

Стоматологическое образование и наука

Профилактика
заболеваний полости рта
у ВИЧ-инфицированных
пациентов.....**с.3**

Патогенетическая взаимосвязь
коморбидных заболеваний
внутренних органов и воспалительных
заболеваний пародонта**с.17**

Условия, влияющие на регенерацию
реципиентного участка кости
атрофированного альвеолярного
отростка части челюсти.....**с.25**

Разработка новых
возможностей аппаратурно-
хирургической коррекции
протрузии зубов.....**с.34**

Готовимся к экзамену:
Стоматологический факультет.
Вопросы для второго этапа
государственной аттестации
(государственного тестирования)
5 курса.....**с.69**

#1—2011





Дорогие коллеги, студенты и читатели! Сегодня в руках Вы держите первый номер нашего журнала и огромное спасибо Вам за это! Мы приняли решение о создании журнала в связи с насущной необходимостью предоставить Вам наиболее актуальную информацию о научных и образовательных достижениях Отечественной и Мировой стоматологической науки, о новинках в технологиях, о посещениях конгрессов и выставок, анонсы, обзоры и комментарии.

Большой раздел журнала будет посвящен студентам. Мы планируем публиковать информационные материалы, тесты, условия грантов на учебу и исследования, выдержки из лекционных тетрадей, страничку студенческой науки.

На страницах журнала будут публиковаться работы сотрудников стоматологического факультета СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова. Наш факультет является предметом гордости Университета! Практически все преподаватели имеют научные степени, а 18 преподавателей - степени докторов наук. Аспиранты, соискатели, докторанты и ординаторы будут иметь возможность публиковать результаты своих работ в журнале.

Журнал будет рецензируемым. В состав редакционного совета и редколлегии входят видные Отечественные и ведущие зарубежные специалисты, пользующиеся заслуженным мировым признанием. Рецензирование работ молодых ученых будет носить наставнический и обучающий характер.

В качестве рекламных материалов мы планируем привлечь компании, представляющие на стоматологический рынок наиболее надежные и проверенные товары и технологии, компании с хорошей репутацией и давно работающие на рынке. Рекламные материалы планируется сопровождать статьей, в которой обсуждается опыт применения данного продукта и технологии.

На страницах журнала Вы сможете прочитать работы победителей конференций студентов и молодых ученых, публикации лучших докладов на олимпиадах.

В нашем журнале Вы можете прочитать биографическую и историческую информацию, разделить с нами радость Юбилеев, гордость побед, поделиться информацией и узнать много нового для себя.

Удачи Вам, профессиональных успехов, признания и до встречи на наших страницах.

*Искренне Ваши,
главный редактор
Яременко А.И.,
доктор медицинских наук,
декан стоматологического
факультета СПбГМУ*



Уважаемые коллеги!

В преддверии Нового года выходит в свет первый номер журнала «Стоматологическое образование и наука», выпускаемого под эгидой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. В 2012 году мы отметим 115-летний юбилей Первого меда. Это почтенный возраст и, вместе с тем, возраст нашей молодости: появляются новые идеи, приходят новые люди, подрастает новое поколение медиков и ученых.

В 2009 году мы отметили 50-летие стоматологического факультета. У истоков нашей стоматологической школы стояли профессора А.К. Лимберг, Л.Л. Балон, В.А. Дунаевский, В.И. Калинин, Т.Ф. Стрелюхина, Л.М. Перзашкевич и многие другие. И сегодня стоматологии уделяется огромное значение: вводится в строй Научно-практический центр стоматологии, закуплено новое стоматологическое оборудование, в планах на будущий год открытие новых фантомных классов, – мы делаем все возможное, чтобы наши студенты получали практические навыки и возможность их совершенствования, чтобы из нашего вуза выпускались только первоклассные специалисты. И выход первого номера журнала – одно из важнейших мероприятий на этом пути, потому что в современном мире далеко не все решают техника и деньги, многое зависит от информации. Ничто не может сравниться с чуткими руками врача, его душевностью, трепетным отношением к пациенту. В этом нам должен помочь новый журнал, миссия которого – сформировать специалистов нового поколения. Не только технически грамотных, способных сопереживать своим пациентам. Все это позволит привлечь студентов, расширит их знания в области стоматологии, заинтересует в научной деятельности. Эти функции берет на себя журнал «Стоматологическое образование и наука».

От лица коллектива Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова выражаю признательность всем, кто принял участие в создании журнала. Поздравляю всех с выходом пилотного номера. Уверен, что этому изданию предначертана долгая жизнь, а смысл, заложенный в каждой его строке, поможет нам в самом важном деле на земле – сохранении здоровья человека.

От всего сердца поздравляю Вас с наступающим новым годом! Желаю здоровья, достатка и благополучия, воплощения ваших научных идей, получения конкурентоспособных результатов.

С Новым годом! С новым счастьем!

*И.о. ректора СПбГМУ
им. акад. И.П. Павлова
С.М. Яшин*

Журнал
«Стоматологическое
образование и наука»
Пилотный выпуск

Тираж:
3 000 экземпляров

Периодичность:
4 номера в год

Распространение:
по подписке по всей России.

Учредитель:
Стоматологический факультет
Санкт-Петербургского
Государственного
Медицинского Университета
имени академика И. П. Павлова

Редакционный Совет:
Главный редактор –
проф. А.И. Яременко
Зам.главного редактора –
проф. С.Б. Улитовский
Издатель – Д.В.Холенков

Редакционная коллегия:
Prof. P. Preshaw (Великобритания);
Prof. R.V. Oppermann (Бразилия);
Prof. J. Urena (Мексика);
Prof. P. Weigl (Германия);
Проф. А.В. Васильев (С.-Петербург);
Проф. Т.К. Супиев (Казахстан);
Проф. Р.К. Алиева (Азербайджан);
Проф. В.Н. Трезубов (СПбГМУ)
Проф. Л.Ю. Орехова (СПбГМУ)
Проф. И.Н. Антонова (СПбГМУ)
Проф. Г.А. Хацкевич (СПбГМУ)

Главный редактор:
Яременко А.И.

Адрес редакции:
197022, г. Санкт-Петербург,
ул. Л.Толстого, 6/8

Тел./факс:
(812) 677-2081

Интернет:
www.dental-science.ru
mail@dental-science.ru

Все рекламируемые товары
и услуги подлежат обязательной
сертификации и лицензированию.

Мнение редакции может
не совпадать с точкой зрения
авторов статей.

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных
объявлений.

Перепечатка материалов журнала
возможна только с письменного
разрешения редакции.

При цитировании ссылка
на журнал обязательна.

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА

Профилактика
заболеваний полости рта
у ВИЧ-инфицированных пациентовс. 7

Подбор средств гигиены
как воспитание мотивированного подхода
к стоматологическому здоровью.....с. 7

Роль гигиены полости рта
в периоперационном периоде у пациентов
с обширными реконструктивно-восстановительными
операциями в челюстно-лицевой областис.11

ИССЛЕДОВАНИЯ

Патогенетическая взаимосвязь
коморбидных заболеваний внутренних органов
и воспалительных заболеваний пародонтас.17

Экспериментальное
обоснование операции по поднятию дна
верхнечелюстной пазухи.....с.21

ПРАКТИКУМ

Условия, влияющие на регенерацию
реципиентного участка кости атрофированного
альвеолярного отростка части челюстис.25

О применении фагов в комплексной терапии
и профилактике ВЗПс.30

Разработка новых возможностей
аппаратурно-хирургической коррекции
протрузии зубовс.34

СОБЫТИЯ

«Февральские встречи» в Санкт-Петербурге –
в начале путис.42

Чемпионат профессионального мастерства –
совершенствование и профессиональный рост ..с.46

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактическая роль ополаскивателей:
гидратирующее действие бальзама для полости рта
«Альбадент Лонг»с.50

Роль средств гигиены полости рта
в профилактике кариеса зубов.....с.55

Клинико-лабораторные методы оценки
десенситивной активности зубных пастс.58

ОБРАЗОВАНИЕ

Глоссарий ортопедических
стоматологических терминов. Часть 1с.66

Готовимся к экзамену. Стоматологический факультет.
Вопросы для второго этапа государственной аттестации
(государственного тестирования) 5 курс.....с. 69

Профилактика заболеваний полости рта у ВИЧ-инфицированных пациентов

Н.И. Маковская ^{1, 2, 3}
А.В. Васильев ²
В.В. Рассохин ¹

(1) – Санкт-Петербургский Центр профилактики и борьбы со СПИД
и инфекционными заболеваниями (зав. – член РАМН, проф. Н.А. Беляков),
(2) – Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии
(зав. – проф. А.В. Васильев) Санкт-Петербургской медицинской академии
последипломного образования,
(3) – СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

■ Эпидемия ВИЧ-инфекции приводит к возникновению множества проблем, требующих решения, не только в России, но и во всем мире. В нашей стране к 2009 году было зарегистрировано более 550 000 случаев ВИЧ-инфицирования [1]. Все больше в числе зарегистрированных женщин, и следовательно, увеличение количества детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями [2]. Состояние полости рта – важная проблема для пациентов с различными патологическими состояниями. Это индикатор «здоровья» человека, который проявляется в уходе за слизистой полости рта и зубами, а также способность пациента самостоятельно соблюдать гигиенический режим.

Материалы и методы

Мы проводили обследование 175 ВИЧ-инфицированных больных, наблюдаемых в Санкт-Петербургском Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями в 2009-2010 годах, которые не получали высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ). Средний возраст пациентов составил 34±1,2 лет.

Результаты и обсуждение

При ВИЧ-инфекции происходят изменения слизистой оболочки рта, которые часто являются ранними клиническими симптомами заболевания. В 1991 году Всемирной организацией здравоохранения

была принята классификация заболеваний полости рта при ВИЧ-инфекции, включающая три группы [3].

Первая группа – поражения полости рта, часто связанные с ВИЧ-инфекцией. К ним относятся кандидоз, волосистая лейкоплакия, ВИЧ-гингивит, ВИЧ-стоматит, саркома Капоши, неходжкинская лимфома.

Среди обследованных 175 ВИЧ-инфицированных, не получающих антиретровирусную терапию, кандидоз полости рта был выявлен у 79% пациентов. Данные других исследователей колеблются в диапазоне от 53 до 85% в зависимости от

стадии ВИЧ-инфекции и страны, где проводится исследование [4].

Кандидоз. Риск развития кандидоза находится в прямой зависимости от уровня CD4-лимфоцитов ($p < 0,005$).

При естественном течении ВИЧ-инфекции (без ВААРТ) у больных отмечали сочетанные формы кандидоза (псевдомембранозную и гиперпластическую, псевдомембранозную и атрофическую). У больных, получающих антиретровирусную терапию, наблюдают чаще атрофическую или псевдомембранозную формы кандидоза. После подбора схемы ВААРТ на основании генотипической резистентности ВИЧ признаки кандидоза не выявляются.

Гингивит и стоматит. ВИЧ-ассоциированные гингивит и стоматит поражают слизистую полости рта с разной частотой.

Язвенно-некротический ВИЧ-гингивит без лечения и при снижении иммунного статуса приводит к развитию пародонтита. Деструкция твердых и мягких тканей пародонта при ВИЧ-пародонтите происходит одновременно и прогрессирует быстро. Среди наших пациентов гингивит был выявлен у 65% больных, а пародонтит - у 45%.

Лейкоплакия. Волосистая лейкоплакия в нашем исследовании была выявлена у 6,9% пациентов (12 человек).

Это клиническое проявление инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр, которое встречается почти исключительно у больных с поздней стадией ВИЧ-инфекции, не получающих лечения. Репликация вируса в эпителии языка без лизиса клеток приводит к образованию характерных безболезненных белых бородавчатых бляшек, которые не снимаются шпателем. Характерный ранний симптом — параллельные белые или серые вертикальные ряды гиперкератоза на боковых поверхностях языка. Как правило, появляются несколько пятен на обеих сторонах языка, но может быть и одностороннее поражение.

Саркома Капоши — наиболее частое онкологическое заболевание у ВИЧ-инфицированных эндотелиальной природы [5].

Клинические проявления начинаются с образования вишнево-красных пятен, постепенно уве-

личивающихся до пальпируемых безболезненных уплотнений и узлов. При генерализованной форме поражается желудочно-кишечный тракт, легкие и лимфатические узлы нижних конечностей. Данный диагноз должен быть верифицирован при гистологическом исследовании биоптата опухолевого образования слизистой оболочки или кожи. В Санкт-Петербурге в 2009 году было зарегистрировано 27 случаев заболеваемости ВИЧ-ассоциированной саркомы Капоши.

Ко второй группе относятся поражения, реже связанные с ВИЧ-инфекцией: заболевания слюнных желез, тромбоцитопеническая пурпура, атипичные изъязвления, вирусные поражения (кроме вируса Эпштейн-Барр).

Герпес. Заболевания слизистой полости рта, вызванные вирусом простого герпеса, отличаются разнообразными клиническими проявлениями и частым рецидивированием. При ВИЧ-инфекции возможно развитие атипичных форм простого герпеса, таких как отечная и язвенно-некротическая. Среди нашей группы обследованных у 35% больных был выявлен герпес.

Атипичные язвы, напоминающие афтозные, иногда появляются у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Они подразделяются на легкую степень тяжести (менее 1 см в диаметре и заживают самостоятельно в 14 дней) и тяжелую (более 1 см в диаметре, не заживающие несколько недель, резко болезненные).

Третью группу составляют поражения полости рта, которые могут быть связаны с ВИЧ-инфекцией. Это:

- бактериальные инфекции (исключая гингивит, периодонтит), вызываемые кишечной палочкой, актиномицетами, клебсиеллами, микобактериями;
- грибковые инфекции (кроме кандидоза), вызываемые криптококками, гистоплазмами, геотрихиями;
- реакции на лекарственные препараты (лихеноидная реакция, многоформная экссудативная эритема);
- обострение атипичного периодонтита, неврологические нарушения (невралгия тройничного нерва, остеомиелит, синусит).

На базе СПб Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями проводилось исследование особенностей течения заболеваний слизистой полости рта у пациентов с ВИЧ-инфекцией, при естественном течении заболевания и принимающих ВААРТ.

Состояние слизистой оболочки полости рта является индикатором эффективности ВААРТ. Появление рецидивов заболеваний слизистой оболочки свидетельствует о появлении мутации в геноме вируса и снижении чувствительности к применяемой терапевтической схеме, требующей выполнения тестов на резистентность ВИЧ к используемым препаратам.

Наши исследования доказывают о необходимости участия стоматолога в диспансеризации пациентов с ВИЧ – инфекцией.

Врачи-стоматологи, врачи-инфекционисты должны рассказывать пациентам с ВИЧ-инфекцией о том, как правильно проводить и поддерживать гигиену полости рта.

Применение ВААРТ позволяет продлить и облегчить жизнь пациентам. Достигнут большой прогресс в настоящее время в развитии службы СПИД в Санкт-Петербурге, еще предстоит много сделать для расширения стоматологической помощи ВИЧ-инфицированным, а также компетентной и непредвзятой помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией [6]. Целью диспансерного наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией является увеличение продолжительности и улучшения их качества жизни.

Практические рекомендации

Принципы надлежащего ухода за полостью рта являются одинаковыми для всех ВИЧ-инфицированных вне зависимости от стадии заболевания. Комплексная первичная помощь включает в себя первичный уход за полостью рта. Это является важным компонентом лечения ВИЧ-позитивных пациентов.

Плохое состояние полости рта может неблагоприятно влиять на качество жизни, усложнять течение основного заболевания, а также приводить к возникновению новых патологических состояний, порождает и усложняет вопросы питания и психосоциальные проблемы. Здоровое

состояние полости рта усиливает мотивацию пациентов к ВААРТ. При наличии жалоб на боли или дискомфорт в полости рта поддержание приверженности к режиму ВААРТ становится более трудным.

Врачи-стоматологи должны привлекаться для диспансерного наблюдения больных ВИЧ-инфекцией, которым проводится ВААРТ и без нее. Мы разработали следующие практические рекомендации для врачей-стоматологов при работе с ВИЧ-инфицированными пациентами.

- 1.** В истории болезни рекомендуется подробно описать жалобы ВИЧ-инфицированного пациента и историю заболевания.
- 2.** При приеме должен быть проведен осмотр полости рта, данные о котором необходимо занести в медицинскую карту.
- 3.** Необходимо проводить тщательный осмотр, оценку и описание не только полости рта, но и головы и шеи, так как при ВИЧ-инфекции могут развиваться поражения данных областей, а также лимфоаденопатии челюстно-лицевой области.
- 4.** Диагноз должен быть подтвержден не только клинически, но и при помощи лабораторных методов исследования (мазок, культуральное исследование, биопсия). Это необходимо, так как такие заболевания слизистой, как лейкоплакия или кандидоз, имеют прогностическое значение в прогрессировании ВИЧ-инфекции.
- 5.** Больным с кандидозом слизистой оболочки рта при назначении противогрибковых препаратов необходимо проведение исследования идентификации штаммов грибов рода *Candida*.
- 6.** Разработка индивидуального плана лечения на основании состояния пациента, финансовых возможностей и индивидуальных предпочтений больного.
- 7.** Обязательное обсуждение заключения врача с пациентом, а также с лечащим врачом-инфекционистом. Рекомендации пациенту выдаются в письменном виде.
- 8.** Обсуждение заключения врача-стоматолога с лечащим врачом-инфекционистом. Соблюдение преемственности между специалистами различных специальностей – обязательный компонент оказания качественной помощи ВИЧ-инфицированному больному.

9. Больным ВИЧ-инфекцией необходимо проводить санацию полости рта.

10. Врач-стоматолог должен проводить осмотры полости рта ВИЧ-инфицированного каждые 2-3 месяца не только для оценки состояния слизистой оболочки рта, но и с целью раннего выявления неэффективности схем ВААРТ.

11. При рецидивах заболеваний слизистой оболочки рта у больных, принимающих ВААРТ, целесообразно рекомендовать провести тест резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам для коррекции схемы лечения ВИЧ-инфекции.

12. Режим назначаемых лекарственных препаратов должен быть индивидуальным, комплексным и системным для каждого ВИЧ-инфицированного. Лекарства, используемые для лечения одонтогенных заболеваний, могут вызывать ряд побочных эффектов, а также взаимодействовать с препаратами ВААРТ.

13. Санитарно-просветительная работа с каждым ВИЧ-инфицированным пациентом, направленная на рассказ о гигиене полости рта. Пациентам разъясняется, что регулярная гигиена и санация полости рта должны стать неотъемлемой частью ухода за собой.

Рекомендуется произвести подбор зубной щетки и фторсодержащей зубной пасты, обсудить выбор с пациентом.

Этот раздел работы врача-стоматолога является частью психосоциальной помощи. Создавая новые позитивные ориентации, поощряя уход за полостью рта, мы стремимся усилить приверженность пациента к ВААРТ и регулярным посещениям врача-стоматолога.

14. При разговоре с пациентом необходимо обсуждать отказ от курения, алкоголя и других психоактивных веществ, которые способствуют снижению местного иммунитета ротовой полости, селекции агрессивных и устойчивых штаммов микроорганизмов. Эти факторы могут ускорять развитие кариеса и поражений полости рта у ВИЧ-позитивных больных.

Заключение

Таким образом, оказание стоматологической помощи надлежащего качества базируется на следующих принципах:

1. Доступность;
2. Бесплатность;
3. Индивидуальный подход;
4. Преемственность между врачами различных специальностей, медицинскими учреждениями и социальными службами;
5. Дружественное, непредвзятое отношение медицинского персонала. Отсутствие дискриминации.
6. Профилактическая направленность с целью предупреждения заболеваний полости рта, одонтогенных воспалительных заболеваний.

Для своевременной диагностики ВИЧ-инфекции и оптимизации ее лечения необходимо знание проявлений ВИЧ-инфекции в полости рта, в области головы и шеи и строгое соблюдение алгоритмов ведения ВИЧ-позитивных больных.

Обнаружение патологии челюстно-лицевой области увеличивает значимость для диагностики и профилактических мероприятий у больных с ВИЧ-инфекцией.

Литература

1. Покровский В.В. Когда наступит перелом в борьбе с ВИЧ/СПИДОМ? // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2006. - №6. - С. 4-9.
2. Онищенко Г.Г. Пандемия ВИЧ-инфекции: экспертные оценки, принимаемые меры со стороны государства // Журн. Микробиол. – 2006. - № 6. – С. 20-30.
3. ВИЧ-инфекция // Информационный бюллетень №34 ФНМЦ ПБ СПИД; 2010.
4. Baccaglini L., Atkinson J.C., Patton L.L., Glick M., Ficarra G., Peterson D.E. Management of oral lesions in HIV-positive patients // Oral Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod. – 2007. – Vol. 50. – P. 11-23.
5. Вирус иммунодефицита человека – медицина. Под редакцией Н.А. Белякова и А.Г. Рахмановой. - СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2010. – 752с.
6. Рахманова А.Г., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е., Яковлев А.А. ВИЧ-инфекция. – СПб., 2004. – 696с.

Подбор средств гигиены как воспитание мотивированного подхода к стоматологическому здоровью

С.Б. Улитовский,
профессор, зав. кафедрой
профилактической стоматологии СПбГМУ

Е.С. Алексеева,
к.м.н., доцент кафедры
профилактической стоматологии СПбГМУ

О.В. Калинина,
ассистент кафедры
профилактической стоматологии СПбГМУ

В современных условиях рядовому потребителю практически невозможно разобраться во всем многообразии средств гигиены полости рта предназначенных для использования в различных стоматологических ситуациях.

Поэтому именно стоматологи и гигиенисты стоматологические должны разбираться во всем этом многообразии. Только тогда они смогут назначить пациенту то средство гигиены, которое ему необходимо в соответствии с его стоматологическим статусом, характером и направленностью действия средства гигиены.

В соответствии с этими показателями специалист должен разработать для конкретного пациента «Индивидуальную гигиеническую программу профилактики стоматологических заболеваний». В соответствии с этой программой, на каждом из ее этапов используются конкретные средства оральной гигиены.

Безусловно, основным средством была и проложат оставаться зубная щетка, так как только она позволяет максимально эффективно удалять механически сформировавшийся на поверхности зубов налет.

История мануальной зубной щетки достаточно красочная и насчитывает многие века. Она начинается с деревянной палочки с арабским названием мишвак или мисвак, длиной около 25 см, один конец обычно заостряли и использовали

как зубочистку, другой, наоборот разжевывали и превращали в метелку, которой сметали налет с зубов, а при жевании из древесины выходили различные активные компоненты обладающие противовоспалительным действием.

Позже, во времена Ивана Грозного на Руси появились зубные метлы, которые представляли из себя уменьшенную копию метлы, только к одному из концов привязывали пучок свиной щетины или конского волоса, а если десны кровоточили, то использовали барсучий волос.

Прототип современной щетки появился только в конце XIX века в Европе, чуть позже, на границе XIX и XX веков в Северной Америке, и уже к концу первого десятилетия стали выпускать 24 различных вида мануальных зубных щеток.

История электрических зубных щеток значительно короче. Она начинается с 60-х годов XX века. Первая электрическая щетка разработана Squibb в 1960-ых годах, электрические зубные щетки с подзарядкой стали распространены в 1980-ых, а таймер был внедрен в щетку в 1990-ых годах XX века.

Первые электрощетки стоили дорого, очищали зубы хуже мануальных, и как следствие этого не пользовались спросом среди потребителей. Из-за этого их история так бы и прервалась в этих же 60-х годах, если бы компания "Braun" не разработала небольшую округлую головку к своей электрощетке. И как часто бывает в истории, казалось бы такая мелочь, но именно она и спасла все направление электрических средств гигиены полости рта.

Именно благодаря базовой щетке D5 и началось поступательное развитие всей гигиенической электрики для ухода за зубами и ртом. Эта маленькая головка для сменных насадок сохранилась и по сегодняшний день, только претерпела некоторые изменения, такие как угол отклонения при совершении возвратно-вращательных движений от центральной линии стал составлять 30° в каждую сторону, стали использовать различные виды щетины с многоуровневым щеточным полем, появились головки «орто» с двумя рядами щетины – один центральный, внутренний, другой – наружный. Между рядами промежутки для дуги. Появились головки с мягкой венечковой щетиной для детских сменных насадок.

В последнее время наряду с механическими ЭЗЩ появились:

- звуковые ЭЗЩ,
- ЭЗЩ с ультразвуковым эффектом,
- звуковые ЭЗЩ сочетающие в себе пульсирующие и ротационные движения,
- ЭЗЩ с сочетанием возвратно-вращательного и звукового эффектов,
- мануальные зубные щетки, обладающие звуковым эффектом.

Электрические зубные щетки: «мифология»

Как правило, чем меньше мы знаем о чем-то, тем больше мифов и легенд обрастает этот предмет или событие. То же произошло и с электрощетками. Специалисты и население долгое время были слабо информированы о свойствах, строении, материалах, особенностях работы ЭЗЩ, а незнание порождало различные мифы:

- Миф 1. У ЭЗЩ большая абразивность, чем у МЗЩ;
- Миф 2. Хуже очищают зубы чем МЗЩ. Эффективность ниже;
- Миф 3. Предназначены только для людей пожилого возраста, физически и умственно отсталых и ортодонтических пациентов;
- Миф 4. ЭЗЩ нельзя пользоваться при воспалении дёсен;
- Миф 5. ЭЗЩ нельзя пользоваться при повышенной чувствительности зубов к внешним раздражителям;
- Миф 6. ЭЗЩ более опасна чем МЗЩ. Небезопасны для прилегающих к зубу мягких тканей;
- Миф 7. ЭЗЩ нельзя пользоваться детям;
- Миф 8. ЭЗЩ – это вспомогательное СИГПР, и ими следует пользоваться после МЗЩ;
- Миф 9. ЭЗЩ нельзя пользоваться при некариозных поражениях твердых тканей зубов, так как они провоцируют развитие патологической стираемости эмали и клиновидного дефекта.

Далеко не все электрощетки одинаковые, поэтому нельзя говорить о какой-то электрощетке «вообще», это также относится и к мануальным щеткам.

Чтобы разобраться в том, что хорошо, что плохо всегда нужно говорить о конкретном средстве гигиены и делать заключения ориентируясь на проведенные клинические и лабораторные испытания, которые позволяют охарактеризовать различные параметры щетки, ее свойства, характер использования, очищающую эффективность, противовоспалительное действие, и прочие клинико-лабораторные параметры и основывающиеся на них свойства.

В первом мифе акцент сделан на более высокую жесткость или абразивность щетины используемой в ЭЗЩ, чем в мануальных.

На самом деле это не так. Сейчас мы знаем, какая существует щетина для зубных щеток, кто, как и из чего ее делает, соответственно используется то волокно, которое необходимо для придания щеточному полю необходимые свойства. Да и зачем, ведь сейчас идет полный отказ от щеток с жесткой и очень жесткой щетиной, чтобы избежать возможных осложнений в виде патологической стираемости эмали или клиновидного дефекта.

Миф второй гласит, что ЭЗЩ очищают зубы хуже мануальных. Надо всегда помнить, что мы имеем в виду конкретную щетку, а не абстрактную. Поэтому говорить подобным образом неправильно. Иначе невозможно привести пример проведенных сравнительных клинических и лабораторных испытаний различных типов зубных щеток, как электрических между собой, так и с мануальными.

Сейчас в мире выполнено огромное количество сравнительных испытаний различных щеток и именно они позволяют нам характеризовать и сравнивать их свойства между собой. Кроме того, в мире распространено проводить сравнительные испытания с эталонной мануальной зубной щеткой, одобренной Американской ассоциацией стоматологов (АДА) в качестве эталона. Это гигиеническая мануальная зубная щетка с ровным щеточным полем средней степени жесткости щетины. Если какие-либо щетки не сравниваются между собой, то их сравнивают с эталоном.

На сегодняшний день в любых щетках используется та искусственная щетина, которая необходима для выполнения соответствующих функций и назначений. Так, в детских будет мягкая щетина, в щетках для лиц с повышенной чувствительностью зубов к внешним раздражителям будет сверх мягкая щетина, если необходимо, то можно сделать комбинацию различных типов щетин, и т.д.

Представление, что ЭЗЩ предназначены только для инвалидов и пожилых людей совершенно ошибочно. Безусловно, что для людей с определенными нарушениями может быть проще пользоваться ЭЗЩ, но это отнюдь не означает, что они противопоказаны здоровым. Другое дело, что отдельные люди не могут качественно очистить зубы мануальной щеткой и

только электрическая, которая выполняет все необходимые движения за пользователя, позволяет значительно улучшить очищение зубов. Это дело выбора, но выбор должен быть рациональным, направленным на решение конкретных задач. В данной ситуации – повышения очищающей эффективности.

Ошибочно считать, что нельзя использовать ЭЗЩ при воспалении десен. Напротив, повышенная очищающая способность обеспечивает эффективное удаление налета в пришеечной области, что способствует снижению явлений гингивита, в достаточной короткие сроки. Это тем более важно, что первопричиной катарального гингивита является мягкий зубной налет.

Мнение, что ЭЗЩ нельзя использовать при гиперчувствительности зубов, также ошибочно. Просто надо правильно подобрать щетку и главное, чтобы у нее была мягкая, а лучше очень мягкая щетина.

При неправильном использовании, в равной степени можно повредить мягкие ткани десны прилегающие к зубам, независимо от того электрическая или мануальная щетка. Надо использовать правильную технику чистки, контролировать силу нажима, и у щетки должны быть умеренная степень жесткости щетины соответствующая состоянию зубов и пародонта.

В настоящее время выпускаются специальные **электрощетки для детей со сменными насадками с мягкой щетиной.** Время, когда ЭЗЩ для детей не производились, ушло.

