

Стоматологический научно-образовательный журнал

#1/2 2016

В НОМЕРЕ:

Профилактика мукозита
и перимплантита у пациентов
с дентальными имплантатами

Роль стабилизированного фторида
олова в повышении эффективности
зубных паст

Влияние несъемной ортодонтической
аппаратуры на клиническое состояние
твердых тканей зубов

Клинико-педагогический аспект
профилактики стоматологических
заболеваний у детей с нарушением
слуха

Долгий путь становления врача
челюстно-лицевого хирурга:
д.м.н. профессор Соловьев М.М.



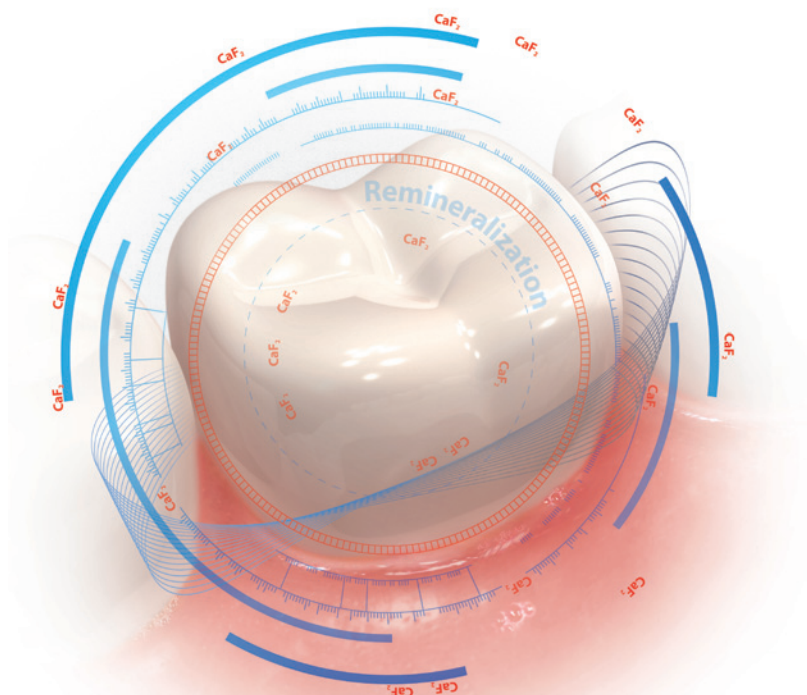
Стоматологический
факультет ПСПбГМУ
им. акад. И. П. Павлова



Colgate® Duraphat®

Защита от кариеса

комплексная программа для применения в кабинете и дома



В КАБИНЕТЕ



ЛАК СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ COLGATE® DURAPHAT® 22600 ppm ФТОРИДА

- Однократное применение приводит к увеличению содержания фторида в эмали на 77%¹
- Снижение риска развития кариеса на 73% при нанесении 1 раз каждые 6 месяцев²



Одобрено
Стоматологической
Ассоциацией России

ДОМА



ЗУБНАЯ ПАСТА COLGATE® DURAPHAT® 5000 ppm ФТОРИДА

- Эффективная профилактика кариеса у пациентов старше 16-ти лет
- В 3,6 раза более эффективно останавливает кариес на начальных стадиях по сравнению с обычной зубной пастой, содержащей 1100 ppm фторида³
- Используется вместо обычной зубной пасты
- Продается в аптеках

1. Grobler S.R., Ogaard B., Rolia G. Fluoride uptake by sound enamel after in vivo Duraphat application, J Dent Assoc S Afr 1983; 38:55-58
2. Tewari A., Chawla H.S., Utreja A. Caries preventive effect of three topical fluorides (1.5 years clinical trial in Chandigarh school children of North India), J Int Assoc Dent Child
3. Baysan A. et al: Reversal of Primary Root Caries Using Dentifrices Containing 5000 and 1100ppm Fluoride. Caries Res. 2001; 35:41-46

«Стоматологический
научно-образовательный журнал»
№1/2-2016

Тираж:

3 000 экземпляров

Периодичность:

4 номера в год

Распространение:

по подписке по всей России.

Учредитель:

Стоматологический факультет
СПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова.
Свидетельство о регистрации
ПИ №ФС 77-51560 от 26.10.2012

Редакционный Совет:

Главный редактор –
проф. А.И. Яременко
Зам. главного редактора –
проф. С.Б. Улитовский

Редакционная коллегия:

Prof. R.V. Oppermann (Бразилия);
Prof. P. Preshaw (Великобритания);
Prof. J. Urena (Мексика);
Prof. P. Weigl (Германия);
Проф. Р.К. Алиева (Азербайджан);
Проф. И.Н. Антонова (С.-Петербург);
Проф. А.В. Васильев (С.-Петербург);
Проф. И.А. Горбачева (С.-Петербург);
Проф. Л.А. Ермолаева (С.-Петербург);
Проф. Л.Е. Леонова (Пермь);
Проф. А.В. Митронин (Москва);
Проф. каф. Л.М. Мишнев (С.-Петербург);
Проф. А.К. Иорданишвили (С.-Петербург);
Проф. Л.Ю. Орехова (С.-Петербург);
Проф. Т.К. Супиев (Казахстан);
Проф. Т.Б. Ткаченко (С.-Петербург);
Проф. В.Н. Трезубов (С.-Петербург);
Проф. Д.А. Трунин (Самара);
Проф. С.Б. Улитовский (С.-Петербург);
Проф. Г.А. Хацкевич (С.-Петербург);
Проф. А.И. Яременко (С.-Петербург)

Главный редактор:

Яременко А.И.

Адрес редакции:

197022, Санкт-Петербург,
ул. Л. Толстого, 6/8

Статьи, публикуемые в «Стоматологическом
научно-образовательном журнале»,
проходят рецензирование.

За все данные в статьях и информацию
по новым медицинским технологиям
ответственность несут авторы публикаций
и соответствующие медицинские организации.

Перепечатка текстов и фотографий
без письменного разрешения запрещена.
При цитировании ссылка на журнал
обязательна.

Все рекламируемые товары и услуги имеют
необходимые лицензии и сертификаты,
редакция не несет ответственности
за достоверность информации,
опубликованной в рекламе.

Мнение редакции может не совпадать
с точкой зрения авторов статей.

ПРОФИЛАКТИКА

А.В. Васильев, С.Б. Улитовский, Д.В. Галецкий, И.Б. Баранова

Профилактика мукозита и перимплантита
у пациентов с дентальными имплантатами **2**

С.Б. Улитовский, Е.С. Алексеева, А.А. Васянина

Роль стабилизированного фторида олова
в повышении эффективности зубных паст **10**

С.Б. Улитовский, А.А. Леонтьев

Асепта: противовоспалительная терапия **16**

ИССЛЕДОВАНИЕ

И.Н. Антонова, Е.А. Боброва

Влияние несъемной ортодонтической аппаратуры
на клиническое состояние твердых тканей зубов **20**

С.Б. Улитовский, А.Ю. Гулиева, Н.Ю. Шевелева

Клинико-педагогический аспект профилактики
стомат. заболеваний у детей с нарушением слуха **24**

С.Б. Улитовский

Оценка состояния мягких тканей протезного ложа **28**

ТЕЗИСЫ

А.И. Сланова

Постановка зубов при протезировании
полными пластиночными съемными протезами **32**

Гребнев Г.А., Ковалевский В.А.

Оценка эффективности применения фитопрепаратов
на основе хвойного концентрата **33**

С.Б. Улитовский, А.Ю. Гулиева, Н.Ю. Шевелева, И.В. Тельнюк

Проблемы профилактики стоматологических
заболеваний у детей с нарушением слуха **34**

Черных А. А., Шевчук Э. В.

Профилактика и выявление синдрома Костена
у пациентов с преждевременно удаленными зубами **36**

Азизов М.Н., Луковецкий А.А.

Влияние красящих веществ на цвет зуба **38**

Акберова Н. Р., Субанова И. Э.

Гигиена полости рта.
Начало пародонтологического лечения **39**

Г.А. Гребнев, А.М. Ковалевский, Е.Ю. Прожерина, А.В. Потоцкая

Применение средств интерден-тальной гигиены полости рта
в профилактике стомат. заболеваний военнослужащих МО РФ **40**

Улитовский С.Б., Калинина О.В., Бутюгин И.А., Кадыров М.Б.

Оценка влияния индивид. гигиены полости рта на стомат. статус
работников металлургического производства **42**

О.В. Калинина, И.П. Павлова, В.Е. Кириллова

Проблема гиперчувствительности зубов у беременных **45**

С.Б. Улитовский, В.В. Тэц, А.В. Антипова, О.М. Яковлева

Использование бальзамов для десен при лечении
воспалительных заболеваний пародонта **49**

СОБЫТИЯ

Февральские встречи: одиннадцать лет мы вместе **52**

Первая Школьная Олимпиада Здоровья **56**

IV Межвузовская научно-практическая конференция

«Профилактика – путь к стоматологическому здоровью» **62**

ПРОИЗВОДИТЕЛИ

Роль системы Дентсплай в проведении проф. гигиены **67**

СПЛАТ: подбор активных компонентов **70**

ЮБИЛЕЙ

д.м.н. профессор Соловьев М.М. – Долгий путь
становления врача челюстно-лицевого хирурга **75**

Профилактика мукозита и перимплантита у пациентов с дентальными имплантатами

**А.В.Васильев,
С.Б.Улитовский,
Д.В.Галецкий,
И.Б.Баранова**

Кафедра стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии,
Кафедра профилактической стоматологии ПГМУ им.акад.И.П.Павлова

2

Дентальная имплантология существует в России более 30 лет, но даже за столь короткий период оказалась крайне востребованной областью стоматологии. К настоящему времени количество установленных в мире дентальных имплантатов исчисляется десятками миллионов.

Согласно опубликованным данным при потере всех зубов на одной либо на обеих челюстях и необходимости проведения функционального и эстетического протезирования, не менее 10% больных выбирают метод дентальной имплантации. Технический прогресс последних 3 десятилетий позволил ведущим производителям имплантатов создать конструкции, которые имеют прогнозируемый срок службы более 20 лет у 70-80% пациентов. Как показала клиническая практика, идеально выполненная хирургическая процедура установки имплантата обеспечивает его «остеоинтеграцию» в челюстных костях в 99,8% наблюдений по сводным данным различных авторов.

Тем не менее, и в процессе хирургического вмешательства могут быть допущены ошибки и просчёты, ведущие к удалению имплантата в ранние сроки после операции. К ним можно отнести технические недостатки (перегрев и ожёг костного ложа), стратегические ошибки (установка имплантата в неправильной позиции), инфекционно-воспалительные осложнения в области ложа имплантата в первые дни после операции. Вторая группа осложнений возникает в про-

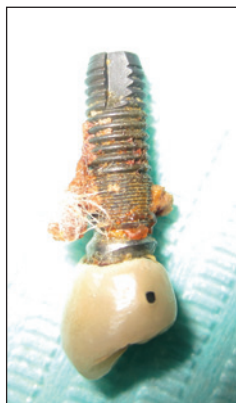
цессе протезирования и последующего функционирования имплантатов в качестве опор для зубных протезов.

Причиной этих осложнений является недостаточно эффективная гигиена полости рта, неполноценная чистка зубных протезов и отложение на них и шейках имплантатов зубного налёта с развитием «мукозита» – в большинстве случаев обратимого процесса. Другой причиной осложнений являются такие факторы, как неправильная конструкция протеза зуба и перегрузка имплантата, приводящая к развитию «перимплантита» и разрушению окружающей его кости, появлению подвижности и воспалительных явлений. Третьей причиной осложнений являются дистрофические процессы в костной ткани и патологические тяжёлые в области преддверия полости рта вблизи шеек имплантатов, ведущие к медленной потере костной ткани альвеолярных гребней, обнажению имплантатов и перспективе их удаления из-за возникающих воспалительных явлений. Ещё одной из причин осложнений при дентальной имплантации являются некоторые эндокринные заболевания и болезни крови, возникающие в период после окончания протезирования на имплантатах. Раннее выявление этой патологии чрезвычайно важный профилактический фактор, так как своевременно начатое лечение основного заболевания в комплексе с эффективной гигиеной полости рта позволяет сохранить зубные протезы на имплантатах.

Отсутствие качественного, регулярного гигиенического ухода за полостью рта и непосредственно самими имплантатами приводит к ухудшению стоматологического здоровья пациента, которое будет заключаться в воспалении мягких тканей вблизи имплантатов - мукозите, безудержном росте зубных камней на зубах и на имплантатах. Эта ситуация приведет к нарушению фиксации имплантатов, увеличению их подвижности вследствие резорбции костной ткани альвеолярного отростка – периимплантиту, вплоть до полного выпадения имплантатов (рис.1). Ведущую роль играют индивидуальные и профессиональные гигиенические мероприятия по уходу за наддесневой частью имплантата и фиксированного на нём протеза и за всей полостью рта;

Начинать выработать у пациента надлежащие навыки по гигиене полости рта необходимо еще до операции имплантации, с тем чтобы после ее осуществления проводить контроль качества гигиенических процедур в полости рта и гигиенического ухода за протезом как временным, так и постоянным. Данный подход позволит надеяться, что и в последующем пациент будет пользоваться полученными навыками. Для этого у него необходимо выработать стойкие гигиенические навыки и закрепить их на практике, в повседневной жизни.

Комплект средств оральной гигиены определяется стоматологическим статусом пациента: чем он сложнее, тем большее количество средств должно входить в данный комплект. Даже одно и то же средство может входить в комплект в нескольких вариантах.



При наличии собственных зубов, мостовидного протеза, фиксированного на собственных зубах, частичного съемного протеза и супраконструкции в виде мостовидного протеза, фиксированного на имплантатах, потребуется очень много средств оральной гигиены.

Для начала необходимы средства, которые используются для проведения внутриротовой гигиены, и средства, которые необходимы для очищения съемных ортопедических конструкций вне полости рта. Даже тот же самый ершик потребует нескольких размеров:

- для очищения межзубных промежутков;
- для очищения промывного пространства под мостовидным протезом, фиксированным на собственных зубах;
- для очищения пространства между слизистой оболочкой альвеолярного гребня и внутренней поверхностью супраконструкции, фиксированной на имплантатах.

Таким образом, если принято решение о проведении операции имплантации и последующего протезирования на имплантатах, то стоматологическая бригада, состоящая из хирурга-стоматолога, стоматолога-ортопеда и гигиениста стоматологического, должны составить план последующей профилактической работы с этим пациентом. Данная работа должна состоять из:

1. Обучение пациента проведению гигиенических процедур в полости рта.
2. Подбора индивидуальных средств оральной гигиены.
3. Проведения мониторинга состояния имплантата, слизистой оболочки полости рта, костных структур челюсти (рентгенологически), качества гигиенического ухода за имплантатами, супраконструкциями и собственно зубами и органами полости рта.
4. Проведения эпизодических профессиональных гигиенических мероприятий. Их частота определяется на основании качества гигиенического ухода за конструкциями и самой полостью рта, уровня стоматологического здоровья конкретного пациента. Эти показатели оцениваются на основе динамики цифровых показателей гигиенических и пародонтологических индексов, определяемых при контрольных осмотрах пациента.

Говоря о средствах оральной гигиены, используемых при наличии супраконструкций, фиксирующихся на имплантатах, необходимо разделить этот вопрос на два раздела:

– средства гигиены полости рта, используемые индивидуально пациентом в домашних условиях;

и средства гигиены полости рта, используемые стоматологом для проведения профессиональной гигиены полости рта лицам, имеющим имплантаты.

В обоих случаях используются следующие средства оральной гигиены:

1. Флосс и лента
2. Суперфлосс и улыграфлосс.
3. Щетка-ершик с трапециевидными и цилиндрическими ершиками..
4. Однопучковая щетка или малопучковая зубная щетка.
5. Зубная щетка «Sulcus»
6. Зубная щетка «Ortho»
7. Мануальная профилактическая зубная щетка.
8. Лечебно-профилактическая зубная паста типа «Sensitive»
9. Лечебно-профилактический ополаскиватель для рта.

Следует учитывать, что без надлежащих навыков и терпения со стороны самих пациентов невозможно добиться хорошего гигиенического состояния полости рта, а ведь долговечность пользования ортопедическими конструкциями, опирающимися на имплантаты, будет зависеть именно от уровня гигиенической культуры и качества её проведения. Характер метода и вид средств индивидуальной и профессиональной оральной гигиены лицами с внутрикостными имплантатами определяется количеством имплантатов, типом протеза и величиной промывного пространства. С тем чтобы объективно оценить ситуацию, а не полагаться на наши субъективные ощущения, разработан Индекс Гигиены Имплантата С.Б.Улитовского - А.В.Васильева (Индекс ГИ Улитовского - Васильева), который представляет собой сумму показателей, оценивающих состояние имеющихся собственных зубов пациента, поделённую на число зубов, у которых проводилась оценка, сумму показателей гигиены ортопедических конструкций, имеющихся во рту, поделённую на количество протезов, и сумму показателей гигиены имеющихся дентальных им-

плантатов, поделённую на количество имплантатов, и выражается в формуле:

$$\text{Индекс ГИ У-В} = \frac{(E I_3/N_x) + (E I_{ок})/N_y) + (E I_u/N_z)}{3}$$

где $E I_3$ – сумма показателей гигиены, определяемая у собственных зубов пациента, они определяются у 17, 11, 22, 26, 35,32,41,43,46 зубов;

N_x – количество зубов, у которых определяются показатели, если их меньше указанного количества, то на это число и делится полученная сумма;

$E I_{ок}$ – сумма показателей гигиены, определяемая у всех имеющихся во рту ортопедических конструкций;

N_y – количество ортопедических конструкций, на это число делится сумма показателей гигиены всех ортопедических конструкций, имеющихся у пациента;

$E I_u$ – сумма показателей гигиены у всех имеющихся у пациента имплантатов;

N_z – количество имеющихся во рту дентальных имплантатов;

3 – общее количество рассматриваемых параметров (если какой-то из параметров выпадает, то мы делим на меньшую цифру. Так, при отсутствии собственных зубов у нас уходит первый показатель, этом случае мы будем делить на 2).

