьшать проникновение микробов в пульпу. Однако следует подчеркнуть, что эндодонтическое лечение входит в комплекс мероприятий по ликвидации патологического процесса в пародонте или эндодонте. Прекращение развития очага инфекции в апикальной части периодонта saniрует состояние маргинального края [9, 10, 11].

АКТУАЛЬНОСТЬ

Настоящее исследование является подтверждением клинической эффективности депульпирования зубов в комплексном лечении генерализованного пародонтита средней тяжести.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность метода депульпирования зубов в комплексе лечебных мероприятий при лечении пародонтита генерализованного средней степени тяжести.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клиническое исследование проводилось на 20 пациентах в возрасте 18–46 лет с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. Все исследуемые посетили смежных специалистов, таких как гастроэнтеролог, невролог, эндокринолог, терапевт. У 5 пациентов выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта, у 10 пациентов — эндокринная патология. Пациенты предъявляли жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов, откусывании мягкой пищи, подвижность зубов, появлению трем, диастем, клиновидных дефектов, явление гиперестезии у шеек зубов.

Комплекс местных лечебных мероприятий включал в себя: профессиональную гигиену полости рта, обучение стандартному методу чистки зубов, наложение адгезивных повязок на 30 мин. Курс составлял 1 неделю. Затем был проведен метод депульпирования зубов у 10 пациентов, имеющих подвижность 2 степени. Эндодонтическое лечение было осуществлено с использованием техник crowdown. Удаление смазанного слоя, а также антисептическая обработка в корневых каналах осуществлялись 3% раствором гипохлорита натрия. Данный препарат обладает выраженным бактерицидным и некролитическим действием, что важно для устранения органических остатков. Завершающим этапом эндодонтического лечения при генерализованном пародонтите средней степени являлось пломбирование (обтурация) системы корневых каналов с использованием гуттаперчевых штифтов в сочетании с корневыми силерами. Качество обтурации каналов подтверждалось рентгенологическим контролем. По данным рентгенологического исследования констатировано полное восстановление кортикальной пластинки кости у 7 пациентов и частичное — у 3 обследованных.

Повторные исследования рекомендуется проводить через 1 год так как неудовлетворительные результаты эндодонтического вмешательства при

генерализованном пародонтите средней степени тяжести могут провоцировать обострение заболевания пародонта и усиливать резорбцию альвеолярной кости. 10 пациентам было проведено лечение по традиционной схеме без этапа депульпирования группы зубов, что в дальнейшем привело к потере зубов, имеющих подвижность.

Оценка отдаленных результатов клинического обследования позволяет отметить значительное улучшение большинства качественных и количественных показателей, причем в группе с депульпированными зубами наблюдается существенное уменьшение значений глубины пародонтальных карманов, степени подвижности зубов, индекса кровоточивости десны, ПИ и т. д.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Соблюдая методики комплексного лечения генерализованного пародонтита средней степени тяжести с применением депульпирования зубов, была отмечена

стабилизация процесса в 80% случаев (у 16 человек). Между тем, в группе без депульпирования (4 человека) о стабилизации процесса можно говорить только в 20% случаев. Кроме того, у данной группы зафиксированы признаки ухудшения состояния тканей пародонта. Результаты данного наблюдения показали, что показания к удалению зубов в отдаленные сроки наблюдения возникли только в группе больных с патологией пародонта с недепульпированными зубами.

ВЫВОДЫ

Таким образом, исследование показало, что курс лечения выбранным комплексом традиционной противовоспалительной терапии и депульпирование зубов при патологии пародонта способствуют стабилизации процесса в пародонте на 12 месяцев. На основании результатов, полученных в процессе исследования, мы рекомендуем проводить депульпирование зубов в комплексном лечении генерализованного пародонтита средней степени тяжести.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безрукова И. В., Грудянов А. И. Агрессивные формы пародонтита / И. В. Безрукова, А. И. Грудянов — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2002. — 127 с.
2. Касимова Г. В. Мелатонин в комплексном лечении заболеваний пародонта на фоне сахарного диабета / Г. В. Касимова, О. В. Кузнецова, Н. А. Мордасов, А. К. Мхитарян // Сборник «Актуальные аспекты современной стоматологии и имплантологии». Материалы научно-практической конференции. — 2017. — С. 55—60.
3. Караков К. Г. Опыт клинического применения лазерной фотодинамической системы в стоматологии / К. Г. Караков, Э. Э. Хачатурян, З. А. Сеираниду // Пародонтология. — 2012. — №1. — С. 61—63.
4. Караков К. Г. Сравнительная характеристика методов лечения хронических периодонтитов с применением антибактериальной фотодинамической терапии (в одно посещение) и препарата Calasept / К. Г. Караков, Э. Э. Хачатурян, Е. Г. Бабаян, К. С. Гандылян, И. А. Базиков, В. А. Зеленский, М. А. Цурова, З. А. Сеираниду // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2015. — №3. — С. 242—245.
5. Лавриненко В. И. Использование иммуномодуляторов при лечении воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта / В. И. Лавриненко, П. А. Савельев // Сборник «Новое в теории и практике стоматологии». Материалы XV Форума ученых Юга России в рамках научной конференции. — 2016. — С. 93—96.
6. Соловьева О. А. Воздействие иммобилизованных препаратов на пародонт / О. А. Соловьева, П. А. Савельев, С. В. Новиков, Л. А. Боташева, И. К. Копсергенова // Сборник «Актуальные вопросы и перспективы развития медицины». Сборник научных трудов по итогам III международной научно-практической конференции. — 2016. — С. 141—143.
7. Соловьева О. А. Реакция сосудистой системы пародонта на аппликации препарата растительного происхождения, иммобилизованного на полисорбе / О. А. Соловьева, А. В. Еременко, Г. А. Аюпьян, О. Г. Гобаева, М. В. Кузнецова // Сборник «Актуальные вопросы и перспективы развития медицины». Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. — 2015. — С. 96—98.
8. Соловьева О. А. Целесообразность комплексного лечения обострившихся хронических верхушечных периодонтитов / О. А. Соловьева, С. В. Новиков, Н. Б. Ванченко, К. Г. Ерзинкян, М. А. Камышан // Актуальные проблемы и достижения в медицине. Сборник научных трудов по итогам III международной научно-практической конференции. — 2016. — С. 179—180.
9. Соловьева О. А. Противовоспалительная и антимикробная терапия при лечении верхушечных периодонтитов / О. А. Соловьева, К. Г. Караков, Э. Э. Хачатурян, П. А. Савельев, А. А. Саркисов // Вестник Медицинского стоматологического института. — 2016. — №1. — С. 8—10.
10. Соловьева О. А. Обзор способов лечения различных форм пародонтитов / О. А. Соловьева, А. В. Еременко, А. М. Хыбыртова, А. Д. Салпагарова, Э. А. Псеунова // Сборник «Основные проблемы в современной медицине». Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Инновационный центр развития образования и науки. — 2014. — С. 127—129.
11. Чавушьян К. Д. Фотодинамическая терапия — эффективный способ воздействия на пародонтопатогенные микроорганизмы при лечении пародонтита / К. Д. Чавушьян, З. М. Гадзацева, Г. В. Маркарова, Е. Г. Бабаян, К. Г. Караков // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2010. — №1. — С. 13—16.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь

Караков Карен Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии; e-mail: terstomsgma@yandex.ru;

Власова Татьяна Николаевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии; e-mail: terstomsgma@yandex.ru;

Оганян Артур Вейганович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии; e-mail: terstomsgma@yandex.ru;

Хачатурян Араксия Эдуардовна — аспирант кафедры терапевтической стоматологии; e-mail: araksiya92@yandex.ru;

Цурова Марета Ахметовна — аспирант кафедры терапевтической стоматологии; e-mail: terstomsgma@yandex.ru;

Акбердина Ксения Сергеевна — студентка 431 группы стоматологического факультета; e-mail: aksinya98@bk.ru;

Михайлюта Александра Геннадьевна — студентка 434 группа стоматологического факультета; e-mail: mihaylyuta.AG@yandex.ru.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ (АНАЛИЗ СИТУАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД 2010—2018 ГГ.)

А. В. Смышляев, Ю. Ю. Мельников, М. А. Садовская

Аннотация. Демографическая безопасность характеризует защищенность социально-экономического развития общества от внутренних и внешних демографических угроз. Сокращение численности населения является актуальной проблемой развития страны. Численность населения в значительной степени может определять и социально-экономические показатели развития страны. Темпы социально-экономического развития сдерживаются низкой продолжительностью жизни населения, углублением процесса старения общества, а также

непрекращающимися процессами естественной убыли населения. Общая численность населения имеет тенденцию к росту, но увеличение общего прироста населения происходит исключительно за счет миграционного компонента. Соотношение возрастных категорий имеет тенденцию к снижению численности трудоспособного населения и росту численности населения младше и старше трудоспособного возраста.

Ключевые слова: демографические показатели, Российская Федерация.

DEMOGRAPHIC PROBLEMS OF MODERN RUSSIA (ANALYSIS OF THE SITUATION IN THE RUSSIAN FEDERATION IN THE PERIOD OF 2010—2018)

A. V. Smyshlyayev, Yu. Yu. Melnikov, M. A. Sadovskaya

Annotation. Demographic security characterizes the security of the socio-economic development of society from internal and external demographic threats. The reduction in population is an urgent problem for the development of the country. The population to a large extent can determine the socio-economic indicators of the country's development. The pace of socio-economic development

is constrained by the low life expectancy of the population, the deepening of the aging process of society, as well as the ongoing processes of natural population decline. The total population tends to increase, but the increase in total population growth occurs solely due to the migration component. The ratio of age categories tends to decrease in the number of able-bodied people and an increase in the number of people younger and older than working age.

Keywords: demographic indicator, Russian Federation.

Одним из определений понятия «демография» является то, что это наука о закономерностях воспроизводства населения, о том, как зависит характер воспроизводства населения от социально-экономических условий страны и региона, от природных условий, от миграции населения. Демография изучает численность населения, описывает территориальное размещение и состав населения, исследует их изменения, причины и следствия этих изменений. Также демография дает рекомендации по улучшению территориального размещения населения. Некоторые авторы рассматривают демографию как вид эмпирической деятельности по сбору данных, описанию и анализу изменений в численности, составе и воспроизводстве населения [5, с. 114].

Демографическая безопасность характеризует защищенность социально-экономического развития общества от внутренних и внешних демографических угроз, обеспечивает сокращение уровня смертности и рост рождаемости, увеличение продолжительности жизни населения, регулирование миграционных процессов, сохранение и укрепление здоровья населения и улучшение демографической ситуации в стране. В современной научной литературе и политической практике проблема обеспечения демографической безопасности РФ является одной из самых дискуссионных [4, с. 80].

Одним из важных аспектов обеспечения социальной безопасности страны является снижение последствий осуществления угроз в демографической сфере. Рассматривая основные проблемы, касающиеся демографии страны, необходимо охарактеризовать тенденции изменения численности населения за определенные

исторические периоды, поскольку именно они определяют современное состояние демографии. Последствия распада СССР сформировали интенсивные миграционные и другие процессы, которые привели к резкому снижению численности населения. Например, за десятилетний период экономических реформ (1992—2002 гг.) общая численность населения сократилась почти на 4 млн. человек, или на 2,7% [3, с. 20].

Сокращение численности населения является актуальной проблемой и для современного периода развития страны, но в региональном разрезе эта тенденция имеет свои особенности. Численность населения в значительной степени может определять и социально-экономические показатели развития страны, но эта зависимость не всегда является прямой, скорее можно говорить о влиянии на повышение показателей экономики в связи с ростом качественных параметров рабочей силы и ростом производительности труда.

Темпы социально-экономического развития в настоящее время сдерживаются рядом факторов, среди которых важную роль играют демографические: низкая продолжительность жизни населения, углубление процесса старения общества, проблемы в состоянии института семьи, миграционные проблемы, а также непрекращающиеся процессы естественной убыли населения [3, с. 21]. Таким образом, к основным демографическим угрозам можно отнести: депопуляцию населения; старение населения; нерегулируемые миграционные процессы; деградацию института семьи.

В своих работах разные авторы рассматривают депопуляцию населения в качестве основной угрозы национальной безопасности России, и в свете объективного

Численность населения РФ за 2010—2018 гг.