Мнение, что ЭЗЩ являются вспомогательным средством возникает, когда после гигиенической процедуры во рту не появляется чувство свежести и зубы хочется почистить еще раз. В такой ситуации следует подумать о том, что щетка неправильно выбрана. Такие ощущения могут возникать у пользователей ультразвуковых щеток. В этой ситуации приходится напомнить, что не все щетки одинаковые!

Если у человека есть некариозные поражения, то следует перевести ЭЗЩ в щадящий режим и использовать мягкую или очень мягкую щетину.

Таким образом, разоблачив все эти мифы, мы можем сказать, что:

1. У хороших ЭЗЩ абразивность ниже чем у МЗЩ;
2. У правильно подобранной ЭЗЩ очищающая эффективность выше чем у МЗЩ;
3. У хорошей ЭЗЩ практически нет противопоказаний для использования;
4. ЭЗЩ способствует более быстрому удалению мягкого налета и зубной бляшки, а тем самым приводит к ликвидации катаральных явлений;
5. У хороших ЭЗЩ имеется вторая, пониженная скорость, специально для зубов с повышенной чувствительностью;
6. У ЭЗЩ щетина рассчитана на массаж прилегающих к зубу дёсен;
7. Производятся ЭЗЩ специально для детей и подростков с мягкой щетиной, с учетом роста зубов и созревания эмали;
8. ЭЗЩ может стать вспомогательным средством ИГПР при её низкой очищающей эффективности, что соответствует плохим техническим характеристикам;
9. Правильно подобранная ЭЗЩ с соответствующей жесткостью щетины у нее на сменной головке (мягкая или флексисофт) может использоваться при некариозных поражениях твердых тканей зубов.

Но развитие технологий в производстве электрических средств для гигиенического ухода за полостью рта не стоит на месте. В комплект зубной щетки Oral-B – Triumph входит “миникомпьютер” SmartGuide. Это первая электрическая зубная щетка с клинически доказанной технологией возвратно-вращательных и пульсирующих движений и новым беспроводным дисплеем SmartGuide, позволяющим пациентам получать обратную связь во время чистки зубов на его экране. Это уникальное свойство помогает использовать наиболее распространенный вид запоминания – визуальную память.

Исследования демонстрируют, что 75% информации запоминается благодаря зрительной памяти. С помощью беспроводного дисплея пациенты могут легко видеть время чистки зубов и одобрительное изображение через 2 минуты. Также была добавлена новая характеристика – визуальный датчик давления (другие щетки оснащены только звуковым датчиком). Если пациент

слишком сильно давит на щетку, то загорается красный сигнал. Также приостанавливаются пульсирующие движения (в/в сохраняются). Это позволяет пациенту корректировать свою технику и оказывать меньшее давление на щетку, когда пульсирующие движения приостанавливаются. Это действительно способствует совершенствованию техники чистки зубов, и как показывают исследования, пациенты действительно в меньшей степени оказывают давление на щетку при чистке электрической щеткой, чем мануальной. Режим чистки так же отображается на дисплее. Дисплей работает на расстоянии 3-5 метров в зависимости от условий в комнате. Таким образом, клинически доказано, что технология возвратно-вращательных движений:

- лучше очищает от зубного налета в сравнении с мануальной щеткой;
- обеспечивает длительную профилактику гингивита и образования зубного налета;
- достоверное устранение окрашивания эмали,

В свою очередь беспроводной дисплей SmartGuide обеспечивает:

- постоянную визуальную обратную связь, демонстрирующую время, режим чистки, давление;
- достоверное увеличение времени и соответствие оптимальному режиму чистки зубов в сравнении с мануальной щеткой.

Все эти средства способствуют повышению мотивации пользователей к проведению качественной, своевременной и достаточной по продолжительности чистки зубов.

Использование современных средств гигиены, их правильное применение в соответствии с предназначенными для этого методиками способствуют повышению стоматологического здоровья населения, основанного на качественных средствах и на знаниях, что само по себе мотивирует человека к соблюдению гигиенических процедур.

Все вышеприведенные обстоятельства позволяют специалистам проводить долгосрочные мониторинги внедрения «Индивидуальных гигиенических программ профилактики стоматологических заболеваний», а при необходимости осуществлять их коррекцию.

Роль гигиены полости рта в периоперационном периоде у пациентов с обширными реконструктивно-восстановительными операциями в челюстно-лицевой области

Пахомова Наталия Васильевна,
врач клиники хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
ГОУ ВПО СПбГМУ
им. акад. И.П. Павлова

Гигиена полости рта играет немаловажную роль в ведении пациентов после проведения обширных челюстно-лицевых операций, в т.ч. с применением микрохирургической техники. Уровень гигиены зачастую определяет исход операции, что следует использовать для повышения мотивации пациентов.

В двадцать первом веке, говоря о гигиене полости рта, мы думаем уже не только о зубной щетке и пасте. Прогресс шагнул далеко вперед, и многие интуитивные навыки (как то – прополоскать рот после еды) получили доказательное научное обоснование. На сегодняшний день, на рынке стоматологической продукции представлен широкий ассортимент средств по уходу за полостью рта (Орехова Л.Ю. и соавт., 2009; Улитовский С.Б. и соавт., 2005, 2008; Иорданишвили А.К. и соавт. 2007; Грудянов А.И. и соавт., 2004; и др.), но, к сожалению, далеко не все здоровые люди уделяют должное внимание дентикюру.

А что говорить про больных?! Ни для кого не секрет, что значительная часть пациентов челюстно-лицевых стационаров состоит из тех, кто гигиеной полости рта пренебрегал. Периодонтит, периостит, одонтогенный остеомиелит, абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области, лимфа-

дениты, медиастиниты, интракраниальные осложнения - вот неполный список нозологических форм, которых легко можно было бы избежать, соблюдая индивидуальную гигиену полости рта.

В клинике челюстно-лицевой хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова наряду с острыми и хроническими одонтогенными воспалительными заболеваниями проводится лечение пациентов с патологией слюнных желез, травмами челюстей и посттравматическими дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.

Широко оказывается помощь онкологическим больным; взрослым пациентам с врожденными пороками развития (расщелины верхней губы и неба). Набирает обороты ортогнатическая хирургия в сочетании с ортодонтическими методами лечения у пациентов с сочетанными зубочелюстно-лицевыми аномалиями и деформациями. Это - огромный контингент больных, разные ди-

агнозы и разное лечение. Но объединяет их одно: необходимость тщательной и постоянной гигиены полости рта (Пахомов Г.Н., 1982; Боровский Е.В. и соавт., 1998; Максимовский Ю.М. и соавт., 2002; Цимбалистов А.В. и соавт., 2002; Вольф Г.Ф. и соавт., 2008).

Перефразируя известное высказывание А. Вретленда о питании пациентов, можно сказать, что «На сегодняшний день не стоит вопрос: «Чистить зубы или нет?» Как и чем чистить – вот вопрос». Размышляя рационально, можно смело утверждать, что гигиено-профилактические мероприятия являются таким же неотъемлемым аспектом в алгоритме комплексного лечения стоматологических больных, как, например, антибактериальная терапия при лечении гнойно-воспалительных заболеваний.

Наиболее показательной группой среди челюстно-лицевых больных, являются пациенты, готовящиеся к обширным реконструктивно-восстановительным вмешательствам с применением микрохирургической техники. В клинике челюстно-лицевой хирургии накоплен большой опыт пересадки мягкотканых и костных лоскутов и трансплантатов (торакодорзального, лучевого, из малоберцовой кости, из гребня крыла подвздошной кости, латерального края лопатки, ребра и т. д.). На рис. 1-3 представлены интраоперационные этапы моделирования отдельных трансплантатов, применяемых для реконструктивно-восстановительных вмешательств в челюстно-лицевой области.

Как правило, идеальных условий для пересадки данных лоскутов или трансплантатов нет. Негативное влияние на приживление микрососудистых трансплантатов оказывают:

- 1) Снижение иммунологической резистентности организма по физиологическим причинам или после проведения химио- и лучевой терапии;
 - 2) Фоновые заболевания (сердечно-сосудистая, эндокринная патология, заболевания крови и т.д.);
 - 3) Курение;
 - 4) Контаминация раны микрофлорой полости рта с развитием гнойно-воспалительных осложнений.
- Рис. 4, представляющий этап кранио-фациальной резекции, очень ярко иллюстрирует сообщение интраоперационной раны (выходящей на основания черепа) и полости рта.



Рис. 1. Формирование торакодорзального лоскута на сосудистой ножке в донорской зоне



Рис. 2. Формирование реберного лоскута на сосудистой ножке в донорской зоне

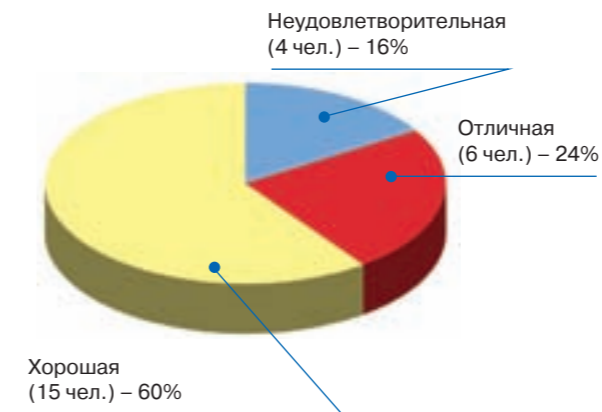


Рис. 3. Формирование лоскута из малоберцовой кости на сосудистой ножке в донорской зоне

Целью данной работы является привлечение внимания челюстно-лицевых хирургов к проблеме обеспечения грамотной и профессиональной гигиены полости рта у больных, готовящихся к обширным реконструктивно – восстановительным

Диаграмма 1

Самооценка больными гигиены полости рта



вмешательствам в челюстно-лицевой области и на последующих этапах их реабилитации путем рационального протезирования.

Материалы и методы

Работа выполнена на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. Обследованы 25 пациентов, готовящихся к обширным реконструктивно-восстановительным операциям, в т.ч. с применением микрохирургической техники. Из них - 12 женщин и 13 мужчин в возрасте от 21 года до 68 лет.

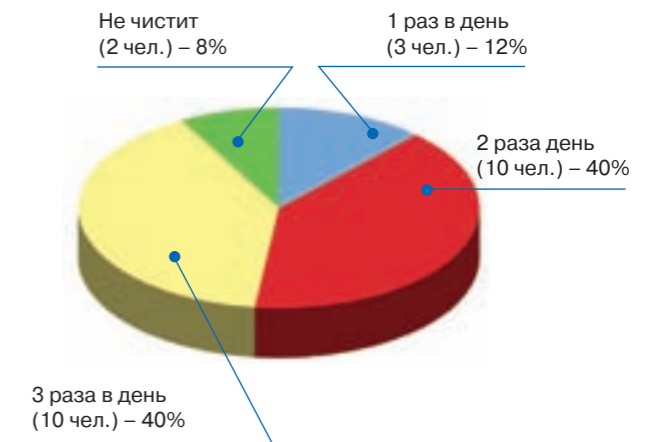
Производился опрос пациентов касательно их уровня гигиены полости рта. Всем больным осуществлялась оценка гигиенического состояния полости рта, определялись индекс гигиены Грина-Вермиллиона (Green, Vermillion), PMA (Schour, Massler), CPITN, КПУ, проба Шиллера-Писарева. Все пациенты проходили рентген-контроль на до- и послеоперационном этапе лечения (ортопантомограмма и/или компьютерная томография в 3D – режиме).

Результаты

Произведена оценка субъективного отношения пациентов к качеству их гигиены полости рта (полученные данные отображены на диаграмме 1). Больные опрашивались, какими средствами ги-

Диаграмма 2

Кратность чистки зубов



гиены полости рта и с какой очередностью они пользуются, (диаграмма 2).

Из тех, кто ухаживал за полостью рта, электрической зубной щеткой пользовался 1 человек, все остальные – мануальной. Зубную пасту применяли все, отдавая предпочтение, с учетом цены, органолептических свойств и популярности в средствах массовой информации. Один человек применял зубную нить, остальные предпочитали использовать для интердентальной гигиены деревянные зубочистки. Большинство опрошенных было знакомо с ополаскивателями для полости рта, но применяло не их, а освежители дыхания и жевательные резинки.

Никто из пациентов не был знаком с ирригаторами, оральными комплексами, суперфлоссами, монопучковыми щетками, межзубными стимуляторами. Профессиональную гигиену полости рта проводили в течение жизни 25% опрошенных (5 человек). 4 человека (16%) больных, при наличии справки от стоматолога о санации полости рта имели выраженные над- и поддесневые зубные отложения, цветущий кариес твердых тканей зубов и очаги хронической инфекции вне обострения. У 2 человек в раннем послеоперационном периоде возникало обострение хронического периодонтита. Сразу после операции большинство больных отказывались от гигиены полости рта, аргументируя это выраженным болевым синдромом.



Рис. 4. Больная К. 44 года. Удаление нервного языкоглоточного нерва с применением срединной лабиомандибулотомии



Рис. 5. Больная М. 57 лет. Внешний вид через 1 месяц после операции возмещения дефекта нижней челюсти и мягких тканей щечной области справа префабрицированным фрагментом X ребра в составе торакодорсального лоскута

мом, наличием отделяемого из ран, отеком мягких тканей, изменением привычного положения органов полости рта и, зачастую, боязнью повредить трансплантату.

На рис. 5 представлен внешний вид больной на одном из этапов оперативного лечения. Четко прослеживается избыток мягких тканей перемещенного лоскута и рубцовые изменения по его периферии.

Больные, поступившие на повторное оперативное вмешательство, в большинстве случаев знакомы с минимальным уровнем гигиенических мероприятий. Их обучение проходит гораздо легче; у них выше уровень мотивации; имеются навыки гигиены полости рта при наличии раневой послеоперационной поверхности.

• Индекс гигиены Грина-Вермиллиона по зубным отложениям у больных в послеоперационном периоде составил $0,8 \pm 0,2$ (средний индекс, удовлетворительное состояние полости рта);

• РМА: $15,0 \pm 1,0\%$ (легкая степень воспаления);

• КПУ: $15,0 \pm 3,2$.

• По индексу СРITN почти в 70,0 % больным требуется лечение заболеваний пародонта.

• Положительная проба Шиллера-Писарева в передних сегментах челюстей – 20,0%, в боковых – 80,0 %.

Особенностью большей части проводимых операций является значительный объем и высокая трав-

матичность вмешательства в полости рта и приротовой зоне, наличие сообщения клетчаточных пространств головы и шеи с полостью рта, глотки и т. д. Эти раны относятся к 3 классу контаминации и условно называются «загрязненными». Рис. 4 демонстрирует выполнение костной пластики нижней челюсти на фоне крайне неудовлетворительной гигиены полости рта. Для такого рода операций риск развития инфекционно - воспалительных осложнений составляет около 20%.

Именно поэтому необходимо осуществлять механическую и химическую очистку зубов и слизистой полости рта во избежание чрезмерного деления персистирующих микроорганизмов. Проведение просветительской работы с больными, демонстрации средств по уходу за полостью рта, обучение прооперированных больных навыкам индивидуальной гигиены полости рта позволяло избежать избыточного роста патогенной микрофлоры ротовой полости.

С учетом выше перечисленных особенностей, на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии разрабатывается, для внедрения в клиническую практику, комплексный подход к гигиене полости рта в до- и послеоперационном периоде у больных с обширными реконструктивно-восстановительными вмешательствами (в т. ч. с применением микрохирургической техники). Он включает в себя:

1) Консультацию врача-пародонтолога и/или гигиениста стоматологического в предоперационном периоде; обучение навыкам индивидуальной гигиены полости рта с последующим контролем.

2) За 7-10 дней до планируемой операции – выполнение адекватной профессиональной гигиены полости рта (особенно, у пациентов с несъемной ортодонтической аппаратурой; ортопедическими конструкциями, в т.ч. на денальных имплантатах; у больных с заболеваниями пародонта).

3) Подбор средств индивидуальной гигиены полости рта на период пребывания в стационаре.

4) При наличии межчелюстной фиксации – профессиональная гигиена в послеоперационном периоде после снятия фиксации.

Первостепенное значение имеет гигиена полости рта с первых суток после операции. В табл. 1 сведены данные о рекомендуемом алгоритме гигиены полости рта в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших реконструктивно-восстанови-

тельные вмешательства в челюстно-лицевой области (Орехова Л.Ю. и соавт., 2009; Улитовский С.Б. и соавт., 2005, 2008).

В данной таблице представлен основной, но не единственно возможный алгоритм мероприятий, направленных на обеспечение адекватной гигиены полости рта. Он является усредненным и подразумевает, в каждом отдельном случае, учет индивидуальных особенностей пациентов и объема операции. Несмотря на базовые положения, следует постоянно учитывать появляющиеся новинки научно-технического прогресса.

Для создания условий, неблагоприятных для патогенной микрофлоры полости рта, осуществляется местное применение конкурентной бактериотерапии («симбиотический комплекс ацидофильных бактерий «Витафлор» (ФГУП «ГосНИИ ОЧБ» ФМБА России)). В случае перорального питания челюстно-лицевых больных, им рекомендуют осуществлять гигиену полости рта после каждого приема

Таблица 1

Алгоритм гигиены полости рта у пациентов после обширных челюстно-лицевых операций		
Сутки	Кем осуществляется гигиена	Особенности
1-2 сутки после операции	врачом (в условиях реанимации)	<ul style="list-style-type: none"> механический туалет полости рта (удаление кровяных сгустков, слизи из верхних отделов дыхательных путей, рвотных масс). применение антибактериальных, противовоспалительных, фунгицидных, антиплаковых, эпителизирующих средств в жидкой форме
3-6 сутки после операции	родственниками, сиделками	то же + применение <ul style="list-style-type: none"> мануальной гигиенической зубной щетки категории «Sensitive» зубных паст с ферментами, витаминами, фторидом олова ирригатора ополаскивателей на основе эфирных масел. переход на <ul style="list-style-type: none"> сложноструктурированные профилактические зубные щетки с многоуровневой щетиной. ортодонтическую зубную щетку, моно- и малопучковую щетку, средства interdentalной гигиены (суперфлоссы, ершики и щетки-ершики различной формы)
после выписки из стационара	больным врачом пародонтологом, гигиенистом стоматологическим	<ul style="list-style-type: none"> весь комплекс средств по уходу за полостью рта, с учетом индивидуальных особенностей (склонность к образованию и пигментации зубного налета, воспаление десен, галитоз и т.д.). профессиональная гигиена ремотерапия

пищи; при зондовом кормлении питательными смесями – 3 раза в день.

После снятия межчелюстной фиксации, с учетом длительных сроков консолидации костных трансплантатов, обязательно необходимо проведение профессиональной гигиены полости рта и курса реминерализующей терапии (Боровский Е.В. и соавт. 1998; Максимовский Ю.М. и соавт., 2002; Улитовский С.Б. и соавт., 2005, 2008).

На всех последующих этапах хирургической, ортодонтической и ортопедической реабилитации больных следует корректировать и контролировать уход за зубами и полостью рта.

Особенно важно это при протезировании на дентальных имплантатах (развитие перимплантита представляет большую угрозу для аутокостных трансплантатов и культей челюстей).

Выводы

Подводя итог, следует отметить, что гигиена полости рта играет огромную роль в ведении челюстно-лицевых больных на этапах оперативного лечения с применением микрохирургической техники. От регулярности и качества ее выполнения во многом зависит послеоперационное течение раневого процесса в области микрососудистых анастомозов и, в конечном итоге, исход операции.

Авторам: требования к публикациям

Включение журнала в международные системы цитирования подразумевает высокие требования к качеству научных статей и редакционной работе.

В журнале «Стоматологическое образование и наука» размещаются только авторские научные публикации, соответствующие целям и задачам нашей миссии.

Статьи публикуются в авторской редакции, без исправлений. Со стороны редакций возможна лишь техническая правка текста.

Редакция журнала не несет ответственности за недостоверные данные в статьях.

В редакцию направляются окончательные варианты статей, не требующих доработок. Авторы принимают на себя ответственность за достоверность сведений, изложенных в статье.

Статья принимается к публикации при условии размещения после ее заголовка аннотации (не более 8 строк) и ключевых слов.

К публикации принимаются статьи, оформленные в соответствии со следующими требованиями:

- 1) текст высылается отдельным файлом *.doc или *.rtf (возможна архивация WinZip или WinRar),
- 2) объем материалов от 2 (около 4000 знаков, в т.ч. пробелы) машинописных страниц,

Поэтому, следует совершенствовать профессиональную грамотность врачей, материально-техническое обеспечение клиник, и, самое главное, повышать мотивацию пациентов.

Литература

1. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология. //М.: «Медицина», 1998. - 764 с.
2. Вавилова Т.П. Биохимия тканей и жидкостей полости рта.// Учебное пособие.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.-208 с.
3. Вольф Г.Ф. Пародонтология.//Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К; Пер. с нем.; Под ред. проф. Барера Г.М.-М.: МЕДпресс-информ, 2008.-548с.
4. Грудянов А.И., Сизиков А.В. Сравнительная оценка влияния зубных паст «Пародонтас-Ф», «Лесной бальзам», «Колгейт-лечебные травы» на динамику клинических показателей пародонта. //Пародонтология.//Журнал.- СПб: «ПолиМедиа Пресс», номер 4(33), 2004.
5. Иорданишвили А.К., Щербо А.П., Пирожинский В.В. Организация и результаты проведения лечебно-профилактических стоматологических мероприятий у людей, работающих на производстве синтетических моющих средств. //Пародонтология.//Журнал.- СПб: «Поли Медиа Пресс», номер 1(42), 2007.
6. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н., Орехова Л.Ю. Терапевтическая стоматология. //М.: «Медицина», 2002. - 638 с.
7. Орехова Л.Ю., Осипова М.В. Прогнозирование эффективности сложных лечебно-профилактических программ при воспалительных заболеваниях пародонта.//Пародонтология.//Журнал.- СПб: «Поли Медиа Пресс», номер 3(52), 2009.
8. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии//М.-«Медицина», 1982. - 240 с.
9. Улитовский С.Б. Гигиенический уход при воспаленном пародонте.// Учебное пособие.- М.: «МЕДпресс-информ», 2008.- 288 с.
10. Улитовский С.Б. Индивидуальная гигиена полости рта.// Учебное пособие.- М.: «МЕДпресс-информ», 2005.- 192 с.
11. Цимбалистов А.В., Шторина Г.В., Михайлова Е.С. Профессиональная гигиена полости рта.// С.-Петербургский институт стоматологии, 2002.-129 с.

3) текст статьи выполняется в редакторе Microsoft Word со следующим форматированием: шрифт - Times New Roman; основной текст – кегль 14; межстрочный интервал 1,5; верхнее и нижнее поля – 2,5 см; левое поле – 3 см, правое поле – 1,5 см; отступ абзаца – 1.25 см; ориентация страницы – книжная, без переносов, без постраничных сносок,

4) язык – русский, английский и другие языки вносятся в виде графического элемента,

5) рисунки, таблицы и графики – черно-белые, без заливки, возможна штриховка,

6) расположение и структура текста внутри статьи:

- а) ФИО и сведения об авторе: ученое звание, ученая степень, место работы, учебы (жирным шрифтом, выравнивание по левому краю, курсивом, строчными буквами)
- б) наименование статьи (по центру заглавными буквами, жирным шрифтом),
- в) основной текст статьи (выравнивание по ширине),
- г) рисунки и графики (распределить по тексту и сгруппировать),
- д) литература и источники.

Информация об авторах, название, аннотация, ключевые слова и приставленный библиографический список даются на русском и английском языках.

Патогенетическая взаимосвязь коморбидных заболеваний внутренних органов и воспалительных заболеваний пародонта

Шестакова Л.А.,

к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Горбачева И.А.,

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней стоматологического факультета СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Кирсанов А.И.,

д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней стоматологического факультета СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Шабак-Спаский П.С.,

к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

В последние годы обращает внимание возрастающая роль множественной сочетанной патологии в общей заболеваемости населения. В современных научных дискуссиях феномен полиморбидности (множественности заболеваний у одного больного) обсуждается с позиций оценки вероятных патогенетических взаимодействий ассоциированных заболеваний.

В этом смысле выделяют негативно коморбидные заболевания, т.е. взаимно отягощающие друг друга, позитивно коморбидные болезни, облегчающие течение друг друга, и нейтрально коморбидную патологию при независимо друг от друга протекающих заболеваниях.

Именно негативная коморбидность предполагает патогенетическую общность механизмов, повреждающих различные органы и ткани. Их иницирование программирует сочетанные полиорганные заболевания [6].

Важнейшие открытия последних лет в медицине позволили установить универсальные процессы, лежащие в основе апоптоза клеток, клеточной альтерации различного генеза. Они опосредуются системными реакциями свободно-радикального окисления, иммунопатологическим реагированием и определяются цитокиновой регуляцией. Именно эти общеорганизменные механизмы объединяют патогенез многих заболе-

ваний, объясняют их ассоциированность и связь с одинаковыми факторами риска, что обретает особую актуальность при сопряженной патологии внутренних органов и воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) [1, 2, 3, 5, 7, 9].

Негативная коморбидность сочетанных внутренних и стоматологических заболеваний усугубляется нарушением функциональных взаимосвязей зубо-челюстного аппарата с системами пищеварения и дыхания, сбоями физиологии нейро-рефлекторного единения полости рта со всем организмом, что неизбежно влечет многофакторные гомеостатические нарушения [1, 4, 10].

Многолетний практический опыт убеждает в наличии сложных взаимосвязей заболеваний внутренних органов и ВЗП [13,14]. Нередко стоматологические проблемы носят вторичный характер по отношению к общесоматическим заболеваниям. Существуют многочисленные свидетельства ассоциированности стоматологических заболеваний с внутренней патологией. Примером могут служить сочетанные заболевания внутренних органов и ВЗП, кариесная болезнь и заболевания, сопровождающиеся нарушением минерального обмена, одонтогенная очаговая инфекция и иммунодефицитные состояния, а также многие другие [6, 10, 12].

При тщательном терапевтическом обследовании более 1000 больных ВЗП, осуществленном сотрудниками кафедры внутренних болезней стоматологического факультета СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, установлена стопроцентная частота выявления у этих пациентов внутренних заболеваний. Фактически все системы органов оказались вовлеченными в спектр внутренней патологии, причастной к развитию ВЗП.

При изучении структуры внутренней патологии, ассоциированной с ВЗП наиболее часто выявляли хронические очаги инфекции различной локализации:

- одонтогенные (апикальные гранулемы, кисты, периодонтит);
- ЛОР-органов (хр. тонзиллит, хр. фарингит, хр. гайморит и др.);
- гепато-билиарной системы (хр. холецистит, хр. холангит);
- мочевыделительной системы и урогенитальной сферы (хр. пиелонефрит, хр. простатит, хр. аднексит и др.).

Хронические очаги инфекции были отмечены у 96% обследованных. При этом у 85% больных были выявлены заболевания органов пищеварения, среди которых часто встречались хронические гастриты различного генеза, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, вторичные функциональные расстройства кишечника на фоне заболеваний гепатобилиарной системы. Сочетанные заболевания внутренних органов были установлены у 80% обследованных больных.

Начинающему врачу-стоматологу на заметку:

- **Сравнительно редко встречается то или иное стоматологическое заболевание у абсолютно здоровых людей.** Подавляющее большинство практически здоровых людей страдают каким-либо хроническим заболеванием. Хроническая болезнь может быть на фазах ремиссии или обострения, иметь скрытое или явное течение.
- **Современный врач-стоматолог должен обязательно учитывать состояние внутренних органов при решении вопросов о стоматологическом лечении и его степени риска.** Например, у больных с нарушением свертывающей системы крови (при лейкозах, тромбоцитопении, тяжелых заболеваниях печени и др.) следует считаться с опасностью тяжелого кровотечения, даже после экстракции зуба.
- **Существуют различные взаимодействия между стоматологическими заболеваниями и внутренними болезнями:**
 1. Редко одно из них является лишь фоном для другого.
 2. Нередко стоматологические заболевания становятся проявлением (синдромом) общего заболевания. Например, тяжелый язвенный стоматит с выраженной кровоточивостью может быть проявлением острого гемобластоза.
 3. Изменение общего состояния человека может быть обусловлено стоматологическим заболеванием. Например, бактериемия при лихорадке неясного генеза бывает одонтогенного происхождения.
 4. В ряде случаев стоматологическое заболевание не может быть излечено только стоматологическими методами, например при болезнях крови, диабете.
 5. В других случаях без современного стоматологического лечения нельзя вылечить и некоторые внутренние болезни. Ряд заболеваний может быть предотвращен путем санации полости рта (ревматизм, нефрит и др.).

Врач-стоматолог должен уметь оценить влияние лечебных мероприятий на больного и течение заболевания:

1. Во-первых, следует понять, что почти любое вмешательство стоматолога для больного безразлично как на стадии его ожидания пациентом, его осуществления, так и после него.

Стоматологическое вмешательство может быть неблагоприятным как немедленной реакцией, так и в виде отдаленных реакций. Например, удаление зуба и другие вмешательства, затрагивающие пародонт (особенно при периостите и пародонтите), способны вызывать бактериемию.

Это может привести у больных с врожденными или приобретенными ревматическими пороками сердца, к развитию инфекционного эндокардита и, соответственно, обуславливает необходимость профилактического назначения антибиотиков при выполнении указанных вмешательств.

2. Во-вторых, следует всегда иметь в виду, что медикаментозные методы лечения, используемые в стоматологии, безразличны для больных с наличием внутренних заболеваний, как и препараты, назначаемые врачом-терапевтом.

Многие из них способны уменьшить, увеличить или изменить и даже добавить новые симптомы и синдромы. Например, обычные челюстно-лицевые операции и лечение околозубных тканей создают определенный риск для больных, принимающих кортикостероиды, иммунодепрессанты или цитостатики.