Для более эффективного выявления зубного налёта следует использовать индикаторные таблетки, которые позволяют окрашивать зубную бляшку.

Данный индекс является составным и состоит из трёх частей, и пока мы не сложили результаты каждого из этих показателей для получения конечного результата, мы можем оценить отдельно каждую из составляющих, что позволит нам более детально рассмотреть и оценить происходящие процессы. Оценивая каждую из составляющих по отдельности, он позволяет нам проанализировать интенсивность образования налёта в трудных для очищения местах. По первой составляющей мы оцениваем характер процессов бляшкообразования на естественных зубах (при их наличии), по второй – процессов образования налёта на зубном про-

Параметры Индекса Гигиены Имплантата С.Б.Улитовского-А.В.Васильева (2008), оцениваемые у одного показателя (зуб, протез, имплантат)

Таблица 1

№ п/п	Показатель	Характеристика критериев	Оценка
1.	Параметры гигиены определяемые при осмотре зуба (ПГЗ)	Отсутствие налёта на зубе Налёт покрывает пришеечную область Налёт покрывает до ½ коронки зуба Налёт покрывает свыше ½ и до ¾ коронки зуба, или имеется наддесневой зубной камень Налёт покрывает свыше ¾ коронки зуба, или имеется поддесневой зубной камень	1 балл 2 балла 3 балла 4 балла 5 баллов
2.	Параметры оценки гигиенического состояния ортопедической конструкции (ПГОК)	Отсутствие налёта на протезе Налёт покрывает ¼ часть протеза Налёт покрывает до ½ части (высоты) протеза Налёт покрывает свыше ½ и до ¾ протеза, или имеется зубной камень, начавший формироваться Налёт покрывает свыше ¾ протеза или имеется обширный зубной камень	1 балл 2 балла 3 балла 4 балла 5 баллов
3	Параметры оценки гигиенического состояния дентального имплантата (ПГИ)	Отсутствие налёта на наддесневой части имплантата Налёт покрывает пришеечную область наддесневой части имплантата Налёт покрывает до ½ наддесневой части имплантата. Налёт покрывает свыше ½ и до ¾ наддесневой части имплантата или имеется наддесневой зубной камень Налёт покрывает свыше ¾ наддесневой части имплантата и /или имеется пародонтальный карман и поддесневой зубной камень	1 балл 2 балла 3 балла 4 балла 5 баллов

тезе (протезах), по третьей - на дентальных имплантатах. Подобная раздельная оценка позволит выяснить, на каком из участков хуже проводится оральная гигиена. Пациент может хорошо чистить только окклюзионные поверхности, и при этом совершенно не уделять внимание боковым и труднодоступным участкам, таким как апроксимальные поверхности зубов, внутренние поверхности супраконструкций, наддесневые части имплантата, а при образовании карманов - отдельных частей вживленных имплантатов. Зная эту информацию, нам будет проще нацелить пациента на те участки, которые он игнорирует или которые ему сложнее всего очищать. Тогда мы можем подобрать другие средства гигиены или разработать иную технику чистки. Индекс ГИ позволяет нам определить исходное состояние гигиены полости рта у пациента с дентальными имплантатами и проследить его изменение через любое количество времени и оценить происходящие в нём процессы. Осуществление мониторинга уровня гигиены у пациентов с дентальными имплан-

татами - очень важная процедура, которая позволяет подбирать средства гигиены и методики её осуществления. Поддержание хорошего уровня гигиены обеспечивает долговечность использования дентальных имплантатов и поддержание стоматологического здоровья. Показатели индексов определяются в баллах (Таблица 1).

Таким образом, каждый из показателей рассчитывается по следующей формуле:

1 ПГЗ/ 1 ПГОК / 1 ПГИ= n,

где n-количество баллов по одному критерию внутри одного параметра (1 зуб, 1 протез, 1 имплантат).

В нашей задаче число критериев стабильно и составляет 5, а число параметров 3, но нестабильно количество собственных зубов (от 9 оцениваемых до полной адентии), ортопедических конструкций (от 1 до n-го количества) и имплантатов (от 1 до n-го количества), у которых определяется все указанные выше параметры.

Границы индекса составляют:

1 < Индекс ГИ Улитовского-Васильева < 5

Оценочные критерии:

4,1-5,0 балла – плохое состояние гигиены;
3,1-4,0 балла – неудовлетворительное состояние гигиены;

2,1-3,0 балла – удовлетворительное состояние гигиены;

1,1-2,0 балла – хорошее состояние гигиены;

При оценке в 1,0 балл – очень хорошее состояние гигиены полости рта.

Для длительного мониторинга состояния гигиены полости рта у лиц с дентальными имплантатами мы используем формулу расчёта очищающей эффективности (ОЭ):

$$\text{ОЭ (100\%)} = ((I_1 - I_n) \times 100) / I_1,$$

где I_1 – цифровой показатель Индекса Ги Улитовского-Васильева, определенный при первом посещении;

I_n – цифровой показатель Индекса Ги Улитовского-Васильева, определенный при n-м посещении.

В таблице 2 сведены данные определения очищающей эффективности. Качество проведения индивидуальной оральной гигиены во многом также должно определять решение о целесообразности проведения операции имплантации. Пациентам, не соблюдающим гигиену полости рта, нецелесообразно её проводить, так как маловероятно, что они будут тщательно соблюдать оральную ги-

гиену с имплантатами, если основной причиной потери зубов как раз и была некачественная гигиена, приведшая к образованию и росту зубных камней, повлекшая за собой деструкцию всего комплекса пародонта. Аналогичным образом будут развиваться события при несоблюдении гигиены полости рта у лиц с дентальными имплантатами, что неизбежно приведет к образованию карманов и отторжению или увеличению подвижности имплантата с возможным последующим выпадением. Именно поэтому так важна роль систематического контроля за качеством оральной гигиены и гигиенического ухода за протезом не только в период после операции имплантации и использования временного протеза, но и в последующем, при замене его на постоянный. Данный послеоперационный период дает время обучить и приучить пациента к несколько иной и более кропотливой гигиенической процедуре, чем раньше. В то же время это позволяет выработать у пациента новые навыки по оральной гигиене и закрепить их. Независимо от качества индивидуальной гигиены периодически необходимо прибегать к проведению профессиональных гигиенических мероприятий. Их частота как раз и будет определяться качеством индивидуальной оральной гигиены.

Клинический случай

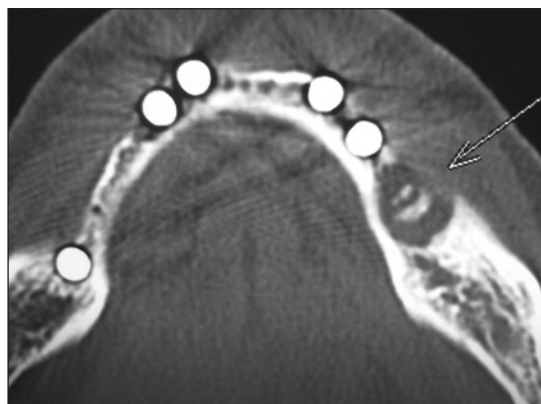
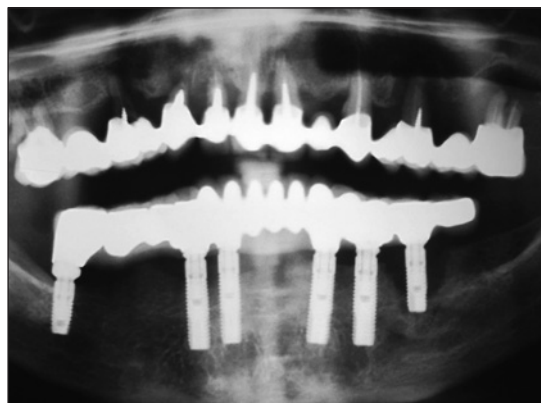
В качестве примера негативного влияния некачественной гигиены полости рта на «выживаемость» имплантата и развитие редких и нетипичных осложнений приводим наше собственное клиническое наблюдение.

Пациентка Г, 74 лет, обратилась в клинику Университета в 2006 году в связи с полным отсутствием зубов на нижней челюсти и плохой фиксацией съёмного протеза. После необходимого клинического обследования ей была произведена под местной анестезией установка 6 дентальных имплантатов по двухэтапной методике. Послеоперационный период протекал без особенностей и осложнений. Через 3 месяца после имплантации было осуществлено протезирование зубов нижней челюсти в виде цельного мостовидного протеза, и даны соответствующие рекомендации по индивидуальной ги-

Таблица 2

Оценка результатов исследования изменения уровня оральной гигиены у лиц с дентальными имплантатами по Индексу Гигиены Имплантата С.Б.Улитовского - А.В.Васильева

Оценочные параметры (%)	Соответствие результатов расчета очищающей эффективности по оценочным параметрам Индекса Ги Улитовского-Васильева
0,0-20,0	Очень низкая очищающая эффективность
20,1-40,0	Низкая очищающая эффективность
40,1-60,0	Умеренная очищающая эффективность
60,1-80,0	Высокая очищающая эффективность
80,1-100,0	Очень высокая очищающая эффективность



гиене полости рта. При неоднократных профилактических осмотрах было обращено внимание пациентки в связи с периодически возникавшими явлениями мукозита в области шеек имплантатов. При повторных визитах стоматологическим гигиенистом проводилась профессиональная гигиена полости рта.

Через 4 года после имплантации в зоне 35 зуба были выявлены клинические и рентгенологические симптомы периимплантита: глубокий десневой карман, отёк и инфильтрация окружающей слизистой оболочки (Рис.2), деструктивные изменения костной ткани по периферии имплантата вплоть до его апикальной части (Рис.3). Неоднократные попытки проведения консервативного лечения и хирургических манипуляций (кюретаж) оказались неэффективными и имплантат пришлось удалить (Рис.4).

Вопреки нашим усилиям и ожиданиям воспалительные явления приобрели хронический характер, сохранялись инфильтратив-

ные изменения слизистой оболочки десны, серозно-гнойные выделения из лунки удалённого имплантата на протяжении 6 месяцев. На контрольных томограммах выявлены мелкие секвестры в области лунки (Рис.5). В этот период нами неоднократно проводился кюретаж и секвестрэктомия, так как данный процесс был диагностирован как хронический остеомиелит. При одном из осмотров после очередной секвестрэктомии из ушитой лунки была получена мутная, белесоватая жидкость с мелкими белыми творожистыми гранулами до 1мм в диаметре, что позволило заподозрить развитие актиномикотической инфекции. Целенаправленное обследование в НИИ Глубоких микозов через несколько дней подтвердило диагноз актиномикоза. Врачом-микологом пациентке была немедленно назначена интенсивная и длительная медикаментозная терапия, основным компонентом которой являлась антибиотикотерапия (Амоксициллин по 500мг 2 раза в сутки, и Бифиформ по

2 капсулы 3 раза в сутки) на протяжении 4 месяцев, которая была продлена затем ещё на 5 месяцев. Пациентка находилась под постоянным наблюдением миколога и стоматолога. Уже через 4 недели после начатой консервативной терапии был отмечен выраженный положительный эффект: инфилтративные изменения в мягких тканях десны полностью исчезли, прекратились экссудативные явления. Лунка имплантата, ранее неоднократно и безуспешно подвергавшаяся кюретажу и секвестрэктомии, заполнилась грануляционной тканью и эпителизировалась. К моменту окончания медикаментозной терапии все клинические проявления специфического хронического актиномикотического остеомиелита, как осложнения первичного мукозита, перешедшего в периимплантит, были полностью купированы. Последующие 4 года наблюдения и рентгенологического контроля рецидива заболевания не выявили.

Данное клиническое наблюдение приведено нами с целью обратить внимание практикующих стоматологов на возможность развития актиномикотической инфекции в полости рта вблизи имплантатов и необходимости своевременной диагностики и лечения данной патологии с участием микологов и иммунологов.

Рекомендации по профилактике основных стоматологических заболеваний лицам с дентальными имплантатами

1. Зубы, протезы и дентальные имплантаты необходимо чистить после каждого приема пищи, для этого необходимо:

- Иметь зубную щетку и дома, и на работе;
- Для пациентов с дентальными имплантатами неприемлемо понятие «если это не получается, то зубы надо чистить минимум два раза в день - утром и вечером после еды». Данный постулат подходил для них, пока они не утратили свои зубы, теперь, чтобы сохранить и оставшиеся зубы (если они еще есть), и дентальные имплантаты с фиксированными на них супраконструкциями, они должны предпринимать меры по гигиеническому уходу за полостью рта после каждого приема пищи. Для этого сам пациент

должен решить, как лучше ему соблюдать эти мероприятия, находясь на работе. «Выход всегда есть - надо только захотеть его найти». Пациенты должны усвоить данный постулат, а не придумывать отговорки для доктора. Они должны понять, что это надо не для доктора, а для них самих. И чистят они зубы и имплантаты не для доктора, а для себя;

- Во время чистки зубов щёткой ею также надо массировать десны;

- Менять зубную щетку не реже чем каждые три месяца.

2. Обязательно надо пользоваться зубной нитью-флоссом после каждого приема пищи;

3. Использовать профилактические ополаскиватели полости рта:

Ополаскивать рот после любого приема пищи, особенно сладкой и вязущей;

4. У пациента с короткими уздечками и тяжами в полости рта можно проводить операцию имплантации только после их устраниения, т.е. после утлубления преддверия рта и т.п. мероприятий.

5. Следите, чтобы на зубах не скапливался мягкий зубной налёт.

6. Необходимо ходить к врачу-стоматологу на профилактические осмотры не реже 3 раз в год.

7. Если пациент – курильщик, то периодически надо удалять налёт курильщика у стоматолога. Специалист должен помнить, что с полированной поверхности имплантата нельзя удалять налёт металлическим инструментом. Для этого выпускается специальный пластмассовый инструмент.

8. При спортивных занятиях, сопряженных с повышенной травмоопасностью челюстно-лицевого скелета, используйте боксерские шины-каппы. Но и они могут не спасти, поэтому, возможно, придётся пересмотреть своё пристрастие к тем или иным видам спорта.

9. Во всех сомнительных случаях следует обращаться за консультацией к профессионалам-стоматологам.

Выводы

Индивидуальная гигиена полости рта у лиц с дентальными имплантатами представляет собой более сложную и трудоемкую процедуру, чем у лиц без подобных конструкций. Однако она является неотъемлемой и крайне важной частью использования системы имплантат-супраконструкция, от чего во многом зависит срок её использования.

С самого первого осмотра, ещё до операции имплантации, врач должен нацелить пациента на самое тщательное проведение гигиенических манипуляций.

Пациент должен осознавать, что от этого будет зависеть, насколько эффективно и сколько продолжительно он сможет использовать систему имплантат - супраконструкция.

Стоматолог должен составить программу проведения гигиенических процедур, определив для пациента, какие необходимы средства индивидуальной гигиены, какие методики чистки использовать, какой продолжительности и частоты, в какой последовательности их проведения.

Чёткие указания лечащего стоматолога, контроль за проведением процедур на фоне периодической профессиональной гигиены позволят добиться успешного использования системы имплантат-супраконструкция

Литература

1. Васильев А.В., С.Б.Улитовский, Т.В.Зубровская. «Профилактика осложнений и гигиена полости рта у пациентов с дентальными имплантатами», Издательство Человек, Санкт-Петербург, С.4-33.
2. Иванов С.Ю., Кузьмина Э.М., Базилян Э.А. и соавт. «Гигиена полости рта при стоматологической имплантации» Издательство НГМА Нижний Новгород, 2005 г., С 40
3. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. «Биология полости рта» Москва, Медицина, 1991 г.
4. Rams T.E., Robert T.W., Tatum H, Keyes P. The subgingival microbial flora associated with human dental implants J.Prosthet Dent. 1988. V.59.P.59-63

Роль стабилизированного фторида олова в повышении эффективности зубных паст

С.Б. Улитовский,
проф., зав. кафедрой ПФС

Е.С. Алексеева.,
доцент, к.м.н.

А.А. Васянина,
доцент, к.м.н.

10

В середине 50-х годов прошлого столетия фторид олова стал добавляться в зубные пасты специально для профилактики кариеса. Появление зубной пасты Crest®, содержащей фторид олова, было воспринято как прорыв в науке. Это была первая зубная паста, удостоенная одобрения ADA, как средство профилактики кариеса, способствующее укреплению зубной эмали.

В рамках рекламы, что бы повысить информированность о преимуществах фторида в зубной пасте была создана творческая группа совместно с Norman Rockwell. Еще до того, как продукт получил знак одобрения ADA, он получил знак качества журнала Good Housekeeping.