Годы	Все население, млн. человек	в том числе		В общей численности населения, %	
		городское	сельское	городское	сельское
2010	142,9	105,3	37,6	74	26
2011	142,9	105,4	37,5	74	26
2012	143,0	105,7	37,3	74	26
2013	143,3	106,1	37,2	74	26
2014	143,7	106,6	37,1	74	26
2015	146,3	108,3	38,0	74	26
2016	146,5	108,6	37,9	74	26
2017	146,8	109,0	37,8	74	26
2018	146,9	109,3	37,6	74	26

процесса естественной убыли всего российского населения, и в качестве одного из главных доводов проведения оперативной миграционной политики, направленной на замещение природных граждан России мигрантами для компенсации дефицита «рабочих рук», необходимых для поддержания производства продукции народного потребления и обороноспособности страны. Однако, несмотря на некоторые расхождения, эксперты и аналитики единодушны относительно необходимости проведения эффективной социальной и национально ориентированной политики государства в целях сохранения и выживания России [1, с. 625]. Как было сказано выше, для России длительное время было характерно такое явление, как естественная убыль населения. Превышение смертности над рождаемостью связано не только с ухудшением социально-экономических условий в связи с рыночными преобразованиями в экономике, снижением

уровня жизни большей части населения России, продолжением старения населения, иммиграционными процессами, но и с возросшей смертностью населения трудоспособного возраста: доля населения трудоспособного возраста в общей численности умерших достигает 30% [1, с. 627].

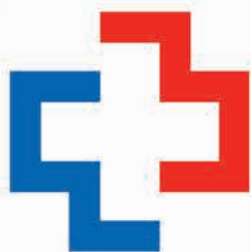
Рассматривая численность населения в исследуемый период (с 2010 по 2018 гг.), можно отметить, что в абсолютных показателях наблюдается невыраженный устойчивый рост населения, в основном, за счет городского населения. Так, в 2010 году численность составила 142,2 млн. человек, в то время как к 2018 году — уже 146,9 млн. человек (табл. 1). Соотношение (%) городского и сельского населения на протяжении периода оставалось неизменным — 74/26% (городское/сельское) [2].

Несмотря на то, что численность населения имеет тенденцию к увеличению, прирост происходит

Таблица 2

Компоненты изменения общей численности населения в РФ в 2010—2018 гг. (тыс. человек)

Годы	Численность населения на 1 января	Изменения за год			Численность населения на 31 декабря	Общий прирост за год, %
		общий прирост	естественный прирост	миграционный прирост		
2010	142833,5	31,9	-239,6	271,5	142865,4	0,02
2011	142865,4	191,0	-129,1	320,1	143056,4	0,13
2012	143056,4	290,7	-4,3	295,0	143347,1	0,20
2013	143347,1	319,8	24,0	295,8	143666,9	0,22
2014	143774,4	427,3	26,0	401,3	146267,3	0,21
2015	146267,3	277,4	32,0	245,4	146544,7	0,19
2016	146544,7	259,7	-2,3	262,0	146804,4	0,18
2017	146804,4	76,0	-135,8	211,8	146880,4	0,05
2018	146880,4	-99,7	-224,6	124,9	146780,7	-0,07



РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ RUSSIAN HEALTH CARE WEEK*

* Ежегодно входит в план научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения РФ
On the annual list of events supported by the Russian Ministry of Health Care

2–6 декабря 2019



За здоровую жизнь

X Международный форум по профилактике
неинфекционных заболеваний и формированию
здорового образа жизни



Здравоохранение

29-я международная выставка
«Медицинская техника, изделия медицинского
назначения и расходные материалы»



Здоровый образ жизни

13-я международная выставка «Средства реабилитации
и профилактики, эстетическая медицина, фармацевтика
и товары для здорового образа жизни»

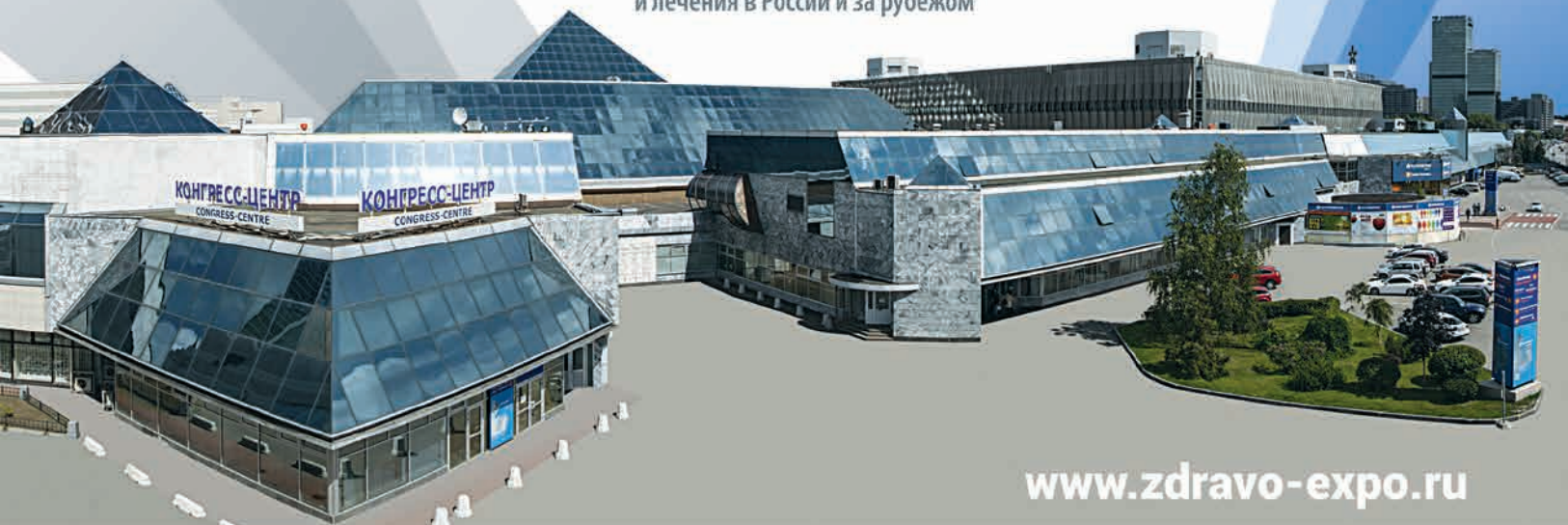
2–5 декабря 2019



MedTravelExpo

Санатории. Курорты. Медицинские центры

3-я международная выставка медицинских
и оздоровительных услуг, технологий оздоровления
и лечения в России и за рубежом



www.zdravo-expo.ru



Организаторы:
– Государственная Дума ФС РФ
– Министерство
здравоохранения РФ
– АО «ЭКСПОЦЕНТР»

При поддержке:
– Совета Федерации ФС РФ
– Министерства промышленности и торговли РФ
– Российской академии наук
– ТПП РФ
– Всемирной организации здравоохранения
– Федерального агентства по туризму (Ростуризм)

 ЭКСПОЦЕНТР



Россия, Москва, ЦВК «ЭКСПОЦЕНТР»