Эти препараты подавляют воспалительную реакцию, необходимую для заживления тканей, повышают опасность кровотечения и развития очаговых инфекций вплоть до септических осложнений, замедляют регенерацию тканей.

Подобную полиморбидность у людей, страдающих ВЗП, следует рассматривать как негативную коморбидность, когда наличие у больных соматической патологии, ослабляющей защитные силы организма, создает условия для повреждающих воздействий на пародонт как со стороны имеющейся в полости рта микрофлоры, так и эндогенных пародонтопатогенных факторов. Особенностью ВЗП является однотипность реакций его структурных образований в виде неспецифического воспалительно-дегенеративного процесса в ответ на самые разнообразные изменения в различных системах органов. Несмотря на принципиальные различия между ассоциированными с ВЗП заболеваниями внутренних органов, их объединяет общая тенденция к накоплению в крови больных промежуточных и конечных продуктов перекисного окисления липидов - диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА), присутствие которых, по нашим данным, в среднем в 1,5 раза превышало их уровень у практически здоровых людей. При

этом ресурсы антиоксидантной защиты липидов оказываются практически исчерпанными, о чем свидетельствовали крайне низкие активированные показатели ДК и МДА (соответственно в 2,1 и в 8,2 раза ниже нормы). Изучение у этих больных активности свободно-радикального окисления тиоловых соединений показали, что белки подвергаются деструктивному воздействию свободных радикалов, что может инициировать сложные механизмы патогенеза множества заболеваний [8,11]. Формирование иммунологической разбалансировки у полиморбидных больных с ВЗП сочетается с угнетением фагоцитарной активности как нейтрофилов, так и клеток мононуклеарно-фагоцитарной системы (МФС). При этом отмечается многофакторная функциональная недостаточность мононуклеарных фагоцитов с несостоятельностью локомоторной, мобилизационной функции (по результатам теста Ребака), снижением фагоцитоза и секреторной активности (по низкому уровню лизоцима в крови).

Установленные в многолетних исследованиях кафедры нарушения функционального состояния лимфоцитов, гранулоцитов и клеток МФС отражают развитие сложного иммунодефицитного состояния с системным ограничением защитных возможностей организма в целом.

Патогенетическая общность многих общесоматических процессов и воспалительных поражений пародонта, очевидно, обусловлена развитием единых для всего организма механизмов клеточного повреждения и модификации тканевых структур с обретением ими аутоантигенных свойств. Немаловажную роль в ремоделировании пародонта с иницированием в нем аутоиммунных процессов играют механизмы окислительного повреждения, минеральные дисбалансы и дефициты, а также другие метаболические нарушения.

Доказанная патогенетическая общность заболеваний внутренних органов и полости рта требует единых системных подходов к лечению сочетанной патологии.

Наш опыт применения средств целенаправленной системной коррекции отдельных звеньев патогенеза сочетанной патологии – антиоксидантов (витаминов С, Е и А, тиосульфата натрия, водородослевых препаратов кламина), минералозаместительной терапии (панангином, микроэлементами в составе кламинов), метаболических цитопротекторов (мексидола, цитофлавина, милдроната, церебролизина) показал, что закономерное исправление дефектов-мишеней сочеталось с содружественной положительной динамикой изменения и других гомеостатических показателей. Это свидетельствует о наличии тесных метаболических взаимосвязей в гомеостазе организма.

Результаты многочисленных наблюдений свидетельствуют, что только одновременная коррекция состояния внутренних органов и пародонта является единственной основой эффективного оздоровления таких больных.

Однако в современной практической медицине фактически отсутствуют алгоритмы комплексного лечения внутренних болезней ассоциированных со стоматологическими заболеваниями,

что обусловлено функциональной и производственной разобщенностью стоматологов с врачами других специальностей. В свою очередь врачи терапевты устранились от лечения сочетанной патологии, не зная стоматологических проблем.

Литература

1. Булкина Н.В., Осадчук М.А. Некоторые механизмы возникновения и прогрессирования воспалительных заболеваний пародонта у больных с сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта. – Пародонтология. 2007. №1 (42). – С.15-19.
2. Горбачева И.А., Кирсанов А.И. Роль дисбаланса макро- и микроэлементов в патогенезе заболеваний внутренних органов в сочетании с генерализованным пародонтитом // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова. – 2003. - № 1 - 2. - С. 123–126.
3. Жяконис И.М. Иммунологические аспекты гингивита и пародонтита: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М. - 1986. - 32 с.
4. Карницкий В.И. Зависимость изменений пародонта от состояния нервной и сосудистой систем: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М. - 1971. -24 с.
5. Кетлинский С.А., Калинина Н.М. Цитокины мононуклеарных фагоцитов в регуляции реакций воспаления и иммунитета // Иммунология. – 1995. - № 1. - С. 30 - 44.
6. Кирсанов А.И., Горбачева И.А., Шабак-Спаский П.С. Особенности гомеостаза и комплексная его коррекция у больных генерализованным пародонтитом // Пародонтология. - 2001. - № 1-2 (19 – 20). - С. 26–27.
7. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта – М.: ПолиМедиаПресс, 2004. – 432 с.
8. Соколовский В.В. Тиодисульфидное соотношение крови как показатель состояния неспецифической резистентности организма /Учебное пособие. - СПб.: СПбГМУ. - 1996. - 31 с.
9. Фрейдлин И.С. Цитокины и межклеточные контакты в противомикробной защите организма // Соросовский образовательный журнал. – 1996. - № 7. - С. 19 - 25.
10. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Вторичные иммунодефициты: клиника, диагностика, лечение // Иммунология. – 1999. - № 1. - С. 14 - 17.
11. Шатилина Л.В. Перекисное окисление липидов как механизм регуляции агрегационной активности тромбоцитов // Кардиология. – 1993. - № 10. - С. 25 - 28.
12. Тец В.В., Орехова Л.Ю., Доморад А.А. и др. Распространение возбудителей соматических заболеваний в нормальной микрофлоре ротовой полости. – Пародонтология. – 2007. – №4(45). – С. 9-12.
13. Цепов Л.М. Микрофлора полости рта и ее роль в развитии воспалительных генерализованных заболеваний пародонта. – Пародонтология. – 2007. - №4(45). – С. 9-12.
14. Cohen D.W., Slavkin H.C. Periodontal disease and systemic disease. In: Rose L.F., Genco R.J., Mealey B., Cohen D.W., editors. Periodontal medic. – Hamilton (Cabada): B.C.Decker Inc; 2000. – P.1-10.

Экспериментальное обоснование операции по поднятию дна верхнечелюстной пазухи

Яременко Андрей Ильич,

д.м.н. заведующий кафедрой хирургической стоматологии и ЧЛХ СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Нигматуллин Рафик Талгатович,

д.м.н. профессор кафедры анатомии человека Башкирского Государственного медицинского Университета.

Штеренберг Дмитрий Генрихович,

очный аспирант кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

■ В эксперименте на кроликах Шиншилла изучены особенности замещения аллогенного и ксеногенного измельченных костных трансплантатов, а также сроки формирования регенерата. Выявлено соответствие скорости резорбции аллотрансплантата с процессами остеогенеза, что позволяет получить адекватный регенерат в финале заместительной регенерации.

Актуальность исследования

В настоящее время дентальная имплантация становится все более популярным методом зубного протезирования. Известно, что высота альвеолярного отростка верхней челюсти уменьшается после потери зубов [9]. При этом невозможно применение имплантов вследствие их нестабильности фиксации.

Восстановление анатомических объемов костной ткани альвеолярного отростка - одна из основных задач подготовки протезного ложа. При этом используются различные материалы. Ауто-трансплантация ограничена дополнительной травматизацией, риском инфицирования, дефицитом материала [2, 4, 7].

В.К. Цогоев [8] и О.Т. Jensen [9] подчеркивают, что остаются открытыми вопросы реакции тканевого ложа на тот или иной синтетический мате-

риал. В связи, с чем наиболее перспективным считается использование биологических материалов ксеногенного и аллогенного происхождения.

В челюстно-лицевой хирургии успешно применяется костный аллотрансплантат производства ФГУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» (г. Уфа) [5]. Трансплантаты данной серии имеют ряд преимуществ: низкая иммуногенность, стимуляция регенеративных процессов в зоне введения, постепенное замещение биоматериала костным регенератом [4]. Также доказаны остеоиндуктивные свойства указанных трансплантатов [3].

Однако, остаются нераскрытыми вопросы замещения измельченных форм костных биоматериалов при выполнении операции синус-лифтинга.

Учитывая изложенное сформулирована цель настоящего исследования: экспериментально-морфологически обосновать возможность применения костного аллотрансплантата, при выполнении операции по поднятию дна верхнечелюстной пазухи для проведения дентальной имплантации.

Материалы и методы

На базе отдела морфологии ФГУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии Министерства здравоохранения и социального развития» (г. Уфа) выполнены экспериментальные исследования на 20 кроликах породы Шиншилла. Авторы работы руководствовались «Европейской конвенцией относительно защиты позвоночных животных, которые используются с экспериментальными и другими научными целями» (Страсбург, 1986).

Под наркозом у животного производился разрез под верхней губой на 2 мм ниже переходной складки на слизистой преддверья рта, после чего обнажалась передняя стенка верхнечелюстной пазухи на уровне её дна.

Затем бором формировалось окно в костной стенке пазухи высотой до 5-6 мм, длиной до 1 см, не повреждая внутреннюю выстилку пазухи. Слизистая оболочка пазухи отсепаровывалась от кости кюреткой.

Сформированное пространство заполнялось костным алло- (опытная серия) или ксенотрансплантатом (контрольная серия). Затем производилось ушивание слизистой преддверья рта. На 45-е, 90-е и 180-е сутки эксперимента выполнялся забор материала.

Гистологические препараты, после окраски гематоксилином и эозином по Маллори и Ван-Гизону, изучались в поляризационном микроскопе «МИН-8», и в световом микроскопе МС-50 с фотонасадкой.

Использовалась морфометрическая программа Biovision 3.0, а также Microsoft Office Excel 2010 и Statistica 8.0.

Для оценки полученных результатов в двух сериях опытов применялся параметрический метод (t-критерий Стьюдента для независимых групп).



Рис. 1. Макрофотография. Череп кролика скелетирован, открыта передняя стенка верхнечелюстной пазухи слева.

Результаты и обсуждение

Следует отметить некоторые особенности топографии верхнечелюстной пазухи у кролика:

- 1) верхнечелюстная пазуха расположена в области отсутствия зубов, лишь задний край пазухи в некоторых случаях топографически соответствует первому жевательному зубу;
- 2) внутренняя выстилка верхнечелюстной пазухи (мембрана Шнайдера) намного плотнее, чем у человека в норме;
- 3) медиальная стенка пазухи очень тонкая, что создает предпосылки для попадания материала в полость носа (рис. 1).

В контрольной серии на 45-е сутки в области введения измельченного ксенотрансплантата наблюдается выраженная клеточная инфильтрация. Преобладают клетки макрофагального и фибробластического дифференцирования, обнаруживаются нейтрофильные лейкоциты и лимфоциты. В эти же сроки происходит резорбция биоматериала с одновременной пролиферацией рыхлой неоформленной соединительной ткани (рис. 1).

В финале репаративных процессов на 180-е сутки на месте бывшего ксенотрансплантата обнаруживается ретикулофиброзная костная ткань с включениями гиалинового хряща и плотной неоформленной соединительной ткани. При этом отмечается значительная резорбция пересаженного биоматериала.

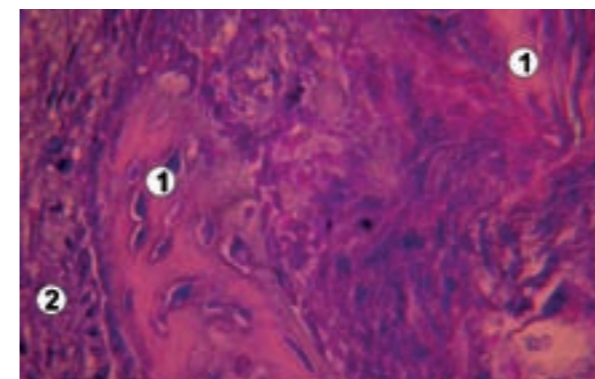


Рис. 2. Экспериментальный синус-лифтинг с использованием ксенотрансплантата (контрольная серия). 45-е сутки. Ретикулофиброзная ткань в области трансплантации. Костные балки (1), прослойки рыхлой неоформленной соединительной ткани (2). Окраска гематоксилином и эозином. Об. 40, ок. 20.

Объем регенерата составляет лишь 43% от изначально введенного объема измельченного трансплантата.

В опытной серии в области аллотрансплантации на 45-е сутки также определяется полиморфноклеточная инфильтрация. При этом в инфильтрате не верифицируются клетки лимфоцитарного и лейкоцитарного дифференцирования, однако обнаруживаются вторичные остеобласты. Последние имеют овальную форму и многочисленные длинные отростки [1].

Изучение гистологических препаратов, полученных в более поздние сроки, показало, что процессы резорбции фрагментов трансплантата сбалансированы во времени с процессами образования регенерата.

Т.е. заместительная регенерация в опытной серии протекает более медленно, за счет низкого уровня реактивных процессов в очаге введения биоматериала.

В отдаленные сроки эксперимента (180-е сутки) в области трансплантации определяется пластинчатая костная ткань, которая мало отличается от ткани альвеолярного гребня (Рис. 2). При этом объем полученного регенерата составляет 67% от изначально введенного объема аллотрансплантата.

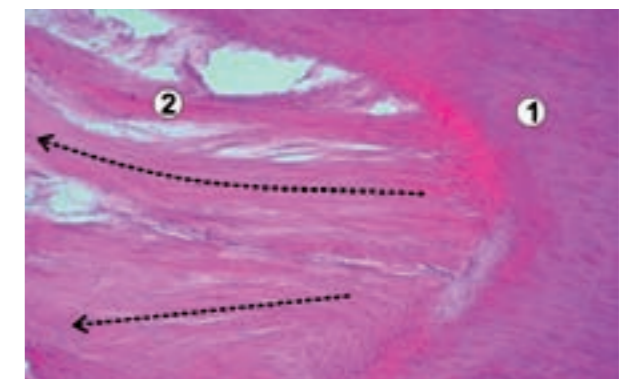


Рис. 3. Экспериментальный синус-лифтинг с использованием аллотрансплантата (опытная серия). 180-е сутки. Альвеолярный отросток верхней челюсти (1), новообразованные костные балки пластинчатой костной ткани (2). Пунктирными линиями отмечена ориентация костных балок. Окраска по Маллори. Об. 10, ок. 20.

По-видимому, в более поздние сроки происходит ремоделирование регенерата, обуславливающее постепенное формирование пластинчатой компактной и губчатой кости [1].

Для оценки качества полученного регенерата использовался показатель объема губчатой кости [9]. Последний представляет собой отношение площади костной ткани к исследуемой площади гистологического препарата, выраженное в процентах. Указанный показатель оценивался на 180-е сутки (финал процессов замещения трансплантата). В норме у человека в альвеолярном отростке верхней челюсти данный показатель составляет 10-30% (у женщин) и 12-37% (у мужчин) [9]. У кролика в норме указанный показатель варьирует от 46 до 66%. В контрольной серии объем губчатой кости регенерата был равен $32 \pm 10\%$, а в опытной - $48 \pm 11\%$ ($p > 0,05$).

Плотность костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти кролика в среднем на 30% выше, чем у человека, что, по-видимому, обусловлено особенностями строения черепа животного (изначальное отсутствие зубов в проекции дна верхнечелюстной пазухи). При этом высота альвеолярного отростка в проекции пазухи значительно меньше, чем в центральных его отделах (область резцов).

Заключение

Измельченный аллотрансплантат при введении под слизистую оболочку дна верхнечелюстного синуса с целью увеличения объема костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти постепенно замещается собственными тканями реципиента. При этом формируется структура соот- ветствующая пластинчатой костной ткани. Однако плотность регенерата, оцененная по объему губчатой кости в двух сериях опытов, имеет недостоверные различия. При этом отмечается тенденция к увеличению плотности костной ткани в опытной серии.

На основании результатов экспериментальных исследований, учитывая достаточный объем регенерата и адекватность его структуры, возможно использование измельченного костного аллотрансплантата в клинической практике при выполнении операции синус-лифтинга.

Литература

1. Актуальные проблемы теоретической и клинической ортодонтологии / Денисов-Никольский Ю.И., Миронов С.П., Омеляненко Н.П., Матвейчук И.В. // - М., ОАО «Типография «Новости», 2005. – 336с.
2. Беззубов А.Е. Сравнительная оценка применения костнопластических материалов для замещения дефектов челюстей (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Самара, 2010. - 24.
3. Булатов А.А. Современные способы изготовления, стерилизации и консервации деминерализованных костных трансплантатов / А.В. Калинин, В.И. Савельев // Травматология и ортопедия России. № 1(34). СПб, 2005. – С. 55-59.
4. Нигматуллин Р.Т. Морфологические аспекты пересадки соединительнотканых аллотрансплантатов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Новосибирск, 1996. – 40с.
5. Радкевич, А.А. Реконструктивная хирургия альвеолярных отростков челюстей : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Иркутск, 2002. - 33 с.

6. Сельский Н.Е. Применение биоматериалов «Аллоплант» в челюстно-лицевой хирургии. – Уфа: Здравоохранение Башкортостана, 2000. – 224с.
7. Федоровская, Л.Н. Экспериментально-клиническое обоснование применения хирургических методов увеличения объема костной ткани альвеолярного отростка при его атрофии на этапах зубной имплантации : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М, 2002. - 29.
8. Цогоев В.К. Обоснование использования биорезорбируемых средств при непосредственной и ранней отсроченной дентальной имплантации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М, 2007. - 25.
9. Ole T. Jensen. The Sinus Bone Graft. Quintessence Pub Co. – 2006. – 205p.
8. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии//М.-«Медицина», 1982.- 240 с.
9. Улитовский С.Б. Гигиенический уход при воспаленном пародонте.// Учебное пособие.- М.: «МЕДпресс-информ», 2008.- 288 с.
10. Улитовский С.Б. Индивидуальная гигиена полости рта.// Учебное пособие.- М.: «МЕДпресс-информ», 2005.- 192 с.
11. Цимбалистов А.В., Шторина Г.В., Михайлова Е.С. Профессиональная гигиена полости рта.// С.-Петербургский институт стоматологии, 2002.- 129 с.

Условия, влияющие на регенерацию реципиентного участка кости атрофированного альвеолярного отростка части челюсти

Новиков С.В.

к.м.н. докторант кафедры хирургической стоматологии и ЧЛХ СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова

Яременко А.И.

д.м.н. заведующий кафедрой хирургической стоматологии и ЧЛХ СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова

В настоящее время стоматологи в своей практике все чаще сталкиваются с клиническими случаями, где пациенты имеют не только дефект зубного ряда, но и различной степени выраженности деформацию челюстей, которая сопровождается редукцией костной ткани в области беззубых участков [2,4,5].

Врач-стоматолог при составлении плана лечения пациентов с таким видом патологии, обращает внимание на условия регенерации кости атрофированного альвеолярного отростка части челюсти, перед этапом хирургической реконструкции в реабилитации пациента [6,7]. Условия, влияющие на регенерацию реципиентного участка части челюсти, условно можно разделить на общие и местные.

К общим условиям, влияющим на регенерацию атрофированного альвеолярного отростка части челюсти относят:

- возраст пациента;
- наличие сопутствующих заболеваний пациента, влияющих на регенерацию костной ткани;
- остеопенический синдром;
- нездоровый образ жизни; неполноценное питание;
- вредные привычки.

К местным условиям, влияющим на регенерацию атрофированного альвеолярного отростка части челюсти, относят:

- наличие или отсутствие функциональной жевательной нагрузки на реципиентный участок челюсти;
- структура, архитектоника кости реципиентного участка;
- локализацию реципиентного участка челюсти;
- биотип слизистой ткани и площадь кератизированной десны реципиентного участка челюсти;

Целью данной работы является рентгенологический анализ параметров плотности кости в условиях репаративной регенерации после проведения костнопластических операций на атрофированном альвеолярном отростке, части челюсти, в зависимости от направления редукции, структуры, локализации реципиентных участков челюсти и времени приложения функциональной нагрузки на них.

Материалы и методы

С 2005 года по 2011 год была оказана стоматологическая специализированная помощь в реабилитации 54 пациентов (в возрасте 40-70 лет – см. таблицу 1).

Рентгенологические исследования проводились на конусном компьютерном томографе «Picasso» Pro ECT – 12, фирма «VATech», E-WOO; Южная Корея, «Galileos» фирмы «Sirona» Германия и фирма «Morita» Япония.

Обсуждение результатов

У взрослого человека обновление костных структур занимает от трех до шести месяцев, после чего наступает фаза покоя, которая может длиться до 25 лет. Разрушение и ремоделирование костной ткани тесно связаны между собой, однако на разных поверхностях кости эти процессы имеют неодинаковый баланс.

В компактном слое оба процесса уравновешены, а в губчатом слое, после 50 лет, преобладает резорбция, которая приводит к увеличению объема костно-мозговых пространств и истончению компактного слоя с внутренней стороны кости челюсти. Ежегодно происходит перестраивание двух-четырёх процентов скелета. За 10-20 лет обновляется около его половины кости. Естественная убыль костной массы челюстей начинается с 25 лет и проявляется снижением их высоты в среднем на 0,1-0,2 мм в год. Потеря костной массы скелета к 70 годам составляет 25-30% компактного и 35-40% губчатого слоя кости [3].

Избыточная или недостаточная продукция гормонов железами внутренней секреции играет значительную роль в патогенезе остеопенического синдрома. В структуре эндокринной патологии наиболее распространены заболевания щитовидной железы, паращитовидной железы, поджелудочной железы и половых желез. Патология щитовидной железы, протекающая как с повышенной секрецией тиреоидных гормонов, так и при гипотиреозе, с развитием остеопенического синдрома, характеризуется деминерализацией кости челюстей. При гипотиреозе напрямую подавляется функция остеобластов, так как на их мембранах отмечается экспрессия рецепторов к тиреоидным гормонам [1]. При гипертиреозе происходит раз-

витие вторичного гиперпаратиреоза с высокой секрецией паратиреоидного гормона и с пониженной выработкой кальцитонина. Это вызывает избыточную продукцию паракринных факторов, активирующих остеокластогенез. Таким образом, у пациентов избыточная или недостаточная продукция гормонов щитовидной железы развивает дисбаланс ремодулирования костной ткани.

Несостоятельность анаболических и репаративных процессов определяет неполноценность питания, в основе которого лежит нарушение метаболизма и обмена веществ. Синдромы мальабсорбции и мальдигестии определяют недостаточность таких эссенциальных нутриентов, как аминокислоты, полиненасыщенные жирные кислоты, витамины, макроэлементы кальций, фосфор, цинк, микроэлементы – необходимых компонентов репаративной регенерации кости и иммуногенеза. Питание должно быть полноценным и сбалансированным по содержанию белков, витаминов и минеральных веществ.

У пациентов «курильщиков» происходит нарушение тканевого дыхания в кости и метаболизма по усвоению аскорбиновой кислоты, которая влияет на эластичность капиллярной стенки сосудов, что может сказываться на повышенной хрупкости последних. Снижение оксигенации в зоне регенерации костной ткани приводит к образованию неполноценной грубоволокнистой фиброзной ткани, а в зоне регенерации мягких тканей – образованию грануляционной ткани воспаления.

Сохранение костного регенерата, зоны соединения костного аугментата с окружающей костной тканью реципиентного участка челюсти, зависит от надежной фиксации костного аугментата во время проведения костнопластической операции, а также от стабилизации аугментата в момент функциональной жевательной нагрузки на реципиентный участок кости на всем протяжении времени регенерации.

Отсутствие функциональной жевательной нагрузки реципиентного участка способствует венозному застою в регенерате, снижению тонуса сосудов, что приводит к развитию дистрофических процессов, нарушению ревакуляризации в костной ткани челюсти и более продолжительному времени регенерации.

Таблица 1

Хирургическая реконструкция реципиентного участка кости, атрофированного альвеолярного отростка, части челюсти

№	Количество пациентов	Диагноз	Структура / форма ауто-трансплантата кости	КПО** / ААО***	Соотношение видов остеогенеза в регенерате кости (К****/Д*****)	Денситометрические показатели (НУ*****)	Время начала функциональной нагрузки
1	1	III класс*, обл. 43-33 зубов	Ретромолярная зона с двух сторон челюсти, пластины – крошка	Трехмерная реконструкция «техника опалубки»	1 / 1	1800	6 месяцев
2	2	Подбородочная зона, пластины – гайка	Ретромолярная зона с двух сторон челюсти, пластины – крошка	Трехмерная реконструкция «техника опалубки»	2 / 1	2500	6 месяцев
3	1	III класс, обл. 43, 42, 32, 33 зубов	Подбородочная зона, пластины – крошка	Расщепление	3 / 1	2100	3 месяца
4	4	II класс, обл. 13, 23 зубов	Подбородочная зона, пластины – крошка	Латеральное наполнение	1 / 2	1800	3 месяца
5	5	II класс, обл. 13, 23 зубов	Подбородочная зона, пластины – крошка	Расщепление	2 / 1	1900	3 месяца
6	16	III класс, обл. 17-13, 23-27 зубов	Ретромолярная зона с двух сторон челюсти, пластины – крошка	Синус- лифтинг	1/2	1600	3 и 6 месяцев
7	3	III класс, обл. 13-23 зубов	Подбородочная зона, пластины – крошка	Синус- лифтинг	1/2	1600	3 и 6 месяцев
8	3	III класс, обл. 17-13, 13-23 зубов	Подбородочная зона, пластины, блоки – «гайка»	Трехмерная реконструкция «техника опалубки»	3/1	2500	3 месяца
9	1	III класс, обл. 16-14 зубов	Ретромолярная зона справа, крошка	Латеральное наполнение	2/2	3000	3 месяца
10	3	I класс, обл. 47-46,35-37 зубов	Ретромолярная зона слева и справа, блоки	Вертикальное расщепление с наполнением	2/1	2500	3 месяца
11	4	III класс, обл. 17-13, 23-27 зубов	Гребешок подвздошной кости, крошка, пластины	Синус- лифтинг + трехмерная реконструкция «техника опалубки»	1/3	1700	6 месяцев
12	2	I класс, обл. 47-45 зубов	Ретромолярная зона справа, блоки	Костное винирование	2/1	2000	6 месяцев

Таблица 1 (продолжение)

№	Количество пациентов	Диагноз	Структура / форма ауто-трансплантата кости	КПО** / ААО***	Соотношение видов остеогенеза в регенерате кости (К****/Д*****)	Денситометрические показатели (НУ*****)	Время начала функциональной нагрузки
13	1	III класс, обл. 13-24 зубов	Теменная кость, пластины, крошка	Трехмерная реконструкция «техника опалубки»	2 / 1	2100	6 месяцев
14	3	III класс, обл. 17-14 зубов	Ретромолярная зона справа, крошка, пластины	Трехмерная реконструкция «техника опалубки»	2 / 1	2100	6 месяцев
15	1	II класс, обл. 33-37 зубов	Ретромолярная зона слева, крошка	Расщепление	3 / 1	2400	3 месяца
16	1	II класс, обл. 47-44 зубов	Подбородочная область, блоки	Костное винирование	3 / 1	2600	6 месяцев
17	1	III класс, обл. 33-37 зубов	Ретромолярная зона слева, крошка, пластины	Трехмерная реконструкция	3 / 1	2000	6 месяцев

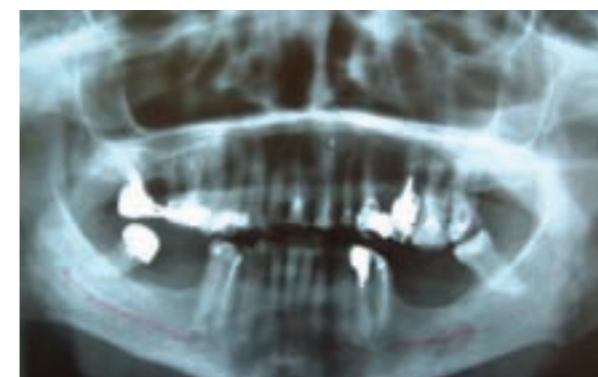
* - классификация атрофированного альвеолярного отростка (Seibert, 1983; по Lekholm и Zarb, 1985)
 ** - костно-пластическая операция;
 *** - атрофированный альвеолярный отросток, части челюсти;
 **** - контактный остеогенез;
 ***** - дистанционный остеогенез;
 ***** - шкала единиц радиоденсивности Хаунсфилда (рентгеновской плотности)

Структура и архитектура реципиентного участка кости определяется организацией трабекул, так как активность обменных процессов в них в восемь раз превышает таковую в остеонах компактного слоя [7]. Структура кости обеспечивает зону некроза, пространства между поверхностью кости реципиентного участка атрофированного альвеолярного отростка части челюсти и поверхностью аутотрансплантата кости, что в свою очередь, обуславливает запуск контактного или дистанционного остеогенеза. Если величина пространства составляет менее 0,2 мм, а зона некроза менее 0,5 мм, возникает контактный остеогенез, если величина пространства составляет

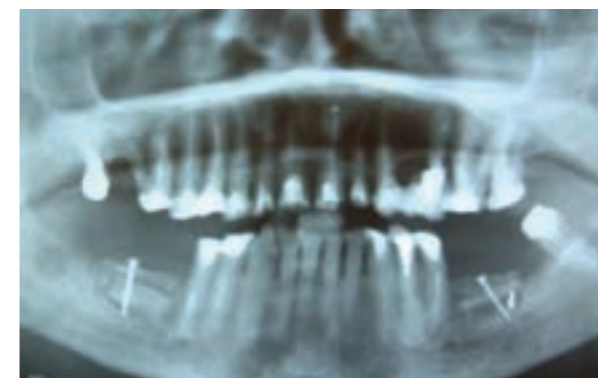
более 0,2 мм, а зона некроза более 0,5 мм, возникает дистанционный остеогенез [8]. Локализация реципиентного участка челюсти, а также биотип слизистой ткани и площадь кератизированной десны, определяют способность его к реваскуляризации после реконструкции.