Кто сейчас помнит, пользовались ватными тампонами для лечения фторидом? Кто помнит, как пасту для профессиональной гигиены растворяли в смоченной чашечке? А как насчет смешивания собственной пасты из порошка и фторида? Как далеко мы продвинулись.....! Помимо широкого спектра активности в отношении грам (-) и грам (+) бактерии, фторид олова демонстрирует особую активность против *Streptococcus mutans*, ингибирует метаболизм углеводов и сахаролитических организмов. Исследования продемонстрировали, что фторид олова досто-

верно снижает уровень метаболических токсинов и их производных, возникающих в результате метаболических процессов в зубном налете. [Dunn BW, Shannon IL, 1967; Muhler JC, 1968; Swerdloff G, Shannon IL, 1967; Minoguchi G, et al., 1967; Scola FP, Ostrom CA, 1966; Peterson JK, Williamson L, 1962].

Фториды, которые можно использовать самостоятельно на сегодняшний день доступны на прилавках магазинов и в стоматологических клиниках. Эти средства рекомендованы для различных проблем полости рта: кариес, гингивит, повышенная чувствительность зубов.

Кто из стоматологов или гигиенистов стоматологических рекомендует или прописывает какие-либо из этих продуктов? Доступны в свободной продаже:

Для самостоятельного местного применения:

- 0.4% гель фтористого олова – Gel-Kam®, Oral-B Stop®, Omnii Gel™;

Ополаскиватели (Rx):

- 0.63% раствор для полоскания полости рта – PerioMed™, Gel-Kam® Oral Care Rinse, Meridol;

Зубные пасты (OTC):

- Meridol;
- Crest Pro-Health.

Фторид олова давно применяется как средство защиты от кариеса, патогенных микроорганизмов, зубного налета, гингивита, повышенной чувствительности дентина, и неприятного запаха изо рта.

Большие исследования, проведенные в течение последних четырех десятилетий, убедительно показали эффективность применения фторида олова в указанных целях [Baig A, Te, H., 2005; Tinanoff N., 1990; 1995; Beiswanger BB, et al., 1995; Perlich MA, et al., 1995; Mankodi S, et al., 1997; Williams C, et al., 1997; Gerlach RW, et al., 1998; Miller S, et al., 1994; Thrash WJ, et al., 1994]. По сути, фторид олова является единственным источником фтора, который был одобрен Комитетом по пищевым продуктам и медицинским препаратам США как вещество, обладающее всеми указанными свойствами.

Было проведено не менее 40 клинических испытаний различных продуктов, содержащих фторид олова, и их результаты были опубликованы в литературе.

При сравнении с плацебо контролем продемонстрировано, что кариес снижается примерно на 22-25%.

Было установлено, что фториды ускоряют процесс реминерализации. Фторапатит или ткани зуба, реминерализация которых происходит при помощи фторидов, значительно менее восприимчив к кариозному процессу в сравнении с исходным гидроксиапатитом.

Образующийся новый минерал менее растворим, чем исходный, он обладает свойствами фторапатита или гидроксиапатита при значительно меньшем содержании карбоната и примесей по сравнению с оригинальным минералом.

Фторид олова, а также другие фториды, играют важную роль в этом процессе [Faller RV, Featherstone JDB, 1995].

Фторид олова в концентрации 0.454% в составе зубных паст является безопасным и эффективным ингредиентом. Эти средства против гингивита отпускаются без рецепта врача. Комитет по пищевым продуктам и медицинским препаратам США (FDA) дал заключение о том, что фторид олова является безопасным и эффективным активным ингредиентом против гингивита.

Продемонстрировано, что фторид олова является эффективным средством против повышенной чувствительности дентина.

Способность фторида олова снижать чувствительность дентина была признана Ассоциацией стоматологов США (ADA). Не менее двух продуктов получили знак ADA, удостоверяющий профилактические свойства против повышенной чувствительности и кариеса.

Стабильность и биодоступность

Несмотря на то, что полезные свойства фторида олова хорошо документированы, ранние средства для чистки зубов имели ряд недостатков. Состав зубной пасты является критическим. Соединения фтора должны быть совместимы с другими ингредиентами зубной пасты. Различные фториды могут быть несовместимы с многими ингредиентами, включая абразивные системы. Оригинальная формула зубной пасты Crest включала фторид олова и дикальций пирофосфат основание. Паста имела короткий срок хранения и низкую стабильность. Во многих зубных пастах стали применяться фторид натрия и абразивные системы на основе двуокиси кремния. Зубные пасты, содержащие фторид натрия, обладали более высокой стабильностью по сравнению с ранними пастами с фторидом олова и были более эффективны против кариеса.

Биологическая активность фторида олова может значительно снижаться благодаря окислению (взаимодействие с кислородом), гидролизу (реакция с водой) и адсорбции на абразивных ингредиентах. Чтобы обеспечить доступность фторида олова, необходимо стабилизировать ион против окисления и гидролиза снижением содержания воды.

Гель «Gel Kam Treatment Gel» (0,4% стабильный гель фтористого олова) является примером продукта, содержащего стабилизированный фтористое олово. Другой пример – зубная паста Crest Pro-Heath Toothpaste.

Окрашивающий потенциал

Незащищенные продукты, содержащие фторид олова, могут вызывать окрашивание зубов.

Вкус

Некоторые пациенты/потребители отмечают появление металлического привкуса во рту после употребления продуктов, содержащих фторид олова, в то время как другие потребители отмечают вязущее ощущение во рту. Это может быть очень неприятно. Разработка новых формул и технологий позволил решить проблемы, связанные со стабильностью, вкусом и окрашивающими свойствами продуктов, содержащих фторид олова. Это было достигнуто при помощи уменьшения содержания воды в составе зубных паст, одновременно содержащих вещества снижающие образование зубного налета и окрашивания.

Оценивая достоинства фторида олова и учитывая его возможные нежелательные действия, Crest в течение нескольких лет работал над созданием новой, усовершенствованной формулы, содержащей стабилизированный фторид олова. Таким образом была разработана новая зубная паста.

Зубная паста Crest Pro-Health toothpaste обладает всеми достоинствами фтористого олова и имеет приятный вкус и не приводит к окрашиванию зубов! Более того, эта паста получила официальное одобрение Американской ассоциации стоматологов за отбеливающие свойства.

Желая использовать полезные свойства фтористого олова, исследователи потратили 20 лет на разработку подходящей системы, в которой эти свойства могли быть реализованы. Разработка инновационной технологии дала возможность получить формулу, в которой были решены проблемы стабильности, вкуса и красящих свойств зубной пасты, содержащей фтористое олово и малые количества воды и при содержании более эффективных веществ, контролирующих образование зубного налета и окрашивания. Стабилизированный фторид олова обладает лечебным действием против кариеса, образования зубного налета, гингивита и повышенной чувствительности дентина.

Гексаметафосфат натрия обеспечивает достижение эстетических результатов, препятствуя образованию зубного камня, удалению и предотвращению образования пигментированного зубного налета.

Гексаметафосфат натрия так же содержится в пасте Crest Vivid White и Crest Dual Action Whitening.

Для работы полифторидной системы важны 4 химических фактора. Огромный объем работ и более 20 лет ушло на разработку полифторидной системы.

Два химически фактора относятся к химическому составу.

Процессы, происходящие в химическом составе пасты, стимулируют химические процессы в полости рта или состав зубной пасты обеспечивает биохимические процессы доставки веществ в полости рта.

Два химических фактора относятся к полости рта. Т.е. то, что происходит в полости рта, обеспечивая клиническую эффективность. Реакции с субстратами в полости рта, запускающие механизм клинического действия.

Химические факторы в составе зубной пасты:

- Безводная основа зубной пасты, не подверженная гидролизу;
- Сбалансированный состав пасты, обеспечивающий эффективность фторида олова и гексаматафосфата натрия.

Химическими факторы в полости рта:

- Стабилизированный фторид олова Stabilized stannous fluoride;
- Гексаметафосфат натрия.

Гексаметафосфат натрия и фторид олова являются высоко активными ингредиентами средств ухода за полостью рта.

Стабильная основа зубной пасты с безводным гидролизом – это формула с низким содержанием воды, которая устраняет нестабильность гидролиза гексаметафосфата натрия и фторида олова.

Безводная загустеваящая система придает пасте консистенцию пасты.

Дисперсия гексаметафосфата обеспечивает активацию во время применения

Вода применяется для формирования густой консистенции, что легко достигается благодаря водородной связи.

Без воды почти невозможно получить густую консистенцию; формула содержит много твердых веществ, поэтому этот процесс чрезвычайно трудный.

Некоторые пациенты сначала ощущают во рту вкус сухого порошка. Это молекулы гек-

саметафосфата натрия. Однако, в течение несколько секунд он растворяется и это ощущения исчезают. Эта дисперсность не оказывает никакого влияния на абразивность продукта. В сущности, очищающее действие зубной пасты, это, в большей степени, химический процесс активации гексаметафосфата натрия, чем его механическое воздействие.

Основанный на формуле с низким содержанием воды, продукт так же имеет специфические характеристики пенообразования. Вследствие его адгезии к поверхности эмали, возникают другие (различные, отличные) ощущения после чистки зубов.

Фторид олова и гексаметафосфат натрия высоко реактивны. В то время, как их реакция с зубами и зубным налетом является явлением положительным, их реакция со всеми другими веществами нежелательна. Сложно обеспечить стабильность фторида олова при его 100% активности. В ранних формулах Crest только 200 ppm фторида из ≈ 1000 ppm, были биодоступны и активны, в то время как почти нулевое количество фторида олова было доступно или активно.

Новый состав со стабилизированным фторидом олова.

Олово эффективно обтурирует дентинные каналы и снижает чувствительность зубов. Олово подавляет метаболизм – снижает количество токсинов, снижает массу зубного налета. Тем самым предотвращая гингивит и делая дыхание свежим.

Фторид олова является мощным антимикробным веществом, но не таким мощным как вещества с бактерицидным действием, таким как тимол, например.

Более существенным является его действие на небелковые токсины.

Патогенность зубного налета – факторы, возникающие в следствие бактериальной инфекции.

Экзотоксины

В процессе бактериального роста продуцируются белки – например, как токсин холеры. Эндотоксины

Обычно, граница поверхности клетки – выделяются в результате лизиса LPS присуща анаэробам полости рта.

Не протеиновые токсины

Летучие соединения серы (VSC's) – токсическое действие на десну.

Сероводород

Метилмеркаптан

Диметилсульфид

Диметил дисульфид

Полиамины

Диаминобутан (Путресцин)

Диаминопептан (Кадаверин)

Сермедин

Карбоновые кислоты с короткой цепочкой

Уксусная кислота

Пропионовая кислота и масляная кислота (жирные кислоты с короткой цепочкой, имеющие высокий уровень провоспалительной активности).

Бактерицидная активность фтористого олова

Таблица 1

Микроорганизмы	750 ppm SnF ₂	1500 ppm SnF ₂
Грамотрицательные		
Escherichia coli 25922	3.27	2.04
Pseudomonas aeruginosa 25619	2.33	1.07
Pseudomonas aeruginosa PAO1/FP2	2.74	1.34
Грамположительные		
Actinomyces naeslundii 19039	1.36	0.72
Staphylococcus aureus 6538	1.21	0.56
Streptococcus mutans 25175	0.18	0.22
Streptococcus salivarius 13419	0.59	0.49

Фторид олова ингибирует продукцию большого количества метаболитов, приводящих к кариесу и гингивиту. Обладает антиметаболическим действием на бактерии зубного налета.

Благодаря антибактериальному эффекту pH зубного налета увеличивается и таким образом усиливается его антикариесное действие.

Благодаря метаболическому подавлению жирных кислот с короткими цепями и подавлению более сложных углеводных метаболитов.

Снижается количество летучих соединений серы – освежается дыхание.

Уменьшается воспаление – улучшается состояние десен при гингивите.

- Бактерицидное действие фторида олова
Снижается количество зубного налета – налет становится тоньше - улучшается состояние десен при гингивите.

- И ... действие фторида олова сохраняется более 12 часов.

Как и другие фториды, фторид олова ускоряет реминерализацию и препятствует деминерализации.

Фторид олова так же ответственен за образование кислотоустойчивого «смазанного слоя», покрывающего дентинные каналы, влияет на уменьшение гиперчувствительности обтурируя дентинные каналы.

Затем он окисляется до нерастворимой соли четырехвалентного олова – окиси олова.

Этот процесс занимает некоторое время, и одной ночи для этого не достаточно.

Фокус состоит в правильном балансе между фтористым оловом и гексаметафосфатом натрия, при котором предотвращается адсорбция хромогена на зубах.

Олово адсорбируется на поверхности зуба и окрашивание появляется в местах, трудно доступных для чистки, особенно вдоль десневого края и в области контактных поверхностей зубов.

Зубные пасты с незащищенным фторидом олова не содержат ингредиентов, препятствующих окрашиванию.

Гексаметафосфат натрия является высоко реактивным веществом. Это полимер, состоящий из 21 фосфатных или 10 пирофос-

фатных групп (остатков). Для нас важен именно процесс его адсорбции на поверхности зуба. Гексаметафосфат натрия является одним из лучших веществ, способствующих отложению поверхностно активного фосфата кальция.

Гексаметафосфат натрия так же устраняет поверхностное окрашивание, благодаря его адгезии к поверхности эмали, препятствуя последующему накоплению пигментированного налета.

Потребовалось два с половиной года, чтобы исследователи установили оптимальный сбалансированный состав. Ингредиенты должны растворяться с необходимой скоростью, чтобы биодоступное фтористое олово не окрашивало ткани зуба. Правильный баланс гексаметафосфата натрия – это уникальная комбинация, позволяющая фториду олова взаимодействовать с бактериями, тканями зуба и его «смазанным» слоем. По окончании реакции фторида олова, гексаметафосфат натрия образует оболочку поверх фторида олова, препятствующую окрашиванию зуба.

Безводная основа зубной пасты, которая обеспечивает растворение гексаметафосфата натрия в необходимом количестве.

Гексаметафосфат натрия является одной из наиболее уникальных комбинаций, т.к. способствует реакции SnF₂ с тканями зуба, бактериями и «смазанным слоем».

После реакции фторида олова с тканями зуба гексаметафосфат натрия образует оболочку поверх фторида олова.

Сама зубная паста способствует ингибированию зубного налета.

Литература

1. Dunn BW, Shannon IL. The topical application of stannous fluoride in the United States Air Force. // J Oral Ther Pharmacol. 1967 Jul;4(1):32-48.
2. Muhler JC. Mass treatment of children with a stannous fluoride-zirconium silicate self-administered prophylactic paste for partial control of dental caries. // J Am Coll Dent. 1968 Jan;35(1):45-57.
3. Swerdloff G, Shannon IL. A feasibility study of the use of a stannous fluoride mouthwash in a school preventive dentistry program. // Tech Rep SAM-TR. 1967 Jun; P:1-10.
4. Minoguchi G, Yoshiaki T, Tamai S. Studies on stannous fluoride-containing amalgam for caries prevention. // Kyoto Daigaku Kokukagaku Kiyo. 1967;7(3):149-74. Japanese.
5. Scola FP, Ostrom CA. Clinical evaluation of stannous fluoride when used as a constituent of a compatible prophylactic paste, as a topical solution, and in a dentifrice in naval personnel. I. Report of findings after first year. // J Am Dent Assoc. 1966 Dec;73(6):1306-11.
6. Peterson JK, Williamson L. Effectiveness of topical application of eight percent stannous fluoride. // Public Health Rep. 1962 Jan;77:39-40.
7. Baig A, Te, H. A Novel Dentifrice Technology for Advanced Oral Health Protection: A Review of Technical and Clinical Data. // Compend Contin Educ Dent, 2005.
8. Tinanoff N. Review of the antimicrobial action of stannous fluoride. // J Clin Dent. 1990;2:22-27
9. Tinanoff N. Progress regarding the use of stannous fluoride in clinical dentistry. // J Clin Dent. 1995;6(spec no):37-40.
10. Beiswanger BB, Doyle PM, Jackson RD, et al. The clinical effect of dentifrices containing stabilized stannous fluoride on plaque formation and gingivitis—a six-month study with ad libitum brushing. // J Clin Dent. 1995;6(spec no):46-53.
11. Perlich MA, Bacca LA, Bollmer BW, et al. The clinical effect of a stabilized stannous fluoride dentifrice on plaque formation, gingivitis and gingival bleeding: a six-month study. // J Clin Dent. 1995;6(spec no):54-58.
12. Mankodi S, Petrone DM, Battista G, et al. Clinical efficacy of an optimized stannous fluoride dentifrice, part 2: a 6-month plaque/gingivitis clinical study, northeast USA. // Compend Contin Educ Dent. 1997;18 (spec iss):10-15.
13. Williams C, McBride S, Bolden TE, et al. Clinical efficacy of an optimized stannous fluoride dentifrice, part 3: a 6-month plaque/gingivitis clinical study, southeast USA. // Compend Contin Educ Dent. 1997;18(spec iss):16-20.
14. Gerlach RW, Hyde JD, Poore CL, et al. Breath effects of three marketed dentifrices: a comparative study evaluating single and cumulative use. // J Clin Dent. 1998;9:83-88.
15. Miller S, Truong T, Heu R, et al. Recent advances in stannous fluoride technology: antibacterial efficacy and mechanism of action towards hypersensitivity. // Int Dent J. 1994;44 (1 suppl 1):83-98.
16. Thrash WJ, Dodds MW, Jones DL. The effect of stannous fluoride on dental hypersensitivity. // Int Dent J. 1994;44(1suppl 1):107-118.
17. Faller RV, Featherstone JDB. Anticaries Efficacy of an Improved Stannous Fluoride Toothpaste. J Clin Dent 6 (Spec Issue):89-96, 1995.