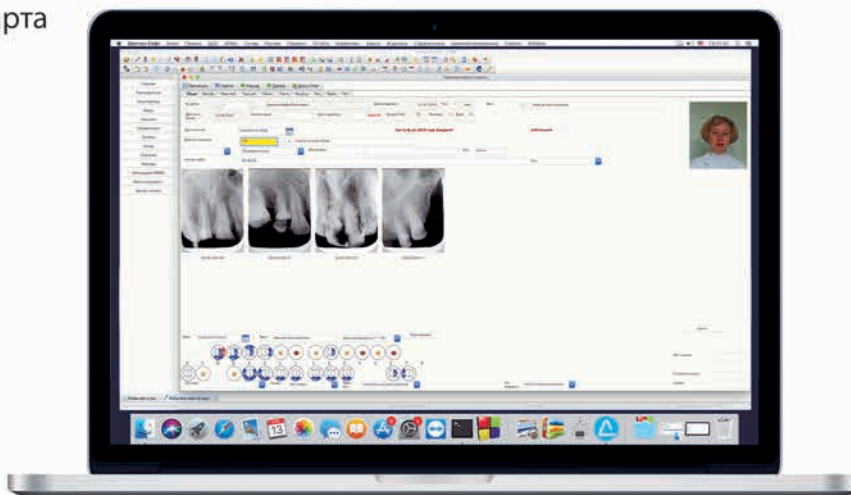
Реклама **12+**



Дентал-Софт 2

Автоматизация в стоматологии

- электронная медицинская карта 043/У, 043-1/У, 003/У, 025/У
- запись на приём через сайт
- печать пакета документов
- история зуба
- маркетинг, проф. осмотры
- контроль качества врачей
- реестры ОМС, ДМС
- SMS-рассылка
- онлайн-касса Ф3-54



посетите наш сайт



- v2.dental-soft.ru
- info@dental-soft.ru
- 8 800 201-55-69

Поддержка следующих ОС:



Windows



Mac OS



Linux

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



20 ЮБИЛЕЙНАЯ

20-22 мая 2020

Краснодар, ул. Конгрессная, 1
ВКК «Экспоград Юг»

Стоматологическая выставка



Разделы выставки

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

Забронируйте ваш стенд на сайте:

www.dentima.su

+7 (861) 200-12-14
+7 (861) 200-12-40
dentima@mvk.ru

Научная программа выставки

Международный конгресс «ДЕНТИМА»

Организатор:



Компоненты изменения численности городского населения в РФ в 2010—2018 гг. (тыс. человек)

Годы	Численность населения на 1 января	Изменения за год				Численность населения на 31 декабря	Общий прирост за год, %
		общий прирост	естественный прирост	миграционный прирост	из-за перемены категории населенных пунктов		
2010	105061,4	359,8	-157,9	500,3	17,4	105421,2	0,34
2011	105421,2	320,8	-86,6	470,0	-62,6	105742,0	0,30
2012	105742,0	376,3	2,0	461,6	-87,3	106118,3	0,36
2013	106118,3	430,4	24,8	472,6	-67,0	106548,7	0,41
2014	106548,7	1733,5	60,9	1672,2	6,9	108282,2	1,01
2015	108282,2	375,2	93,4	292,2	-10,4	108657,4	0,35
2016	108657,4	375,0	71,7	298,4	4,9	109032,4	0,35
2017	109032,4	294,5	-40,7	258,3	76,9	109326,9	0,27
2018	109326,9	126,6	-112,5	194,3	44,8	109453,5	0,12

Таблица 4

Компоненты изменения численности сельского населения в РФ в 2010—2018 гг. (тыс. человек)

Годы	Численность населения на 1 января	Изменения за год				Численность населения на 31 декабря	Общий прирост за год, %
		общий прирост	естественный прирост	миграционный прирост	из-за перемены категории населенных пунктов		
2010	37772,1	-327,9	-81,7	-228,8	-17,4	37444,2	-0,87
2011	37444,2	-129,8	-42,5	-149,9	62,6	37314,4	-0,35
2012	37314,4	-85,6	-6,3	-166,6	87,3	37228,8	-0,23
2013	37228,8	-110,6	-0,8	-176,8	67,0	37118,2	-0,30
2014	37118,2					37985,1	-0,26
2015	37985,1	-97,8	-61,4	-46,8	10,4	37887,3	-0,26
2016	37887,3	-115,3	-74,0	-36,4	-4,9	37772,0	-0,30
2017	37772,0	-218,5	-95,1	-46,5	-76,9	37553,5	-0,58
2018	37553,5	-226,3	-112,1	-69,4	-44,8	37327,2	-0,60

(за исключением периода 2013—2015 гг.) за счет миграции населения. С 2016 года идет отрицательный естественный прирост населения, что является крайне негативным показателем. Максимальное отрицательное его значение зафиксировано в 2010 году и составило –239,6 тыс. чел. В 2018 году показатель составил –224,6 тыс. чел. (табл. 2). В 2018 году впервые в исследуемый период общий прирост населения составил отрицательное значение (–0,07 тыс. чел.) [2].

Прирост городского и сельского населения имел разнонаправленные тенденции. Так, городское население имело положительный прирост населения за весь исследуемый период, в то время как сельское население имело отрицательные значения во все года (табл. 3, 4) [2].

Максимальное значение для городского населения зафиксировано в 2014 году, что связано с включением в состав РФ двух субъектов (Республика Крым, город федерального значения Севастополь). Увеличение городского

Численность мужчин и женщин в РФ в 2010–2018 гг.

Годы	Все население, млн. человек	в том числе		В общей численности населения, %	
		мужчины	женщины	мужчины	женщины
2010	142,9	66,1	76,8	46	54
2011	142,9	66,1	76,8	46	54
2012	143,0	66,1	76,9	46	54
2013	143,3	66,3	77,0	46	54
2014	143,7	66,6	77,1	46	54
2015	146,3	67,8	78,5	46	54
2016	146,5	67,9	78,6	46	54
2017	146,8	68,1	78,7	46	54
2018	146,9	68,1	78,8	46	54

Таблица 6

Распределение населения по возрастным группам в РФ в 2010–2018 гг.