Клинический случай

Пациентка, 45 лет с диагнозом: приобретенный дефект зубных рядов, редукция костной ткани альвеолярной части челюсти категории «С» по классификации С.Е.Мич, К.В.Юди (1987) в области 47, 46, 45, 44, 37, 36, 35 зубов. С неотягощенным анамнезом. Без сопутствующих заболеваний. Без вредных привычек.



Пример. Представлена ортопантограмма пациента до начала лечения



Пример. Представлена ортопантограмма на которой определяется после реконструкции в области 47, 46, 45, 44 зубов контактный остеогенез, а в области 37, 36, 35 зубов – дистанционный остеогенез



Пример. Представлена ортопантограмма пациента после ортопедического лечения зубов

План лечения

1. Проведение санации полости рта;
 2. Костно-пластическая реконструкция по типу горизонтального расщепления реципиентного участка альвеолярной части челюсти в области 47, 46, 45, 44, 37, 36, 35 зубов с использованием монокортикальных аутотрансплантатов, полученных из ретромолярной зоны нижней челюсти;
 3. Инсталляция четырех внутрикостных имплантатов системы «Impla» (Германия) в область реконструкции;
 4. Ортопедическое лечение с использованием несъемных металлокерамических конструкций.
- Таким образом, при составлении плана хирургического лечения пациента с диагнозом: редукция кости альвеолярного отростка части челюсти и получения прогнозируемого положительного результата от ортопедического лечения с использованием метода имплантации, врачом необходимо учитывать условия, влияющие на регенерацию реципиентного участка кости челюсти, а не только руководствоваться исходными данными, получаемыми от лучевого исследования пациента.

Литература

1. Козлова М.В., Панин А.М., Мкртумян А.М. Комплексное планирование и лечение атрофии альвеолярной кости у пациентов с остеопеническим синдромом. *Стоматологический журнал*. № 2, том X-2009. - С. 112-115.
2. Параскевич В.Л. Диагностика регионарного остеопороза челюстей при планировании имплантации // *Рос.Стоматологический журнал*. 2000. № 2. С.33-36.
3. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. Минск. ООО «Юнипресс». - 2002. - С.67-81.
4. Graziani F. et al. Сравнение выживаемости имплантатов, установленных в область аугментации верхнечелюстного синуса и имплантатов, установленных в альвеолярный отросток челюсти без аугментации // *Clin Oral Implants Res* – 2004.-№ 15.- P. 677-682.
5. Wallace S.S., Froum S.I. Влияние аугментации верхнечелюстного синуса на эксплуатацию внутрикостных дентальных имплантатов // *Ann Periodontol*. - 2003.-№8.- P. 328-343.
6. Ettinger R.L. Managing and treating the atrophic mandible // *JADA*. 1993, vol.124, p.234-241.
7. Khoury F. Augmentation of the sinus floor with mandibular bone block and simultaneous implantation: a 6-year clinical investigation. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1999,14:557-564.
8. Jaworski. Physiology and pathology of bone remodeling // *Orthop. Clin. North. Amer.* 1981, Vol.12, p.485-512.

О применении фагов в комплексной терапии и профилактике ВЗП

Е.Г. Михайлова,

Кафедра терапевтической стоматологии РГМУ, Москва

Н.М. Клуникова,

ФГУЗ ЦГиЭ № 174 ФМБА России, Аккредитованный испытательный лабораторный центр, Бактериологическая лаборатория, ул. Мира, 1, г. Протвино, МО

С.Б. Улитовский,

профессор, зав. кафедрой профилактической стоматологии СПбГМУ

С.А. Чубатова,

ООО «Ребион», Москва, 12907, Авиационный пер., д. 6

Показана эффективность новых средств с бактериофагами и фитозэкстрактами при лечении воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП). Установлено, что средства обладают лечебно-профилактическими свойствами, которые выражаются в их противовоспалительном, кровоостанавливающем и дезодорирующем действии при хороших вкусовых и органолептических свойствах. Средства и их компоненты проявляют активность по отношению к *Actinobacillus actinomicetemcomitans*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus salivarius*, и др. Высокую активность обеспечило использование специальных наборов бактериофагов и композиций экстрактов из лекарственных растений, а также применение гелевой основы для готовых форм средств.

Десятилетний опыт использования бактериофагов в профилактических целях подтвердил целесообразность этого метода.

В 1999 году был создан первый отечественный препарат с бактериофагами как гигиеническая паста для профилактики воспалительных заболеваний пародонта и разработаны схемы применения (1). В состав средства входили бактериофаги к основным возбудителям воспалительного процесса в полости рта. Через 3 года был создан аналогичный препарат для дерматологии.

Работы в этом направлении продолжаются, и на данный момент усовершенствована рецептура и

создана новая форма фагосодержащего препарата для полости рта – спреевая. Положительные результаты, полученные при использовании средств этой группы, причем в различных регионах России (2, 3), связаны с набором бактериофагов к группе микроорганизмов-пародонтопатогенов и качеством готовой формы препаратов, сохраняющей активность фаговых частиц и органолептические показатели.

В коллекции бактериофагов присутствует несколько фагов в отношении одного вида микроорганизма, что является принципиально важным моментом, в частности:

- к *Wolinella* sp. – 1 вид фагов;
- к *Staphylococcus aureus* – 4 вида фагов;
- *Staphylococcus epidermidis* – 3;
- *Streptococcus pyogenes* – 4;
- *Streptococcus salivarius* – 2;
- *Actinobacillus actinomicetemcomitans* – 2;
- *Porphyromonas gingivalis* – 1;
- *Actinomyces* sp. – 1;
- *Proteus vulgaris* – 1.

Сотрудничество с медицинскими учреждениями и мониторинг эпидемиологической обстановки позволяет укрепить доказательную базу эффективности средств и выделять новые бактериофаги.

Целью данной работы является изучение эффективности применения новых профилактических препаратов в стоматологической практике в условиях поликлиники и для применения дома.

Материалы и методы

Применяли гели серии «BactiViva»: гель-спрей "Day&Night Control" и «Гель для аппликаций» на основе бактериофагов и фитозэкстрактов, обладающих антимикробным действием и иммуноукрепляющим эффектом.

Общая характеристика средств

Гели представляют собой однородную гелеобразную жидкость, хорошо смешиваются с водой. Содержат в качестве основных действующих веществ эфирные масла и экстракты растений (донника лекарственного, лаванды, мяты перечной, календулы, иссопа лекарственного, шалфея, эвкалипта) и бактериофаги, а в качестве вспомогательных компонентов – глицерин, карбопол, карбоксиметилцеллюлозу, эпофен, метилпарабен. Срок годности 1 год.

Средства выпускаются в полимерных флаконах объемом 50, 100 мл, укомплектованных механическим распылителем или дозатором. Гели хорошо апплицируются на слизистые, нейтрализуют источник инфекции бактериальной природы. Гели активны в отношении бактерий рода *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Actinobacillus actinomicetemcomitans*, *Wolinella* sp., *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, а также сапрофитной и гнилостной микрофлоры.

Средства содержат структурированные комплексы фитонцидов, способные избирательно разрушать потенциально опасные и гнилостные бактерии. Спреевая форма средства обеспечивает хорошее перераспределение препарата.

Гель для аппликаций можно использовать и в качестве пропитки для для турунд с целью более длительной экспозиции.

В клинической апробации средств участвовали 124 человека, были сформированы группы в соответствии со степенью тяжести заболевания. Учитывали противовоспалительное, кровоостанавливающее, дезодорирующее действие на воспаленные мягкие ткани пародонта и ротовое дыхание.

Оценку противовоспалительного, кровоостанавливающего и дезодорирующего действия проводили на основании динамики показателей индексов, которые определяли при контрольных осмотрах перед началом исследования и каждое последующее посещение. Учитывали пародонтальный индекс (ПИ) PI Russel (1956), индекс РМА (Schour J., Massler M., 1948; Massler M., 1967), индекс ДД Улитовского.

Отдельные исследования проводили в сопровождении микробиологических исследований отделяемого пародонтальных карманов путем их посева на специальные питательные среды. Учет результатов посева проб проводили на 2-4-6 сутки для выявления роста всей популяции бактерий. Анаэробные бактерии выращивали в анаэробном состоянии.

Препараты использовались в процессе лечения и самостоятельно пробантами 2 раза в день (утром и вечером) в течение 30 дней. Повторные осмотры проводили один раз в неделю в течение 4 недель. Оценку противовоспалительного действия проводили на основании динамики индексов, которые определяли при контрольных осмотрах перед началом исследования и через каждые две недели. Индекс Дезодорирующего Действия С.Б. Улитовского позволяет проследить изменение состояния ротового дыхания под действием средств, провести мониторинг противовоспалительного действия на ткани носоглотки.

В ходе испытаний и после их окончания обследовали полость рта, осматривали губы, язык,

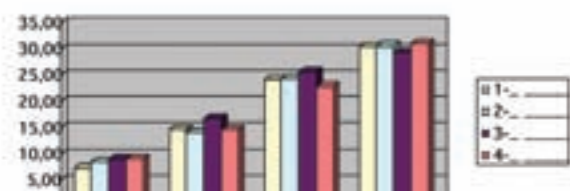


Рис. 1. Динамика противовоспалительной эффективности по пародонтологическому индексу РМА в течение всего периода исследования.

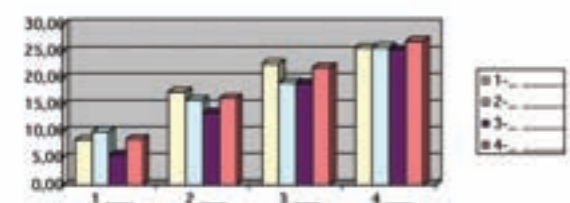


Рис. 2. Динамика противовоспалительной эффективности по пародонтологическому индексу PI в течение всего периода исследования.

небо, слизистую оболочку десен, внутреннюю поверхность щек, дна полости рта с целью выявления возможных проявлений аллергизирующего или местно-раздражающего действия.

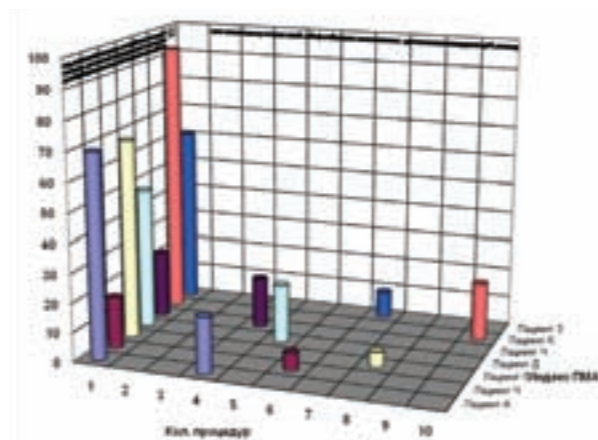
Результаты исследования

Использование гелей с бактериофагами показало, что под их воздействием наблюдается изменение состояния тканей пародонта и ротового дыхания.

По результатам определения противовоспалительного эффекта по индексу РМА и PI виден подъем противовоспалительного действия в группах пробантов, что свидетельствует о противовоспалительной эффективности используемых средств гигиены.

Результаты противовоспалительной эффективности колеблются в пределах 25-30%. Это умеренные показатели, которые свидетельствуют, что спреи обладают противовоспалительным действием, но это действие будет недостаточным, если его целенаправленно использовать у пациентов с воспаленной десной.

Применение аппликаций после удаления зубного налета в процессе лечения в кабинете, результаты были более наглядными. Аппликация геля на дес-



ну или введение его в полость пародонтального кармана с экспозицией 5-10 минут обеспечивали выраженный эффект: быстрое купирование воспаления и сокращение количества процедур. На рис. 1 представлены данные по лечению отдельных пациентов с разными стоматологическими статусами. На примере семи произвольно выбранных случаев были отмечены хорошие результаты снижения воспаления, сроки противовоспалительной терапии сократились на 3-4 процедуры. Особенно важно отметить, что в некоторых тяжелых случаях, когда процесс купирования воспаления протекал через локализацию и абсцидирование, это не удлиняло срок лечения, не отмечали осложнений и не назначали дополнительных препаратов и процедур. Изучение кровеостанавливающего действия показало умеренный результат.

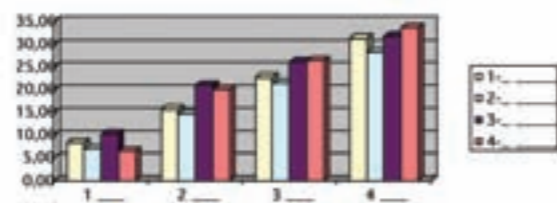


Рис. 4. Изменение кровеостанавливающей эффективности, выявленной у пробантов за период испытаний. Полученные результаты свидетельствуют об умеренном кровеостанавливающем действии на воспаленные мягкие ткани пародонта.

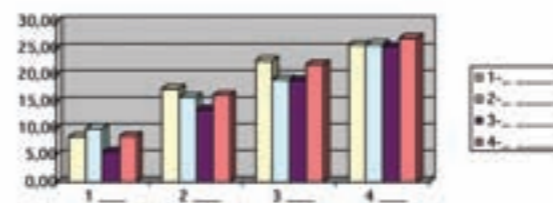


Рис. 5. Изменение цифровых показателей дезодорирующей эффективности по индексу ДД Улитовского.

В связи с тем, что специальные сосудокрепляющие ингредиенты в рецептурах не присутствуют, кровоточивость десен устраняется опосредовано. На рис. 4 приведены показатели изменения индекса кровоточивости, где прослеживается улучшение показателей во всех группах.

Ни в начале, ни по окончании исследования проявлений аллергического или местно-раздражающего действия образцов с бактериофагами на гелевых основах с разным содержанием фитодобавок выявлено не было. Жалобы пробантов, аналогичного свойства, также отсутствовали.

Выводы

В результате исследования показана высокая эффективность и безопасность применения средств с бактериофагами.

Повышение противовоспалительной эффективности по изменению показателей индекса РМА составило от 30 до 60 %.

Повышение противовоспалительной эффективности по изменению показателей индекса PI у лиц, использовавших спрей, составило 25.56 %, 25.62 %, 25.19 % и 26.76 %, в каждой группе, а при аппликациях – 45- 65%.

Сравнение результатов по индексам РМА и ПИ свидетельствуют о наличии корреляции.

Под воздействием средств наблюдалось снижение кровоточивости десен с 8.26 % через 1 неделю исследования в 1 группе, 6.84 % во 2 группе, 12.38 % в 3 группе, 8.45 % в 4 группе и к концу 4 недели составило 38.53 %, 28.20 %, 31.65 % и 26.76 %, соответственно, что указывает на умеренное кровеостанавливающее действие.

Дезодорирующая эффективность за первую неделю составила 13.64 % в 1 группе, 9.38 % во 2

группе, 12.38 % в 3 группе, и 11.11 % в 4 группе, а через 4 недели составила 45.55 %, 45.83 %, 42.86 % и 43.43 %, соответственно, что показывает умеренный результат.

На протяжении всего исследования не отмечено раздражающего и аллергизирующего действия.

Расширение спектра применения препаратов данного класса является первоочередной задачей в связи с ростом устойчивости бактерий к антибиотикам и увеличением числа аллергических реакций у населения к основным антимикробным препаратам.

Литература

1. С.А.Чубатова, И.В. Желудева, Е.Г.Михайлова. //Бактериофаги и липосомы в пародонтологии., Москва - Нижний Новгород Изд. Ниж. гос.унив. 2001г.
2. Кудрявцева А.В., Казарина А.Н., Чубатова С.А.// Применение препаратов с бактериофагами для лечения воспалительных заболеваний пародонта у носителей ВИЧ, «Фундаментальные проблемы биотехнологии», №1,2003, с.46-51 на базе Нижегородской гос.мед. академии
3. Желудева И.В., Жиленков Е.Л., Максимовская Л.Н. и др. //Обоснование выбора бактериофагов для лечения воспалительных заболеваний пародонта, «Пародонтология», №1-2(23), 2002, с.46-49.

Разработка новых возможностей аппаратно-хирургической коррекции протрузии зубов

Андреищев А.Р. (к.м.н., ассистент),
Волков И.Г. (к.м.н.)

Кафедра хирургической стоматологии СПбГМУ им. И.П.Павлова.

Протрузия – один из вариантов строения челюстей, для которого характерно значительное вестибулярное отклонение зубов и альвеолярных частей челюстей. Согласно концепции Tweed⁷ угол наклона нижних резцов относительно плоскости основания нижней челюсти должен составлять 90°. По данным В.Н.Трезубова⁴ величина угла для нижних резцов колеблется в пределах – 94,380±3,820, для верхних – 112,510±2,960. По мнению некоторых авторов, значение этого фактора таково, что они выделяют как самостоятельные варианты нормы следующие формы: ортогнатический прикус с протрузией и ортогнатический прикус с ретрузией⁵.

Протрузия зубов является самостоятельной довольно серьезной проблемой в ортодонтии. Значительное вестибулярное отклонение зубов может послужить поводом для проведения ортодонтического лечения. Тому есть ряд причин:

- недостаточная стабильность результата ортодонтического лечения ввиду нерациональности распределения жевательной нагрузки вдоль оси зуба;

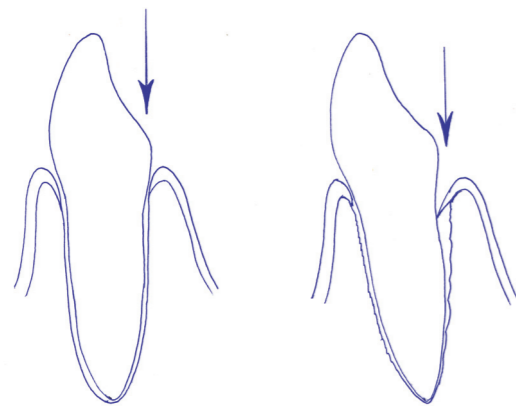


Рис. 1.1. Защита краевого пародонта экватором зуба.
1.2. Травмирование краевого пародонта пищевым комком при вестибулярном отклонении коронки

- пародонтологические проблемы, вызванные утратой защиты краевого пародонта экватором коронки зуба после ее отклонения (рис.1.);
- эстетический аспект, связанный со значительным выстоянием передних зубов, выстоянием губ.

Протрузия часто сопровождается различными нарушениями прикуса. Чаще это дистальный прикус (II класс, 1 подкласс, по классификации Энгля) с протрузией верхних и нижних резцов (рис. 2.1), и мезиальный прикус с протрузией передних зубов верхней челюсти (рис. 2.2) открытый в переднем отделе прикус с бимаксиллярной протрузией (рис.2.3).

Исправление протрузии может достигаться разными способами. Наиболее часто проводится ортодонтическое исправление с удалением двух премоляров. Постэкстракционные промежутки закрываются за счет дистального отклонения коронок передних зубов.

Другой вариант – проведение фрагментарной остеотомии челюсти с установкой переднего фрагмента в физиологическом положении.



Рис. 2. Наиболее часто встречаемые варианты соотношения челюстей, сопровождающиеся протрузией передних зубов. 1 – дистальный прикус с протрузией резцов. 2 – мезиальный прикус с компенсаторной протрузией верхних резцов. 3 – декомпенсированная бимаксиллярная протрузия – открытый в переднем отделе прикус

Нами предложена методика аппаратно-хирургической коррекции протрузии. Метод включает два этапа.

Первый – хирургический. Из внутриротового доступа по своду преддверия рта проводится пропил на всю толщину кости, включая обе ком-

пактные пластинки и губчатое вещество. Пропил проводится над корнями зубов (рис.3).

Второй этап – ортодонтический. При ортодонтическом перемещении зубов их корни испытывают сопротивление со стороны костных стенок лунки. Благодаря выполнению остеотомии

в альвеолярной части челюсти над вершиками корней зубов и нарушению целостности компактных костных структур, обуславливающих наибольшее сопротивление, после приспособывания дуги, активированной на вестибулярное отклонение корней, происходит движение не только зубов, но всей зубо-альвеолярной части. Таким образом, предупреждается оголение корней. Максимальное перемещение определяется на уровне вершечек корней (рис.4). Благодаря этому удается добиться увеличения длины апикального базиса. Так создается дополнительное место достаточное для выравнивания зубов, при этом нет необходимости в удалении, и зубной ряд остается интактным. Ежедневная активация изгиба стальной дуги в течение до двух месяцев после операции приводит к значительной дистракции в зоне остеотомии. По истечении этого срока на рентгенограмме определяется минерализованная костная структура.

Ортодонтическое перемещение начинают через 7-10 дней после операции, по стиханию реактивных послеоперационных явлений. Максимальный эффект остеотомии будет виден спустя 2 недели после вмешательства на фоне развития остеопороза в зоне нанесения травмы кости. Активации дуги проводятся еженедельно. В случае использования стальной дуги с реверсионным изгибом она изымается из полости рта, активируется, закаливается на огне для снятия «усталости» металла по общепринятой методике и приспособывается на зубной ряд. При этом дуга должна на 4-5 мм смещаться в направлении окклюзионной поверхности. Через два месяца после прекращения активаций дуги завершается созревание костного регенерата в зоне остеотомии. При этом на месте регенерата рентгенологически определяется костная ткань.

Данная методика была применена для лечения протрузии у 13 пациентов: в 5 случаях имела место бимаксиллярная протрузия, в 2 – протрузия только нижних резцов, в 6 – на верхней. У всех пациентов получены стабильные результаты (у 4 пациентов ретенция составила не менее 1 года). В ходе лечения и по его завершению не обнаружено ухудшения состояния тканей пародонта.

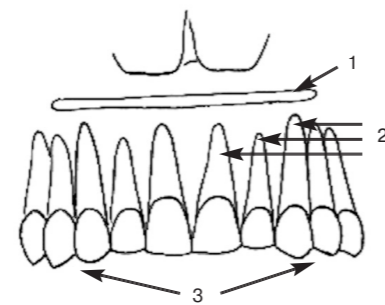


Рис. 3. Схема проведения операции:
1 – пропили кости.
2 – вершины корней зубов.
3 – передний отдел зубного ряда.

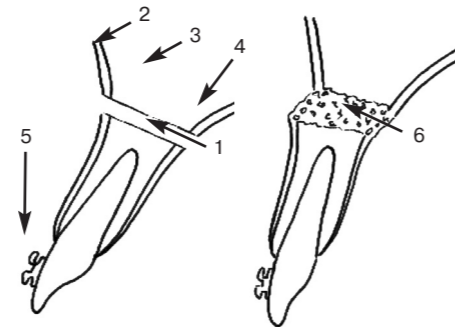


Рис. 4. Схема ортодонтического перемещения после щадящей остеотомии альвеолярной части челюсти.
1 – плоскость остеотомии.
2 – наружная компактная пластинка.
3 – губчатая кость.
4 – внутренняя компактная пластинка.
5 – паз брекета.
6 – костный регенерат в зоне дистракции

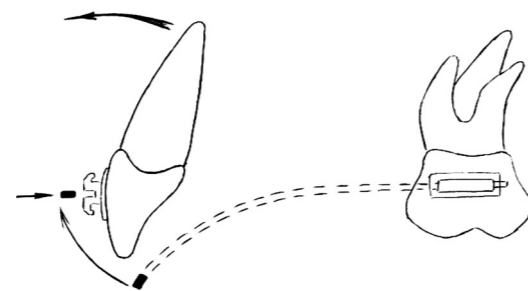


Рис.5. Механизм вестибулярного отклонения корней верхних передних зубов



Клинический случай 1 (рис. 6).

Пациент С.Б., 17 лет (1-3).

Диагноз: скученность нижних зубов, дистопия 13 и 23 зубов (4-6).

Проведено лечение несъемной ортодонтической техникой (7,8).

Выравниваются зубные ряды (9-11).

Мобилизация ресурсов зубо-альвеолярной компенсации (12) позволила добиться прямого прикуса (13-15).

Дальнейшие попытки ортодонтического лечения были обречены на неудачу. Проведена щадящая ос-

теотомия альвеолярных частей по вышеописанной методике.

Активация стальных ортодонтических дуг направлена на вестибулярное отклонение коронок передних зубов (16).

После достижения должного уровня зубо-альвеолярного перекрытия (17) проведена фрагментация зубной дуги, созданы множественные окклюзионные контакты (18-20).

В результате лечения достигнут ортогнатический прикус (21-23), Спустя год после снятия ортодонтического аппарата констатировано достижение ста-



бильного результата (24-31). Наложение обрисовок боковых ТРГ дает представление об изменениях, прошедших в зубо-челюстной системе: устранение протрузии за счет вестибулярного отклонения корней и орального отклонения коронок резцов (32).

Предложенная методика может применяться как для коррекции бимаксиллярной протрузии, так и для улучшения положения передних зубов после достижения зубо-альвеолярной компенсации – результата ортодонтического лечения как мезиального, так и дистального прикуса. В первом случае проводится операция на верхней челюсти, во втором – на нижней.

Нарушение целостности компактных пластинок обеспечивает легкость и определенную автономность перемещения альвеолярной части. А заполнение костного дефекта регенератом гарантирует стабильность достигаемого результата лечения.

Во время активации дуги следует внимательно следить за степенью отклонения резцов. У нас было одно наблюдение чрезмерного отклонения передних зубов, которое потребовало активации дуг в обратном направлении для их вестибулярного отклонения. Особенно внимательно следует относиться к пациентам с коррек-

цией протрузии только нижних передних зубов. Разработка данной методики наглядно демонстрирует необходимость тесной интеграции хирурга и ортодонта. Согласованные усилия обоих специалистов позволяют решить задачи, находящиеся за пределами возможностей каждого из них.

Особое место занимают случаи протрузии при ортогнатическом прикусе. Сложность в том, что стандартная схема лечения бимаксиллярной протрузии предполагает ортодонтическую коррекцию с удалением четырех премоляров⁶. Вряд ли можно назвать простой для разрешения ситуацию, когда для исправления прикуса, трактуемого некоторыми авторами как «норма», другие предлагают полутора-двухгодичное ортодонтическое лечение с удалением четырех здоровых зубов.

Стандартный подход к исправлению протрузии описан с четкой регламентацией всего протокола лечения⁶ (рис. 7).





Клинический случай 2 (рис. 7). Пациентка А.Е., 17 лет. Диагноз: ортогнатический прикус с бимаксиллярной протрузией (1-8). Основная жалоба состояла в неудовлетворенности эстетикой лица и улыбки (выстояние губ, «десневая»

улыбка, невыраженность подбородка). Лечение начато с установки несъемной ортодонтической аппаратуры с замковой фиксацией на верхний зубной ряд и удаления первых верхних премоляров (9-11). На нижней челюсти удалены вторые премоляры. Постэкстракционные промежутки закрывались с помо-

щью эластичных цепочек на круглых стальных дугах диаметром 0,16 дюйма.

При этом особое внимание уделялось максимально близкому расположению омега петли к трубке на кольцо первого моляра для предотвращения мезиального перемещения боковой группы зубов (12-14).

Дистализация передней группы зубов осуществлялась посредством дуг с закрывающими петлями. После консолидации зубных рядов на месяц устанавливались термоактивные дуги 0,17 0,25, а затем аналогичные дуги из стали (15-17).

Контрольная ортопантомограмма показала неправильный наклон оси 21 зуба, вызванный ошибкой при наклеивке замка (18).

Положение зуба было исправлено путем нанесения компенсаторных изгибов на дугу (19-21).

В результате достигнут нейтральный прикус со множественными окклюзионными контактами (22-26).

При этом протрузия устранена и эстетические характеристики лица значительно улучшены (27-29).

Наложение обрисовок боковых телерентгенограмм (ТРГ) (30), выполненных до (___) и после завершения ортодонтического лечения (___) показывает значительное дистальное перемещение резцов с уменьшением степени их протрузии

Представленные данные указывают на существование двух принципиально отличающихся методов коррекции протрузии.

- При первой традиционной методике происходит дистализации передней группы зубов с отклонением их коронковых частей орально. Во втором случае осуществляется вестибулярное отклонение корней зубов вместе с альвеолярной частью челюсти в соответствии с принципами дистракционного остеогенеза.
- Дистализация передних зубов требует эктаркции в боковых отделах. Второй вариант подразумевает выполнение щадящей остеотомии (пропил кости на всю толщу без мобилизации фрагмента альвеолярной части).
- В первом случае удается достигнуть существенных изменений черт лица (уменьшение прохейлии) и улыбки (уменьшение выстояния

резцов, устранение «десневой» улыбки!). Второй вариант не предполагает значительных изменений мягких тканей, а перемещение зубов существенно ограничено.

Заключение.

Существование нескольких разных вариантов решения одного вопроса позволяет более гибко подходить к его решению. Представленный сравнительный анализ позволяет увидеть преимущества и недостатки каждого из методов, что служит основой к определению показаний к применению той или иной схемы лечения. А возможность улучшения состояния прикуса без удаления зубов позволяет рассчитывать на увеличение количества потенциальных пациентов.