Асепта: противовоспалительная терапия

С.Б. Улитовский,

профессор, зав. кафедрой *
зам. директора по научной работе **

А.А. Леонтьев,

к.м.н. *

* Кафедра стоматологии профилактической

** НИИ Стоматологии и ЧЛХ ПСПбГМУ

Проблема борьбы с воспалительными явлениями в полости рта стояла с самого начала истории развития человечества и стоит до сих пор. Эту проблему решали и решают стоматологи, фармакологи и производители средств гигиены полости рта и фармакологических препаратов. Петербургская фармацевтическая компания «Вертекс» разработала стоматологическую серию средств для лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта.

АСЕПТА – это серия средств для лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта.

В состав серии «АСЕПТА» входят (рис. 1):

- Бальзам для десен адгезивный;
- Гель для десен с прополисом;
- Ополаскиватель для полости рта;
- Ополаскиватель для полости рта «FRESH»;
- Лечебно-профилактическая зубная паста;
- Лечебно-профилактическая зубная паста «SENSITIVE»;
- Витаминно-минеральный комплекс таблетки №40;
- Набор «Здоровые десны» (адгезивный бальзам + ополаскиватель + зубная паста в ПОДАРОК).

Лечебно-профилактические средства «АСЕПТА»:

- останавливают воспаление и кровоточивость десен;

- уничтожают болезнетворные микроорганизмы;
- снижают повышенную чувствительность зубов;
- устраняют неприятный запах изо рта;
- обеспечивают очищающее действие и надежную профилактическую защиту.

1. Бальзам для десен «АСЕПТА» адгезивный:

Основные / активные компоненты: метронидазол - 1%, хлоргексидина биглюконат - 0,1%, адгезивная основа. Способ применения: наносить на десны 2 раза в день в течение 7-10 дней.

Рис. 1. Комплект средств стоматологической серии «Асепта»



ПРЕИМУЩЕСТВА: Фиксация препарата на десне на 30 и более минут за счет специальной адгезивной основы, что обеспечивает длительное действие средства в месте нанесения. Комбинация хлоргексидина и метронидазола обеспечивает широкий спектр действия на возбудителей заболеваний десен + специальный аппликатор для удобства нанесения (рис. 2).

Чтобы понять для чего нужны те или иные средства, необходимо понимать какие активные компоненты входят в их состав, а исходя из их активных свойств – какое действие они могут оказать на воспаленные ткани полости рта.

Метронидазол – производное нитроимидазола, активен в отношении анаэробных простейших и анаэробных бактерий, вызывающих заболевания пародонта: *Prophyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella denticola*, *Fusobacterium fusiformis*, *Wolinella recta*, *Treponema spp.*, *Eikenella corrodens*, *Borrelia vincenti*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Selenomonas spp.*

Хлоргексидин – антисептик широкого спектра действия. Активен в отношении вегетативных форм грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, дрожжей, дерматофитов и липофильных вирусов.

Действие бальзама дополняется бактерицидными свойствами эфирного масла мяты и освежающим эффектом ментола.

Адгезивная основа – состоит из пектина и карбоксиметилцеллюлозы (КМЦ), при нанесении на слизистую оболочку набухает и фиксируется.

Таким образом, активные компоненты действуют локально и длительно: в месте воспаления в полости рта. В клинике было установлено, что бальзам фиксируется на десне в течение 1 часа – 1,5 часов.

Рис. 2. Внешний вид аппликатора



2. Гель для десен «АСЕПТА»

с прополисом:

Основные / активные компоненты: Экстракт прополиса - 10%. Способ применения: наносить на десны 2-3 раза в день в течение 7-14 дней

ПРЕИМУЩЕСТВА: Гелевая форма выпуска прополиса обеспечивает удобство и легкость нанесения на место воспаления.

Бережное противовоспалительное и регенерирующее действие на ткани пародонта + специальный аппликатор для удобства нанесения.

Вспомогательные вещества: вода, пропиленгликоль, карбомер, ПЭГ-40 гидрогенизированное касторовое масло, триэтаноламин, этилендиаминтетрауксусная кислота, натрия сахаринат, метилпарабен.

Изготовлен на основе продукта жизнедеятельности пчел. Прополис обладает противовоспалительным, противомикробным действием в отношении грамположительных бактерий, а также противозудным и анальгезирующим эффектами (снижает болезненность пораженных тканей), ускоряет процесс регенерации и эпителизации раневых поверхностей, стимулирует метаболические процессы.

3. Ополаскиватель «АСЕПТА»

для полости рта:

Основные/активные компоненты: бензидамина гидрохлорид - 0,15%, хлоргексидина биглюконат – 0,05%. Способ применения: ополаскивать полость рта 2-3 раза в день в течение 5-7 дней.

ПРЕИМУЩЕСТВА: Комбинация бензидамина и хлоргексидина обеспечивает совмещение противомикробного действия средства со снятием воспаления и болевых ощущений в полости рта.

Ополаскиватель «АСЕПТА» не содержит спирта и красителей.

Бензидамин – оказывает противовоспалительное и местное обезболивающее действие, что может сопровождаться чувством онемения. Хорошо абсорбируется через слизистые оболочки и проникает в воспаленные ткани. Снижает болевую чувствительность в очаге воспаления.

Таблица 1

Рекомендуемая схема применения средств «АСЕПТА»

Ситуация применения (показания)	Бальзам для десен адгезивный	Гель для десен с прополисом	Ополаскиватель для полости рта	Ополаскиватель для полости рта «FRESH»	Лечебно-профилактическая зубная паста	Лечебно-профилактическая зубная паста «SENSITIVE»	Витаминно-минеральный комплекс таблетки №40
1.1. Обострение воспаления десен	+		+		+	+ *)	+
1.2. Завершающее снятие воспаления десен		+		+	+	+ *)	+
2. Начальные этапы воспаления десен (незначительная кровоточивость)		+	+		+	+ *)	+
3. Профилактика воспаления десен		+		+	+	+ *)	+

*) при повышенной чувствительности зубов

4. Ополаскиватель для полости рта «АСЕПТА FRESH»:

Основные / активные компоненты: калия цитрат, тетракалия пирофосфат, динатрия пирофосфат ксилит, экстракты шалфея, ромашки и гаммамелиса

Способ применения: ополаскивать полость рта 2-3 раза в день. Подходит для регулярного ежедневного применения.

ПРЕИМУЩЕСТВА: комбинированный состав ополаскивателя обеспечивает одновременную защиту здоровья десен и зубов.

Не содержит спирта, красителей и антисептиков.

5. Лечебно-профилактическая зубная паста «АСЕПТА»:

Основные / активные компоненты: экстракт зверобоя, экстракт календулы, экстракт шалфея, фермент Папаин, диоксид кремния, ксилит. Способ применения: 2 раза в день.

ПРЕИМУЩЕСТВА: комбинация натуральных экстрактов трав и фермента папаин обеспечивают комплексное действие, оказывая противовоспалительный, очищающий и противокариесный эффекты.

Низкий уровень абразивности (60 RDA) и действие ферментов позволяют бережно очищать зубы от налета, не повреждая зубную эмаль. Безопасный состав (без сильных антисептиков) позволяет применять зубную пасту длительное время (в профилактических целях).

– Растительные экстракты шалфея, календулы и зверобоя оказывают выраженное противомикробное и противовоспалительное действие;

– Ксилит – это не только подсластитель, но и противокариесный компонент;

– Папаин способствует восстановлению естественной белизны зубов и препятствует образованию зубного налета;

– Лайм и мята обеспечивают приятный вкус и свежее дыхание.

6. Лечебно-профилактическая зубная паста «АСЕПТА SENSITIVE»:

Основные / активные компоненты: Калия цитрат, гидроксиапатит, термальная грязь, экстракты календулы, донника, аира, ксилит, фермент Папаин.

Способ применения: 2 раза в день.

Зубная паста «SENSITIVE» рекомендуется для применения при повышенной чувствительности зубов.

ПРЕИМУЩЕСТВА: комбинация противосенситивных компонентов (калия цитрат, гидроксиапатит и термальная грязь) обеспечивает быстрое снижение чувствительности зубов, долговременное поддержание эффекта и защиту зубной эмали.

Низкий уровень абразивности и действие ферментов позволяют бережно очищать зубы от налета, не повреждая зубную эмаль. Противовоспалительное действие и защита десен за счет действия экстрактов календулы,

Таблица 2

Средство	Результаты клинических испытаний
Адгезивный бальзам "Асепта"	Снижение воспаления десен (по индексу РМА) за одну неделю применения составило 37,2%, за две недели 50,3% Снижение кровоточивости за одну неделю применения составило 26,5%, за две недели 51,3%. Время фиксации бальзама на десне в среднем составило 75 минут.
Ополаскиватель "Асепта"	Обладает более выраженными очищающими, противовоспалительными и кровоостанавливающими свойствами, чем ополаскиватели, содержащие только один компонент бензидамин или хлоргексидин Снижение воспаления десен за 4 недели: Ополаскиватель Асепта - 40,64%; Ополаскиватель Бензидамин - 25,70%; Ополаскиватель Хлоргексидин - 31,83% Снижение кровоточивости десен за 4 недели: Ополаскиватель Асепта - 42,78%; Ополаскиватель Бензидамин - 31,97%; Ополаскиватель Хлоргексидин - 37,38%
Зубная паста "Асепта"	Обладает выраженными лечебно-профилактическими свойствами, которые проявляются в противовоспалительном действии (противовоспалительная эффективность = 33,43%), очищающей эффективности (44,2%) и кровоостанавливающей эффективности (61,91%).
Зубная паста "Асепта SENSITIVE"	Обладает выраженными лечебно-профилактическими свойствами, которые проявляются в снижении чувствительности зубов (десенситивная эффективность = 48,22%), очищающей эффективности (66,3%) и кровоостанавливающей эффективности (61,71%).

донника, аира и ксилита. Безопасный состав (без сильных антисептиков) позволяет применять зубную пасту длительное время (в профилактических целях).

7. «АСЕПТА» Витаминно – минеральный комплекс:

Слизистая оболочка рта очень чувствительна к недостатку витаминов, при котором происходит снижение ее резистентности к травме и воздействию микроорганизмов. Недостаток витаминов может привести к развитию воспаления в ротовой полости. Витаминно-минеральный комплекс «Асепта®» содержит коралловый кальций, коэнзим Q10, витамин D3, витамин С, витамин А, витамин В6, витамин В9, витамин В3, экстракт зеленого чая.

Активные компоненты препарата оказывают противовоспалительное, регенерирующее, укрепляющее действия на дёсны.

8. Комбо-набор АСЕПТА

«Здоровые десны»:

НАЗНАЧЕНИЕ: комплекс средств для активного снятия воспаления и кровоточивости десен. Состав набора:

- Бальзам для десен АСЕПТА адгезивный (туба 10г)
- Ополаскиватель для полости рта АСЕПТА (флакон 150 мл)
- Зубная паста лечебно-профилактическая АСЕПТА (туба 75 мл).

ПРЕИМУЩЕСТВА: совместное применение средств, входящих в набор, обеспечивает наиболее активное снятие воспаления пародонта благодаря комплексному действию за счет различных форм выпуска средств и комбинации активных компонентов.

Лечебно-профилактическая зубная паста АСЕПТА (туба 75 мл) предлагается в подарок, что обеспечивает дополнительную привлекательность набора для потребителя.

По итогам клинических испытаний был подтвержден выраженный противовоспалительный и кровоостанавливающий эффект при применении средств серии «АСЕПТА». Имея представление об активных компонентах средств оральной гигиены и способах их воздействия на ткани полости рта можно правильно подобрать средства для разработки «Индивидуальной гигиенической программы профилактики стоматологических заболеваний» в соответствии с личным гигиеническим и стоматологическим статусами конкретного пациента.

Подобный подход позволяет правильно оценить эффективность разработанной программы, а при недостаточной эффективности провести её корректировку. Мониторинг стоматологического здоровья пациента позволяет постоянно контролировать состояние полости рта пациента и вовремя вносить соответствующие изменения.

Влияние несъемной ортодонтической аппаратуры на клиническое состояние твердых тканей зубов

И.Н. Антонова * **

д.м.н., доцент,
зав. кафедрой, директор НИИ стоматологии и ЧЛХ

Е.А. Боброва **

заочный аспирант

НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии *

кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний **
ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени акад. И.П. Павлова

20

Резюме

Проведен анализ состояния твердых тканей зубов у 25 пациентов с ЗЧА на этапах ортодонтического лечения. Определялся индекс гигиены (ОИ-С), интенсивность кариеса (КПУ), состояние эмали методом «сидячей капли». Установлено статистически значимое снижение гигиены полости рта и уменьшение угла смачивания эмали на этапе лечения с использованием брекет-систем и после завершения лечения. Полученные результаты свидетельствуют о влиянии несъемных ортодонтических конструкций на гидрофобность эмали, что регистрируется по уменьшению угла смачивания в процессе лечения и может свидетельствовать о доклинической стадии деминерализации эмали зубов.

Ключевые слова: брекет-системы, зубочелюстные аномалии, ортодонтическое лечение, эмаль зуба, деминерализация.

Influence of fixed orthodontic apparatus on the clinical condition of hard tissues of teeth

I.N. Antonova, E.A. Bobrova

Summary

Analysis of hard tissue of teeth in 25 patients with ZČA at the stages of orthodontic treatment. Determined by the hygiene index (OHI-S), the intensity of caries (COMMUNIST PARTY), the enamel using sitting drops. Found a statistically significant reduction in oral hygiene and reducing the angle of wetting of enamel on the stage of treatment using orthodontic brackets and after completion of treatment. The results show the impact of fixed orthodontic designs on hydrophobicity of enamel that is recorded to reduce the angle of wetting during treatment and may indicate a preclinical stage of demineralization of tooth enamel.

Keywords: orthodontic brackets, teeth-maxillous anomalies, orthodontic treatment, tooth enamel demineralization.

Актуальность исследования

В последнее время в мировой стоматологической практике все большее место стали занимать разработки и исследования, связанные с применением несъемной ортодонтической аппаратуры при лечении зубочелюстных аномалий [4]. Это значительно расширило возможности для лечения зубочелюстных аномалий. Однако применением несъемной ортодонтической аппаратуры может приводить к негативным изменениям в органах и тканях полости рта [1, 5, 8, 11]. По данным Шади Талал Элиас Даулах [9] клинически значимые осложнения ортодонтического лечения встречаются у 32,32% пациентов, обратимые осложнения - в 18,77% случаев, необратимые нарушения - у 13,54% обследованных.

Ортодонтические аппараты способны нарушить привычный гигиенический статус, изменить соотношение компонентов микрофлоры ротовой полости, стать источником аккумуляции зубных отложений с появлением новых нетипичных областей ретенционной адгезии налета, персистирувание которого определяет локальное повышение pH и, как следствие, развитие деминерализации эмали [10, 15, 14].

Одним из осложнений применения брекет-техники является очаговая деминерализация эмали [16, 13]. В результате процесса полимеризации в поверхностных слоях эмали появляются зоны сдавления и растяжения эмалевых призм, что снижает прочностные свойства эмали [2]. При использовании несъемной ортодонтической аппаратуры ухудшаются условия для проведения гигиены полости рта. Появление новых ретенционных пунктов в полости рта влечёт за собой количественные и качественные изменения микрофлоры [3]. Длительная ретенция микробной биопленки приводит к очаговой деминерализации, так как начинается диффузия кислоты через межпризматическое пространство эмали и диссоциация кальция и фосфатов в поверхностном слое. Клинически это проявляется в виде белых пятен и полосок, повторяющих контуры оснований брекетов [2, 7].

Цель исследования: установить влияние ортодонтического лечения с использова-

нием несъемных конструкций на состояние эмали зубов и выявить возможность использования метода «сидячей капли» для доклинической диагностики реминерализации эмали.

Материал и методы исследования

Проведен сравнительный анализ состояния твердых тканей зубов у 25 пациентов с зубочелюстными аномалиями (средний возраст $19,6 \pm 0,4$ лет) на этапах ортодонтического лечения. Во время использования брекет-системы у 7 пациентов (1 группа) и после снятия брекет-системы у 18 пациентов (2 группа). У всех пациентов определялся индекс гигиены Грина-Вермиллиона ОНI-S [12] и интенсивность кариеса по индексу КПУ. Оценка состояния (гидрофобность) эмали определялась методом «сидячей капли» [6]. Угол смачивания измерялся в градусах. На сухую поверхность зуба наносят из пипеточного дозатора каплю дистиллированной воды 3-5 мкл, при помощи внутриротовой видеокамеры выполняют фотографии поверхности зуба с нанесенной каплей и на компьютере (программа MB-Ruler) проводится измерение угла смачивания.

Результаты и их обсуждение

Показатель гигиены полости рта по индексу ОНI-S (Гринн-Вермиллиона) у пациентов проходящих лечение в настоящий момент был статистически достоверно выше, чем у пациентов после завершения ортодонтического лечения – $0,74 \pm 0,06$ относительно $0,56 \pm 0,04$ б, при $p \leq 0,05$ ($t=2,49$), что свидетельствует о более плохой гигиене полости рта на фоне установленных несъемных ортодонтических конструкций.