Годы	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Все население (в тыс. чел.)	142833	142865	143056	143347	143667	146267	146545	146804	146880
Моложе трудоспособного возраста (мужчины и женщины в возрасте 0–15 лет)	23126	23209	23568	24110	24717	25689	26360	26895	27254
В трудоспособном возрасте (мужчины в возрасте 16–59 лет, женщины — 16–54 года)	87983	87847	87055	86137	85162	85415	84199	83224	82264
Старше трудоспособного возраста (мужчины в возрасте 60 лет и старше, женщины в возрасте 55 лет и старше)	31725	31809	32433	33100	33788	35163	35986	36685	37362

населения в целом происходило за счет миграционного прироста, в то время как естественный прирост был положительным только в период 2012–2016 гг. Максимальное отрицательное значение естественного прироста зафиксировано в 2010 году (–157,9 тыс. чел.), в 2018 году значение было немногим выше и составило –112,5 тыс. чел. [2].

Сельское население имело отрицательный общий прирост населения на протяжении всего исследуемого периода. Максимальное отрицательное значение общего прироста зафиксировано в 2010 году (–327,9 тыс. чел.), максимальное отрицательное значение естественного прироста в 2018 году — –112,1 тыс. чел. Миграционный компонент в демографии сельского населения имел тенденцию к снижению, но все же был отрицательным за весь период [2].

Соотношение (%) численности мужчин и женщин в РФ за исследуемый период было неизменным и составило 46% мужчин и 54% женщин (табл. 5) [2].

Распределение населения по возрастным группам в исследуемый период продемонстрировало планомерную устойчивую убыль трудоспособного населения в РФ, в то время как население младше и старше трудоспособного

возраста имело тенденцию к увеличению (табл. 6). Рост населения младше и старше трудоспособного возраста в исследуемый период составил 17% и 18% соответственно. Убыль населения трудоспособного возраста составила отрицательное значение в период 2010–2018 гг. (–6,6%) [2].

Распределение городского и сельского населения по возрастным группам в исследуемый период показало, что в обоих случаях имеется общая тенденция — увеличение населения младше и старше трудоспособного возраста и снижение населения трудоспособного возраста (табл. 7, 8). Но, в отличие от городского населения, сельское население трудоспособного возраста имело более выраженное падение численности в период 2010–2018 гг., что составило около 10%, в то время как такой же показатель для «города» был значительно ниже (5,5%) [2].

Таким образом, можно проследить отчетливые тенденции в демографических показателях в РФ за период 2010–2018 гг. Общая численность населения имеет тенденцию к росту, но увеличение общего прироста населения происходит исключительно за счет миграционного компонента. Соотношение городского

Распределение городского населения по возрастным группам в РФ в 2010–2018 гг.

Годы	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Все население (в тыс. чел.)	105061	105421	105742	106118	106549	108282	108658	109032	109327
Моложе трудоспособного возраста (мужчины и женщины в возрасте 0–15 лет)	16108	16182	16472	16916	17425	18138	18758	19278	19677
В трудоспособном возрасте (мужчины в возрасте 16–59 лет, женщины — 16–54 года)	65764	65725	65275	64713	64131	64223	63373	62717	62115
Старше трудоспособного возраста (мужчины в возрасте 60 лет и старше, женщины в возрасте 55 лет и старше)	23189	23514	23995	24489	24993	25921	26527	27037	27535

Таблица 8

Распределение сельского населения по возрастным группам в РФ в 2010–2018 гг.

Годы	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Все население (в тыс. чел.)	37772	37444	37314	37229	37118	37985	37887	37772	37553
Моложе трудоспособного возраста (мужчины и женщины в возрасте 0–15 лет)	7018	7027	7096	7194	7292	7551	7602	7617	7577
В трудоспособном возрасте (мужчины в возрасте 16–59 лет, женщины — 16–54 года)	22218	22122	21780	21424	21031	21192	20826	20507	20149
Старше трудоспособного возраста (мужчины в возрасте 60 лет и старше, женщины в возрасте 55 лет и старше)	8536	8295	8438	8611	8795	9242	9459	9648	9827

и сельского населения сохраняется практически неизменным на протяжении последних 9 лет, хотя структура естественного прироста имеет разнонаправленный характер. Если в городе наблюдается естественный рост, хоть и за счет миграции, то в селе миграционный рост имеет отрицательную динамику. Другими словами, рост населения РФ идет за счет миграции населения в города. Соотношение мужчин и женщин при этом на протяжении длительного времени остается неизменным в пользу женщин. Соотношение возрастных категорий в целом, а также для городского и сельского населения, имеет общие тенденции: снижение численности трудоспособного населения и рост численности

населения младше и старше трудоспособного возраста при том что снижение численности трудоспособного населения в сельской местности имеет более выраженную тенденцию.

Говоря о прогнозах в демографической картине в РФ, можно говорить об угрозе национальным интересам страны. Это, прежде всего, связано с устойчивым падением количества трудоспособного населения, причем больше мужчин, чем женщин, а также с отсутствием тенденции естественного прироста населения. Помимо этого, сохраняется низкая численность сельского населения, что приводит к перенаселению мегаполисов и «умиранию» небольших муниципалитетов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демидович И. А., Демидович А. А. Взаимосвязь между экономикой и демографией в России // Аллея науки. — 2018. — Т. 1. — №5 (21). — С. 622–626.
2. Демография. Официальный интернет-ресурс Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. — Режим доступа http://www.rosstat.gov.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/: (дата обращения: 27.10.19).
3. Елин А. М., Пашин Н. П. Проблемы демографии и пути их решения в современной России // Вестник науки и образования. — 2019. — №17 (71). — С. 19–28.
4. Зубаревич Н. В., Бурдяк А. Я., Хасанова Р. Р., Мкртчян Н. В. Социальное развитие и демография регионов России // Экономическое развитие России. — 2019. — Т. 26. — №2. — С. 76–90.
5. Перькова А. А. Диагностический анализ перспектив регулирования демографии в России // В сборнике: «Формирование финансово-экономических условий инновационного развития». Сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции. — 2018. — С. 113–118.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Смышляев Алексей Викторович — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «ЦНИИОИЗ МЗ РФ», РФ, г. Москва, e-mail: alexeysmishlyaev@yandex.ru;

Мельников Юрий Юрьевич — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «ЦНИИОИЗ МЗ РФ», РФ, г. Москва; e-mail: melnikoff16@mail.ru;

Садовская Мария Алексеевна — старшая медицинская сестра филиала №2 ГБУЗ «ГП №68 ДЗМ», РФ, г. Москва, e-mail: sadovsskaya@yandex.ru.

ТРАНСФОРМАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО РЫНКА ТРУДА В 2020 ГОДУ

Ашумова Ирина Аликовна, директор консалтинговой группы «IMAGO», Калининград. Учитывая практический опыт взаимодействия с регионами РФ в части подбора врачебного персонала для клиник, для нас с конца 2018 года стали очевидными явления, ранее существовавшие как исключения из правил, а теперь идентифицируемые как тенденции рынка труда, сформировавшиеся в результате изменений макроэкономического порядка. Перечислю эти тенденции.