Литература

1. Андрищев А.Р. Современные возможности коррекции «десневой улыбки». // Пародонтология 2006. №1. – С. 26-32
2. Андрищев А.Р., Волков И.Г. Способ аппаратно-хирургического лечения протрузии зубов. // Стоматология детского возраста и профилактика. №1. 2007. – С.16-21
3. Андрищев А.Р., Волков И.Г. Способ аппаратно-хирургического лечения протрузии зубов. Патент на изобретение № 2297194 от 20.04.2007.
4. Трезубов В.Н. Рентгеноцефалометрический анализ челюстно-лицевой области у лиц с ортогнатическим прикусом. Дисс. ... канд.меднаук. – Калинин, 1973
5. Трезубов В.Н., Фадеев Р.А. Планирование и прогнозирование лечения больных с зубочелюстными аномалиями. М., «МЕД-пресс-информ». – 2005. – 214 с
6. Alexander R.G. "Wick" The Alexander Discipline.- 138 с.]
7. Tweed C.H. the Frankfort-mandibular incisor angle (FMIA) in orthodontic diagnosis, treatment planning and prognosis. // Angle orthod. -1954. – V.24. – P. 121-169]

«Февральские встречи» в Санкт-Петербурге – в начале пути

С.Б. Улитовский,
Заслуженный врач РФ, профессор, д.м.н.
Зав.кафедрой профилактической стоматологии
СПб ГМУ им.акад. И.П. Павлова
Президент ассоциации гигиенистов стоматологических
Санкт-Петербурга и Ленинградской области

■ Ассоциация гигиенистов стоматологических Санкт-Петербурга и Ленинградской области уже отметила свой пятилетний юбилей, и в этом году мы встретились 15 февраля 2011 г. уже на 6-й научно-практической конференции, чтобы обменяться опытом, поделиться новыми наработками и узнать о современных научных разработках в области оральной гигиены, которые можно использовать на практике и благодаря которым наша работа с пациентами станет еще более продуктивной.

Каждый год я начинаю конференцию словами о приоритетах нашей ассоциации, которыми были и остаются такие общечеловеческие ценности как «профессионализм», «знания» и «человечность». Делаю я это специально, так как нельзя забывать об этих качествах, которые делают нас не только людьми, но и профессионалами своего дела. Благодаря профессионализму мы выполняем свой врачебный долг на высоком уровне, знания обеспечивают нас полезной информацией, которая позволяет грамотно подойти к каждому пациенту, разработав для него индивидуальный план лечения.

Человечность позволяет проявлять заботу не только об отдельно взятом пациенте, но и об обществе. Это качество позволяет нам сопереживать нашим пациентам, а сопереживая искать новые подходы в решении сложных клинических задач. Говоря о начале пути, после пяти лет существования ассоциации, мы делаем это осознанно, так как за этот период стало понятно, что сделали и что надо сделать для дальнейшего развития данной специальности. Как совершенствовать профессиональные знания и умения ее членов. Все это те вехи, которые позволяют полноценно развивать, еще новую для многих, дисциплину «про-

филактической стоматологии». За эти годы были подготовлены новые специалисты, которые освоили новую специальность сразу после школы, и уже проработавшие многие годы медицинские сестры, у которых за многие годы работы в стоматологических поликлиниках, сформировалось профессиональное представление о профилактической направленности нашей дисциплины, что и привело их на студенческую скамью Института сестринского образования СПбГМУ им.акад. И.П. Павлова для получения специальности гигиениста стоматологического.

На сегодняшний день потребность в гигиенистах очень высокая, они требуются в стоматологических поликлиниках, их планируется использовать в стоматологических кабинетах в образовательных учреждениях, а также гигиенист стоматологический закреплен за стоматологическим кабинетом центров здоровья, которые открываются у нас в городе. На сегодняшний день запланировано открыть 22 центра здоровья для взрослых и 7 центров здоровья для детей.

Поэтому-то мы и говорим о первых шагах. Все перечисленное свидетельствует о предстоящем бурном развитии профилактической стоматологии. делая первые шаги мы закладываем основу буду-



щей специальности, основу ее совершенствования, развития и обеспечения полноценного становления в стране здорового образа жизни, которое не может развиваться без формирования стоматологического здоровья у населения. Специальность гигиенист стоматологический появилась в 2001 году, но уже сейчас она стала большим вкладом в процесс обеспечения профилактики стоматологических заболеваний среди населения. Введение данной специальности делает профилактику максимально индивидуализированной, за счет персональной оценки стоматологического и гигиенического статусов конкретного индивидуума, разрабатывая для него «Индивидуальную Гигиеническую Программу Стоматологического Здоровья». Стоматолог мало общается с пациентом и дефицит этого профессионального общения приводит к повышению распространенности основных стоматологических заболеваний. Этот пробел и призваны ликвидировать гигиенисты стоматологические, посредством просветительской деятельности, через мотивацию пациентов вести здоровый образ жизни и укреплять, тем самым, свое стоматологическое здоровье.

Современная стоматологическая помощь – это коллективное творчество, которое позволяет компенсировать особенности профессионального подхода свойственного каждой из стоматологических специальностей и тем самым обеспечить пациента не только полноценной и качественной стоматологической помощью, но и знаниями о поддержании стоматологического здоровья. Истоки зарождения специальности уходят в девятнадцатый век в США, где уже более ста лет существует и развивается специальность – гигие-

нист стоматологический. Если в России, количество гигиенистов насчитывается сотнями, то в Северной Америке их более 180 тысяч. Поэтому вполне закономерно, что для того чтобы познакомиться с развитием этой специальности и подготовкой специалистов в данном направлении мы отправились в США. С этой целью мы посетили колледж по подготовке ассистентов и гигиенистов стоматологических в городе Портланд. Это учебное заведение готовит специалистов данного профиля уже более 30 лет. За эти годы колледж зарекомендовал себя, как учебное заведение выпускающее специалистов с чутким отношением к пациентам и высокими профессиональными умениями. Студенты получают знания, которые в последующем позволяют им работать, как в частных, так и общественных лечебных учреждениях. Подготовка гигиенистов стоматологических захватывает два года обучения. Набирают в колледж только абитуриентов, которые прошли обучение по требуемым для данной специальности базовым предметам, имеют опыт работы в стоматологической клинике (любой формы собственности) минимум один год или помогли в работе гигиениста стоматологического не менее 20 часов. Все это направлено на то, чтобы получить заинтересованных студентом, заинтересованных в своей специальности и понимающих зачем и куда они идут, что они должны будут делать по окончании колледжа. Важное внимание уделяется мотивированности абитуриента еще на этапе подачи документов для поступления. Стоимость обучения гигиениста значительно ниже чем стоматолога, в среднем от 15 до 25 тыс. долларов за один год обучения, против 100 тыс. дол-



ларов на стоматологическом факультете. Это еще одна причина, почему многие молодые люди выбирают данную специальность. Кроме того, если при собеседовании абитуриент укажет данную причину, как основную, в выборе своей специальности, то скорее всего он будет отсеян, так как основным мотивом должно быть стремление в поддержании здорового образа жизни и стоматологического здоровья среди населения страны, т.е. основная мотивация – приносить пользу своей стране. Объем учебной программы может различаться у студентов получающих одну и ту же специальность. Это зависит, что студент планирует в дальнейшем – если он собирается приступить к работе, сразу после окончания, - это один курс, а если он собирается пройти бакалавриат, то другой и т.д. Для поступления также требуется диплом об окончании школы, при этом абитуриент должен был проходить в школе такие обязательные предметы, как алгебра, английский, анатомию и физиологию, микробиологию, основы органической химии. Но пройти эти предметы недостаточно. Необходимо набрать по ним максимально высокие баллы. При собеседовании абитуриент должен показать, что он владеет основными представлениями по специальности и знает основы используемой в ней терминологии. Во время обучения по специальности, студенты, в обязательном порядке должны пройти курсы по разговорной речи, психологии, социологии, основам ухода за больными, инфекционному контролю и др. предметам, ассоциированным с их будущей профессией. В своей работе гигиенист, кроме удаления зубных отложений должен уметь наносить сиеланты, проводить бе-

седы и внедрять обучающие профилактические программы, как для индивидуалов, так и для общественных групп. Специальные обязанности. Которые должен выполнять гигиенист могут варьировать от штата к штату, такие, как умение сделать и проявить рентгеновский снимок, покрытие зубов топическими фторсодержащими соединениями, проведение местной анестезии, проведение лечения заболеваний пародонта.

Основные программы по специальности у нас мало чем отличаются, но в подготовке специалистов значительно шире используются симуляторы и различные виды фантомов, более насыщены оборудованием и инструментарием учебные классы, аудитории и лечебные классы, что позволяет лучше отрабатывать мануальные навыки и готовить студентов к их будущей практической деятельности.

В прошлом году состоялся 4-й Чемпионат Гигиенистов стоматологических СПб и ЛО – 29 мая 2010 г., который прошел на территории Детской стоматологической поликлиники № 6 г. Санкт-Петербурга. Мы благодарны компаниям «Procter & Gamble»; «Colgate-Palmolive», «GSK», фирме «Вита», ФК «Вертекс» предоставивших подарки для награждения победителей и участников. Жюри чемпионата 2010 г.: член Совета стоматологической ассоциации СПб и главный врач детской стоматологической поликлиники №6 Яна Юрьевна Седнева, врачи – стоматологи поликлиники В.Г. Белова, Л.Н. Заболотная, победители Всероссийских Чемпионатов СтАР в номинации «Стоматология профилактическая» 2005 года О.В. Калинина и 2007 года А.А. Леонтьев. Возглавлял работу жюри заслуженный врач РФ профессор С.Б. Улитовский. Работа жюри заключалась не только, а скорее всего, и не столько в оценке работы конкурсантов, а в первую очередь, в стремлении научить их правильным действиям.

В результате места распределились так: третье место – А.А. Старкова (ООО «Дента-клуб Интан»); второе место – В.А. Частило (поликлиника СПбГМУ); победителем Чемпионата АГС СПб и ЛО стала гигиенист стоматологический ЗАО ГПЦ «ПАКС» Наталья Викторовна Фитисова, недавняя выпускница Института сестринского образования СПбГМУ им.акад. И.П.Павлова.

Мы благодарим за помощь в организации и участии в конференциях Ассоциации ГС СПб и ЛО компании: «Colgate-Palmolive»; «Procter & Gamble»; «GlaxoSmithKline» которые уже не первый год помогают нам в проведении наших мероприятий. За эти годы мы начали внедрять образовательные программы среди школьников младших классов и воспитанников детских садов, включая детский сад для слабослышащих детей в Московском районе города. Основная проблема – человеческий фактор. Очень сложно подготовить сами презентации, с каждым годом они становятся все более примитивными, и это при том, что мы предоставляем базовые презентации, которые можно использовать. Гигиенистам все сложнее запомнить и донести до детей тот простой материал, который для них предназначен. Все это настораживает и огорчает...

Информация по поводу деятельности АГС СПб и ЛО постоянно освещалась в различной профессиональной стоматологической прессе: в журнале «Пародонтология» и газете «Стоматология сегодня».

Додипломная подготовка гигиенистов у нас в городе напрямую связана с проблемами работы гигиенистов стоматологических, так как большинство лиц занимающих эти должности составляют работники без специального гигиенического образования имеющие, в большинстве своем, только диплом медицинской сестры. Для решения этой проблемы, в Институте Сестринского Образования СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова было организовано отделение по подготовке гигиенистов стоматологических, прием ведется на дневное отделение – 15 человек по бюджету, 5-7 человек по хоз. расчету. Для лиц со средним медицинским образованием и со средним или высшим фармацевтическим образованием были организованы отдельные группы, которые занимаются во второй половине дня. Сейчас у нас 2 такие группы – одна занимается 2-й год, вторая – 1-й. Прием в эту группу составляет 15 человек. В этом году у нас состоится уже четвертый выпуск гигиенистов.

После окончания и получения диплома, в соответствии с законом, выпускникам предоставляется возможность сдачи экзамена для получения «Сер-



тификата специалиста», который дает право на занятие практической деятельностью по специальности. Гигиенисты стоматологические точно также как все медицинские работники, должны каждые 5 лет проходить курсы усовершенствования. Они также имеют право претендовать на получение квалификационных категорий (2-й, 1-й и высшей). На сегодня в СПб нет ни одного гигиениста стоматологического с квалификационной категорией.

В городе есть потребность в специалистах данного профиля. Это специальность, которая сейчас очень интенсивно развивается, и именно специалисты данной направленности позволят нашему обществу решить вопросы профилактики стоматологических заболеваний, что позволит сохранить стоматологическое здоровье населения. Это задача не из легких и решать ее надо поэтапно и постоянно, на протяжении всей жизни человека.

Чемпионат профессионального мастерства – это совершенствование и профессиональный рост

С.Б. Улитовский,

профессор, президент Ассоциации ГС СПб и ЛО, зав.кафедрой профилактической стоматологии СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова

А.А. Васянина, доцент, к.м.н.

А.А. Леонтьев, ассистент, к.м.н.

члены жюри чемпионата

■ Не успели оглянуться, а уже прошел еще один год и настало время нового Чемпионата профессионального мастерства ассоциации гигиенистов стоматологических г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области, уже пятого по счету.

Это и хорошо, и плохо. Хорошо – потому что жизнь насыщена событиями и приходится крутиться чтобы хотя бы что-то успеть, а плохо – потому что хочется остановиться, оглянуться назад, оценить сделанное, а вместо этого – все бегом, только бы с дыхания не сбиться.

Каждый год хочется внести что-то новое, что-то изменить, особенно когда накопился небольшой опыт по проведению нашего чемпионата, мы знаем, что хотим увидеть, а что лучше бы и не видеть. Ты уже предполагаешь какие возникнут ошибки и кто будет виноват. В наше время стул, стол или еще что-то в этом духе оказываются виноватыми чаще чем сам исполнитель. Насколько менее требовательными мы стали к себе, и насколько более требовательными к другим... Так и участники чемпионата считают себя чуть ли не асами, вот только законечник не такой и скейллер работает слишком тихо, а значит плохой и снимает плохо. А может быть, надо просто на него меньше давить, да и держать под другим углом, глядишь и зубной камень будет удаляться легче.

Если вернуться к началу мероприятия, то после торжественного открытия Чемпионата и приветственного слова к его участникам, пациентам и организаторам, участники были ознакомлены с условиями проведения, после чего провели жеребьевку. Чтобы повысить интерес участников к самому мероприятию и памятуя о том, что каждый наш Чемпионат, в первую очередь, должен быть учебой, направленной на совершенствование

не только мануальных, но и теоретических знаний, были представлены две презентации, имеющие непосредственное отношение к работе гигиенистов стоматологических. Ими стали «Профессиональная профилактика кариеса зубов с использованием фторлака Дурафат» и «Роль фторпрофилактики в предупреждении кариеса зубов». После этого участники приступили к непосредственному выполнению программы Чемпионата. Но нам приходится напоминать участникам, что их задача не просто удалять зубные отложения в стиле всем известного Антона Семеновича Шпака, а работать с пациентом, и делать это через беседу, обучая человека уходу за ртом, нацеливая его на стоматологическое здоровье. Это тем более важно, так как молодой специалист старается больше уделять внимания новым технологиям, чем совершенствовать свои мануальные навыки, деонтологию и методы общения с пациентом. А это далеко не лучший подход к лечению больного.

На первом месте должно быть СЛОВО. Именно от общения пациенту должно стать легче. Мы помогаем страждущим осознать себя. Если этого не произошло, то и роль любой самой суперсовременной технологии, будет сомнительной. Вначале



СЛОВО, а уже потом ДЕЛО. От слова к делу – это наиболее правильный путь врачевания больного. Без взаимопонимания пациента и медицинского работника нельзя добиться успешного лечения, самое главное, что должен усвоить молодой специалист, что мы лечим человека, а не болезнь. Характер течения болезни зависит от общего состояния организма, от настроения больного, от его окружения, воздействия стресса и прочих составляющих. Все эти внешние и внутренние факторы должен учитывать специалист при составлении плана лечебных мероприятий.

Точно так же и при проведении Чемпионата профессионального мастерства мы уделяем особое внимание тому, как гигиенист общается с пациентом, как разговаривает, какие дает рекомендации и т.д. В первую очередь гигиенист стоматологический должен заниматься санитарно-просветительной работой, а на сегодняшний день получается, что все они с остервенением вбиваются в зубной камень и начинают его «долбить». На самом деле это не единственное и далеко не самое главное их занятие. Но как показывает практика, общаться с пациентом не так-то просто. Это не беседа на отвлеченные темы, а мотивация человека на здоровый образ жизни.

К каждому пациенту должен быть свой подход. Здесь нет трафаретов. В одном случае через здоровый образ жизни к стоматологическому здоровью. В другом случае наоборот. Существует масса приемов для мотивации пациента, но главное – научить его соблюдать гигиенические мероприятия постоянно, регулярно, каждодневно и на протяжении всей жизни. Подбор средств гигиены, конеч-

но, надо проводить, но для начала необходимо приучить человека осуществлять гигиеническую процедуру ежедневно и несколько раз в день. Вначале пусть просто привыкнет осуществлять эти мероприятия. Когда мы добьемся базовых умений, тогда можно переходить к следующему этапу – разработке конкретного плана индивидуальных гигиенических мероприятий с учетом стоматологического статуса конкретного пациента.

Любой медицинский работник, работающий с людьми, должен хотя бы чуточку быть психологом. Все идет от головы. Подготовка гигиениста в период обучения в медицинском училище предусматривает занятия по санитарному просвещению. Но занятия – занятиями, а выйти перед классом, группой в детском саду, или на производстве – это совершенно разные вещи, я уж не говорю о том, что содержание этих лекций, бесед должно различаться. Подобная работа требует определенных навыков по коммуникации. Это работа, которая подразумевает не только использование ультразвукового скейлера, а много большего. Далеко не все гигиенисты понимают это, и это совершенно неправильный подход. Просто удалять зубной камень могут и пародонтологи, а гигиенисты – они просветители. Для этого и вводилась данная специальность у нас в стране. Меня удивляет, когда я слышу от гигиениста, что он не знает о чем говорить с пациентом, а ведь на это столько часов отводится в курсе подготовки будущего специалиста.

Исходя из этого мы столько внимания уделяем умению гигиениста общаться с пациентом – как при подготовке в училище, так и на Чемпионате профессионального мастерства.



Мне хотелось бы, чтобы гигиенисты, которые принимают участие в Чемпионате, понимали, что это нужно им, для их профессионального роста и совершенствования профессиональных знаний и умений, а не членам жюри, которые это и так знают и умеют.

Итак, 28 мая 2011 г. в детском отделении стоматологической поликлиники №12 г. Санкт-Петербурга состоялся 5-й Чемпионат профессионального мастерства Ассоциации гигиенистов стоматологических Санкт-Петербурга и Ленинградской области. В состав жюри вошли: зам. зав. детской стоматологической поликлиники №12 Любовь Олеговна Архипова, победители Всероссийских Чемпионатов СтАР в номинации «Стоматология профилактическая» 2005 года О.В. Калинина и 2007 года к.м.н. А.А. Леонтьев, доцент кафедры профилактической стоматологии СПбГМУ к.м.н. А.А. Васянина. Возглавлял работу жюри заслуженный врач РФ профессор С.Б. Улитовский.

Участие в чемпионате приняли гигиенисты лечебно-профилактических учреждений различных форм собственности, как государственных, так и коммерческих, таких как ООО «Фирма Вероника», ООО «Сибирь», СП «М-Денталь», ООО «Медиана», ООО «Витоника» и детской стоматологической поликлиники №6.

Хочется поблагодарить компании «Колгейт», «Проктор энд Гэмбл», ООО «ХБО при РАН фирма «Вита» за помощь в проведении нашего чемпионата и предоставление призов для его участников. На протяжении нескольких часов напряженно работало жюри, волновались участники, нервничали

пациенты, прежде чем настал долгожданный момент, и жюри подвело итоги и объявило призеров Чемпионата, которыми стали:

- Савина Дарья Сергеевна (ООО «Медиана») занявшая третье призовое место;
- Закамолдина Лилия Викторовна (СП «М-Денталь») которой досталось почетное второе место;
- победителем Чемпионата АГС СПб и ЛО стала гигиенист стоматологический Харькина Екатерина Юрьевна (ГДСП №6).

Однако, какой бы это был чемпионат, если бы мы не поговорили об ошибках. Из года в год характер ошибок меняется мало. Также необходимо обратить внимание на ошибки, допускаемые участниками чемпионата при работе.

В первую очередь следует отметить недостатки общения с пациентом, слабое знание основных принципов медицинской этики и деонтологии. Удивляет отсутствие знаний по эргономике, а в отдельных случаях отсутствие понимания значения самого этого термина. А ведь правильное положение специалиста на рабочем месте обеспечивает ему не только качественное проведение необходимых манипуляций в полости рта пациента, улучшает обзор и доступ к рабочему полю, но и предотвращает риск возникновения отдельных профессиональных заболеваний, связанных с эргономикой, таких как искривление позвоночника, артриты, артрозы и другие заболевания. Все это неизбежно сказывается на качестве работы и сроке трудовой активности самого специалиста. Хочется акцентировать внимание на средствах индивидуальной защиты, которые, судя по всему, для отдельных участников чемпионата служат скорее модным аксессуаром, чем средством профессиональной защиты. Часто приходится видеть, что маска не закрывает носовые дыхательные пути, волосы не убраны под колпак, перчатки не соответствуют размеру кисти или не одеты с нужной стороны, а работа ведется не то, что без сменной обуви, а без обуви вообще. Специалист должен понимать, что работа и создание образа – вещи несовместимые.

Печально, что по-прежнему специалисты используют в качестве предметного столика грудь пациента, «так как это удобнее при работе» гигиенисту стоматологическому – исключительно за счет не-

соблюдения элементарных правил эргономики. К тому же следует упомянуть, что порядок расположения инструментов и материалов, используемых при работе, существенно замедляет процесс лечения, а порой и мешает ему.

При проведении профессиональной гигиены полости рта мало кто пользуется мануальными скейллерами, а используют только аппаратные средства. Данное обстоятельство говорит о том, что специалисты не знают показаний и противопоказаний к их использованию, из чего следует предположить, что и качество проводимых процедур будет сомнительным.

Индексная оценка гигиенического состояния полости рта пациента проводилась только непосредственно перед лечением, и ни один из участников чемпионата не провел данную оценку после лечения, чтобы убедиться в качестве проделанной работы. Несложно предположить, что существует недопонимание значения индексной оценки и того, какие выводы и практические рекомендации на ее основе можно сделать.

Участники чемпионата не уделяли достаточно внимания подбору средств индивидуальной гигиены полости рта, которые они назначали, т.к. недостаточно учитывали гигиенический и стоматологический статусы пациентов. На рынке средств гигиены представлен большой ассортимент этой продукции, поэтому специалист должен свободно в нем ориентироваться, что на практике получается довольно слабо. Только одна из участниц грамотно составила «Индивидуальную гигиеническую программу профилактики стоматологических заболеваний» в соответствии со стоматологическим статусом ее пациента. А на вопрос, где она подчирпнула эти знания, гордо заявила – «На Вашей лекции», что нас безусловно порадовало.

Однако все еще оставляют желать лучшего навыки участников по определению гигиенических, пародонтологических индексов, а ведь благодаря им мы ушли от субъективной оценки «лучше-хуже», которая абсолютно не информативна и пришли к объективной оценке гигиенического, пародонтологического, в целом стоматологического статуса пациента, понятного и доступного понима-



нию всех специалистов стоматологического профиля. Надо учиться правильно определять индексы и интерпретировать полученные данные, тогда станет ясно для чего мы их учим, зачем используем, и какого результата с их помощью можно добиться. Безусловно, необходимо отрабатывать последовательность проведения манипуляций, а не скакать с одной на другую, возвращаясь к начальной и т.д. Такое поведение – явное свидетельство неуверенности производимых действий. Плохо, что в отдельных клиниках создают свои собственные оценочные индексы, которые являются миксом нескольких традиционных индексов, но результаты которых невозможно интерпретировать, да и для всех остальных специалистов они становятся загадкой, а такого не должно быть. Используются в практике общепринятые показатели и индексы, так называемые гостированные, т.е. одобренные Минздравсоцразвитием РФ, что подтверждается соответствующим грифом на учебнике или учебном пособии. Это необходимо для воспроизводимости данных и их доступности другим специалистам, кроме того такие показатели могут использоваться в суде, как доказательная база. Поэтому необходимо учиться, набираться профессиональных знаний и совершенствовать свои умения, тогда можно быть уверенным, что вас не застанут врасплох.

Спасибо всем, и до новых встреч в конце мая 2012 на очередном чемпионате! Но перед этим в конце февраля 2012 у нас еще состоится конференция Ассоциации гигиенистов стоматологических СПб и ЛО. Для участия в этих мероприятиях мы приглашаем всех желающих и заинтересованных лиц и компаний.

Профилактическая роль ополаскивателей: гидратирующее действие бальзама для полости рта «Альбадент Лонг»

С.Б. Улитовский, проф., д.м.н., звр РФ, зав.кафедрой,
А.А. Леонтьев, к.м.н., ассистент
А.В. Антипова, ассистент
Кафедра профилактической стоматологии
СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова

Жизнь современного человека сопряжена с высокими скоростями, напряженностью жизни, стрессами, болезнями, потреблением быстро приготовленной пищи из всевозможных полуфабрикатов. Добавьте к этому бесконечное жевание жевательной резинки и различные общие заболевания – все это приводит к сухости слизистой оболочки полости рта (СОПР). Изменение состояния СОПР в различных состояниях следует рассматривать как самостоятельный вид патологии, особенно когда она касается только самой слизистой оболочки рта, и как симптом целого ряда общесоматических заболеваний, при которых она проявляется.

Для оценки состояния СОПР необходимо объективизировать субъективную оценку состояния слизистой оболочки, а для этого необходимо использовать цифровые показатели динамики состояния.

С этой целью был разработан Индекс Дегидратации Слизистой Оболочки Полости Рта Улитовского (Индекс ДСОПР Улитовского), показатели определения которого представлены в табл. 1. Порой пациенты с сухостью полости рта обращаются к врачам-интернистам, а те в свою очередь, далеко не всегда информированы о сред-

ствах, используемых в стоматологии для решения этих проблем. Аналогично стоматологии далеко не всегда знают, какие средства используют врачи-интернисты для ликвидации сухости рта и какие лекарства его вызывают, особенно, на фоне имеющейся общесоматической патологии.

Разобщенность дисциплин, различных направлений медицины затрудняет подбор необходимых лекарственных препаратов, средств парфармацевтики или личной гигиены, которые способствуют улучшению состояния гидратации слизистой оболочки полости рта и препятствуют ее дегидратации, восстанавливая здоровье и работоспособность человека.

В нашей задаче число критериев и параметров стабильно, и соответствует 15 и 75 соответственно. В результате формула будет выглядеть так:

$$\text{Индекс ДСОПР Улитовского (\%)} = \frac{\sum (a_1 + \dots + a_{15})}{75} \times 100$$

в знаменателе показатель суммы баллов критериев колеблется в пределах $15 \leq a_1 + \dots + a_{15} \leq 75$, а границы индекса составляют:

$$20 \leq \text{Индекс ДСОПР Улитовского} \leq 100.$$



Таблица 1

№	Наименование показателя	Характеристика показателя	Оценка
1.	Жалобы на сухость слизистой оболочки полости рта	Нет	1 балл
		Жалобы периодического характера (время от времени)	2 балла
		Постоянные, но сухость беспокоит не очень сильно	3 балла
		Постоянные жалобы на сухость умеренного характера	4 балла
		Постоянные жалобы на сильную сухость	5 баллов
2.	Пациент отмечает изменения в состоянии увлажнения слизистой оболочки полости рта различной интенсивности	Нормальная степень увлажнения (высокая степень увлажнения)	1 балл
		Средняя степень увлажнения (умеренная увлажненность)	2 балла
		Низкая степень увлажнения (влажно-сухая слизистая оболочка)	3 балла
		Сухая слизистая оболочка	4 балла
		Слизистая оболочка сухая с трещинами	5 баллов
3.	Осмотр слизистой оболочки полости рта	Слизистая оболочка бледно-розовая, в меру влажная, при надавливании быстро восстанавливается	1 балл
		СОПР – красноватая, слегка отечная, слабо-болезненная, после нажатия восстанавливается медленно, слабо увлажнена	2 балла
		СОПР – гиперемирована, отечна, болезненна при надавливании, медленно восстанавливается, сухая	3 балла
		СОПР – выраженная гиперемия, отек, болезненность, очень сухая	4 балла
		СОПР – выраженная гиперемия, отек, болезненность, очень сухая с трещинами, могут быть даже изъязвления	5 баллов
4.	Пациент отмечает	Нормальное состояние здоровья полости рта	1 балл
		Сухой рот только в течение дня	2 балла
		Кроме этого, ему требуется периодически пить в течение дня, чтобы увлажнить слизистые оболочки полости рта	3 балла
		Сухой рот в ночное время	4 балла
		Просыпается ночью чтобы попить, для увлажнения СОПР	5 баллов
5.	У пациента выявляется	Нормальное состояние слизистой оболочки ПР	1 балл
		Воспаление слизистой оболочки ПР	2 балла
		Боль в полости рта и состояние дискомфорта	3 балла
		Сухость губ	4 балла
		Трещины слизистой оболочки ПР	5 баллов
6.	Возникающие трудности в полости рта	Трудности отсутствуют	1 балл
		Трудности с глотанием (из-за сухости)	2 балла
		Трудности с приемом пищи (из-за сухости) – не удается увлажнить и сформировать пищевой комок	3 балла
		Трудности с разговорной речью – произнесением звуков (из-за сухости)	4 балла
		Утрачивается восприятие вкуса пищи	5 баллов
7.	Наличие общесоматической патологии	Нет	1 балл
		Есть	5 баллов

Параметры индекса дегидратации слизистой оболочки полости рта Улитовского (© 2008)

Таблица 1 (продолжение)

№	Наименование показателя	Характеристика показателя	Оценка
8.	Наличие эндокринной патологии	Нет	1 балл
		Есть	5 баллов
9.	Наличие сахарного диабета	Нет	1 балл
		Скрытый сахарный диабет	3 балла
		Компенсированный сахарный диабет	4 балла
		Декомпенсированный сахарный диабет	5 баллов
10.	Наличие патологии почек	Нет	1 балл
		Скрытая патология	3 балла
		Компенсированная патология почек	4 балла
		Декомпенсированная патология почек	5 баллов
11.	Вредные привычки: курение	Не курит	1 балл
		Курит	5 баллов
12.	Количество выкуриваемого в течение дня	0 сигарет	1 балл
		Менее ½ пачки	2 балла
		Менее 1 пачки	3 балла
		Одну пачку	4 балла
		Более 1 пачки	5 баллов
13.	Стаж курения	Нет	1 балл
		До 3-х лет	2 балла
		5 лет	3 балла
		6 – 10 лет	4 балла
		11 и более лет	5 баллов
14.	Потребление алкоголя	Нет	1 балл
		Да	5 баллов
15.	Количество потребляемого алкоголя в неделю	Не употребляет	1 балл
		Менее 1 раза	2 балла
		2 раза	3 балла
		3 раза	4 балла
		4 и более раз	5 баллов

Таким образом, Индекс ДСОПР Улитовского – есть сумма оценок всех описанных критериев, поделенная на количество критериев и умноженная на 100.

$$\text{Индекс ДСОПР Улитовского (\%)} = \frac{\sum (a_1 + \dots + a_n)}{5n} \times 100$$

где

Σ – сумма количественных оценок критериев;
 a_1 – количество баллов по первому критерию;
 a_n – количество баллов по n-му критерию;
 n – количество критериев, используемых в индексе;
 5 – количество оцениваемых параметров внутри каждого критерия.