Показатель интенсивности кариеса по КПУ статистически значимых различий в сравниваемых группах не имел ($p > 0,05$) (табл. 1). При изучении гидрофобности эмали методом «сидячей капли» установлено, статистически достоверно более низкие значения угла смачивания у пациентов после прохождения ортодонтического лечения с использованием несъемных конструкций - $41,3 \pm 1,2^\circ$ относительно $44,8 \pm 1,2^\circ$ (при $p \leq 0,05$) пациентов проходящих лечение в настоящий момент (таблица 1).

Таблица 1

Сравнительный анализ количественных показателей состояния твердых тканей зубов в процессе и после ортодонтического лечения			
Показатель	1 группа (n = 7)	2 группа (n = 18)	Статистическая значимость различий (t-критерий Стьюдента)
КПУ, количество	11,6 ± 1,3	10,8 ± 0,5	p > 0,05 (0,57)
Метод «сидячей капли», градусы	44,8 ± 1,2	41,3 ± 1,1	p ≤ 0,05 (2,06)

Уменьшению угла смачивания эмали может свидетельствовать о начальной стадии деминерализации.

Дополнительно у 7 пациентов было проведено изучение угла смачивания эмали в динамике лечения (перед фиксацией, на этапе ортодонтического лечения с использованием брекет-систем, после снятия брекет-системы). Снижение угла смачивания относительно исходного после установки брекет-системы отмечено у 72,7% пациентов (в среднем на 4,5%), а после завершения лечения – у 81,8% пациентов (в среднем на 3,35%).

Таким образом, у большинства пациентов отмечалось уменьшение угла смачивания эмали относительно исходных данных, как в процессе лечения, так и после его завершения. Полученные результаты свидетельствуют о влиянии несъемных ортодонтических конструкций на гидрофобность эмали, что регистрируется по уменьшению угла смачивания в процессе лечения и может свидетельствовать о доклинической стадии деминерализации эмали зубов.

Заключение

При ортодонтическом лечении с использованием несъемных конструкций установлено статистически значимое снижение гигиены полости рта (по ОНІ-S) и уменьшение угла смачивания эмали на этапе лечения с использованием брекет-систем и после завершения лечения. После завершения лечения уменьшение угла смачивания эмали в методе «сидячей капли» было наиболее выражены, что свидетельствует о доклинической стадии деминерализации.

Учитывая, что у пациентов со сниженной ре-

зистентностью эмали и низким уровнем гигиены полости рта в процессе ортодонтического лечения высока вероятность возникновения деминерализации эмали, рекомендуется на этапах лечения наряду с контролем гигиены полости рта определять гидрофобность эмали методом «сидячей капли».

Литература

1. Гордеева Н.О., Егорова А.В., Магомедов Т. Б., Венатовская Н. В. Методология снижения риска патологии твердых тканей зубов при ортодонтическом лечении несъемной аппаратурой // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. №1. С.230-233.
2. Gordeeva N.O., Egorova A.V., Magomedov T.B., Venatovskaja N.V. Metodologija snizhenija riska patologii tverdyh tkanej zubov pri ortodonticheskom lechenii nes'emnoj apparaturoj // Saratovskij nauchno-meditsinskij zhurnal. 2011. №1. S.230-233
3. Гущина Н.В., Печенов В.С., Няшин Ю.И. Влияние напряженного состояния твердых тканей зуба на деминерализацию эмали при ортодонтическом лечении с использованием брекет-систем // Новое в стоматологии. 1997. N 1. С.74-79.
4. Gushhina N.V., Pechenov V.S., Njashin Ju.I. Vlijanie naprjazhennogo sostojanija tverdyh tkanej zuba na demineralizaciju jemali pri ortodonticheskom lechenii s ispol'zovaniem breket-sistem // Novoe v stomatologii. 1997. N 1. S.74-79.
5. Жанабилов А.А., Мухтарова К.С., Тулеутаева С.Т., Жармагамбетова А.Г. Микробиоценоз полости рта у ортодонтических пациентов // МНИЖ. 2015. №1-4 (32). С.22-25.
6. Zhanabilov A.A., Muhtarova K.S., Tuleutaeva S.T., Zhar-magambetova A.G. Mikrobiocenozi polosti rta u ortodonticheskix pacientov // MNIZh. 2015. №1-4 (32). S.22-25.
7. Железный П.А., Апраксина К.С., Щелкунов К.С. и

др. Структурно-функциональные состояния зубочелюстной системы при комплексном лечении патологии полости рта // Медицина и образование в Сибири. 2012. №2. С.62.

Zheleznyj P.A., Apraksina K.S., Shhelkunov K.S. i dr. Strukturno-funkcional'nye sostojanija zubo-cheljustnoj sistemy pri kompleksnom lechenii patologii polosti rta // Medicina i obrazovanie v Sibiri 2012. №2. S.62.

5. Мехмани, И.Г. Мамедов Ф.Ю., Сафаров А.М. Влияние ортодонтического лечения на функциональное состояние органов и тканей полости рта // Клінічні дослідження. 2014. №2. (19). С. 63-66.

Mehmani, I.G. Mamedov F.Ju., Safarov A.M. Vlijanie ortodonticheskogo lechenija na funkcional'noe sostojanie organov i tkanej polosti rta // Klinichni doslidzhennja. 2014. №2. (19). S. 63-66

6. Пат. РФ №2484763; МПК А61В5/00 Способ определения состояния поверхности эмали зуба авторы: Гришин В.В., Гришин В.В., Маслов В.В., Маслов М.В., Маслова Т.В., Антонова И.Н., Ткаченко Т.Б.; Патентообладатель: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (RU) подача заявки: 2011-12-15 публикация патента: 20.06.2013.

Pat. RF №2484763; MPK A61B5/00 Sposob opredelenija sostojanija poverhnosti jemali zuba avtory: Grishin V.V., Grishin V.V., Maslov V.V., Maslov M.V., Maslova T.V., Antonova I.N., Tkachenko T.B.; Patentobladatel': Gosudarstvennoe bjudzhetnoe obrazovatel'noe uchrezhdenie vysshego professional'nogo obrazovanija "Sankt-Peterburgskij gosudarstvennyj medicinskij universitet imeni akademika I.P. Pavlova" Ministerstva zdavoohranenija i social'nogo razvitija Rossijskoj Federacii (RU) podacha zajavki: 2011-12-15 publikacija patenta: 20.06.2013.

7. Смаглюк Л.В., Лучко Е.В., Давыденко С.В., Абдел Раззак Омар Применение схемы индивидуальной профилактической программы при лечении брекет-техникой // Український стоматологічний альманах . 2013. №3. С. 65-67.

Smagljuk L.V., Luchko E.V., Davydenko S.V., Abdel Razzak Omar Primenenie shemy individual'noj profilakticheskoy programmy pri lechenii breket-technikoj // Ukraïns'kij stomatologichnij al'manah . 2013. №3. S. 65-67.

8. Соболева Т.Ю. Организация и проведение про-

филактики стоматологических заболеваний у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении // Пародонтология. 2015. №4 (77). С. 59-64.

Soboleva T.Ju. Organizacija i provedenie profilaktiki stomatologicheskix zabojevanij u pacientov, nahodjashhijhsja na ortodonticheskom lechenii // Parodontologija. 2015. №4 (77). S. 59-64

9. Шади, Т.Э.Д. Характеристика частоты и распространенности осложнений, возникающих в процессе ортодонтического лечения несъемными аппаратами в городе Воронеже : автореф. дис. ... кандидат мед. наук: 14.01.14 / Шади Талал Элиас Даулех; [Место защиты: ГОУВПО "Воронежская государственная медицинская академия"].- Воронеж, 2012.- 19 с.

Shadi, T.Je. D. Harakteristika chastoty i rasprostranennosti oslozhnenij, voznikajushhih v processe ortodonticheskogo lechenija nes'emnymi apparatami v gorode Voronezhe : avtoref. dis. ... kandidat. med. nauk : 14.01.14 / Shadi Talal Elias Dauleh; [Mesto zashhity: GOUVPO "Voronezhskaja gosudarstvennaja medicinskaja akademija"].- Voronezh, 2012.- 19 s.

10. Alves P.V., Alviano W.S., Bolognese A.M. Treatment protocol to control Streptococcus mutans level in an orthodontic patient with high caries risk // Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. 2008. Vol.133, N 1. P.910-914.

11. Arnold, W. H., Haddad, B., Schaper, K., Hagemann, K., Lippold, C., & Danesh, G. Enamel surface alterations after repeated conditioning with HCl // Head & face medicine. 2015. Vol.11. №. 1. С. 32.

12. Green J.C., Vermillion J. R. The simplified oral hygiene index // JADA. – 1964. - 68:7-13

13. Hammad S.M., El Banna M., El Zayat I., Mohsen M.A. Effect of resin infiltration on white spot lesions after debonding orthodontic brackets // Am. J. Dent. 2012. 25(1). P.3-8.

14. Janiszewska-Olszowska, J., Szatkiewicz, T., Tomkowski, R., Tandecka, K., & Grocholewicz, K. Effect of Orthodontic Debonding and Adhesive Removal on the Enamel—Current Knowledge and Future Perspectives—a Systematic Review // Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research. 2014. Vol.20. P. 1991.

15. Lim BS, Lee SJ, Lee JW, Ahn SJ. Quantitative analysis of adhesion of cariogenic streptococci to orthodontic raw materials /B.S. Lim et al.//Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. -2008. Vol.133, N 6. P.882-888

16. Turner D.C. White-spot lesions // J. Clin. Orthod. 2011. 45(5). – P.286.

Клинико-педагогический аспект профилактики стоматологических заболеваний у детей с нарушением слуха

С.Б. Улитовский, проф., д.м.н. зав.кафедрой*

А.Ю. Гулиева, ассистент *

Н.Ю. Шевелева, к.м.н. ассистент **

* Кафедра профилактической стоматологии ¹

** Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний ¹

¹ ГБОУ ВПО «Первый Санкт – Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ России, Санкт – Петербург (197022, г. Санкт – Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8)

Резюме

В результате исследования 20 детей младшего школьного возраста (из них 10 - с нейросенсорной тугоухостью, вторичная ОНРП слабослышащих с кохлеарными имплантами, 10 - с нейросенсорной тугоухостью вторичная ОНРП без имплантов), были выявлены низкие гигиенические знания и навыки. Дети обнаруживали трудности в общении с незнакомым врачом, даже в привычной им обстановке, с восприятием обучающей информации и воспроизведением двигательного задания, что необходимо учитывать при разработке обучающих программ по профилактике стоматологических заболеваний полости рта.

Ключевые слова: профилактика стоматологических заболеваний, слабослышащие дети, дети младшего школьного возраста.

Clinical - pedagogical aspect of prevention of dental diseases in children with hearing impairment

Ulitovskiy S.B., Gulieva A.J., Sheveleva N.J.

Summary

The study of 20 primary school children (10 of them - with sensorineural hearing loss, secondary ONRI hearing with cochlear implants, 10 - with sensorineural hearing loss secondary ONRI without implants) were identified low hygiene knowledge and skills. The children found difficulty in communicating with strangers doctor, even in their usual environment, the perception of training information and playback of motor tasks that need to be considered when developing training programs for the prevention of dental diseases of the oral cavity.

Keywords: prevention of dental disease, hearing impaired children, children of primary school age.

Введение

Одним из приоритетных направлений современной стоматологии является разработка и внедрение программ профилактики стоматологических заболеваний [1]. Исходя из мировой стоматологической практики известно, что наиболее актуальное направление - привитие гигиенических навыков, поскольку правильно продуманный и комплексный подход к санитарно-просветительной работе среди детей дает наибольшую эффективность в привитии здоровых навыков на всю жизнь [2].

На сегодняшний день известны и используются программы профилактики стоматологических заболеваний у здоровых детей, однако в доступной литературе отсутствуют сведения о специальных обучающих программах в области обучения гигиене полости рта для детей младшего школьного возраста с проблемами слуха и речевыми расстройствами.

В связи с ранее изученными особенностями соматического и психического статуса младших школьников с речевыми нарушениями и с нарушением слуха, нами было проведено исследование целью которого явилось, выявление уровня знаний и владения навыками по гигиене полости рта и профилактики стоматологических заболеваний в условиях профилактического стоматологического осмотра и лечения.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования были 20 детей младшего школьного возраста (7 – 8 лет): 10 детей - дети с нейросенсорной тугоухостью, вторичная ОНР I слабослышащих с кохлеарными имплантами, 10 детей - с нейросенсорной тугоухостью вторичная ОНР I без имплантов. Исследование проходило на базе ГБОУ школа - интернат № 31 в период с октября 2014 по апрель 2015 г.

В ходе работы использовались два метода выявления уровня гигиенических знаний и умений. Первый метод - педагогическая диагностика, проводился совместно с сурдопедагогами, которые обеспечивали контакт с детьми и правильное понимание речи исследователей, дублируя все высказывания стоматологов. Данная индивидуальная бе-

седа – интервью позволила выявить степень представления детей об уходе за зубами и полостью рта.

Второй - клинический стоматологический метод, был направлен на объективную оценку исходного гигиенического состояния полости рта детей с определением индекса гигиены полости рта ОНП – S (Грина–Вермильона, 1964г.) и стоматологического статуса. Параллельно в ходе первого и второго этапа обследования проводилось групповое наблюдение за поведением детей с оценкой индивидуальных особенностей.

Результаты и их обсуждение

I. На 1-ом этапе исследования для выявления представлений об уходе за зубами и сформированности гигиенических навыков по уходу за полостью рта у слабослышащих детей, в ходе индивидуальной беседы-интервью были получены следующие результаты:

1. На вопрос «Где находится рот?»: все опрашиваемые дети ответили «Вот» или показали пальцем
2. На вопрос «Что находится во рту?» - 50% детей знали, что во рту находятся зубы и язык, 45% - назвали только зубы, и 5% - не знали ответа.
3. Выясняя у детей предназначение зубов, получили следующее распределение ответов:
 - 3.1 50% детей в возрасте 7-ти лет ответили «кушать», 10% - «говорить», 40% - «не знаю»
 - 3.2 8-ми летние дети в основном (80%) ответили на данный вопрос: «кушать, говорить» и 20% ответили «чистить».
4. Данные опроса показали, что все опрошенные дети 7 – 8 лет были информированы о необходимости ухода за полостью рта, дома имели в наличии средства индивидуальной гигиены (зубные щетки, пасты) и самостоятельно проводили гигиенические процедуры полости рта. Однако, представление о качестве, объеме и регулярности ухода за ротовой полостью имело отличия:
 - 4.1.1 100% детей 7-ти лет - информированы о чистке зубов, 30% - знают о необходимости применения ополаскивания рта после еды и только 20% детей включают в уход за полостью рта посещения стоматолога.

4.1.2. 100% детей 8-ми лет чистят зубы и полощут рот после чистки зубов и в 50% - полощут рот после еды, 5% - полощут рот после употребления сладкого и так же в 20% случаев включают в уход за полостью рта посещения стоматолога, в том числе и удаляют там зубы (10%).

4.2. На вопрос о кратности чистки зубов в обеих группах получены следующие результаты: 30% детей чистят зубы один раз в день - утром, 70% детей - 2 раза в день: утром и вечером.

Ответы на вопрос: «Чистишь ли ты зубы до еды или после?», показали, что в большинстве случаев процесс чистки зубов происходит у 85% детей по схеме: утром - до еды, вечером - после еды. 15% детей либо не поняли вопрос, либо не знали ответ на него.

4.3. Данные ответа на вопрос «Посещал(а) ли ты стоматолога?» выявили, что большинству детей (60%) детей приходилось бывать на приеме у врача-стоматолога с целью лечения, 30% детей были на осмотре, 10% - удаляли зуб.

4.4. Из ответов детей на вопрос «чистят ли зубы в твоей семье?» в 100% случаев были получены положительные ответы. Интересно, что отвечая на данный вопрос, ребенок перечислял всех членов семьи, которые соблюдают гигиену полости рта, но процессом обучения ребенка чистке зубов в основном (90%) занимается мама и бабушка, в 15% случаев в обучении этому процессу принимал участие папа и дедушка, некоторым детям (18%) процесс чистки зубов был показан педагогами школы - интерната,

II. На втором этапе проводилась объективная оценка состояния стоматологического статуса.

1. В ходе осмотра полости рта у 15% не было выявлено кариозных полостей и лечение ранее не проводилось, у 85% детей обнаружены кариозные полости. Данные осмотра показали, что лишь 8% детей, имеющих зубы пораженные кариесом ранее проходили лечение у врача - стоматолога, и только у 2% из числа осмотренных проведена санация.

2. При определении индекса гигиены ОНП - S (Грина - Вермильона, 1964г.) У 18% детей при осмотре соответствует - показателю хорошая гигиена полости рта, у 42% детей гигиена полости рта не удовлетворительная и у 40% - удовлетворительная.[3]

Следует отметить, что осмотр проводился после того, как все дети самостоятельно почистили зубы. Полученные данные могут свидетельствовать о том, что многие из них не владели правильной техникой чистки зубов, а также отсутствовала сформированность гигиенических навыков по уходу за полостью рта.

3. Детям предлагалось показать методику чистки зубов: 80% детей имитировали процесс чистки зубов движениями влево-вправо; 10% детей показали движения спереди-сзади и всего 10% детей показали движения чистки зубов в разных направлениях, в том числе и «выметающие» движения.

III. Анализ группового наблюдения выявил, что при возникновении затруднений дети жаловались на дефицит слуха. Кроме

Рис. 1. Представление слабослышащих детей о качестве, объеме и регулярности ухода за ротовой полостью.