1. Переход на «белые» схемы начисления оплаты труда.

Выход из зоны «теневой экономики» в стоматологической отрасли спровоцирован законодательным полем и нормативными изменениями, а также процессами цифровизации, активно меняющими систему взаимоотношений, в том числе между работодателем и врачом. Ранее из 10 заявок работодателей, которые поступали нам в работу, лишь 2 брали сотрудника на работу, предлагая «белую» заработную плату. Теперь 8 из 10 работодателей предлагают полностью «белое» трудоустройство, 2 из 10 — «серую» зарплату. Учитывая, что большая часть российских врачей коммерческих клиник получают зарплату в процентном соотношении от сдаваемой выручки, эта тенденция вызвала увеличение расходной части предприятия на налоги и, как следствие, уменьшение процентов, выплачиваемых сотруднику за работу. Почти 30—40% средств, ранее выплачиваемых врачу, канули в Лету! Оплата за работу врачу клиники, работающей по «белой» схеме, находится в диапазоне 18—22% от выручки. Безусловно, большую часть врачей такая тенденция не особо устраивает, так как ранее при зарплате врача, например, в 300 тысяч рублей в месяц (из расчета 30% от выручки) почти все деньги оставались у него на руках, налоги были ничтожно малы, и такая тенденция обоюдно удовлетворяла как работодателя, так и работника. Теперь же доход при той же выручке сократился, составив 200 тысяч рублей — при этом из него нужно еще вычесть 13% подоходного налога, что и вовсе снижает уровень довольствия до 175 тысяч рублей. По сути, при той же самой загрузке врачи стали получать почти вдвое меньше, поэтому они вынуждены работать больше или искать работодателей, готовых платить, «как раньше», зачастую находя, увы, не добropорядочность.

2. Увеличение числа стоматологов на душу населения в результате вузовской деятельности.

Прирост стоматологов за счет потока выпускников стоматологических факультетов по всем регионам РФ стал составлять критичную конкуренцию опытным врачам. Население страны растет отнюдь не в той же пропорции, как количество выпускаемых стоматологов, а они, по сути, выходят на рынок труда, провоцируя явления, ранее встречаемые изредка, а теперь происходящие повсеместно.

Речь вот о чем. Врачи из регионов в поисках «лучшей жизни» все чаще принимают решение переехать в столицу, испытывая ложное убеждение, что кризисные явления

не коснулись столичных клиник. А опытные врачи из столичных клиник проявляют нетипичную активность в том, чтобы принять конкурентное предложение клиники из региона. Также возросла тенденция переездов из Москвы и Санкт-Петербурга в страны ЕС для работы, в т. ч. нелегальным способом. Отмечу, что нынешний рынок труда стоматологов в столице по сравнению с 2015 годом отличается массовым притоком иностранцев из стран СНГ (в особенности в связи с рядом соглашений правительства РФ и стран СНГ, упраздняющих процедуру легализации проживания и работы приезжего гражданина). Выпускники, а также врачи из «неблагоприятных» регионов РФ создают дикуую конкуренцию, вызывая усугубление «непорядочного» поведения со стороны работодателя, находящегося в условиях изобилия выбора.

Решение переехать в другую страну зачастую также является ошибочным убеждением, что «нас там ждут» и готовы платить больше того, что можно заработать на родине. По роду своей деятельности я, к сожалению, сталкиваюсь с тем, что соотечественники возвращаются обратно. В июле один из найденных нами врачей для клиники в Ярославле — наш соотечественник, стоматолог-терапевт — приехал работать из Германии, в этом же месяце строился диалог с ортопедом-техником, вернувшимся из США. Увы, ситуация на рынке труда в разных странах также меняется, иногда быстро, и врачи в поисках «лучшей доли» принимают ошибочное решение о переезде, возвращаясь обратно спустя время.

Единственным верным решением для врача в поисках лучших условий для профессионального развития является выбор в пользу рейтинговой клиники, находящейся в регионе с дефицитом стоматологов, т.к. предлагаемый уровень дохода рейтинговой клиники в регионе идентичен уровню дохода московского или питерского врача, работающего в 2—3 местах (без выходных, на износ), а стоимость столичной жизни дорога. В регионе стоимость жизни в разы ниже по сравнению со столичной, деньги, заработанные врачом в рейтинговой клинике, превращаются в активы, уровень жизни врача становится более высоким.

3. Повышение динамики миграции врачей в Москву, Санкт-Петербург, Краснодарский край, Крым, страны ЕС из регионов России.

Данная тенденция является производной от предыдущих описанных тенденций, а также обусловлена тем, что в ряде регионов РФ, помимо высокой конкуренции стоматологов на душу населения, наблюдается очень

низкая платежеспособность населения вследствие низкого коэффициента инвестиционного климата региона. Такие регионы создают крайне тяжелые условия для выживания, зачастую делая невозможным для стоматолога формирование необходимого квалификационного статуса, так как возможность повышения квалификации затруднена в силу дефицита уровня доходов и у клиник, и у врачей.

4. Снижение общего квалификационного уровня врачей на рынке труда.

Увеличение потока выпускников стоматологических факультетов отнюдь не такого качества квалификации, как ранее, вызвало снижение общего квалификационного уровня врачей на рынке труда. Это вызвало дополнительные проблемы со стороны требовательных серьезных клиник в части подбора врачей нужной квалификации на ключевые позиции. Для клиники продвинутого уровня, при всем обилии потока выпускников, найти сильного врача становится все сложнее.

5. Использование комплексных методов мотивации персонала.

HR до сей поры оставался редким явлением в клиниках, зачастую встречаясь в сетевых компаниях. Однако за последний год статистика изменилась: все чаще клиники размерностью до 7 кресел начинают использовать грамотные инструменты управления персоналом, что, безусловно, снижает текучесть кадров и повышает вовлеченность персонала в командную работу, делает сотрудника более эффективным и лояльным. Ранее такие методы мотивации, как выдача беспроцентного займа для сотрудников под ипотечный взнос, встречались очень редко. Теперь в силу кризиса клиники вынуждены использовать все известные инструменты, чтобы выгодно отличаться на фоне конкурентов в борьбе за сильнейшие кадры.

Очевидно, кризисные явления продолжают трансформировать стоматологическую отрасль. Воспринимать их можно с разных точек зрения, но хочется верить в то, что в результате изменений возможно будет достижение высокого качества оказания медицинской помощи, доступной каждому гражданину РФ.