Оценочные критерии:

- 81-100 % – очень тяжелое состояние;
 - 61-80 % – тяжелое состояние;
 - в пределах 41-60 % – относительно компенсированное состояние увлажнения слизистой;
 - при показателе индекса, равного 21-40 % – состояние компенсированное, но на фоне имеющейся компенсированной легкой формы сухости слизистой оболочки полости рта; \
 - при оценке в 20% – слизистая здоровая с хорошим, нормальным, естественным увлажнением.
- Используя этот индекс, легко определить, степень увлажняющего действия, того или иного средства используемого для увлажнения слизистой оболочки.

Данный индекс разработан для того, чтобы можно было получить реальные представления о динамике состояния слизистой оболочки полости рта на фоне ее сухости, провести мониторинг состояния слизистой под воздействием используемых средств для улучшения состояния гидратации слизистой оболочки.

Мониторинг позволит легко характеризовать изучаемые средства увлажнения слизистой оболочки, типа искусственной слюны.

В таблицу 2 сведены данные изменения цифровых показателей индекса ДСОПР Улитовского по определению увлажнения слизистой оболочки полости рта.

В таблицу 3 сведены данные изменения цифровых показателей эффективности гидратации по индексу ДСОПР Улитовского.

На рис. 1 представлена динамика дегидратации СОПР при использовании бальзама для полости рта «Альбадент Лонг», полученная по результатам оценки индекса ДСОПР Улитовского.

Из табл. 2 и рис. 1 наглядно видно, что под воздействием используемого бальзама «Альбадент Лонг» происходит снижение дегидратации слизистой оболочки полости рта, что предотвращает её высыхание.

На рис. 2 представлена динамика эффективности гидратации слизистой оболочки полости рта происходящей при использовании исследуемого бальзама «Альбадент Лонг».

Динамика индекса ДСОПР Улитовского в течение четырех недель при использовании бальзама для полости рта «Альбадент Лонг»

Таблица 2

Показатели индекса ДСОПР Улитовского				
Период обследования				
Перед началом исследования	Через 1 неделю	Через 2 недели	Через 3 недели	Через 4 недели
40,33	36,33	34,00	31,67	30,67

Изменение эффективности гидратации слизистой оболочки полости рта в период использования бальзама для полости рта «Альбадент Лонг» по индексу ДСОПР Улитовского

Таблица 3

Оценка эффективности гидратации СОПР (%)			
Период обследования			
Через 1 неделю	Через 2 недели	Через 3 недели	Через 4 недели
9,92	15,70	21,47	23,95

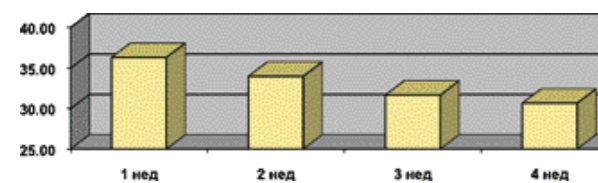


Рис. 1. Сравнительная картина динамики индекса ДСОПР Улитовского в течение всего периода исследования при использовании бальзама для полости рта «Альбадент Лонг»

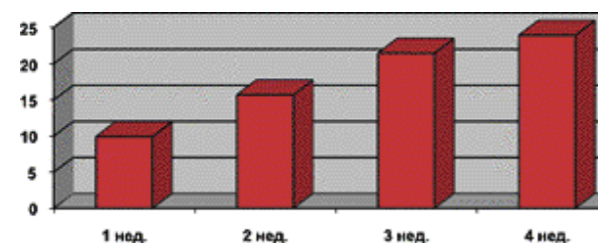


Рис. 2. Динамика эффективности гидратации СОПР при регулярном использовании бальзама «Альбадент Лонг»

У бальзама для полости рта «Альбадент Лонг» было установлено хорошее гидратационное действие на слизистую оболочку полости рта. Это тем более важно, что в условиях современной России нет средств, целенаправленно предназначенных для борьбы с сухостью слизистой оболочки полости рта.

Если в настоящее время пациентов с сухостью слизистой оболочки полости рта мы встречаем еще не очень много, то с каждым годом число лиц, страдающих данным видом патологии становится все больше. Важно учесть, что это – сопутствующий вид патологии, который не является самостоятельным заболеванием, а лишь симптомом, сопровождающим многие заболевания. По этой причине не существует реальной статистики распространенности сухости слизистой оболочки полости рта, т.к. вся статистика относится к заболеваниям, которые сопровождаются столь важным и неблагоприятным симптомом для пациента.

Некоторое время назад зарубежные компании привозили к нам в страну подобные средства, которые несмотря на красивое маркетинговое название «Искусственная слюна» или «Заменитель

слюны» не нашли своего потребителя. Нам представляется, что данная ситуация связана с несколькими причинами:

- Слабая информированность пациентов о существовании таких средств;
- Низкая информация врачей-стоматологов и гигиенистов стоматологических о наличии таких средств, из-за чего они их не назначают;
- Из-за слабого их распространения, что даже аптечные работники не могут их рекомендовать;
- Из-за отсутствия конкретных сведений о распространенности данного симптома среди населения.

В скором будущем таких пациентов станет еще больше, чему также будет способствовать бесконечное жевание жевательных резинок. Отсутствие культуры применения жевательных резинок приведет к более быстрому износу слюнных желез и значительному снижению увлажнения слизистой. Современный молодой потребитель жует жвачку часами, начиная с молодого возраста, а не те 15 минут, которые рекомендуют производители, причем только после еды.

Сейчас жевательная резинка становится ложным символом самоутверждения, и все это безусловно приведет к печальным последствиям, а следовательно резко возрастет потребность в средствах, способствующих увлажнению слизистой оболочки и препятствию испарения влаги с поверхности слизистой оболочки.

Из-за недостаточного спроса производители предлагают пациентам бальзамы-ополаскиватели комбинированного действия, при котором сочетается противовоспалительное действие с дегидратационным, что несколько снижает эффективность последнего. Но тут уже работают законы рынка, и нам приходится надеяться, что такие важные и необходимые товары не пропадут с прилавком аптек из-за низкого уровня информированности наших коллег.

Роль средств гигиены полости рта в профилактике кариеса зубов

С.Б. Улитовский,
профессор, зав. кафедрой
профилактической стоматологии СПб ГМУ

О.В. Калинина,
ассистент кафедры
профилактической стоматологии СПб ГМУ

А.И. Хари,
ассистент кафедры
профилактической стоматологии СПб ГМУ

Кариес зубов как был, так и остается самой актуальной проблемой современной стоматологии. Сколько ни выходит на эту тему работ, все равно распространенность кариеса в мире практически не меняется.

На сегодняшний день мы знаем этиологические и патогенетические причины возникновения и развития кариеса зубов, но тем не менее распространенность кариеса от этого не стала ниже.

Все дело в том, что основная причина – это современная цивилизация с её условиями обитания и питания общества, а это означает одно – огромное потребление легко ферментируемых углеводов. В древности их практически не было, и кариеса тоже не было.

Как только современный человек стал есть готовую пищу, её всячески обрабатывать, добавлять к ней всяческие добавки, подсластители, разрыхлители и прочие компоненты, сразу же рост кариеса пошел вверх.

Все это говорит о необходимости поиска новых подходов к проблеме снижения распространенности и интенсивности кариеса зубов, только тогда мы сможем добиться повышения стоматологического здоровья среди населения.

Таким образом, кариес зубов является самым распространенным заболеванием в мире, что подтверждается тем, что в развитых странах он встречается у 90–95 % населения, в России в 6 лет этот показатель уже составляет 13%, а к 12 годам он вырастает уже до 73%, в 35–44 – достигает 99%, а лиц старше 65 лет – 100%.

Для возникновения кариеса, необходимо наличие трех основных факторов:

- кариесогенной микрофлоры (*S. mutans*);
- употребление продуктов с высоким содержанием легко расщепляемого сахара;
- низкой резистентности эмали.

A. Lussi (2000), C. Van Loveren (2002), Hellwig et al. (2002), WHO (2004) и другие отмечали, что фторпрофилактика – это единственный научно обоснованный и клинически подтвержденный метод профилактики развития кариеса. Противокариесные свойства фторида при экзогенном

воздействию обеспечивают снижение кислот растворимости зубной эмали (деминерализация) и стимуляцию реминерализации эмали благодаря сдерживанию выработки кислот бактериями зубной бляшки.

Существуют два пути поглощения фторида:

1. КОН растворимый фторид,
2. Структурно связанный фторид.

При первом пути поглощения идет формирование слоя фторида кальция (CaF_2) на поверхности зуба, в результате чего получается высокий кариеспрофилактический эффект.

При втором – формирование фторапатита, в этом случае наблюдается низкий кариеспрофилактический эффект.

Существующая связь между водородным показателем среды (рН) и растворимостью фторида кальция и компонентов эмали зуба обуславливается тем, что пороговая величина рН деминерализации фторапатита значительно ниже таковой для гидроксиапатита; а фторид кальция – является рН регулируемым резервуаром ионов фтора.

При нейтральном значении рН гидроксиапатит, также как и фторапатит, представляют стабильные и нерастворимые формы апатита. При снижении водородного показателя среды вокруг зуба, например, после приема пищи, в первую очередь начинает увеличиваться растворимость гидроксиапатита, составляющего основу здоровой эмали.

При достижении порогового значения она приобретает линейную зависимость, что отражает начало процесса деминерализации гидроксиапатита. В тоже время видно, что и его растворимость начинает повышаться при более низких значениях водородного показателя.

Для профилактики кариеса в средствах гигиены полости рта используются следующие соединения фтора:

1. Неорганические соединения фтора:
 - Монофторфосфат натрия (NaMFP);
 - Фторид олова (II) (SnF_2);
 - Фторид натрия (NaF);
2. Органические соединения фтора в основном, представлены длинноцепочечными аминофторидами (AmF) – Olaflur, Dectaflur, Hetaflur.

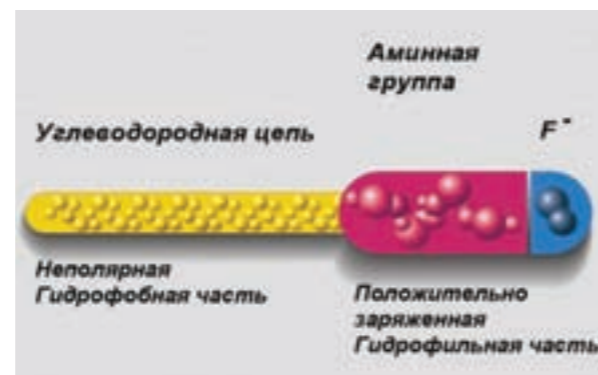


Рис. 1. Схема строения молекулы аминофторида Olaflur

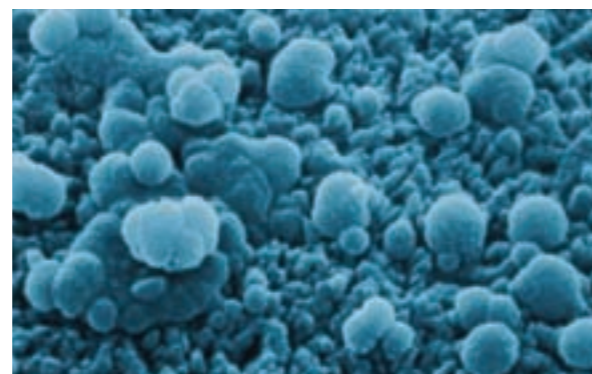
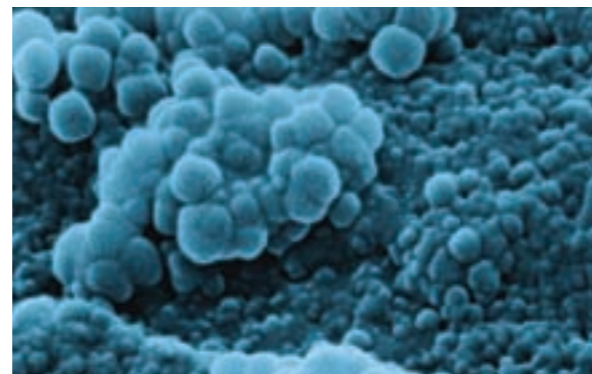


Рис. 2. Состояние поверхностного слоя CaF_2 на эмали (А) в начале и после 24-часового промывания водой (Б)

Основное отличие аминофторида заключается в том, что катион имеет органическую природу, аминная группа заряжена положительно, включает и инертную гидрофобную часть, а ион фтора заряжен отрицательно, они связаны друг с другом посредством электростатического взаимодействия.



Рис. 3. Прирост показателя реминерализации эмали после полоскания растворами аминофторида

Свойства Olaflur, обусловленные химическим строением его молекулы:

1. Поверхностная активность – формирование пленки на всех поверхностях полости рта; формирует гомогенную плёнку вдоль поверхности зуба; целенаправленный транспорт фторида (фторсодержащего соединения);
2. Слабокислый рН раствора – способствует формированию высокоадгезивного слоя CaF_2 ;
3. Антибактериальное действие – ингибирует продукцию кислот бактериями.

Образование слоя фторида кальция на поверхности зуба зависит от величины рН применяемого средства гигиены полости рта:

- при рН \sim 7 – образуется рыхлый слой CaF_2 ;
- при рН \sim 5.5 – образуется высокоадгезивный слой CaF_2 .

Адгезия CaF_2 на поверхности эмали зуба в условиях *in vitro* (Barbakow et al., 1984): поверхность образцов зубной эмали обрабатывали раствором аминофторида Olaflur (1000 ppm F^- / 0.1% F^-) в течение 4 минут, промывали водой в течение 24 часов и исследовали методом электронной микроскопии.

Реминерализационный потенциал – есть ли дозозависимость? (*in situ* Altenburger et al., 2007). Объект исследования: раствор аминофторида (500ppm F^- / 0.05% F^-) и раствор аминофторида (1000ppm F^- / 0.1% F^-).

Дизайн исследования: двойное слепое, плацебо-контролируемое, перекрестное, рандомизированное исследование.

План исследования: в качестве контроля использовали раствор не содержащий аминофторида; увеличение показателя реминерализации ($\Delta Z, \mu\text{m}$) оценивали через 4 недели после одиночного полоскания методом поперечной микрорадиографии.

Результатом исследования стало значительное увеличение показателя прироста реминерализации поврежденной эмали после полоскания раствором аминофторида 1000 ppm.

Таким образом, аминофторид, обладая слабо кислой рН, поверхностной активностью и антибактериальным действием обеспечивает формирование слоя CaF_2 , обладающего высокими адгезивными свойствами, на фоне распределения вдоль поверхности зуба и сдерживания выработки кислот бактериями, обеспечивает высокую устойчивость к действию кислот, активизацию процессов реминерализации и торможения процессов деминерализации, что и обеспечивает профилактику кариеса зубов.

На сегодняшний день фторпрофилактика кариеса была и остается основным клинически апробированным методом профилактики кариеса зубов.

Следует подчеркнуть, что наиболее эффективным методом местной профилактики является сочетанное использование фторсодержащей зубной пасты и ополаскивателя на основе аналогичного соединения фтора, в сочетании с зубной нитью и правильно подобранной зубной щеткой.

Использование этого комплекта средств оральной гигиены необходимо использовать в соответствии с индивидуальным стоматологическим статусом пациента и разработанной на его основе «Индивидуальной гигиенической программой профилактики кариеса зубов».

Клинико-лабораторные методы оценки десенсибилизационной активности зубных паст

С.Б. Улитовский з.вр. РФ, проф., д.м.н., зав.кафедрой*,
А.А. Леонтьев асс., к.м.н.*,
А.А. Васянина доц., к.м.н.*,
О.В. Галибин проф., д.м.н., зав.отд.**,
А.Д. Вилесов в.н.с., д.ф.-м.н.**
Н.Н. Сапрыкина с.н.с., к.х.н.***,
А.К. Тихомиров инженер***.

* – кафедра профилактической стоматологии СПб ГМУ им.акад. И.П. Павлова,

** – отдел экспериментальной медицины СПб ГМУ им.акад. И.П. Павлова,

*** – институт высокомолекулярных соединений РАН.

В последнее время значительно обострилась проблема повышенной чувствительности зубов. Само по себе явление гиперчувствительности известно давно, но в последние годы наблюдается значительное увеличение ее распространенности, что привело к увеличению числа средств, обладающих десенсибилизационной активностью.

Гиперчувствительность зубов к внешним раздражителям не является самостоятельным заболеванием, а лишь симптомом сопровождающий многие патологические процессы. Все эти патологические состояния объединяет одно – повышенная чувствительность к внешним раздражителям, которая развивается в результате оголения дентина, сопровождающегося раскрытием входных отверстий дентинных канальцев, истечением внутриканальцевой жидкости и оголением чувствительных отростков одонтобластов, вследствие чего и появляется болевой симптомо-комплекс.

В клинико-лабораторных условиях проводилось изучение трех видов зубных паст серии INNOVA SENSITIVE: «Бережное осветление эмали» «Сенситив отбеливающая» (1 гр.), «Сенситив Восстановление и здоровье десен» (2 гр.), «Сенситив Интенсивное восстановление эмали» (3 гр.) с целью определения и подтверждения их десенсибилизационности.

Материал и методика

Для клинической апробации зубных паст серии INNOVA SENSITIVE были сформированы три группы по 20 человек в каждой.

Снижение чувствительности – тактильная и тепловая пробы. Степень выраженности гиперестезии в участках рецессии десны до и в различные сроки применения пасты определялась с помощью диагностических проб:

1. Зондирование:

- оценка тактильной чувствительности с помощью ватного тампона (ВШ);
- линейного продвижения зонда по поверхности зуба (ЛПЗ);

2. Термометрия:

- орошение водной струей (ВС);
- обработка прямой воздушной струей (ПВС);
- обработка боковой воздушной струей (БВС).

Изучение десенсибилизационного действия и десенсибилизационной эффективности. Индекс Сенситивности Зубов Л.Ю. Ореховой – С.Б. Улитовского (Индекс СЗ Ореховой-Улитовского), показатели определения которого представлены в таблице 1. Этот индекс позволяет проследить изменение состояния зубов под влиянием используемых десенсибилизационных средств.

Таким образом, Индекс СЗ Ореховой-Улитовского есть сумма оценок всех описанных критериев, поделенная на количество критериев и умноженная на 100.

$$\text{Индекс СЗ Ореховой-Улитовского (\%)} = \frac{\sum (a_1 + \dots + a_n)}{5n} \times 100$$

где \sum – сумма количественных оценок критериев;

a_1 – количество баллов по первому критерию;

a_n – количество баллов по n-му критерию;

Параметры Индекса Сенситивности Зубов Л.Ю. Ореховой – С.Б. Улитовского (© 2008)			Таблица 1
№	Наименование показателя	Характеристика показателя	Оценка
1.	Жалобы на чувствительность зубов к внешним раздражителям	Отсутствуют	1 балл
		Жалобы периодического характера (время от времени)	2 балла
		Постоянные, но чувствительность беспокоит не очень сильно	3 балла
		Постоянные жалобы на чувствительность зубов умеренного характера	4 балла
		Постоянные жалобы на сильную чувствительность зубов	5 баллов
2.	Отмечаются изменения в состоянии твердых тканей зубов	Нормальная степень чувствительности зубов (естественное состояние твердых тканей зубов)	1 балл
		Низкая степень стираемости эмали (в пределах поверхностных слоев эмали)	2 балла
		Средняя степень утраты эмали (в пределах эмали, но до эмалево-дентинной границы)	3 балла
		Высокая степень утраты эмали (в пределах верхних слоев дентина)	4 балла
		Очень высокая степень утраты твердых тканей зубов (вглубь всего дентина, вплоть до границы с полостью зуба)	5 баллов
3.	Отмечаются изменения в десневом прикреплении	Нормальная степень чувствительности зубов (нормальное состояние десневого прикреплении)	1 балл
		Низкая степень оголения пришеечной области (оголение шейки зубов, до 3 мм.; и до верхней трети корня зуба)	2 балла
		Средняя степень утраты периодонтального прикреплении (среднее оголение шейки и верхней трети корня зуба, до 5 мм; но менее 1/2 длины корня зуба)	3 балла
		Высокая степень утраты периодонтального прикреплении (в пределах оголения корня зуба до 1/2 его длины)	4 балла
		Очень высокая степень утраты периодонтального прикреплении (при оголении более 1/2 длины корня зуба)	5 баллов
4.	Пациент отмечает чувствительность зубов различного порога болевой чувствительности	Нормальное состояние чувствительности зубов	1 балл
		Легкую, периодическую чувствительность отдельных зубов к внешним раздражителям. Болевые ощущения прекращаются сразу после прекращения воздействия раздражителя	2 балла
		Среднюю степень чувствительности зубов к внешним раздражителям, более частую, и более продолжительную по времени. Болевые ощущения сохраняются до 30 мин после прекращения воздействия раздражителя	3 балла
		Высокая степень чувствительности зубов к внешним раздражителям, продолжительная по времени, и почти постоянная, с кратковременными светлыми промежутками. Болевые ощущения сохраняются до одного часа после прекращения воздействия раздражителя	4 балла
		Очень высокую степень чувствительности зубов к внешним раздражителям, постоянную, и практически не прекращающуюся. Болевые ощущения сохраняются постоянно после прекращения воздействия раздражителя и вне его воздействия	5 баллов
5.	У пациента выявляется чувствительность зубов при приеме пищи	нет чувствительности	1 балл
		при приеме пищи комнатной температуры или при приеме теплой/прохладной пищи	2 балла
		при приеме горячей/холодной пищи	3 балла
		при вдыхании воздуха	4 балла
		в состоянии покоя	5 баллов

n – количество используемых критериев;

5 – количество оцениваемых параметров внутри каждого критерия.

В нашей задаче число критериев и параметров стабильно, и соответствует 11 и 55, соответственно.

Таким образом, формула будет выглядеть:

Таблица 1 (продолжение)

Параметры Индекса Сенситивности Зубов Л.Ю. Ореховой – С.Б. Улитовского (© 2008)		
№ Показатель	Характеристика показателя	Оценка
6. Изменение тактильной чувствительности зубов	нет чувствительности при чистке зубов при приеме мягкой пищи при приеме твердой пищи при зондировании	1 балл
		2 балла
		3 балла
		4 балла
		5 баллов
7. Диагностические пробы: Зондирование: оценка тактильной чувствительности с помощью ватного тампона;	Число зубов с чувствительностью составляет от 0 до 20,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 21,0 до 40,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 41,0 до 60,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 61,0 до 80,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 81,0 до 100,0%	1 балл
		2 балла
		3 балла
		4 балла
		5 баллов
8. Диагностические пробы: Зондирование: линейное продвижение зонда по поверхности зуба;	Число зубов с чувствительностью составляет от 0 до 20,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 21,0 до 40,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 41,0 до 60,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 61,0 до 80,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 81,0 до 100,0%	1 балл
		2 балла
		3 балла
		4 балла
		5 баллов
9. Диагностические пробы: Термометрия: орошение водной струей;	Число зубов с чувствительностью составляет от 0 до 20,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 21,0 до 40,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 41,0 до 60,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 61,0 до 80,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 81,0 до 100,0%	1 балл
		2 балла
		3 балла
		4 балла
		5 баллов
10. Диагностические пробы: Термометрия: обработка прямой воздушной струей;	Число зубов с чувствительностью составляет от 0 до 20,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 21,0 до 40,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 41,0 до 60,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 61,0 до 80,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 81,0 до 100,0%	1 балл
		2 балла
		3 балла
		4 балла
		5 баллов
11. Диагностические пробы: Термометрия: обработка боковой воздушной струей.	Число зубов с чувствительностью составляет от 0 до 20,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 21,0 до 40,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 41,0 до 60,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 61,0 до 80,0% Число зубов с чувствительностью составляет от 81,0 до 100,0%	1 балл
		2 балла
		3 балла
		4 балла
		5 баллов

$$\text{Индекс СЗ О-У (\%)} = \frac{\sum (a_1 + \dots + a_{11})}{55} \times 100$$

в знаменателе показатель суммы баллов критериев колеблется в пределах $11 \leq (a_1 + \dots + a_{11}) \leq 55$, а границы индекса составляют:

$$20 \leq \text{Индекс СЗ Ореховой - Улитовского} \leq 100$$

Оценочные критерии:

- 81 – 100 % – очень тяжелое состояние;
- 61 – 80 % – тяжелое состояние;
- в пределах 41 - 60 % – относительно компенсированное состояние чувствительности зубов;
- при показателе индекса равного 21 – 40 % – состояние компенсированное, но на фоне имеющейся компенсированной легкой формы чувствительности зубов;

- при оценке в 20 % – зуб (группа зубов) здоровый с нормальной, естественной чувствительностью к внешним раздражителям.

Для длительного изучения состояния чувствительности зубов в динамике, особенно под влиянием лекарственных форм или местного использования средств оральной гигиены мы используем формулу расчета Эффективности Сенситивности Зубов (Эффективность СЗ):

Эффективность СЗ (%) = $[(I_1 - I_n) \times 100] / I_1$,
где I_1 – цифровой показатель Индекса СЗ Ореховой - Улитовского, определенный при первом посещении;

I_n – цифровой показатель Индекса, определенный при n-ном посещении.

В табл. 2 сведены данные определения Эффективности Сенситивности Зубов.

Изучение электронной микроскопии дентинных канальцев. Для изучения качества и количества obturation входных отверстий дентинных канальцев использовался электронный микроскоп Supra 55VP (Zeiss, Германия) с помощью которого было проведено электронномикроскопическое исследование проникновения зубной пасты внутрь дентинных канальцев. Образцы предварительно напыляли Au методом катодного распыления толщиной ≈ 10 нм. Для сравнения проводилось фотографирование изучаемых объектов до и после нанесения зубной пасты, после чего проводилось сравнение полученных снимков, на основании которых делался расчет результатов.

Расчет obturation дентинных канальцев. Чтобы оценить влияние средств, снижающих повышенную чувствительность зубов посредством obturation входных отверстий дентинных канальцев, необходимо обладать объективными методами оценки происходящих процессов. Для этого необходимо оценить первоначально имеющееся количество открытых отверстий дентинных канальцев и сравнить их количество с числом отверстий, закупоренных исследуемым средством. Чтобы провести данный анализ нами

был разработан индекс количественной оценки происходящих процессов, который способствует объективизации оцениваемых критериев. Для этой цели разработали показатель, позволяющий объективно оценивать состояние оголения дентина, обуславливающее повышенную чувствительность зубов (гиперсенситивность, гиперэстезия, гиперчувствительность):

Количественный Индекс Obturation Дентинных Канальцев С.Б. Улитовского – О.В. Галибина (Индекс ОДК У-Г), определение которого осуществляется по формуле:

$$\text{Индекс ОДК Улитовского-Галибина (\%)} = \frac{(A_1 - A_n)}{A_n}$$

где A_1 – первоначальное количество открытых дентинных канальцев;

A_n – n-ое количество obturation отверстий дентинных канальцев после использования средства для их закупорки (паста, мазь, порошок и др.). Этот индекс позволяет проследить изменение состояния отверстий дентинных канальцев оголенного дентина зубов с гиперсенситивностью под влиянием используемых десенситивных средств, в том числе и лечебно-профилактических.

Таким образом, Количественный Индекс Obturation Дентинных Канальцев С.Б. Улитовского – О.В. Галибина есть разница между количеством

Таблица 2

Оценка полученных результатов исследования состояния чувствительности зубов по Индексу Сенситивности Зубов Ореховой - Улитовского

Оценочные параметры (%)	Соответствие результатов расчета Эффективности Сенситивности Зубов по оценочным параметрам индекса СЗ Ореховой - Улитовского
20,0%	Очень низкая эффективность чувствительности зубов.
20,1 – 40,0%	Низкая эффективность чувствительности зубов.
40,1 – 60,0%	Умеренная эффективность чувствительности зубов.
60,1 – 80,0%	Высокая эффективность чувствительности зубов.
80,1 – 100,0%	Очень высокая эффективность чувствительности зубов.

Таблица 2а

Индекс ОДК Улитовского – Галибина

максимальное количество дентинных канальцев на исследуемой площади оголенного дентина)

Показатели (у.е.)								
	100	100	100	100	100	100	100	100
Количество открытых ДК	100	100	100	100	100	100	100	100
Количество открытых ДК после использования средства	100	99	80	60	40	20	1	0
Разница (кол-во obturation отверстий)	0	1	20	40	60	80	99	100
Индекс ОДК У-Г	0,0	0,01	0,2	0,4	0,6	0,8	0,99	1,0

раскрытых отверстий дентинных канальцев на стандартной площади в 1 кв. мкм дентина и остаточным количеством раскрытых дентинных канальцев, оставшихся после использования средства для закупорки отверстий, на той же площади дентина, поделенное на первоначальное количество отверстий. Единица измерения – условная единица (у.е.) (Таблица 2а).