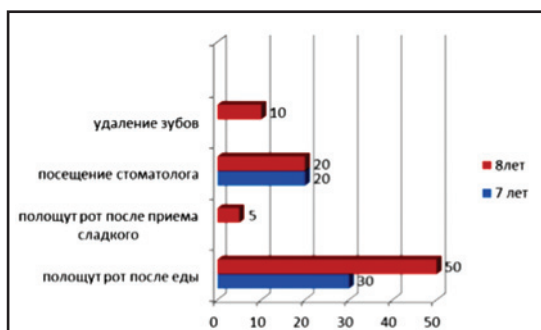


Рис. 2. Оценка состояния стоматологического статуса слабослышащих детей



того, если им что-то не нравилось или не хотелось делать, то они вели себя так, словно не слышат и не понимают речи сурдо-педагогов. Были зафиксированы вспышки агрессии при возникновении конфликтных ситуаций, некорректное отстаивание своей правоты при помощи «кулаков и зубов». У некоторых детей наблюдалась раздражительность при длительном занятии одной и той же деятельностью и неудовлетворенности выполнения задания.

Так же в процессе наблюдения была выявлена резко негативная реакция на незнакомого человека в белом халате. При виде медицинской сестры - школы, хорошо знакомой детям, никакой негативной реакции не возникало, они вели себя обычным образом. Когда же дети видели незнакомого врача - стоматолога в белом халате, который проводил у них осмотр ротовой полости, многие начинали вести себя тревожно и настороженно. Перед осмотром педагогу приходилось успокаивать многих детей, используя объяснения, отвлекающие приемы и другие успокаивающие методы.

Заключение

Проведенные беседа - интервью и стоматологическое обследование выявили: несмотря на то, что все дети чистят зубы самостоятельно, наблюдают за чисткой зубов своих близких и даже обучаются мамой и другими родственниками чистке зубов и другим гигиеническим навыкам сама процедура чистки организуется не совсем грамотно, поскольку только 10% детей показали правильные движения при чистке зубов.

Выявленные в ходе группового наблюдения за поведением детей с нарушением слуха психоэмоциональные особенности, свидетельствуют о сниженной работоспособности и быстрой утомляемости слабослыша-

щих детей, что затрудняет донесение необходимой информации, тем самым усложняя и процесс обучения.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о необходимости разработки специализированных профилактических программ, которая должна вестись с учетом особенностей развития детей младшего школьного возраста с нарушением слуха, включая психоэмоциональные особенности и особенности восприятия и усвоения информации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Harris N.O., Garcia-Godoy F. Primary preventive dentistry. – 5th ed. – Stamford: Appleton & Lange, 1999. – 658 p.
2. Улитовский С. Б. Индивидуальная гигиена полости рта: Учеб. пособие. – М.: Медпресс-Информ, 2005. – 192 с.
3. Руле Ж.- Ф., Стефан Циммер. Профессиональная профилактика в практике стоматолога: атлас по стоматологии\ пер.с нем.: под общ. ред. С.Б.Улитовского, С.Т.Пыркова. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – с.36

Оценка состояния мягких тканей протезного ложа

Улитовский С.Б.

заслуженный врач РФ, заслуженный стоматолог СТАР, д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии профилактической, зам. директора по научной работе НИИ Стоматологии и ЧЛХ ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

28

Большинство людей пользующихся съемными зубными протезами далеко не всегда объективно оценивают состояние слизистой оболочки протезного ложа, а ведь оно подвергается различным видам стресса в результате постоянного использования протеза. По этому стоматологам так важно найти способы объективной оценки состояния мягких тканей протезного ложа. Именно по этой причине мы разработали «Индекс Состояния Мягких Тканей Протезного Ложа Улитовского» (Индекс СМТ ПЛ Улитовского). Кроме этого, данный индекс позволит объективно оценивать эффективность использования мазей, кремов, тоников и бальзамов предназначенных для снятия воспалительных явлений в мягких тканях протезного ложа. Данная информация позволит определить более эффективные средства и рекомендовать их в соответствии с потребностями пациента и возможностями действия этих средств.

Показатели определения этого индекса представлены в табл. 1.

Состояние слизистой оболочки и зависимость этого состояния от используемого съемного протеза влияют на работоспособность человека, и в целом на качество его жизни. Поэтому так важно знать и уметь оценивать реальное состояние слизистой обо-

лочку полости рта находящейся в непосредственном контакте со съемным протезом.

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

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

где \sum - сумма количественных оценок критериев;

a_1 - количество баллов по первому критерию;

a_n - количество баллов по n-му критерию;

n - количество критериев, используемых в индексе;

5 - количество оцениваемых параметров внутри каждого критерия.

В нашей задаче число критериев и параметров стабильно, и соответствует 7 и 35, соответственно. Таким образом, формула будет выглядеть:

$$\text{Индекс СМТ ПЛ У (\%)} = \frac{\sum (a_1 + \dots + a_7)}{35} \times 100$$

в знаменателе показатель суммы баллов критериев колеблется в пределах $7 \leq (a_1 + \dots + a_7) \leq 35$, а границы индекса составляют:

$20 \leq \text{Индекс СМТ ПЛ Улитовского} \leq 100$

Таблица 1

**Параметры Индекса Состояния Мягких Тканей Протезного ложа
Улитовского (© 2008)**

№	Наименование показателя	Характеристика показателя	Оценка
1.	Жалобы пользователя съемного протеза	Отсутствуют	1 балл
		Жалобы периодического характера (время от времени) на дискомфорт фиксации и связанные с этим одиночные травмы слизистой протезного ложа	2 балла
		Постоянные, но не очень сильные боли и сопровождающие их травмы слизистой оболочки ПЛ	3 балла
		Постоянные жалобы на боли, дискомфорт умеренного характера, травмы сопровождающиеся отеком,	4 балла
		Постоянные жалобы на сильные боли под съемным протезом	5 баллов
2.	Пациент отмечает изменения в состоянии мягких тканей протезного ложа различной интенсивности	Нормальное состояние мягких тканей протезного ложа	1 балл
		Средняя степень увлажнения (умеренная увлажненность) под съемным протезом, образование незначительных потертостей, отдельных участков отека, мацераций, геморрагий, ограниченных болезненных травм, разрезов мягких тканей ПЛ	2 балла
		Низкая степень увлажнения (влажно-сухая слизистая оболочка) под съемным протезом, образование выраженных ограниченных потертостей, множественных участков отека, мацераций, геморрагий, больших болезненных травм, разрезов мягких тканей ПЛ	3 балла
		Сухая слизистая оболочка под областью съемного зубного протеза, образование значительных потертостей с размытыми краями, повсеместный отек слизистой, обширные мацерации, геморрагии, очень больших участков болезненных травм, разрезов мягких тканей ПЛ	4 балла
		Слизистая оболочка сухая с трещинами, болезненная, протез невозможно надеть из-за тяжелого состояния слизистой оболочки ПЛ	5 баллов
3.	Осмотр мягких тканей протезного ложа	Слизистая оболочка в области протезного ложа бледно-розовая, в меру влажная, при надавливании быстро восстанавливается	1 балл
		СОПР в области протезного ложа красноватая, слегка отечная, слабо-болезненная, после нажатия восстанавливается медленно, слабо увлажнена	2 балла
		СОПР в области протезного ложа гиперемирована, отечна, болезненна при надавливании, медленно восстанавливается, сухая	3 балла
		СОПР в области протезного ложа выраженная гиперемия, отек, болезненность, очень сухая	4 балла
		СОПР в области протезного ложа выраженная гиперемия, отек, болезненность, очень сухая с трещинами, м.б. даже изъязвления	5 баллов

Оценочные критерии:

- 81–100 % – очень тяжелое состояние мягких тканей протезного ложа;
- 61–80 % – тяжелое состояние мягких тканей протезного ложа;
- в пределах 41–60 % – это относительно компенсированное состояние слизистой оболочки протезного ложа;
- при показателе индекса равного 21–40 % – состояние компенсированное, но на фоне имеющейся компенсированной легкой степени воспаления слизистой оболочки протезного ложа;

- при оценке в 20 % – слизистая оболочка протезного ложа здоровая с хорошим, нормальным, естественным цветом, тургором и увлажнением.

Для длительного изучения состояния слизистой оболочки протезного ложа в динамике, особенно под влиянием лекарственных форм или местного использования противовоспалительных, противоотечных, кровоостанавливающих средств оральной гигиены мы используем формулу расчета Профилактической Эффективности Состоя-

Таблица 1 (продолжение)

Параметры Индекса Состояния Мягких Тканей Протезного ложа Улитовского (© 2008)			
№	Наименование показателя	Характеристика показателя	Оценка
4.	Оценка состояния мягких тканей протезного ложа	Нормальное состояние мягких тканей протезного ложа (отсутствие воспаления)	1 балл
		*воспалена вестибулярная десна протезного ложа, или	2 балла
		*воспалена оральная десна протезного ложа, или	
		*воспалена слизистая оболочка неба протезного ложа	
		Воспалена вестибулярная и оральная десна ПЛ	3 балла
	Воспалена вестибулярная и оральная десна, и слизистая оболочка неба ПЛ	4 балла	
	Воспалены все мягкие ткани ПЛ и мягкие ткани вокруг него	5 баллов	
5.	У пациента выявляется отек мягких тканей протезного ложа	Отсутствует	1 балл
		Одиночный незначительный отек в одном из участков протезного ложа	2 балла
		Множественные участки с отеком мягких тканей ПЛ	3 балла
		Повсеместный отек мягких тканей протезного ложа	4 балла
		Сильный отек мягких тканей всего протезного ложа и прилегающих участков, не позволяющий пользоваться съемным зубным протезом	5 баллов
6.	У пациента выявляется кровоточивость мягких тканей протезного ложа	Отсутствует	1 балл
		Кровоточивость при жевании протезом жесткой пищи	2 балла
		Кровоточивость при жевании протезом мягкой пищи	3 балла
		Кровоточивость при незначительном надавливании на протез при сомкнутых челюстях	4 балла
		Постоянная беспричинная кровоточивость мягких тканей ПЛ	5 баллов
7.	Болезненность при пальпации мягких тканей протезного ложа	Отсутствует	1 балл
		Очень сильное надавливание в какой-то из точек мягких тканей ПЛ может вызвать легкую, кратковременную боль	2 балла
		Выраженная пальпация мягких тканей ПЛ вызывает острую, кратковременную боль	3 балла
		Слабое прикосновение в большинстве участков мягких тканей ПЛ вызывает сильную, ноющую боль	4 балла
		При любом прикосновении к мягким тканям ПЛ вызывает сильную, продолжительную боль	5 баллов

ния Мягких Тканей протезного ложа (Профилактическая Эффективность СМТПл):

Профилактическая
Эффективность = $[(I_i - I_n) \times 100] / I_i$
СМТПл (%)

где I_i – цифровой показатель Индекса СМТ ПЛ Улитовского, определенный при первом посещении;

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

В табл. 2 сведены данные определения Профилактической Эффективности Состояния Мягких Тканей Протезного Ложа.

Используя этот индекс, легко определить, состояние мягких тканей протезного ложа, и воздействия на них того или иного средства используемого для ухода за слизистой оболочки протезного ложа.

Данный индекс разработан для того, чтобы можно было получить реальные представления о динамике состояния слизистой оболочки протезного ложа на фоне изменения ее состояния под воздействием используе-

Таблица 2

Оценка полученных результатов исследования состояния мягких тканей протезного ложа по Индексу Состояния Мягких Тканей Протезного Ложа Улитовского

Оценочные параметры (%)	Соответствие результатов расчета Профилактической Эффективности СМТ _{ПЛ} по оценочным параметрам Индекса СМТ ПЛ Улитовского
20,0	Очень низкая профилактическая эффективность средств для ухода за мягкими тканями протезного ложа
20,1 – 40,0	Низкая профилактическая эффективность средств для ухода за мягкими тканями протезного ложа
40,1 – 50,0	Умеренная профилактическая эффективность средств для ухода за мягкими тканями протезного ложа
50,1 – 60,0	Хорошая профилактическая эффективность средств для ухода за мягкими тканями протезного ложа
60,1 – 80,0	Очень хорошая профилактическая эффективность средств для ухода за мягкими тканями протезного ложа
80,1 – 100,0	Высокая (отличная) профилактическая эффективность средств для ухода за мягкими тканями протезного ложа

мых полных и частичных съемных зубных протезов, провести мониторинг состояния слизистой под воздействием используемых средств для улучшения состояния слизистой оболочки протезного ложа.

Данный мониторинг позволит легко характеризовать изучаемые средства ухода за слизистой оболочкой протезного ложа. Осно-

вываясь на этих данных, будет легко выявлять эффективные средства и рекомендовать их с учетом их эффективности и в соответствии с конкретным стоматологическим статусом, каждого конкретного пациента, с учетом индивидуальных особенностей используемого съемного зубного протеза.

Постановка зубов при протезировании полными пластиночными съемными протезами. Профилактика механических травм слизистой полости рта

А.И. Сланова

Руководитель работы:

Филимонов О.А. (асс. Кафедры стоматологии, врач-стоматолог-ортопед)

Смирнова Т.А. (асс. Кафедры стоматологии, врач-стоматолог-терапевт)

Кафедра стоматологии СПбГМПУ

32

Актуальность исследования: протезирование пациентов при полной потере зубов на современном уровне развития ортопедической стоматологии представляет собой сложную проблему создания протезов полноценных во многих отношениях.

Цель исследования: разработка окклюзионной кривой, согласно которой равнодействующая сила будет удерживать полный съемный протез от опрокидывания и обеспечивать устойчивость протезов при протезировании беззубых челюстей.

Материалы и методы: в нашей клинике 20 пациента в возрасте 40-50 лет (10-ж., 10-м.) проведено ортопедическое лечение по поводу вторичной адентии верхней и нижней челюсти. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа (основная)- 10 человек (ж., м.) имели 1-2 тип беззубых челюстей. Пациентом этой группы были изготовлены протезы с постановкой искусственных зубов по предложенной нами окклюзионной кривой. 2 группа (контрольная) –10 человек (ж., м.)

имели также 1-2 тип беззубых челюстей. Пациентам этой группы использовали постановку зубов по методу М.Е.Васильева и изготовление полных съемных протезов проводилось по общепринятой схеме.

Результаты: исследования жевательной эффективности по С.Е. Гельмону. Оценка источника звука и системы резонаторов для определения качества голоса.

Выводы: результат клинических исследований свидетельствует о высокой эффективности протезирования полными съемными протезами с созданием предложенной нами окклюзионной кривой и применением постановочных пластинок.

Оценка эффективности применения фитопрепаратов на основе хвойного концентрата в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта с применением пародонтальных индексов

Гребнев Г.А., Ковалевский В.А.,
кафедра ЧЛХ и хирургической стоматологии
ВМедА

По сравнению с традиционными антибактериальными препаратами, применяемыми в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП), фитопрепараты отличаются более мягким действием, меньшей вероятностью развития резистентных штаммов микроорганизмов, а также возможностью более длительного применения без угрозы развития дисбактериоза полости рта и кишечника.

С целью изучения эффективности применения фитопрепаратов в комплексной терапии ВЗП проведено обследование и лечение 97 больных (с хроническим катаральным гингивитом, хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) лёгкой, средней и тяжёлой степени, а также острым катаральным гингивитом и обострением ХГП) в возрасте от 18 до 55 лет. Лечение включало проведение профессиональной контролируемой гигиены полости рта (ПКГПР) с применением ультразвукового скелера и полировки поверхности зубов циркулярными щётками, а также рекомендации средств индивидуальной гигиены полости рта.

Пациентам 1-й (контрольной) группы (48 человек) в ходе ПКГПР применялась зубная паста полировочная паста CleanPolish (Kerr),

после чего в качестве основного средства индивидуальной гигиены рекомендовалась зубная паста и полоскание полости рта раствором с содержанием хлоргексидина биглюконата 0,02%. Пациентам 2-й (основной) группы (49 человек) в ходе ПКГПР применялась зубная паста Parodontax (GSK), она же рекомендовалась в качестве основного средства индивидуальной гигиены в сочетании с полосканием полости рта раствором хвойно-солевого концентрата (Фитолон) в разведении 1 чайная ложка на стакан воды. Оценка состояния тканей пародонта проводилась с использованием индексов PI (Russel A., 1956), Muhlemann (1975), ОНI-S (Green-Vermillion, 1964), КПИ (Леус П.А., 1989) и ИИСП (2014) до проведения ПКГПР, а также через неделю после.

Анализ показателей индексной оценки показал более благоприятное клиническое течение заболевания у пациентов 2-й группы с острым катаральным гингивитом (Muhlemann, ИИСП – $p < 0,05$; PI, ОНI-S, КПИ – $p < 0,1$) и обострением ХГП (ОНI-S, КПИ, ИИСП – $p < 0,1$). Также была доказана достоверно значимая высокая корреляция значений ИИСП и остальных пародонтальных индексов.

Проблемы профилактики стоматологических заболеваний у детей с нарушением слуха

С.Б. Улитовский, проф., д.м.н. зав.кафедрой*

А.Ю. Гулиева, ассистент *

Н.Ю. Шевелева, к.м.н. ассистент**

Н.П. Ванчакова, проф., д.м.н. зав.кафедрой***

И.В. Тельнюк, к.п.н доцент***

*Кафедра стоматологии профилактической,¹

**Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний,¹

***Кафедры педагогики и психологии¹

¹) ГБОУ ВПО «Первый Санкт – Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ России, Санкт – Петербург (197022, г. Санкт – Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8).