<https://stomatologclub.ru>

НОВОСТИ

ЛЮБИТЕЛЯМ СЫРА КАРИЕС НЕ СТРАШЕН

Одной из причин развития кариеса является снижение уровня pH в ротовой полости. Индийские ученые утверждают: «Нормализовать кислотность помогает употребление твердого сыра».



Подобные выводы получены в результате исследования, участниками которого стали 68 подростков. Молодых людей в возрасте от 12 до 15 лет разделили на 3 группы, скорректировав при этом их питание. Ребятам из первой группы добавили в ежедневный рацион молоко, участникам второй группы — йогурт без добавок, а подросткам из третьей группы — твердый сыр марки «Чеддер». Через 10, 20 и 30 минут после еды у всех участников исследования измерялся показатель pH.

Как выяснилось, употребление молока и йогурта никак не сказало на величине кислотности, зато один кусочек «Чеддера» вернул pH в норму. Ученые объясняют такие результаты наличием в сыре уникальных компонентов,

способствующих укреплению эмали. Кроме того, в процессе жевания активно образуется слюна, благодаря чему микрофлора ротовой полости приходит в норму.

СТРАШНО КРАСИВЫЕ

«От улыбки хмурый день светлей», — так поется в известной всем детской песенке. Какой должна быть такая улыбка? Первое, что приходит на ум, — это ровные, белые, как снег, зубы. Однако, японская модная тенденция «яэба» рушит все банальные представления о красивой улыбке, в частности, о женской.

Яэба — неординарное движение моды, в основе которого лежат выпирающие зубы верхней челюсти. Японские девушки готовы тратить огромные деньги на «ломание» зубов и наращивание клыков. Кому-то достаточно виниров, которые крепятся к зубам специальным цементом, а кому-то требуется серьезное хирургическое вмешательство, чтобы создать ту самую «улыбку мечты». В этом случае врач «искривляет» зубы так, чтобы они начинали естественно выпирать, как у многих детей выпирают зубы в детстве.

Существует предположение, что возникновение моды «яэба» является следствием популярности аниме, в сюжетах которого часто встречаются юные героини с торчащим верхним зубиком. Тем не менее, явление «яэбы» неудивительно, ведь

Япония всегда отличалась от других стран своими нестандартными решениями и взглядами на мир.

ФЛОСС — БЕСПОЛЕЗНЫЙ АТРИБУТ ИЛИ ПАНАЦЕЯ?

Ученые из США утверждают: с помощью зубной нити невозможно полностью очистить межзубное пространство. Ирригаторы и оральные ершики справляются с этой задачей гораздо лучше. Так ли это?

Не секрет, что использование пасты и щетки позволяет удалить налет и остатки пищи лишь с 3 из 5 поверхностей зуба. Наименее доступные участки часто остаются без внимания и становятся очагами кариеса, который сложно обнаружить и непросто вылечить. Ранее считалось, что использование нити обеспечивает полноценную гигиену полости рта.

Однако обследование 110 добровольцев, ставших участниками эксперимента американских ученых, показало неожиданные результаты. В большинстве случаев наиболее тщательного очищения удавалось достичь за счет применения ирригатора либо ершика, которые не травмируют десны и убирают налет со всей поверхности эмали. Что же касается нити, то она обеспечивает полноценную гигиену только людям с абсолютно ровным и плотным зубным рядом.

<https://mydentist.ru/news/>

ПРОЩАЙ, ВСТАВНАЯ ЧЕЛЮСТЬ! УЧЕННЫЕ ПРИДУМАЛИ АЛЬТЕРНАТИВУ ЗУБНЫМ ИМПЛАНТАТАМ

Из чего их можно сделать?

Первые зубы из стволовых клеток вырастили еще в 2002 году. Они предназначались для крыс и получились не очень крепкими. Специалисты полагали, что через пару десятилетий эта технология войдет в обычную медицинскую практику и станет общедоступной. РИА «Новости» разбирается, насколько прогнозы оказались близки к реальности.

ИЗ МОЧИ И ДЕСЕН

Вырастить человеческие зубы удалось только через десять лет после успешного эксперимента с крысами. В 2013 году китайские исследователи из Института биомедицины и здравоохранения в Гуанчжоу выделили из человеческой мочи индуцированные плюрипотентные стволовые клетки, способные трансформироваться в ткань любого типа. Затем смешали их сразу с несколькими биоматериалами и ввели в организм подопытных мышей. Спустя три недели у грызунов появились структуры, напоминающие зубы. В них были зубная пульпа, дентин — твердая зубная ткань — и клетки, формирующие эмаль. Правда, критики указывали, что моча — сомнительный источник стволовых клеток, а сам опыт никто не повторил.

Примерно в то же время в Королевском колледже в Лондоне получили химерные полчеловеческие-полумышинные зубы. Для этого взяли эпителиальные клетки десны взрослых людей и ввели их в зародышевую соединительную ткань грызунов, потом пересадили мышам, у которых через несколько недель образовались гибридные зубы с жизнеспособным корнем. Но эта методика не могла составить конкуренцию зубным имплантатам, отмечали авторы работы: слишком сложная, дорогостоящая и непредсказуемая — стволовые клетки, выращенные в пробирке, часто были нежизнеспособными.

СОБСТВЕННЫМИ СИЛАМИ

Ученые из Колумбийского университета (США) разработали технологию, не требующую выделения плюрипотентных стволовых клеток. Организм сам выращивает новый зуб.

На месте удаленного зуба устанавливают напечатанный на 3D-принтере каркас из полимеров и гидроксиапатита (кальцийсодержащего минерала) с закрепленными на нем молекулами факторов роста и белков BMP7. С одной стороны, они должны привлечь к лунке стволовые клетки прямо из организма, с другой — способствовать их превращению в новый зуб.

Так, исследователям удалось создать зубные структуры у 22 крыс и одного добровольца. Через девять недель каркасы во рту подопытных покрылись клетками дентина, но о полном восстановлении зубов говорить еще рано.

РАЗБУДИТЬ СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ

Британские ученые предлагают использовать для новых резцов, клыков и моляров стволовые клетки, которые присутствуют в основании зубов и могут генерировать все типы зубных тканей. По невыясненным пока причинам эти клетки не участвуют в починке и замене больных или удаленных зубов, хотя у некоторых

млекопитающих, например, верблюдов, лам, крыс, они могут быть активны в течение всей жизни. Благодаря им организм поддерживает оптимальную длину зубов.

В 2014 году исследователи Гарвардского университета сумели разбудить эти стволовые клетки у мышей с помощью ультразвука. В результате уже через сутки после облучения клетки стали превращаться в дентин, эмаль и другие компоненты зубной ткани. Но полноценный зуб так и не сформировался.