Оценочные критерии:

- 0,81 – 1,00 – отличная степень obturации;
- 0,61 – 0,80 – очень хорошая степень obturации;
- 0,41 – 0,60 у.е. – хорошая степень obturации;
- 0,21 – 0,40 у.е. – удовлетворительная степень;
- 0 – 0,2 у.е. – неудовлетворительная степень obturации дентинных канальцев на исследуемой площади дентина зуба.

Расчет Интегративного индекса Десенситивности (ИИД) проводится как среднеарифметическое между Индексом Obturации Дентинных Канальцев С.Б. Улитовского – О.В. Галибина и Индекса Сенситивности Зубов Л.Ю. Ореховой – С.Б. Улитовского.

ИИД колеблется в пределах: $0 \leq \text{ИИД} \leq 100$

Оценочные критерии:

- 81–100% – отличная степень десенситивности;
- 61–80% – очень хорошая степень десенситивности;
- 41–60% – хорошая степень десенситивности;
- 21–40% – удовлетворительная степень десенситивности;
- 0–20% – неудовлетворительная степень десенситивности.

Результаты исследования

Изменение чувствительности зубов по динамике диагностических проб (тактильная и тепловая пробы).

В таблице 3 представлены результаты определения изменения цифровых показателей десенситивного действия в период исследования зубных паст серии INNOVA SENSITIVE на основании диагностических проб.

В таблицу 4 сведены данные определения десенситивной эффективности использованной в период исследования зубных паст серии INNOVA SENSITIVE на основании диагностических проб.

Динамика изменений чувствительности на основании диагностических проб в период использования зубных паст

Таблица 3

Диагност. пробы	Период обследования														
	Перед началом исследования			Через 1 неделю			Через 2 недели			Через 3 недели			Через 4 недели		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
ЛПЗ	3,30	2,70	3,80	2,60	2,20	3,10	2,10	1,80	2,40	1,60	1,50	1,80	1,00	1,10	1,50
ВШ	1,90	1,30	1,60	1,40	1,10	1,30	1,10	0,90	1,10	0,80	0,70	0,80	0,60	0,50	0,60
ВС	8,10	6,10	8,30	6,20	5,20	6,90	4,90	4,10	5,70	3,80	3,30	4,60	2,70	2,80	3,90
БВС	5,50	4,70	6,90	4,10	3,90	5,70	3,00	3,20	4,40	2,4	2,50	3,60	1,90	2,00	3,20
ПВС	6,20	5,20	4,40	4,70	4,30	3,60	3,50	3,50	2,80	2,80	2,70	2,30	2,30	2,20	1,80

Динамика изменения сенситивной эффективности на основании диагностических проб исследуемых зубных паст

Таблица 4

Диагност. пробы	Сенситивная эффективность по диагностическим пробам (%)											
	Период обследования											
	Через 1 неделю			Через 2 недели			Через 3 недели			Через 4 недели		
Группы	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
ЛПЗ	21,21	18,52	18,42	36,36	33,33	36,84	51,51	44,44	52,63	69,67	59,26	60,53
ВШ	26,32	15,38	18,75	42,11	30,77	31,25	57,89	46,15	50,00	68,42	61,54	62,60
ВС	23,46	14,75	16,28	41,67	32,79	31,32	53,09	45,90	44,58	66,67	54,09	53,01
БВС	25,45	17,02	17,39	45,45	31,91	36,23	56,36	46,80	47,82	65,45	57,45	53,62
ПВС	24,19	17,31	18,18	43,55	32,69	36,36	54,84	48,08	47,72	65,57	57,69	54,55

Динамика изменений десенситивного действия в период использования зубных паст по Индексу Сенситивности Зубов Л.Ю. Ореховой – С.Б. Улитовского

Таблица 5

Группы	Период обследования				
	Начало	Через 1 неделю	Через 2 недели	Через 3 недели	Через 4 недели
1	60,00	40,00	32,22	25,25	17,78
2	50,00	33,33	27,78	22,22	17,78
3	55,00	37,78	30,00	27,78	20,00

Динамика десенситивной эффективности исследуемых зубных паст по Индексу Сенситивности Зубов Л.Ю. Ореховой – С.Б. Улитовского

Таблица 6

Группы	Через 1 неделю			Через 2 недели			Через 3 недели			Через 4 недели		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Эффективность, %	33,33	33,34	31,31	46,30	44,44	45,45	57,92	55,56	49,49	70,37	64,44	63,64

Десенситивное действие и десенситивная эффективность.

В табл. 5 представлены результаты определения изменения цифровых показателей десенситивного действия в период исследования зубных паст серии INNOVA SENSITIVE.

В табл. 6 сведены данные определения десенситивной эффективности в период исследования зубных паст серии INNOVA SENSITIVE.

На рис. 1. представлена динамика десенситивной эффективности при использовании зубных паст серии INNOVA SENSITIVE по индексу Сенситивности Зубов Л.Ю. Ореховой – С.Б. Улитовского.

Из табл. 6 видно, что десенситивная эффективность зубных паст серии INNOVA SENSITIVE за первую неделю составила соответственно 33,33%, 33,34%, 31,31 %, а через четыре недели она достигла 70,37%, 64,44%, 63,64 % соответственно.

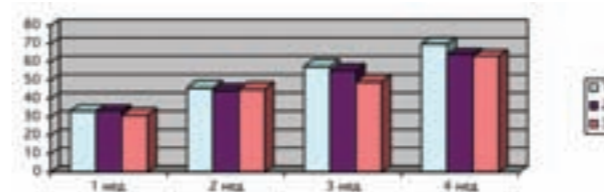


Рис. 1. Сравнительная картина динамики десенситивной эффективности при использовании зубных паст серии INNOVA SENSITIVE по индексу Сенситивности Зубов Л.Ю. Ореховой – С.Б. Улитовского

Электронная микроскопия дентинных канальцев

На рис. 2 представлен продольный срез дентинных канальцев, по нему видно, что внутренняя полость канальцев пустая.

На рис. 3 представлен продольный срез дентинных канальцев.

На рис. 4 представлена поверхность поперечного шлифа дентина покрытого частицами зубной пасты, на котором хорошо видно, что все входные отверстия дентинных канальцев заполнены пастой.

На рис. 5 представлена поверхность продольного шлифа дентина покрытого частицами зубной пасты, на котором хорошо видно, что вся внутренняя полость канальцев заполнена пастой.

На рис. 6 представлен поперечный срез дентинного канальца, по нему видно, что внутренняя полость канальцев пустая.

На рис. 7 представлена поверхность поперечного шлифа дентина покрытого частицами зубной пасты, на котором хорошо видно, что вся внутренняя полость канальцев заполнена пастой.

Выводы

В результате проведенного электронного микроскопического исследования зубных паст серии INNOVA SENSITIVE было установлено, что:

1. исследуемые зубные пасты легко проникают в глубь дентинных канальцев;

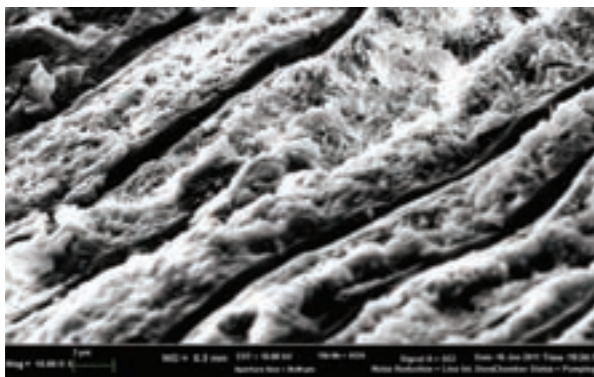


Рис. 2. Продольные срезы дентина с открытыми дентинными канальцами (увеличение 10 000 раз)

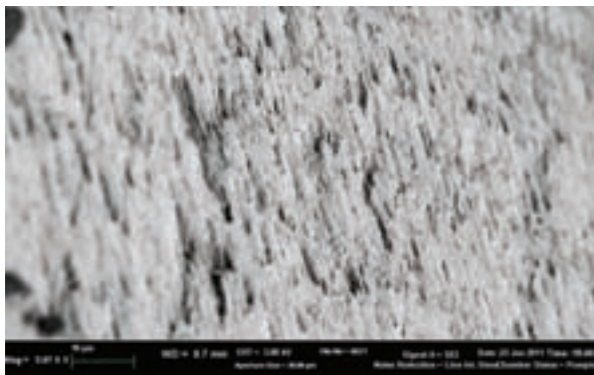


Рис. 3. Поперечный срез дентина с открытыми дентинными канальцами

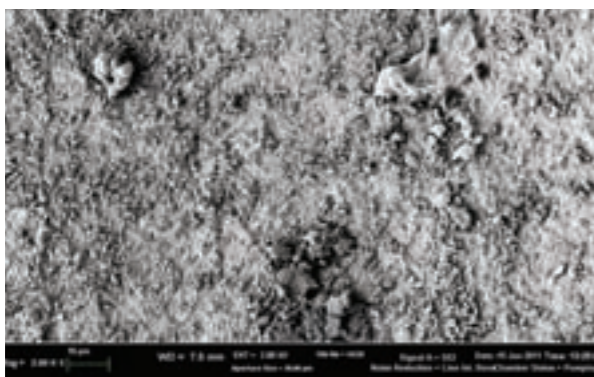


Рис. 4. Поперечный срез дентина с дентинными канальцами, заполненными зубной пастой

2. частицы пасты достаточно мелкого размера, что позволяет им легко проникать внутрь и obturировать каналцы; мелкий размер этих

частиц позволяет им легко проникать через входные отверстия дентинных канальцев с диаметром от 0,2 до 4 μm ;

3. за счет малого размера частиц пасты, они легко входили и достаточно глубоко продвигались в глубь канальцев, что обеспечивало стойкую obturацию.

Результаты obturации дентинных канальцев

При расчете Количественного Индекса Obturации Дентинных Канальцев С.Б. Улитовского – О.В. Галибина было установлено, что на изучаемых площадях каждого из шлифов было по 30 входных отверстий дентинных канальцев.

После нанесения паст на изучаемые шлифы с помощью зубной щетки с мягкой щетиной типа Sensitive, они были вновь изучены под электронным микроскопом.

В результате этих исследований было установлено, что во всех случаях все ранее открытые отверстия дентинных канальцев были obturированы, что соответствует 1 у.е. (100%) по Индексу ОДК Улитовского-Галибина – это указывает на отличную степень obturации.

Результаты расчета Интегративного Индекса Десенситивности

Индекс Obturации Дентинных Канальцев С.Б. Улитовского – О.В. Галибина равен 100,0%, Индекс Сенситивности Зубов Л.Ю. Ореховой – С.Б. Улитовского равен соответственно 70,37%, 64,44%, 63,64%.

Таким образом ИИД равнялся 85,19%, 82,22%, 81,82 %, что соответствует отличной степени десенситивности.

Десенситивная эффективность зубных паст серии INNOVA SENSITIVE: «Бережное осветление эмали»

- «Сенситив отбеливающая» достигла 70,37% через четыре недели исследования,
- «Сенситив Восстановление и здоровье десен» – 64,44%,
- «Сенситив Интенсивное восстановление эмали» – 63,64%,

что по оценочным параметрам индекса Сенситивности Зубов Л.Ю. Ореховой – С.Б. Улитовского соответствует высокой эффективности.

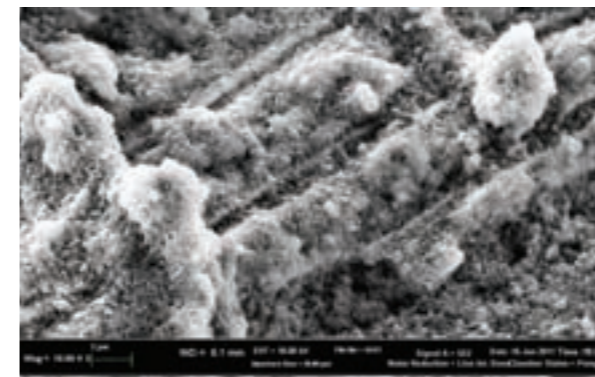


Рис. 5. Продольный срез дентина с дентинными канальцами, заполненными зубной пастой (увеличение 10 000 раз)

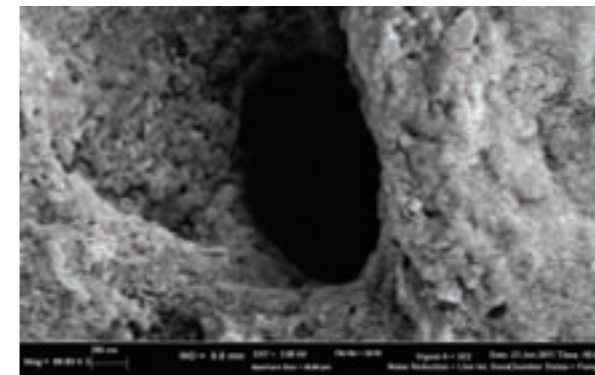


Рис. 6. Поперечный срез дентина с открытым дентинным канальцем (увеличение 90 000 раз)

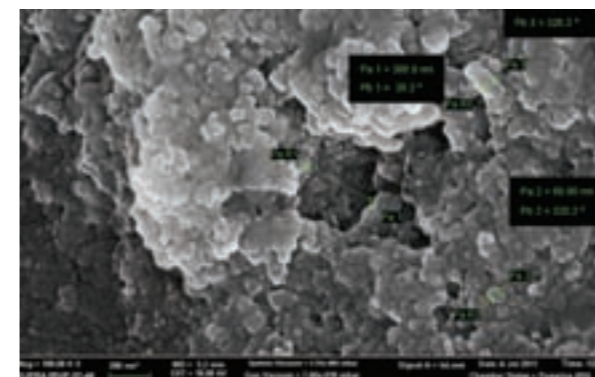


Рис. 7. Поперечный срез дентина с дентинными канальцами, заполненными зубной пастой (увеличение в 100 000 раз) с указанием размеров

Электронная микроскопия продемонстрировала, что пасты серии INNOVA SENSITIVE состоят из частиц, достаточно мелких чтобы проникать

через входные отверстия дентинных канальцев с диаметром от 0,2 до 4 μm .

При использовании всех трех паст Индекс Obturации Дентинных Канальцев Улитовского-Галибина был равен 1,0 у.е. (100%), что соответствует отличной степени obturации.

Интегративный индекс Десенситивности был равен соответственно 85,19%, 82,22%, 81,82 %, что соответствует отличной степени десенситивности.

Проведенное изучение десенситивных свойств зубных паст для чувствительных зубов серии «INNOVA SENSITIVE»: «Бережное осветление эмали» «Сенситив отбеливающая», «Сенситив Восстановление и здоровье десен», «Сенситив Интенсивное восстановление эмали» (Россия) позволили сделать следующие выводы: данные зубные пасты для чувствительных зубов серии «INNOVA SENSITIVE»: «Бережное осветление эмали» **обладают лечебно-профилактическим свойством**, которое проявляется в:

– десенситивной эффективности через 1 месяц исследования – 70,37%, 64,44%, 63,64% соответственно;

– индексе ОДК Улитовского-Галибина равного 1,0 у.е.,

– Интегративном индексе Десенситивности, равном 85,19%, 82,22%, 81,82%, соответственно, что характеризует данную пасту как обладающую отличную степень десенситивности.

Таким образом, можно заключить, что сочетание клинического исследования и электронной микроскопии дает наиболее полноценное представление об изучаемом продукте, а интегративный индекс дает наиболее простое и наглядное сравнительное представление, даже когда это касается паст одной групповой принадлежности.

Глоссарий ортопедических стоматологических терминов. Часть 1.

В.Н. Трезубов

АБРАЗИВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ см. Материалы абразивные.

АБРАЗИВЫ см. Материалы абразивные.

АБСОЛЮТНАЯ СИЛА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ – усилие, развиваемое жевательной мышцей при её максимальной функциональной активности, не разрушающей зубы и пародонт. Суммируется из жевательного давления и резервного усилия, являющегося «запасом прочности» мышцы. Проявляется крайне редко, в острых стрессовых ситуациях. В количественном отношении достаточно велика, по литературным данным – от 80-100 до 390 кг.

АБСОРБЦИЯ (лат. absorptio – поглощение) – поглощение вещества всем объёмом поглотителя – абсорбента.

АГНАТИЯ (гр. a – частица отрицания; gnathos – челюсть) – уродство, характеризующееся отсутствием нижней челюсти.

АДАМСА КЛАММЕР см. Кламмеры.

АДАПТАЦИЯ К ПРОТЕЗАМ см. Привыкание к протезам.

АДГЕЗИВЫ (лат. см. Адгезия) – вещества, усиливающие или создающие адгезию. Одни из них представляют собой густые жидкости или гели и используются для фиксации облицовки к поверхности металла или зубных тканей (эмали, дентина). Они ещё называются связующими веществами. Другие, порошки или пасты, наносятся на внутреннюю поверхность базисов съёмных протезов, усиливая фиксацию последних.

АДГЕЗИЯ (лат. adhaesio – прилипание) – сцепление поверхностей разнородных материалов. Величина адгезии зависит как от структуры соединяемых материалов, так и от склеивающего вещества, и определяется двумя факторами: собственно адгезией (прочностью на отрыв твёрдых поверхностей от клеящей прослойки) и когезией.

АДЕНТИЯ (гр. a – частица отрицания; лат. dens – зуб) – аномалия, характеризующаяся отсутствием зубного зачатка. Не следует использовать этот термин для определения потери зубов (частичной, полной), именуя адентию «вторичной», а также подменять ретенцию зубов определением «лож-

ная адентия». И то, и другое не соответствует Международной классификации болезней.

АДСОРБЦИЯ (лат. ad – на, у, при + sorbere – поглощать, всасывать) – поглощение какого-либо вещества из газообразной среды или раствора поверхностным слоем другого вещества – жидкости или твёрдого тела.

АКЕРСА КЛАММЕР см. Кламмеры.

АКРИЛАТЫ – 1) сложные эфиры акриловой кислоты или её соли, применяемые для синтеза полиакрилатов, широко используемых в стоматологии; 2) жаргонное обозначение акриловых полимеров.

АКТИВАТОР (от лат. activus – деятельный) – 1) химические вещества, усиливающие действие катализаторов; 2) съёмные ортодонтические аппараты, предназначенные для стимуляции мимической мускулатуры.

АЛЛЕРГИЯ (гр. allos – другой и ergon – действие) – изменённая чувствительность или реактивность организма к повторным воздействиям на него микробов, чужеродных и собственных трансформированных белков.

АЛЬВЕОЛОПЛАСТИКА (лат. alveolus – желобок, выемка, ячейка + гр. plastike – лепить, создавать) – хирургическая операция формирования альвеолярного гребня при его атрофии, дефектах, возникающих после травмы, остеомиелита, удаления опухоли, путём поднадкостничного введения трансплантатов, моделируемых из ауто- или аллохряща, либо композиционных материалов, например, на основе гидроксиапатита и коллагена, благотворно влияющих на репаративный остеогенез и рельеф протезного ложа.

АЛЬВЕОЛЫ ЗУБНЫЕ (ЛУНКИ) (лат. alveolus – желобок, выемка, ячейка) – ячейки в челюстях, где помещаются корни зубов.

АЛЬВЕОЛЯРНАЯ ДУГА см. Дуга альвеолярная.

АЛЬВЕОЛЯРНАЯ ЧАСТЬ см. Часть альвеолярная.

АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ОТРОСТОК см. Отросток альвеолярный.

АМОРТИЗАТОРЫ (от лат. amortisatio – погашение и фр. amortis – ослаблять, смягчать) – гаситель колебаний, устройство для смягчения ударов, в

стоматологии это – дробители нагрузки, уменьшающие силу жевательного давления, падающего на ткани протезного ложа и пародонт: 1) эластичные прокладки в замковых креплениях или имплантатах; 2) мягкая подкладка в двуслойном базисе съёмного протеза или в месте соединения искусственных зубов с базисом; 3) удлинённое пружинящее тело кламмера, осуществляющее его полуподвижное соединение с базисом съёмного протеза.

АНАЛОГ ИМПЛАНТАТА (гр. analogos – соразмерный, соответственный; лат. in [im] – в + plantare – сажать) – точная копия (модель) части или всего имплантата, сделанная из бронзы, алюминия, стали или полимера. Используется для определения правильности формирования имплантационного ложа, а так же для введения в оттиск для создания комбинированной модели челюсти.

АНАТОМИЯ КЛИНИЧЕСКАЯ (гр. anatome – рассекать + гр. klinikē – уход за лежащим больным, врачевание) – в ортопедической стоматологии – совокупность анатомических образований полости рта, имеющих клинический практический интерес при протезировании или исправлении аномалий. Сюда также можно условно отнести патологоанатомические изменения, связанные с травмами полости рта, потерей зубов. Клиническая анатомия полости рта тщательно изучается врачом перед протезированием и её особенности учитываются им в лечебном процессе.

АНЕСТЕЗИЯ (гр. anaisthēsia – нечувствительность) – потеря чувствительности или ощущений, которая возникает при некоторых заболеваниях нервной системы или может быть вызвана искусственно для обезболивания медицинских процедур путём введения лекарственных веществ-анестетиков.

АНКИЛОГЛОССИЯ (гр. ankylos – кривой + glossa – язык) – необычно короткая уздечка языка, ограничивающая его движения, в частности – при артикуляции звуков.

АНКИЛОЗ (гр. ankylosis) – тугоподвижность или отсутствие движений в суставе, обусловленные фиброзной, хрящевой или костной спайкой суставных поверхностей костей.

АНОМАЛИЯ (гр. anomalia – отклонение) – отклонение от структуры и функции, присущей данному биологическому виду, возникшее вследствие нарушения развития организма.

АНОМАЛЬНЫЙ (гр. см. Аномалия) – отклоняющийся от нормы, неправильный, необычный.

АНТИГЕН (гр. anti- противно- + genos – род, рождение) – чуждое для организма вещество, вызывающее в крови, лимфе и тканях образование антител.

АНТИСЕПТИКА (гр. anti- противно- + septicos – гнилостный) – метод лечения бактериально загрязнённых и инфицированных ран, гнойных, анаэробных и гнилостных процессов путём борьбы с возбудителями инфекции, внедрившимися в рану или ткани.

АНТИСЕПТИКИ (гр. см. Антисептика) – противогнилостные средства: 1) химические вещества, вызывающие гибель микроорганизмов; применяются при лечении ран, пролежней; 2) средства для предохранения древесины от гниения.

АНТИСЕПТИЧЕСКИЙ (гр. см. Антисептика) – противогнилостный, препятствующий гниению, задерживающий развитие микроорганизмов, обеззараживающий.

АНТРОПОЛОГИЯ (гр. anthrōpos – человек + logos – понятие, учение) – наука о происхождении и эволюции физической организации человека и его рас. Основные разделы антропологии: антропогенез (учение о происхождении человека), морфология человека (учение о закономерностях роста и общих для всего человечества вариациях в строении тела) и этническая а. (расоведение).

АНТРОПОМЕТРИЯ (гр. anthrōpos – человек + metreo – измеряю) – один из основных методов исследования в антропологии, заключающийся в различных измерениях человеческого тела.

АПЕКС (лат. apex – верхушка, вершина) – в стоматологии – анатомическое окончание корня зуба, его верхушка.

АПЕРА-НОУКА СИНДРОМ (APERIT-NOACK) (гр. см. Синдром) – рассматривается как одна из форм акроцефалосиндактилии (1904). Часто (45%) имеет место готическое небо с расщелиной. Преждевременное сращение стреловидного, вечного и других швов черепа приводит к изменению его формы («башенный череп»). Характерными являются уплощение глазных впадин, широкое основание носа. Часто сопутствуют полидактилия или синдактилия, пучеглазие, атрофия зрительного нерва, умственное и физическое недоразвитие.

АПИКАЛЬНЫЙ (см. Апекс) – верхушечный, имеющий отношение к верхушке корня, принадлежащий ей, расположенный рядом или направленный к ней.

АПЛАЗИЯ (гр. a- частица отрицания + plasis – образование, формирование) – врождённое отсутствие части тела или органа.

АППАРАТ (лат. apparatus – оборудование) – объединение систем и отдельных органов, функционирующих в сходном направлении или имеющих общность происхождения и расположения.

АППАРАТ ЖЕВАТЕЛЬНО-РЕЧЕВОЙ – представляет собой комплекс взаимосвязанных и взаи-

модействующих систем и отдельных органов, принимающих участие в жевании, дыхании, звукообразовании и речи. В его состав входят: 1) лицевой скелет и височно-нижнечелюстные суставы; 2) жевательные мышцы; 3) органы, предназначенные для захватывания, продвижения пищи, формирования пищевого комка для глотания, а также звукооречевой комплекс: губы, щёки с их мимической мускулатурой, нёбо, язык; 4) органы раздробления и размельчения пищи (зубы), её смачивания и ферментативной обработки (слюнные железы).

АППАРАТЫ ЛЕЧЕБНЫЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ (гр. prophyllakticos – предохранительный) – ортопедические приспособления, предназначенные для предупреждения, уменьшения, устранения, возмещения или исправления аномалий, дефектов, деформаций жевательно-речевого аппарата. Все ортопедические аппараты целесообразно разделить на группы в соответствии с их способом крепления, типом конструкции, местом расположения, принципом действия, назначением, технологией и материалом, из которого они изготовлены. Ряд из них носит фамилию изобретателя (Збаржа, Шура, Ванкевич, Степанова, Петросова и др.).

АРТЕФАКТ (лат. arte – искусственно + factus – сделанный) – образования или процессы, возникающие иногда при исследовании организма или отдельных его органов, тканей вследствие какого-либо воздействия или обработки и в норме несвойственные организму.

АРТИКУЛЯТОРЫ (лат. см. Артикуляция) – приборы, имитирующие, в определённой степени, движения нижней челюсти. Выделяют 4 класса артикуляторов. К первому классу относятся простейшие фиксаторы для моделей челюстей, позволяющие совершать только шарнирные вертикальные движения верхней модели по отношению к нижней. Эти приборы именуют ещё окклюдаторами. Приборы II класса имеют возможность имитировать и вертикальные, и горизонтальные движения, но не соответствующие возможностям височно-нижнечелюстных суставов. Приборы III класса снабжаются лицевыми дугами и дают возможность учитывать вертикальные и горизонтальные движения в суставах. А., относящиеся к IV классу, позволяют регистрировать и копировать движения нижней челюсти конкретного пациента в трёх взаимно перпендикулярных плоскостях.

АРТИКУЛЯЦИЯ (лат. articulatio – сочленение) – 1) сочленение, сустав; 2) в широком смысле слова – всевозможные положения и перемещения нижней челюсти по отношению к верхней, осуществляемые с помощью жевательных мышц. В узком смысле слова её можно определить как цепь сменяющих друг друга окклюзий; 3) работа органов

речи (губ, языка, мягкого нёба, голосовых связок), необходимая для произнесения определённого звука речи.

АРТРАЛЬГИЯ (гр. arthron – сустав + algos – боль, страдание) – боль в суставе. Термин используется с 1848 года.

АРТРИТ (гр. arthron – сустав) – воспалительное заболевание суставов.

АРТРОГРАФИЯ (гр. arthron – сустав + graphō – пишу) – 1) рентгенография сустава после инъекции в его полость контрастного материала; 2) в стоматологии – введение контрастного вещества в верхнее, нижнее или в оба суставных пространства височно-нижнечелюстного сустава с целью определения деформации или повреждений суставного диска.

АРТРОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (гр. arthron – сустав) – хроническое поражение сустава дистрофически-дегенеративного характера с элементами асептического воспаления (1878).

АРТРОПАТИЯ (гр. arthron – сустав + pathos – болезнь) – заболевание сустава. Термин используется с 1860 года.

АСЕПТИКА (гр. a – частица отрицания + septikos – гнилостный) – метод профилактики инфекции путём предупреждения проникновения микроорганизмов в рану, ткани или полости тела при лечебных и диагностических манипуляциях.

АТАЧМЕНТЫ (от фр. attachement – привязанность) см. Крепления замковые.

АТИПИЧНАЯ ЛИЦЕВАЯ БОЛЬ см. Боль лицевая атипичная.

АТРОФИЯ (гр. atrophia – увядание) – 1) уменьшение в размере какого-либо органа или ткани, наблюдаемое в животном организме (например, при уменьшении притока крови к ним; длительном бездействии; нарушении связи с центральной нервной системой и т.п.); 2) притупление, утрата какого-либо чувства, свойства; 3) резорбция кости, отмечаемая внутренне как снижение плотности, и внешне, как изменение формы.

АУСКУЛЬТАЦИЯ (лат. auscultatio – слушание, выслушивание) – процесс выявления состояния различных частей тела выслушиванием звуков, которые они издадут при своей деятельности или патологии.

АФОНИЯ (гр. aphōnia – немота) – отсутствие или беззвучность голоса вследствие заболевания гортани или поражения нервной системы.

АФТА (гр. aphthai) – поверхностные круглые болезненные язвы слизистой оболочки полости рта, часто покрытые серым или белым налётом.

Готовимся к экзамену

Стоматологический факультет. Вопросы для второго этапа государственной аттестации (государственного тестирования) 5 курса.