Введение:

Одним из приоритетных направлений современной стоматологии во всем мире является разработка и внедрение программ профилактики стоматологических заболеваний. Имеется много разработок профилактики стоматологических заболеваний, ориентированных на детей без нарушения сенсорных систем. Однако заранее можно отметить, что они требуют существенных изменений, если профилактическая работа ориентирована на детей с тяжелыми нарушениями речи и слабослышащих детей.

Цель исследования:

- Сформировать психолого-педагогическую программу исследования клинических и психологических особенностей формирования гигиенических стоматологических навыков у детей с тяжелыми нарушениями речи в комбинированной группе детского сада и слабослышащих детей дошкольного возраста.

- Разработать психолого-педагогическую программу профилактики стоматологических заболеваний для детей с патологией речи и для детей со сниженным слухом дошкольного возраста.

Объект и методы исследования. Объектом исследования являлись слабослышащие дети старшего дошкольного возраста. В качестве методов исследования выступали методы клинической и психолого-педагогической диагностики.

Для клинической диагностики и стоматологического осмотра использовалась медицинская карта стоматологического больного, разработанная Министерством Здравоохранения РФ.

- ГБДОУ Детский сад №93 компенсирующего вида Выборгского района г.Санкт-Петербурга.

- ГБС(К) ОУ школа - интернат № 31 Невского района г.Санкт-Петербурга

Результаты исследования:

На сегодняшний день в литературе мало сведений о стоматологическом статусе детей с нарушениями слуха. В то же время, есть указания на то, что дети с нарушениями слуха и речи представляют собой группу повышенного риска заболеваемости кариесом зубов и болезнями пародонта. Речевые дисфункции часто сочетаются с ортодонтической патологией, ЛОР-патологией, с общесоматическими заболеваниями и функциональными нарушениями.

В ряде работ зарубежных авторов представлены данные о стоматологическом статусе детей с нарушениями слуха и речи в разных странах мира. Констатируется плохое гигиеническое состояние ротовой полости и высокий уровень стоматологических заболеваний.

Согласно данным собственного исследования проводимых на базе:

У большинства детей с расстройствами слуха и речи обнаруживаются соматические заболевания, отягощающие течение стоматологической патологии. При стоматологическом осмотре детей проводимых нами на базе детского сада компенсированного типа, только в 8,3% случаев нами не было выявлено патологических изменений твердых тканей зубов. В 91,7% детей обнаружены кариозные полости, различной глубины и локализации, при этом следует отметить, что только у 7,5% детей, из числа нуждающихся в лечении, ранее проводилась санация полости рта.

Также нами при стоматологическом осмотре детей выявлены воспалительные заболевания краевого пародонта, соответствующие средней степени гингивита; распространенность указанной патологии у детей с нарушениями слуха и речи составила 48%, 43 % имели здоровый парадонт, 9% гингивит тяжелой степени тяжести.

Выводы

Исходя из всего выше изложенного планирование и проведение обучающих программ у пациентов с нарушениями слуха и речи должно:

- Проводиться с учетом их психологических и физиологических особенностей. Необходимо учитывать, что для детей с наруше-

ниями слуха и речи характерна более выраженная эмоциональная нестабильность в сравнении со слышащими пациентами, что проявляется в большем разбросе вегетативных показателей и большей экспрессивной выразительность.

- При разработке стоматологических профилактических программ и выборе методики обучения детей с нарушениями слуха и речи навыкам ухода за полостью рта, необходимо учитывать ведущий тип восприятия и усвоения информации ребенком: визуальный, аудиальный или кинестетический.

- Нуждаемость данного контингента в стоматологической помощи выше, чем у здоровых детей, поскольку у дошкольников с нарушениями слуха и речи отмечена более высокая подверженность кариесу зубов и воспалительным заболеваниям пародонта.

- Выше нуждаемость в профилактике стоматологической патологии.

- В доступной литературе нет сведений о разработке и реализации стоматологических профилактических программ, ориентированных на детей с нарушениями слуха и речи, но необходимость таких программ не вызывает сомнений.

- Разработка профилактических программ должна вестись с учетом особенностей развития детей дошкольного возраста с нарушениями слуха и речи, включая психоэмоциональные особенности и особенности восприятия и усвоения информации.

- Также мы считаем необходимым включить в педагогический блок раздел «Работа с родителями».

Профилактика и выявление синдрома Костена у пациентов с преждевременно удаленными зубами и неправильно сформированными буграми пломб

Черных А. А.,

4 курс, стоматологический факультет

Шевчук Э. В.,

2 курс, стоматологический факультет

Научный руководитель: **Смирнова Т. А.**

(асс. кафедры стоматологии, врач-стоматолог терапевт высшей категории, детский стоматолог)

Санкт-Петербургский Государственный
Педиатрический Медицинский университет

36

Синдром Костена – это сочетание патологических изменений в височно-нижнечелюстном суставе (щелканье, хруст, тугоподвижность) с односторонней болью в предушной области, которая может иррадиировать в ухо или висок и усиливаться при открывании рта, жевании.

Причины: искажение прикуса (за счет раннего удаления зубов), высокие физические нагрузки, стресс (нервные переживания провоцируют стойкий спазм жевательных мышц), травмы челюсти. Нередко причиной синдрома становятся ошибки стоматологов. Даже простое лечение кариеса может привести к развитию патологии, если специалист установит завышенную пломбу и нагрузка на челюсть начнет распределяться неравномерно.

По данным разных авторов, синдром Костена встречается у 10–16 % населения. Подавляющее большинство среди них – женщины.

Цель: Выявить синдром Костена у пациентов с преждевременно удаленными зубами и неправильно сформированными буграми пломб, а также обеспечить профилактику данного синдрома, предотвратив дальнейшие нарушения ВНЧС.

Актуальность: Нарушенная архитектура окклюзионной поверхности – не учитывающая создание бугров и фиссур, может привести к нарушению нормальной физиологии, биомеханики ВНЧС и развитию такой патологии, как синдром Костена.

Материалы и методы. В нашем исследовании участвовало 50 человек в возрасте от 18 до 24 лет, среди которых 58% женщины и 42% мужчины. Диагноз ставился на основании жалоб пациента и объективного исследования, которое включало в себя: осмотр, пальпацию и аускультацию ВНЧС и трехфаланговый тест.

Результаты исследования: Среди 50 обследованных, у 6 человек (4 женщины и 2 мужчины) был выявлен синдром Костена, это 12%. Обследуемых с синдромом, мы разделили на 2 группы: первая группа состояла из 2 человек (1 женщина и 1 мужчина), у этих пациентов были удалены жевательные зубы, вторая группа состояла из оставшихся 4 человек, у них зубы не удалялись. У всех исследуемых были жалобы на щелканье в суставе и на боль в ушах, усиливающуюся при жевании и чихании. У пациентов с удаленными зубами боль была сильнее. Также они жаловались на иногда появляющийся шум в ушах. При объективном обследовании, с помощью фонендоскопа, выслушивались щелчки в ВНЧС, при движении нижней челюсти. Во время осмотра полости рта, были обнаружены неправильно сформированные бугры и фиссуры во всех 6 случаях, из-за чего наблюдалось нарушенное окклюзионное взаимоотношение. При пальпации прощупывался триггер (уплотнение) жевательных мышц на стороне щелканья, болезненный при нажатии. У пациентов с удаленными зубами триггер был более выражен и болезнен. Также у первой группы пациентов наблюдалось ограниченное открывание рта, при проведении трехфалангового теста, открывание рта было возможно только на толщину двух проксимальных межфаланговых суставов, в то время как у второй группы, открывание рта было не затруднено. После обследования пациентам был составлен примерный план лечения, который включал в себя: 1) замену старых пломб, на новые с учетом окклюзионных взаимоотношений, 2) пациентам с удаленными зубами также рекомендованы консультации со стоматологом-ортодонтом и хирургом-имплантологом.

Выводы

1. Проведенные исследования показали, что синдром Костена достаточно распространенное заболевание среди молодежи, и требует внимательности врача-стоматолога, так как со временем пораженные суставы истираются, что приводит сначала к развитию артроза, а затем полному обездвиживанию челюсти.
2. Профилактикой синдрома Костена, является грамотное воссоздание окклюзионных взаимоотношений при моделировании пломб.

Влияние красящих веществ на цвет зуба

Азизов М.Н.,
Луковецкий А.А.

Государственный Новгородский
университет имени Ярослава Мудрого

ООО "Стоматологическая клиника «Жемчужина»

38

Актуальность исследования. Стоматологи ежедневно проводят определение цвета зубов. Это является частью работы врача - стоматолога терапевта, ортопеда и зубного техника. Главная роль при выборе цвета всегда лежит на пациенте, который хочет чтоб после посещения стоматолога зубы выглядели светлее, ярче, а значит должны быть красивее чем были раньше. Какие они были раньше у Вы никто не знает. В течение жизни зубы людей изменяются как за счет экзогенных факторов (красителей, производственных вредностей) так и в следствии изменений гомеостаза тканей зуба из-за заболеваний внутренних органов. Сейчас для определения цвета зубов предложены специальные расцветки и приборы-колориметры. Однако расцветки разных фирм не всегда идентичны друг друга.

Цель нашего исследования поэтому заключалась в изучении влияния пищевых красящих веществ на цвет зубов.

Для решения этой цели нами были поставлены следующие задачи.

- Определить освещенность помещения.
- Определить освещенность рабочего места врача стоматолога.
- Провести оценку восприятия цвета с помощью таблиц Рабкина.
- Сравнить возможности определения цвета зубов с помощью расцветки и колориметра.
- Создать модели пищевых красящих веществ.
- Оценить изменение цвета зубов из-за действия пищевых красящих веществ.
- Сделать статистическую обработку материала.

Материал и методы. Экспериментальная часть работы включала 5 групп зубов. В каждой группе по 6 зубов (1-резец, 1-клык, 2-премоляра, 2-моляра). В качестве пищевых красителей были сделаны концентрированные растворы: чая (черного, зеленого), кофе, какао, в которые погружали блоки зубов. Освещенность стоматологического кабинета и рабочего места стоматолога определяли с помощью люксметр. Оценку восприятия цвета проводили таблицей Рабкина. Цвет зубов оценивался колориметром VITA Easyshade и цветовую шкалой VITA classical.

Результаты исследования. Цвет зубов мы определяли с помощью цветовой шкалы отдельно друг от друга, чтобы избежать психологического фактора, и потом сравнивали результаты. Потом трижды оценивали цвет зубов с помощью колориметра, которые записывались в таблицу. Входе исследования записав результаты в таблицу, мы приготовили жидкости и поместили каждую группу зубов в свою жидкость. После этого повторно оценили цвет зубов и получилось следующее: 1-резец - изменил цвет с С (серого) с интенсивностью 2 на цвет С (серого) с интенсивностью 3. Клык - изменил цвет с А (красновато-коричневого) с интенсивностью 3 на цвет В (красновато-желтую) с интенсивностью цвета 4. Премоляр - изменил цвет с А (красновато-коричневого) с интенсивностью 3 на цвет В (красновато-желтую) с интенсивностью цвета 4. Моляр - изменил цвет с С (серого) с интенсивностью 2 на цвет А (красновато-коричневую) с интенсивностью цвета 3,5

На основании полученных результатов мы сделали следующие выводы:

Выводы

- 1) Освещенность в стоматологическом кабинете равнялась 025 люкс, что соответствует СНИПу.
- 2) Освещенность рабочего места врача стоматолога была 035 люкс.
- 3) Оценка цвета восприятия с помощью таблиц Рабкина у экспериментаторов не выявила принципиальных нарушений.

- 4) Цвет зубов зависел от групповой принадлежности.
- 5) Из пищевых красящих веществ больше всего происходило изменение цвета зубов от черного чая.
- 6) Сравнение применения колориметра и расцветки вывело удобство работы с колориметром для определения цвета зубов.

Гигиена полости рта. Начало пародонтологического лечения

39

Акберова Н. Р., Субанова И. Э.,

4 курс, стоматологический факультет

Научный руководитель: **Курчина Е. В.**

Ассистент кафедры стоматологии, врач-пародонтолог

Кафедра стоматологии

(Заведующий кафедрой: к. м. н., доцент,
врач-ортопед высшей категории **Климов А. Г.**)

Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

Актуальность исследования: Итак, актуальность темы исследования обусловлена тем, что заболевания пародонта в настоящее время представляют собой одну из важнейших проблем в стоматологии. Болезни пародонта относятся к числу наиболее распространенных у людей различных возрастных групп; и потеря зубов из-за пародонтита происходит гораздо чаще, чем по другим причинам. Пародонтология, в свою очередь, изучает структуру околозубных тканей, их заболевания и методы лечения.

Цель исследования: профилактика и лечение заболеваний пародонта.

Материалы и методы: Средства личной гигиены (монопучковые щётки, ёршики); кюреты; ультразвук. Удаление зубных отложений ручными инструментами.

Результаты: Достижение правильной индивидуальной гигиены полости рта. Предотвращение резорбции костной ткани.

Выводы: Несвоевременная профилактика и запоздалое лечение заболеваний пародонта, ведут к ослаблению поддерживающего аппарата зуба. Поэтому необходимо информировать и обучать как пациентов, так и врачей-стоматологов, чтобы заболевания пародонта лечились на ранних стадиях.

Применение средств интердентальной гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний военнослужащих Министерства обороны РФ

Г.А. Гребнев, А.М. Ковалевский, Е.Ю. Прожерина, А.В. Потоцкая

Актуальность исследования

Стоматологи всего мира уделяют пристальное внимание проблеме профилактики стоматологических заболеваний вследствие их высокой распространённости. Причём оба важнейших заболевания – кариес и пародонтит – можно практически полностью предотвратить. Установлена прямая зависимость между распространённостью кариеса зубов, болезней пародонта и качеством индивидуального ухода за полостью рта.

Задачи исследования

1. Изучить исходное состояние гигиены полости рта и распространённость заболеваний полости рта (кариес, заболевания пародонта) у военнослужащих.
2. Исследовать динамику состояния гигиены полости рта и распространённости кариеса и заболеваний пародонта, в ближайшие и отдалённые после лечения сроки у 5 групп военнослужащих.
3. Разработать рекомендации по внедрению и использованию современных средств интердентальной гигиены военнослужащими МО РФ.

Материал и методы исследования

Обследовано 5 групп добровольцев – военнослужащих по призыву и курсантов высших военных учебных заведений по 50 человек каждой группе.

Пациенты всех групп после проведения профессиональной гигиены полости рта ис-

пользовали для чистки зубов зубную щётку и одинаковую зубную пасту с соблюдением всех необходимых правил чистки зубов.

Пациенты первой группы использовали для гигиены полости рта наряду с мануальными зубными щётками и зубными пастами зубочистки, второй группы – флоссы, третьей – флосстики, четвертой – лечебно-профилактическую нить ICEDENT, пациенты пятой (контрольной группы) не применяли дополнительных средств интердентальной гигиены полости рта.

Оценивали исходное состояние полости. Повторное обследование пациентов проводилось на следующий день после лечения, затем состояние тканей пародонта оценивалось на 30 и 90 сутки после лечения. Основные методы обследования: определение комплексного периодонтального индекса (КПИ) П.А. Леуса (1988), индекса гигиены (ИГ) Ю.А. Фёдорова – В.В. Володкиной (1968), индекса РМА (Parma, 1960), индекса ОНI-S Green J., Vermillion J. (1964), индекса кровоточивости SBI по Muhlemann H.R., Son S. (1971).

Результаты исследования

По данным осмотра полости рта, распространённость кариеса зубов среди военнослужащих 1, 2 и 5 групп составила 96% (48 человек из 50), 94% в 3-ей и 4-ой группах (47 человек). Распространённость воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) среди военнослужащих пяти групп составила от 68% до 72%.

Наилучшие значения показателей индексов гигиены отмечены среди военнослужащих, использовавших зубную нить ICEDENT, показатель ИГ составил $1,5 \pm 0,3$, существенно ($p < 0,05$) отличаясь в лучшую сторону как по сравнению с показателями до лечения, так и по сравнению с результатами пятой (контрольной) группы, что объясняется наличием одноразовой индивидуальной дозированной упаковки, после вскрытия которой образуются бумажные «держатели» нити, позволяющие пользоваться ею без наматывания на пальцы, т.е. более гигиенично, а также антисептическим и противовоспалительным действием сангвиритрина, пропитывающего нить.

Вывод

Поскольку зубная нить «ICEDENT» отечественного производства расфасована в индивидуальные дозированные упаковки однократного применения, удобна в использовании благодаря наличию простейших бумажных приспособлений для удерживания её в руках без необходимости наматывания на пальцы, гигиенична и эффективна в применении, целесообразно рекомендовать её к применению военнослужащими ВС Российской Федерации после каждого приёма пищи, в том числе в полевых условиях.

Оценка влияния индивидуальной гигиены полости рта на стоматологический статус работников металлургического производства

Тезисы доклада на Научно-практической конференции Ассоциации Гигиенистов стоматологических Санкт-Петербурга и Ленинградской области – от 27 февраля 2016г.

42

Улитовский С.Б.

проф., д.м.н., заведующий кафедрой *

Калинина О.В.

к.м.н., ассистент *

Бутюгин И.А.