Пять лет спустя специалисты университета Плимута предположили, что для успеха не хватило повышенной активности нескольких генов и сигнальных молекул, управляющих ростом зубов. Прежде всего, речь идет о белковой сигнальной молекуле Dlk1. У млекопитающих она влияет на количество дентина, производимого зубными стволовыми клетками.

Сразу в нескольких экспериментах стволовые клетки активно делились в питательной среде, насыщенной белком Dlk1, трансформируясь в дентин и ткани другого типа. Когда же ученые заполнили отверстия в крысиных зубах смесью, содержащей Dlk1, уже через несколько дней у животных зажили пульпы и восстановился дентин. Авторы работы планируют в ближайшее время протестировать эту методику на людях.

НЕ ТОЛЬКО ЗУБЫ, НО И ОРГАНЫ

Исследователи из лаборатории клеточной биотехнологии Московского государственного медико-стоматологического университета создают в пробирке мышинные зубы из зубного зачатка, взятого у эмбриона. Пересаженные в лунку челюсти вместо удаленных зубов, они прекрасно приживаются. Эти эксперименты помогут ученым понять, как в принципе растет зуб, в том числе у человека.

Ученые из Дальневосточного федерального университета совместно с японскими коллегами выяснили, что вырастить полноценный человеческий зуб лишь из стволовых клеток невозможно. Требуются и другие клетки, в частности, отвечающие за формирование разных частей зачатка зуба.

Большинство искусственно выращенных зубов лишены эмали. Установлено, что для нее нужны хромофобные клетки, присутствующие не только в месте формирования зубов эмбриона, но и там, где эпителий ротовой полости переходит в эпителий развивающейся пищеварительной трубки. Это значит, что новый биоинженерный подход, основанный на работе российских исследователей, позволит выращивать не только зубы, но и органы для трансплантации в гастроэнтерологии.

Сейчас ученые научились создавать намного более прочные зубы с корнями, которые развивают здоровое кровоснабжение и нервные связи, благодаря чему прекрасно приживаются в челюстях животных. До массовых экспериментов на людях дело пока не дошло, но в ближайшие лет десять мы можем увидеть быстрый прогресс в этом направлении.

<https://health.mail.ru>

ДОН
ЭКСПО
ЦЕНТР



1-3 АПРЕЛЯ



ВЫСТАВКА СТОМАТЭКС СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ



74% ЭКСПОНЕНТОВ
оценивают своё
участие в выставке
как ЭФФЕКТИВНОЕ

7 ПРИЧИН, ПОЧЕМУ ВАМ НУЖНО УЧАСТВОВАТЬ В ВЫСТАВКЕ

- ПОЛУЧИТЕ ПОТОК НОВЫХ КЛИЕНТОВ
- ЭКОНОМЬТЕ СРЕДСТВА НА ПРИВЛЕЧЕНИЕ КЛИЕНТОВ!
- ЗАЯВИТЕ О СЕБЕ КАК ОБ ЭКСПЕРТЕ ОТРАСЛИ!
- ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ НОВИНКИ
- ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ ОТРАСЛИ
- СОЗДАЙТЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ИМИДЖ
- ЗАКЛЮЧИТЕ ВЫГОДНЫЕ СДЕЛКИ

ВЫСТАВКА-ПРОДАЖА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ



3 000+
посетителей-
специалистов

1 500 м²
площадь
экспозиции

400+ брендов
стоматологической
продукции

ВЫСТАВКУ ПОСЕЩАЮТ СПЕЦИАЛИСТЫ РАЗНЫХ ПРОФИЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. СРЕДИ НИХ – ВАШИ НОВЫЕ КЛИЕНТЫ!

Ростов-на-Дону, пр. Нагибина, 30. Тел. (863) 268-77-68, www.stomateks.ru

Присоединяйтесь
к нам в соцсетях



НИЖНЕВОЛЖСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

19 Всероссийская специализированная выставка

Дентал-Экспо. Волгоград

2020

- Семинары
- Мастер-классы
- Презентации
НОВИНОК
В СТОМАТОЛОГИИ

Официальная поддержка:



Комитет здравоохранения
Волгоградской области



Волгоградский Государственный
Медицинский Университет



Волгоградская Региональная
Ассоциация Стоматологов



Стоматологическая Ассоциация
России



РОСИ-Ассоциация
«Стоматологическая индустрия»



Национальный Институт
Информатики, анализа
и маркетинга в стоматологии

Организаторы:



(8442) 93-43-03
volgogradexpo.ru

DENTALEXPO®

+7-499 707-23-07
dental-expo.com

24-26
МАРТА

ЭКСПОЦЕНТР
ВОЛГОГРАД
пр. Ленина, 65 А

*В датах проведения выставки возможны изменения. Подробности на сайте www.volgogradexpo.ru

Костнозамещающие материалы для стоматологии

Гранулы, гели, мембраны, пластины, губки



ООО "НПК ПОЛИСТОМ"



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

СТЕКЛОИОНОМЕРНЫЕ ЦЕМЕНТЫ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ

ЗАО «СТОМАХИМ» (Санкт-Петербург) с 1991 года работает в области разработки и серийного производства пломбировочных материалов, которые успешно используются в терапевтической и ортопедической стоматологии и особо эффективны в детской практике.

По техническим показателям стеклоиономерные цементы соответствуют международным стандартам и имеют следующие характеристики:

- высокая прочность
- герметичное краевое прилегание
- миграция ионов фтора в ткани зуба
- оптимальные эстетические показатели
- ограниченное препарирование кариозной полости
- простота манипуляций
- достаточное рабочее время.



ЗАО «СТОМАХИМ»

РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
И ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ



195043, Санкт-Петербург, ул. Челябинская, 95
тел./ факс (812) 456 65 18, e-mail: stomahim@mail.ru
www.stomahim.ru

ПРОВЕРКА
ПОДЛИННОСТИ
ТОВАРА



▲
мобильная
версия



MANI

ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ И БОРЫ

Информация от производителя:
На каждой упаковке оригинальных
боров и файлов Mani есть стикер
с проверочным кодом.



Боры и файлы Mani
без стикера на упаковке – подделка!

Проверьте подлинность товара
на www.kraftwaydental.ru
или отсканируйте QR код телефоном
и загрузите мобильную версию проверки



 **kraftway**[®]
PHARMA

Москва, 3-я Мытищинская 16, Тел.: 8-800-100-100-9 (бесплатные звонки из любых регионов)