1. Эмалева призма основным структурным элементом эмали:
2. У первых моляров нижней челюсти чаще встречается
3. Строение неороговевающего эпителия слизистой оболочки полости рта:
4. Показания для использования герметиков:
5. Органическая основа современных композиционных материалов – это:
6. Выберите наиболее предпочтительный пломбирочный материал для лечения острых форм кариеса:
7. Выберите характеристику адгезива к дентину:
8. Основным свойством ЭДТА является:
9. Какой показатель pH слюны в норме:
10. Для полноценной очистки всех поверхностей зубов необходимо провести:
11. Инфильтрационная анестезия малоэффективна в области:
12. Комбинация местного анестетика с вазоконстриктором даёт:
13. К какой группе некариозных заболеваний относится синдром Стентона-Кадепона:
14. Основные клинические формы гипоплазии зубов:
15. Индивидуальная профилактика кариеса это:
16. Укажите наиболее достоверный способ диагностики кариеса полости I класса:
17. Жалобы, максимально соответствующие клинике среднего кариеса:
18. При механической обработке кариозных полостей эмаль, лишённая дентина, иссекается:
19. Устройство, максимально способствующее созданию контактного пункта:
20. Укажите материалы наиболее рациональные для пломбирования пришеечных полостей:
21. Стадия обострения свойственна пульпиту:
22. Полость зуба не вскрыта при пульпите:
23. Какие данные электроодонтометрии характерны для острого серозно-гнояного пульпита:
24. Лечебную прокладку с гидроокисью кальция применяют при:
25. Раскрытие полости зуба при эндодонтическом лечении проводят с целью:
26. Минимальный срок восстановления костной ткани при деструктивных формах хронического периодонтита:
27. Тактика при полном вывихе постоянного зуба:
28. При лечении хронического фиброзного периодонтита корневой канал пломбируют:
29. Отметьте реакцию зуба на зондирование и холодовой раздражитель при хроническом верхушечном периодонтите в стадии обострения:
30. Жалобы пациента при хроническом фиброзном периодонтите:
31. Жалобы пациентов при хроническом гранулирующем периодонтите:
32. Основные причины развития генерализованного катарального гингивита:
33. При лёгкой степени хронического генерализованного пародонтита карманы:
34. Клинические признаки пародонтоза:
35. Гепарин в пародонтологии используют как средство:
36. Акантолитические клетки находят в цитологическом препарате при:
37. Ярко красный полированный язык возможен при:
38. Диагноз язвенно-некротический стоматит Венсана подтверждает метод исследования:
39. При лечении кандидоза назначают:
40. Темы санитарного просвещения должны быть рассчитаны на:
41. Обучение гигиеническим навыкам детей в возрасте 2-3 года строится в виде:
42. Людям со здоровым пародонтом рекомендуется чистить зубы методом:
43. Чистка зубов должна продолжаться:
44. Гигиенические зубные пасты оказывают:
45. Стоматологическая заболеваемость в детском возрасте изучается с целью:
46. Укажите модель диспансерного наблюдения для школьника, имеющего III степень активности кариеса:
47. Укажите наиболее рациональный метод обезболивания для лечения острого пульпита нижнего первого моляра:
48. Для челюстных костей детского возраста характерны следующие анатомические особенности:
49. Какое из состояний является осложнением хронического периодонтита временного зуба?
50. Более информативным симптомом острого одонтогенного остеомиелита среди перечисленных является
51. Обязательным видом лечения при хроническом остеомиелите челюстных костей является
52. Для определения длины и ширины апикального базиса используют:
53. Укажите упражнение ЛФК для нормализации тонуса круговой мышцы рта:
54. Какой вид диастемы является самым простым для лечения:
55. Прикус – это характер смыкания зубов в положении окклюзии:
56. Диагностические модели челюстей изучают в трех взаимно перпендикулярных плоскостях:
57. Главными токсикогенными факторами акриловой пластмассы являются:
58. Способ гипсования модели челюсти с восковой моделью протеза в кювету:
59. Искусственные культевыми коронками можно восстановить:
60. Противопоказаниями для протезирования шрифтовыми зубами являются:
61. Возможный отоневрологический синдром при уменьшении высоты нижней части лица проявляется:
62. Тело мостовидного протеза в боковом отделе по отношению к альвеолярному гребню во всех случаях должно иметь:
63. При проверке конструкции съемных протезов обнаружена щель между передними искусственными зубами в положении центральной окклюзии. Ваша тактика:
64. Нормальные показатели микротоков полости рта:
65. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зуба:
66. Сочетание нейролептанальгезии и местной анестезии является:
67. Показанием к удалению зуба является:
68. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками без шипа удаляют зубы нижней челюсти:
69. К общим осложнениям во время операции удаления зуба относят:
70. Затруднение при глотании появляется при флегмоне:
71. Аденофлегмоны развиваются в результате:
72. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является:
73. Причиной для развития флегмоны поднижнечелюстной области является воспалительный процесс в области:

74. При абсцессе челюстно-язычного желобка необходимо:
75. Причиной развития флегмоны крыло-видно-челюстного пространства является воспалительный процесс в области:
76. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является:
77. Гнойный процесс из крыловидно-небной ямки преимущественно распространяется:
78. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области является:
79. Основным предрасполагающим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:
80. При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить:
81. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относятся:
82. Возбудителем эпидемического паротита является:
83. Хирургическое лечение кисты околоушной слюнной железы заключается в удалении кисты:
84. Достоверным симптомом перелома нижней челюсти является:
85. Дополнительные методы исследования:
86. Для диагностики переломов верхней челюсти:
87. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на моляры осуществляется в направлении:
88. Причиной хронического неспецифического артрита внчс является:
89. Основное правило пластики местными тканями:
90. При выкраивании лоскута для стебля филатова соотношение его ширины к длине должно быть:
91. Максимальный допустимый угол поворота лоскута на ножке:
92. Какое из указанных вазоактивных веществ может вызывать локальный спазм сосудов?
93. При каком виде местных расстройств кровообращения объемная скорость кровотока увеличивается:
94. Какие липопроteniды являются антиаггренгенными:
95. Непосредственной причиной возникновения приступа стенокардии может быть:
96. К понятию нестабильной стенокардии относится:
97. Макроскопический тромб:
98. В мелких артериях и артериолах на II стадии гипертензивной болезни развивается:
99. Соли серебра обладают:
100. Для инфильтрационной анестезии применяют:
101. Какое из перечисленных психических расстройств наиболее часто побуждает пациентов обращаться к челюстно-лицевым (пластическим) хирургам и приводит к неоправданному хирургическому вмешательству:
102. Что включает в себя понятие «пародонт»:
103. Пульпа – это:
104. Неороговевающим эпителием в полости рта выстланы:
105. Основное преимущество стоматологических цементов на основе полиакриловой кислоты:
106. Хорошо шлифуются, полируются композиты:
107. Клинический эффект лечебных подкладок на основе гидроксида кальция обусловлен:
108. Протравливание эмали обеспечивает контакт эмали зуба с композиционным материалом по принципу:
109. Время протравливания эмали перед пломбированием композиционными материалами у лиц молодого возраста:
110. Проницаемость эмали под действием раствора глюконата кальция:
111. Какой зубной щетке следует отдавать предпочтение?
112. У каких современных местных анестетиков меньше выражено сосудорасширяющее действие:
113. Противопоказаниями для инъекционного обезболивания являются:
114. Какое минимальное количество зубов поражается при местной гипоплазии:
115. Основные клинические признаки флюороза зубов:
116. В комплексное лечение флюороза зубов (пятнистая и меловидно-крапчатая формы) предпочтительно:
117. Назовите решающий признак для дифференциальной диагностики быстропрогрессирующего и хронического кариеса:
118. Частые жалобы у пациентов при поверхностном кариесе:
119. При обработке полостей II класса производится вывод полости на жевательную поверхность:
120. Как должна накладываться изолирующая подкладка из цементов при реставрации зубов композитами свет. отверждения:
121. Схема лечения быстропрогрессирующего кариеса:
122. При остром очаговом (серозно-гнойном) пульпите перкуссия зуба:
123. Полость зуба всегда вскрыта при пульпите:
124. Боль ночная, самопроизвольная, приступообразная, кратковременная (до 2 суток) характерна для пульпита:
125. Метод сохранения жизнеспособности пульпы в корневых каналах:
126. Последовательность механической обработки корневого канала:
127. Жалобы пациентов при хроническом гранулирующем периодонтите:
128. Рентгенологическая картина при хроническом гранулематозном периодонтите:
129. Лучше всего снять боль, возникшую сразу после пломбирования канала:
130. Лечение мышьяковистого периодонтита включает следующие мероприятия:
131. Осложнения, чаще всего возникающие сразу после лечения хронического верхушечного периодонтита:
132. Лекарственный препарат, наиболее эффективный для разрушения и нейтрализации некротических масс при лечении хронического периодонтита:
133. Глубина карманов при отечной форме хронического гипертрофического гингивита:
134. Проба Шиллера-Писарева проводится с целью:
135. Клинические признаки пародонтита:
136. Одним из диагностических признаков отличающим хронический генерализованный катаральный гингивит от хронического генерализованного пародонтита легкой степени тяжести является:
137. Основные клинические проявления хронического генерализованного пародонтита легкой степени:
138. Узелок относят к элементам поражения:
139. При стоматиты, жжение во время приема пищи:
140. Поражение красной каймы от Линии Клейна до середины губы характерно для хейлита:
141. Лечение язвенно-некротического стоматита Венсана преимущественно:
142. Противокариозными пастами являются:
143. Ирригаторы используют для:
144. Межзубные промежутки чистят:
145. Первичная профилактика кариеса - это:
146. Профилактика кариеса у ребенка должна начинаться в периоде:
147. Реагенты для определения гигиенического индекса:
148. Укажите наиболее эффективный и доступный метод диагностики очаговой деминерализации эмали:
149. Метод серебрения используют при:
150. Тактикой при оказании экстренной помощи при остром одонтогенном остеомиелите, осложнившимся флегмоной («причинный» зуб значительно разрушен), будет:
151. Какой исход остеомиелита челюстных костей является особенностью детского возраста?
152. Исходами хронического деструктивного остеомиелита, перенесенного в детском возрасте, являются:
153. Абсолютным показанием к удалению временного зуба является:
154. Методика удаления зубов по Хотцу:
155. Сверхкомплектные зубы относятся к группе:
156. При каком классе по Энгля проба Эшлера – Битнера не проводится:
157. Двухсторонним сокращением латеральных крыловидных мышц достигается:
158. Данные мионометрии позволяют судить о:
159. Термопластические оттисковые материалы применяют для:
160. Моделирование каркаса цельнолитых мостовидных протезов проводят на:
161. В однокорневых зубах штифт искусственной культи зуба должен заходить в корневой канал на:
162. Частичная потеря зубов приводит:
163. К местным факторам, влияющим на развитие повышенной стираемости зубов относят:
164. Границы базиса полного съемного пластинчатого протеза с вестибулярной стороны проходят:
165. Наиболее объективным методом определения межальвеолярной высоты является:
166. Непосредственные причины начала проявления вывиха нижней челюсти:
167. Общим обезболиванием является:
168. Для ингаляционного наркоза используется:
169. На нижней челюсти боковыми элеваторами удаляют:
170. Щипцы для удаления резцов верхней челюсти с разрушенной коронкой:
171. К ранним осложнениям после операция удаления зуба относят:
172. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне:
173. Возбудителями флегмон дна полости рта чаще всего являются:
174. Типичным клиническим признаком флегмоны дна полости рта является:
175. Основным функциональным нарушением при флегмоне околоушно-жевательной области является:
176. Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является:
177. Наиболее частой причиной неodontогенного абсцесса, флегмоны языка является:
178. Поздним местным осложнением флегмоны щечной области является:
179. При неблагоприятном течении флегмоны околоушного пространства инфекция распространяется:
180. Латеральной границей подглазничной области является:
181. Верхней границей скуловой области является:
182. Под онкологической настороженностью понимают знание:
183. Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании клинических признаков:
184. Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация:
185. Чаще всего эпидемическим паротитом болеют:
186. Кисту околоушной слюнной железы необходимо дифференцировать:
187. Под действием тяги жевательных мышц смещение нижней челюсти при двухстороннем ангулярном переломе происходит:
188. Обязательным симптомом перелома основания черепа является:
189. Лечение при вывихе нижней челюсти заключается:
190. Острый артрит внчс необходимо дифференцировать:
191. Участок поверхности тела для формирования классического или ускоренного стебля филатова:
192. Показаниями к применению свободной пересадки кожи являются:
193. Аутотрансплантат – это материал, взятый..
194. Укажите фактор, не принимающий участия в обмене кальция в костной ткани:
195. Гипергликемия приводит к компенсаторному увеличению секреции:
196. Фагоцитоз в очаге воспаления обычно осуществляется:
197. Препарат для купирования ангинозного приступа:
198. Наиболее точным ЭКГ – диагностическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является:
199. Гангрена может развиваться в:
200. Причина инфаркта миокарда:
201. Для механизма действия местных анестетиков характерно:
202. Замещенным амидом является:
203. Какой из перечисленных психических расстройств является противопоказанием для оказания плановой стоматологической помощи:
204. Физиологическая верхушка корня отстоит от анатомической на:
205. У первых премоляров нижней челюсти чаще бывает:
206. Пелликула зуба – это:
207. Укажите особенность механической обработки кариозной полости для использования современных адгезивных систем:
208. С целью предотвращения постпломбировочных болей при работе со стеклокерамическими цементами необходимо:
209. Полимеризация светоотверждаемых материалов происходит под действием:
210. Укажите лекарственный препарат, который предпочтительнее вводить в состав лечебных подкладок при глубоком кариесе:
211. На адгезию композита к дентину положительно влияет:
212. Какие вещества препятствуют образованию зубного налета и способствуют его растворению:
213. Комплекс общих мер, направленных на укрепление здоровья человека в соответствии с возрастом, общим состоянием, учетом его склонностей - это профилактика:
214. Какие местные анестетики необходимо выбрать больному с заболеванием сердечно-сосудистой системы:
215. Какова оптимальная скорость введения анестетика при инъекции 1,8 мл (карпула):
216. Какое наименьшее количество постоянных зубов поражается при системной гипоплазии?
217. Основные клинические признаки нарушения эмали зубов при гипервитаминозе D.
218. Комплексное лечение флюороза зубов (пятнистая и меловидно-крапчатая формы).
219. Жалобы пациента при хроническом кариесе контактных поверхностей зубов:
220. Отметьте заболевания при которых чаще может возникнуть быстропрогрессирующий кариес:
221. При формировании дополнительной площадки, она располагается:
222. При механической обработке полости V класса дно полости должно быть:
223. Выберите стоматологические цементы, имеющие лучшую адгезию к композитам:
224. Зондирование дна кариозной полости при остром (серозно-гнойном) пульпите резко болезненно:
225. Боль ночная, приступообразная, острая, иррадиирующая по ветвям тройничного нерва, характерна для:
226. Определяющий признак при дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита:
227. Обратимые формы пульпита это:
228. Импрегнирующим действием обладает паста:
229. Отметьте состояние региональных лимфатических узлов при остром гнойном периодонтите:
230. Ведущим критерием оценки результатов лечения верхушечного периодонтита является:
231. При выборе метода лечения хронического периодонтита наличие общесоматических заболеваний во внимание:
232. Рентгенологическая картина при хроническом фиброзном периодонтите:
233. Медикаментозная обработка корневого канала растворами протеолитических ферментов проводится с целью:
234. Если произошла поломка инструмента при обработке корневого канала в первую очередь необходимо сделать:
235. При ложных карманах в тканях пародонта целостность зубодесневого прикрепления:
236. Рентгенологическими особенностями костной ткани челюстей при пародонтозе являются:
237. Кюретаж пародонтальных карманов обеспечивает удаление:
238. Решающим при диагностике пародонтоза является:
239. Антибиотик проникающий в костную ткань:
240. Пузырь относят к элементам поражения:
241. При остром герпетическом стоматите пузырьки располагаются:
242. В соскобе с эрозии при МЭЭ обнаруживают:
243. Сроки консервативного лечения при эрозивно-язвенной форме лейкоплакии:
244. Герметизация фиксур первых постоянных моляров осуществляется в возрасте:
245. Для профилактики местной гипоплазии необходимо:
246. Для профилактики флюороза:
247. При наличии клиновидного дефекта необходимо чистить зубы, исключая движения щеткой:
248. Гигиенический индекс:
249. После серебрения обработанные поверхности становятся:
250. Ребенку с острым кариесом Вы порекомендуете средства гигиены содержащие:
251. Какой пломбировочный материал можно использовать при лечении кариеса временных зубов?
252. Причинами аденофлегмон в челюстно-лицевой области являются:
253. Причиной неспецифических лимфаденитов в челюстно-лицевой области у детей является:
254. Лимфадениты по клиническому течению наиболее полно подразделяются:
255. Необходимость удаления зачатка постоянного зуба вероятнее всего может возникнуть в случае, когда..
256. Ретенция – это:

257. Какой аппарат относится к аппаратам механического действия:
258. Первый класс по Энгля звучит так
259. По классификации Оксмана значительная атрофия альвеолярного гребня беззубой челюсти относится:
260. По классификации Е.И.Гаврилова комбинированный дефект зубного ряда относится к:
261. Для получения оттисков при непосредственном протезировании применяют:
262. Для восстановления анатомической формы отсутствующих зубов на гипсовой модели применяют воск
263. Какую форму должен иметь зуб после препарирования его под цельнолитую коронку:
264. Перестройка миостатического рефлекса при разобщении зубных рядов у больных с декомпенсированной разлитой формой повышенной стираемости зубов, как правило, происходит в течение:
265. При протезировании мостовидным протезом с односторонней опорой отрицательным является:
266. К биофизическим методам фиксации полных съемных протезов относится:
267. Какой сплав металлов для протеза предпочтительнее при системной красной волчанке?
268. У взрослых с зубочелюстными аномалиями, в отличие от детей, невозможно:
269. Наркоз, используемый при длительных и травматичных операциях на челюстно-лицевой области:
270. Для неингаляционного наркоза применяется:
271. Щипцы для удаления клыкков верхней челюсти с сохранившейся коронкой:
272. Щипцы для удаления премоляров верхней челюсти с разрушенной коронкой:
273. К местным осложнениям, возникающим во время проведения анестезии, относят:
274. При неблагоприятном течении флегмоны дна полости рта инфекция распространяется:
275. Разрез при флегмоне поднижнечелюстной области достаточен, если он сделан:
276. Флегмону околушно-жевательной области необходимо дифференцировать:
277. При неблагоприятном течении абсцесса, флегмоны языка инфекция распространяется:
278. Задней границей скуловой области является:
279. Верхней границей подвисочной ямки является:
280. Типичный оперативный доступ при периоститах заключается в рассечении тканей:
281. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются:
282. При неблагоприятном течении острого одонтогенного остеомиелита челюсти осложнением может быть:
283. Боковая киста шеи располагается над:
284. Основным клиническим проявлением кисты челюсти является:
285. Для морфологической картины предрака характерно отсутствие:
286. Общими осложнениями эпидемического паротита являются:
287. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:
288. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением:
289. Характерный симптом при двухстороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти:
290. В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита ВНЧС входят:
291. Форма анкилоза ВНЧС:
292. Местное осложнение пластики лоскутами на ножке:
293. Стебель филатова, переносимый к месту дефекта по поверхности тела, называется:
294. Свободной пересадкой кожи называется:
295. В каком периоде инфекционной болезни ярко присутствуют клинические симптомы заболевания?
296. К факторам, способствующим краевому стоянию лейкоцитов при воспалении относятся:
297. Роли нейтрофилов в очаге воспаления обусловлены их способностями:
298. Наиболее информативным методом определения некротических изменений в миокарде является:
299. У больного развился инфаркт, осложненный левожелудочковой недостаточностью. С введения какого препарата необходимо начать лечение:
300. Основу гнойного экссудата составляет:
301. Рак – это:
302. Какой из перечисленных препаратов относят к антигистаминным средствам:
303. Какой из перечисленных эффектов гистамина блокируется введением ранитидина:
304. Какое из перечисленных психических расстройств является противопоказанием для оказания экстренной стоматологической помощи:
305. Строение костной ткани альвеоли:
306. Дентин состоит:
307. Глубина зубодесневой борозды составляет:
308. Лучшее средство для изоляции от слюны при работе с композиционными материалами:
309. Пломбирочные материалы, вступающие в химическую связь с твердыми тканями зуба:
310. Изготовление виниров прямым способом из светоотверждаемых композитов не используют:
311. Для непрямого покрытия пульпы используют лечебные кальцийсодержащие подкладки в следующем случае:
312. Адгезивную систему наносят:
313. Комплекс мер, направленных на предотвращение и появление рецидивов болезни после ее лечения – это профилактика:
314. Оптимальный срок службы зубной щетки:
315. Какие из перечисленных местных анестетиков вы выберете больному бронхиальной астмой:
316. Порог болевой чувствительности зубов:
317. Как называются зубы отверткообразной формы с полунной вырезкой на режущем крае?
318. Основные клинические признаки системной типоплазии зубов:
319. Комплексное лечение флюороза зубов (эрозивная форма).
320. Зондирование кариозной полости при поверхностном кариесе:
321. Для выявления кариозных пятен методом окрашивания чаще применяют:
322. Сжатие краев эмали при работе с СИЦ производят:
323. Для реставрации дефектов I и II классов лучше использовать:
324. При обработке кариозной полости I класса этап профилактического расширения проводят:
325. Зондирование дна кариозной полости при остром гнойно-некротическом пульпите резко болезненно:
326. Какие данные электроодонтометрии характерны для острого гнойно-некротического пульпита:
327. Как долго сохраняется реакция на холод при хроническом фиброзном пульпите:
328. Для пломбирования корневого канала используют силеры:
329. К биологическим методам лечения пульпита относятся:
330. Наиболее точным методом при дифференциальной диагностике апикального периодонтита и пародонтита является:
331. Реакция зуба на перкуссию при хроническом периодонтите:
332. Реакция на холод при хронических формах периодонтита:
333. Отметьте основные требования, предъявляемые к материалам для obturации корневых каналов при лечении периодонтита:
334. Наиболее частая причина перфорации стенки корневого канала при механической обработке:
335. Консервативные лечебные мероприятия при обострении верхушечного периодонтита после пломбирования корневых каналов:
336. При образовании истинного пародонтального кармана в тканях пародонта целостность зубодесневого прикрепления:
337. Патоморфологическая картина пародонтоза:
338. Клиническим признаком хронического катарального гингивита является:
339. С какой поверхности зубов снятие твердых зубных отложений представляет наибольшие трудности:
340. Основное действие антиоксидантов:
341. Эрозия относится к элементам поражения:
342. Причины острой механической травмы СОПР:
343. Симптом Никольского при МЭЭ:
344. Лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита:
345. Деминерализация эмали начинается в слое:
346. Механизм десенсибилизирующего действия солей калия при повышенной чувствительности зубов заключается в:
347. Суперфлоссы - это зубные нити:
348. Укажите формулу фторопатита:
349. Удовлетворительная эффективность гигиены согласно индексу РНР соответствует значениям:
350. При обработке кариозных полостей временных зубов отсутствует этап:
351. Методика отсроченного пломбирования для лечения кариеса постоянных зубов у детей применяется:
352. Основным удерживающим моментом герметиков-силантов в фиссурах зубов является:
353. Наиболее достоверным симптомом для диагноза хронического неспецифического паротита является:
354. Наиболее достоверно подтверждает наличие слюнокаменной болезни в детском возрасте:
355. Какую патологию в первую очередь искать в челюстно-лицевой области, выявив у ребенка нарушения формы наружного уха?
356. Для злокачественных новообразований у детей характерны:
357. Укажите жевательную пробу по Рубинову:
358. Открытый прикус бывает:
359. На какой неделе происходит сращение отростков в формирование лица: образование зубной пластинки и преддверия полости рта.
360. Угол сагиттального суставного пути равен:
361. Метод аускультации височно-нижнечелюстного сустава для выявления в нем шума, хруста, щелканья и диагностики функциональных и морфологических нарушений называется:
362. Силаны титана различных марок применяются для создания:
363. Просечивание металлического каркаса металлокерамического протеза можно предотвратить благодаря нанесению керамической массы:
364. Показания к применению металлокерамических искусственных коронок:
365. Специальная подготовка больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости зубов к протезированию включает в себя:
366. Вкладки, как фиксирующие элементы мостовидного пртеза, используются:
367. Частичная потеря зубов приводит к:
368. Ортодонтическое лечение верообразного расхождения зубов можно проводить при заболеваниях пародонта в стадии:
369. Выбор метода ортопедического лечения переломов нижней челюсти зависит:
370. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа:
371. При нейрореплетгангезии препараты вводят:
372. Щипцы для удаления первого и второго правых моляров верхней челюсти с сохранившейся коронкой называются s-образными:
373. Инструмент для удаления корней резцов верхней челюсти:
374. К местным осложнениям, возникающим во время проведения анестезии, относят:
375. Выполняя разрез с целью дренирования флегмоны дна полости рта, можно повредить:
376. Выполняя внутриротовой разрез при дренировании абсцесса, флегмоны языка можно повредить:
377. Причиной развития одонтогенной флегмоны щечной области является воспалительный процесс в области:
378. В комплекс лечения ангины людвига входит:
379. При периостите гнойный экссудат локализуется:
380. Первые рентгенологические признаки деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти проявляются:
381. Внутренней границей подвисочной ямки является:
382. Верхней и задней границей височной области является:
383. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении:
384. При иссечении срединного свища шеи необходимо резецировать:
385. Фоликкулярную кисту необходимо дифференцировать:
386. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является:
387. Клиническая картина острого сиагодентита характеризуется:
388. Синомим аденокистозной карциномы:
389. Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются:
390. Позднее осложнение воспалительного характера при переломах челюстей:
391. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти:
392. Форма анкилоза ВНЧС:
393. Аутоотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут:
394. Способ пластического возмещения частичного дефекта крыла носа:
395. Хирургическое пособие при пародонтальном абсцессе заключается в:
396. Укажите «очередность» эмиграции различных видов лейкоцитов в очаг острого гнойного воспаления.
397. Укажите фактор, главным образом, обуславливающий возникновение боли при воспалении.
398. Укажите фактор, главным образом, обуславливающий возникновение боли при воспалении.
399. Диагноз гипертонического криза ставится в первую очередь на основании:
400. Из перечисленного к осложнениям гипертонического криза не относится:
401. Фиброзно-кавернозный туберкулез относится к:
402. Плеоморфная аденома:
403. Выберите обволакивающее средство:
404. В очаге воспаления местные анестетики снижают активность вследствие:
405. Пациент обратился за плановой стоматологической помощью. При осмотре выявляются выраженные признаки алкогольного абстинентного синдрома. Какова тактика врача-стоматолога:
406. Отличие коронковой от корневой пульпы заключается:
407. Какие зубы имеют самые узкие и тонкие корневые каналы:
408. Кутикла – это:
409. При лечении быстропрогрессирующего кариеса в качестве подкладочного материала следует применять:
410. Как должна накладываться изолирующая подкладка из цементов при реставрации зубов композитами светового отверждения при лечении среднего кариеса:
411. Отметьте совместимость композитов с влагой:
412. Практически не растворимы после затвердения цементы:
413. Высокая адгезия композитов к эмали обусловлена:
414. Комплекс мер, направленных на предотвращение потери функции, восстановления ее после перенесенных заболеваний и травм - это профилактика:
415. Гигиеническое обучение и воспитание необходимо начинать:
416. Какой местный анестетик вы выберете для лечения пульпита больному гломерулонефритом:
417. Показания для аппликационной анестезии:
418. Как называются зубы отверткообразной формы без полунной вырезки на режущем крае?
419. Основные клинические формы гиперплазии зубов.
420. Комплексное лечение клиновидных дефектов зубов.
421. Зондирование кариозной полости при хроническом среднем кариесе:
422. Наиболее целесообразное лечение цветущего кариеса?
423. При хроническом кариесе пульпа образует для защиты:
424. При механической обработке полости V класса этап профилактического расширения проводят:
425. При работе с амальгамой в полости V класса скос эмали производится:
426. Электровозбудимость пульпы при пульпите:
427. Изменения в периапикальных тканях при хроническом пульпите:
428. Жалобы больного при остром гнойно-некротическом пульпите:
429. При хроническом язвенно-некротическом пульпите предпочтительно использовать метод лечения:
430. Количество рентгеновских снимков, необходимых для качественного эндодонтического лечения:
431. Реакция зуба на перкуссию при обострении хронического периодонтита:
432. О хроническом воспалении в периодонте свидетельствует:
433. Оптимальная тактика лечения после безуспешных попыток извлечения обломка инструмента из канала:
434. Успех консервативного лечения хронического периодонтита обусловлен:
435. Наиболее частое осложнение, наблюдаемое при лечении хронических верхушечных периодонтитов:
436. Распад пульпы из корневого канала удаляют:
437. Глубина пародонтальных карманов при хроническом генерализованном пародонтите тяжелой степени:
438. Проба Кулаженко проводится с целью:
439. Клиническими признаками фиброзной формы гипертрофического гингивита являются:



Лечебно-**Гель**
профилактический

Альбадент®

для проблемных дёсен
с мумиё и Неовитином®

**НОВЫЙ
ПРОДУКТ!**



- Скорая помощь при гингивите, пародонтите, стоматите и других воспалительных заболеваниях пародонта и слизистой полости рта
- Снимает воспаление и кровоточивость

Содержит уникальные природные компоненты: биоантиоксидантный комплекс **Неовитин®** (выделен из клеточной культуры женьшеня). Патент РФ № 2095052

мумиё — природный биостимулятор с высокой антимикробной активностью. Патент РФ № 2296559

КЛИНИЧЕСКИ ДОКАЗАНО:

противовоспалительный эффект — **75,08%**

кровоостанавливающий эффект — **74,68%**

СМК ISO 9001, HACCP

www.cosmevita.ru

ООО «Химико-биологическое объединение при РАН «Фирма Вита» Санкт-Петербург