к.м.н., заведующий кафедрой **

Кадыров М.Б.,

аспирант **

* Кафедра стоматологии профилактической ПСПбГМУ имени И.П. Павлова

** Кафедра терапевтической и детской стоматологии ЮУГМУ

Вредные условия труда оказывают негативное влияние на ткани полости рта, обуславливая более выраженную интенсивность стоматологических заболеваний у работников вредных производств. Исследования эпидемиологии стоматологических заболеваний, свидетельствуют о существенных различиях в распространенности и интенсивности кариеса зубов, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта, об определяющей роли в развитии этих процессов природных, социальных, бытовых, культурных, а также профессионально-производственных факторов (Гарус Я.Н., 2005; Блинов С.В., 2008).

Комплекс профессионально-производственных факторов способствует развитию

хронических заболеваний полости рта, таких как гипертрофия небных миндалин, субатрофические заболевания слизистой оболочки полости рта, воспаление тканей пародонта, кариозные и некариозные поражения твердых тканей зубов (Улитовский С.Б., 2006). Анализируя данные литературы о воздействии профессионально-производственных факторов различных химических производств на формирование стоматологической патологии можно констатировать, что распространенность заболеваний твердых тканей зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта у рабочих этих производств встречались достоверно чаще, чем в контрольных группах, где влияние химических веществ на органы полости рта отсутствует (Хасанов Р.А., 2002)

У лиц, работающих на производствах с вредными веществами могут возникать профессиональные гингивиты (Орехова Л.Ю., 2004; Николина В.В., 2012). Высокая распространенность воспалительных заболеваний пародонта среди населения на фоне увеличения выраженности и интенсивности течения этих заболеваний и их омоложение, обуславливают необходимость поиска новых средств и методов их лечения и профилактики. На этом фоне появляются новые средства и химические соединения, обладающие иными, чем их предшественники, свойствами. Эти препараты и соединения относятся к последним поколениям и обладают более выраженными свойствами или специфической направленностью действия. В этой связи приходится постоянно изучать их клинико-лабораторные свойства и показатели, а на их основе разрабатывать мероприятия по использованию, с учетом активных свойств и стоматологического статуса пациентов.

Данные исследований рабочих предприятий, проведенных А.Ш. Галикеевой, 2009, И. А. Журихиной, 2009; RJ Waddington, 2000 выявили, что пораженность твердых тканей зубов работников этих производств составила более 90%, индекс КПУ находится в зависимости от стажа работы, возраста, состояния организма и свойств слюны. В современных условиях отсутствуют методики, позволяющие с достаточной степенью эффективности выполнять профилактические мероприятия у работников металлургического производства, что давало бы возможность успешно предотвращать или стабилизировать развитие стоматологической патологии.

Целью исследования явилось изучение уровня гигиенического статуса для разработки адекватных гигиенических программ профилактики стоматологических заболеваний у лиц, подверженных профессионально-производственным факторам риска. Изменения состояния индивидуальной гигиены полости рта среди пробантов изучались по показателям гигиенических индексов, в том числе индекса Грина-Вермиллиона и Силнесс-Лое во всех исследуемых группах. В таблице 1 представлена динамика изменения состояния личной гигиены полости рта у лиц, подверженных производственным факторам риска, в течение одного месяца с помощью индекса гигиены Силнесс-Лое с использованием предложенных им средств личной гигиены и разработанных программ гигиенической профилактики.

Цифровые показатели индекса Силнесс-Лое снизились через 4 недели в 1 группе с 2,89 до 1,37; в 3 группе - за аналогичный период - с 2,87 до 0,51. В контрольной группе сдвиг произошел с 2,86 до 2,13. В 1 группе выявлено повышение уровня гигиены полости рта с плохой до неудовлетворительной; в 3 группе - с плохой до удовлетворительной, а в контрольной группе значительных изменений не выявлено. Во всех группах проводилась санитарно-просветительная работа по профилактике стоматологических заболеваний, обучению и методам гигиены полости рта и пропаганде здорового образа жизни.

Проведенный мониторинг эпидемиологии стоматологических заболеваний направлен на определение уровня профилактической

Динамика изменения индекса гигиены Силнесс-Лое Таблица 1

Группа	Показатели индекса Силнесс-Лое				
	Период обследования				
	Начало	1 нед.	2 нед.	3 нед.	4 нед.
1	2,89	2,18	1,93	1,82	1,37
2	2,83	1,73	1,32	1,21	0,88
3	2,87	1,51	1,10	0,85	0,51
4	2,86	2,37	2,28	2,19	2,13

Динамика изменения индекса гигиены Грина-Вермиллиона Таблица 2

Группа	Показатели индекса Грина - Вермиллиона				
	Период обследования				
	Начало	1 нед.	2 нед.	3 нед.	4 нед.
1	3,63	2,94	2,37	1,74	1,75
2	3,51	2,96	2,74	1,52	1,69
3	3,59	2,65	2,21	1,78	1,31
4	3,62	2,73	2,17	1,81	2,59

помощи и оценку стоматологического статуса среди рабочих металлургического производства с учетом социально-гигиенических факторов.

В таблице 2 представлена динамика изменения состояния личной гигиены полости рта у лиц, подверженных профессионально-производственным факторам риска, в течение одного месяца с помощью индекса гигиены Грина-Вермиллиона с использованием предложенных им средств личной гигиены и разработанных программ гигиенической профилактики.

Цифровые показатели индекса Грина-Вермиллиона снизились через 4 недели в 1 группе с 3,63 до 1,55; в 3 группе - за аналогичный период - с 3,59 до 1,39. В контрольной группе сдвиг произошел с 3,62 до 1,63. В 1 группе выявлено повышение уровня гигиены полости рта с плохой до удовлетворительной; в 3 группе - с плохой до удовлетворительной, а в контрольной группе значительных изменений не выявлено.

Максимального эффекта достигла 3 группа, показатели которой увеличились на 63,51%. Предложенные профилактические программы показали улучшение гигиенического статуса у обследованных лиц. После каждого исследования в 1,2 и 3 группах отмечалось повышение качества гигиены полости рта. Через 3 месяца выявлены более значительные улучшения, в дальнейшем так же наблюдаем снижение показателей индекса, в отличие от 4 группы. Таким образом, максимального эффекта достигла 3 группа, показатели которой достигли максимальных значений. Предложенные профилактические программы показали улучшение гигиенического статуса у обследованных лиц.

Большое значение для данного контингента имеет улучшение условий труда, индивидуальная профилактика и регулярные лечебно-профилактические осмотры врачом-стоматологом и санпросветработой. В первую очередь это устранение этиологического

фактора, улучшение технологических процессов, обязательное соблюдение правил техники безопасности и использование средств индивидуальной защиты. Практическая медицина располагает опытом применения различных методик профилактики стоматологических заболеваний, включающих проведение индивидуальной и профессиональной гигиены, воздействие средствами, повышающими резистентность организма, и многие другие. Проблема предупреждения возникновения и развития стоматологических заболеваний остается актуальной и на сегодняшний день. Принятие специфических организационных мероприятий могут либо полностью исключить эту проблему из списка приоритетной, либо значительным образом уменьшить число обращений к врачам-стоматологам по поводу острой боли. Осуществление профилактических стоматологических программ во многом зависит от мотивации к поддержанию здоровья и от уровня гигиенической культуры всех слоев населения.

В последнее время все чаще используют средства гигиены полости рта, обладающие противовоспалительными свойствами за счет входящих в их состав активных компонентов. На рынке появляется все больше таких профилактических средств, они приходят на смену гигиеническим эликсирам и бальзамам, и все шире используются на практике, наряду с фармакологическими препаратами. Стоматологическая заболеваемость в нашей стране, является достаточно высокой, и следует ожидать дальнейшего повышения, если не будут изменены в благоприятном направлении условия, влияющие на развитие заболеваний полости рта, и не улучшится качество оказания стоматологической помощи, которая зависит от многих объективных и субъективных факторов (Лентьев В.К., 2000; Лукиных Л.М., 2005; Пергатый Н.А., 2010, Kassie F, Darroudi F, Kiindi M., 2001).

Проблема гиперчувствительности зубов у беременных

Статья по докладу на Научно-практической конференции Ассоциации Гигиенистов стоматологических Санкт-Петербурга и Ленинградской области – от 27 февраля 2016г.

О.В. Калинина, к.м.н.

Кафедра стоматологии профилактической ПСПбГМУ имени И.П. Павлова

И.П. Павлова, В.Е. Кириллова

студентки 3 курса стоматологического факультета ПСПбГМУ имени И.П. Павлова

Дополнительная нагрузка, которую испытывает организм женщины во время беременности, нередко является пусковым фактором, приводящим к возникновению или прогрессированию заболеваний тканей пародонта и гиперестезии дентина (Копейкин В.Н., Кушлинский Н.Е., 1995; Данилевский Н.Ф., Сидельникова Л.Ф., 1998; Копчак О.В., 2006). В связи с этим анализ данных о причинах возникновения гиперестезии в период беременности является актуальной проблемой современной стоматологии.

В связи с беременностью в 71,40% случаев женщины отмечают ухудшение стоматологического здоровья, а именно: появление новых кариозных полостей, кровоточивости дёсен, гиперчувствительности твердых тканей зубов (Сосулина Л.Л., Мосеева М.В., 2008). Нередко у беременных женщин, особенно при ранних и поздних токсикозах, определяются некариозные поражения в виде клиновидных дефектов и вертикальной патологической стираемости зубов, одним из симптомов которых является гиперсенситивность интактных зубов к химическим, термическим и механическим раздражителям (Касибина А.Ф., 1973).

Существует немало причин для зубной чувствительности во время беременности, и стоматолог должен произвести дифференциальную диагностику для обеспечения постановки правильного диагноза гиперчувствительности дентина и устранения той из

многих причин, которая вызвала данный симптом (Юдина Н.А., 2010). Низкие показатели стоматологического здоровья и ухудшение стоматологического статуса в период беременности указывают на необходимость более тщательной диагностики всех факторов риска основных стоматологических заболеваний и реализацию всех этапов лечебно-профилактических мероприятий в период беременности на основании результатов полного комплексного обследования (Жаркова О.А., Дубовец А.В., Полякова Д.Д., 2014). Именно по этой причине нашей целью стало изучение особенностей этиологии гиперчувствительности зубов у беременных. Стимуляция обнаженного дентина холодом, теплом, механическим или химическим фактором в соответствии с теорией возникновения болезненной реакции путем изменения давления внутри дентинных канальцев, создаёт движение жидкости, которое влияет на сенсорное восприятие. Этот механизм будет передавать импульс к пульпе и ее нейронам, после чего будет сигнализировать о нем мозгу, который в свою очередь будет переводить его как боль. Оголение дентина в ротовой полости обусловлено двумя основными причинами: когда эмаль истончается в результате истирания, истощения, эрозии и через рецессию десны из-за возраста, патологий пародонта, неправильных методов чистки зубов или использования неправильно подобранных предметов инди-

видуальной гигиены (Roy Abou Fadel, 2011). Изменения предпочтений в питании, рвота и привычная для конкретной женщины гигиена полости рта во время и после беременности играют важную роль в прогрессировании гиперчувствительности зубов. Беременные женщины едят больше и чаще чем обычно, способствуя уменьшению pH в течение дня и развитию кариеса и некариозных поражений. В 39,20% случаев наблюдаются изменения вкусовых пристрастий во время беременности: в 71,42% увеличилось употребление сладкого, в 44,64% – солёного, в 30,35% – кислого. Отсутствие мотивации к чистке зубов из-за частых рвотных позывов, распространённое мнение, что ухудшение состояния зубов во время беременности является неизбежным и неправильные методы чистки зубов вместе с гормональными изменениями могут также вызвать воспаление десен. Последствиями являются как развитие, так и обострение существующего пародонтита, рецессия десен и как следствие увеличение дентинной гиперчувствительности (Юдина Н.А., 2010). Существует корреляция между гормональными изменениями во время беременности и в общем состоянии здоровья. Первичные изменения связаны с увеличением содержания в крови эстрогена и прогестерона, что усиливает способность тканей десны реагировать на содержимое зубного налёта. Гормонзависимое увеличение кровотока во время беременности может являться причиной чувствительных, припухших десен. Поэтому горячие и холодные продукты могут вызвать гиперчувствительность, даже если пациентка никогда не испытывала её раньше. По данным Американской ассоциации беременности, гормоны при беременности могут реально влиять на то, как организм женщины реагирует на инфекционные агенты, в том числе на бактерии, которые могут привести к заболеваниям пародонта и – как следствие – к болевым ощущениям в зубах и дёснах. (Curtis J., 2011) Эндогенные гормоны являются фактором, который во время беременности способствует изменению микрофлоры в зубной бляшке и изменению клеточной иммунной функции (Maggiotti, 2005).

Возникший во время беременности кариес протекает остро, с обширным поражением твёрдых тканей зубов. Наиболее часто поражается пришеечная область нижних фронтальных зубов, а также верхних премоляров и моляров. При локализации кариозных полостей в пришеечной области нижних фронтальных зубов, а также на боковых зубах обнаруживаются плоскостные дефекты эмали с обширным размягчением твердых тканей зубов. При такой локализации отмечается выраженная болезненность от различных раздражителей, что затрудняет чистку зубов, и, в свою очередь, способствует возникновению и усугублению течения воспалительных процессов краевого пародонта (Успенская О.А., Шевченко Е.А., Казарина Н.В., 2008). Этиология и патогенез некроза твердых тканей зубов до конца не выяснены. Такие поражения возникают у некоторых женщин в период беременности или после неё. Особенно интенсивны поражения при сочетании тиреотоксикоза с патологически протекающей беременностью. Пациентки жалуются на боли от температурных, механических, химических раздражителей, быстро проходящие после их устранения (Михальченко В.Ф., Алешина Н.Ф., 2005). С появлением желтого тела в организме женщины отмечаются дегенеративные изменения и десквамация поверхностного слоя эпителия десны, вследствие чего она вовлекается в воспалительный процесс под влиянием местных раздражителей (Чучмай Г. С., 1969). По данным исследования в 2010 году, опубликованного в журнале «Естественные науки, биология и медицина», беременные женщины более восприимчивы к заболеваниям десен, которые также могут быть катализатором для преждевременных родов (Curtis J., 2011). Проведенные клинические исследования выявили значительную распространенность заболеваний тканей пародонта среди беременных. Так, уже в I триместре 59,8 % женщин из всех обследованных имели хронический катаральный гингивит, 2,4 % – гипертрофический гингивит и 24,4 % – генерализованный пародонтит. Распространенность гиперчувствительности зубов при хроническом катаральном гингивите у беременных женщин составляла 68 %, а при

генерализованном пародонтите она значительно увеличивалась и достигала 94 % (Копчак О.В., 2013).

Поражению подлежали зубы как в одном, так и в нескольких секстантах зубных рядов. На протяжении беременности отмечали увеличение как количества зубов, пораженных гиперчувствительностью, так и интенсивности болевых ощущений (таблица 1).

Частота генерализованных форм гиперестезии зубов у беременных существенно доминировала над частотой локализованных форм независимо от пародонтального диагноза. В частности, индекс распространенности гиперестезии зубов (ИРГЗ) прогрессивно увеличивался до III триместра беременности, и хотя после родов у большинства пациенток отмечали стабилизацию процесса, количество пораженных зубов оставалось достоверно ($p < 0,05$) большим, чем в I триместре беременности. Подобная динамика была характерна и для интенсивности гиперестезии зубов. За период беременности индекс интенсивности гиперестезии зубов (ИИГЗ) увеличивался в среднем с 1,8 до 2,3 балла ($p < 0,05$) и почти не изменялся во время лактации. Сила болевых ощущений за период наблюдения существенно возрас- тала. В I триместре в большинстве случаев гиперестезия зубов проявлялась в виде ощущения незначительного дискомфорта в пришеечной области, на которую пациентки почти не обращали внимания. Диагноз гиперестезии зубов устанавливали только при тщательном клиническом обследовании. Однако уже в III триместре большинство пациенток характеризовали ощущение как

боль или сильный дискомфорт, особенно интенсивный при действии температурных и тактильных раздражителей. Таким образом, можно констатировать, что у беременных женщин происходит одновременное прогрессирование заболеваний тканей пародонта и гиперестезии зубов, характеризующееся однотипной динамикой, заключающейся в существенном ухудшении состояния до III триместра беременности с постепенной, но не окончательной стабилизацией после родов, которая может принимать затяжное хроническое течение с частыми периодами обострения. Одним из возможных механизмов, приводящих к развитию данных заболеваний, является усиление изменений кальций-фосфорного обмена во время беременности, приводящих к снижению минеральной плотности костной ткани скелета, что обуславливает возникновение и прогрессирование гиперестезии зубов и заболеваний тканей пародонта (О.В. Копчак, 2013).

Гиперчувствительность зубов у беременных может развиваться вследствие: общих гормональных изменений и обострения хронических процессов на их фоне; снижения значений pH в ротовой полости из-за рвоты при токсикозе, изменении рациона питания на основании вкусовых пристрастий беременной; изменений кальций-фосфорного обмена, приводящих к снижению минеральной плотности тканей скелета, в том числе твердых тканей зуба; развития кариозных процессов, в том числе быстропрогрессирующего кариеса; развития некариозных процессов, в т.ч. клиновидных дефектов, некроза эмали; развития заболеваний пародонта, в том числе гингивита, пародонтита.

Определена актуальность оценки такого клинического состояния как гиперсенситивность зубов в период беременности, значение которой не полностью осознано многими практикующими стоматологами, оставаясь не диагностированной. Задачей врача-стоматолога на приеме беременной пациентки, жалующейся на гиперчувствительность зубов, является верно диагностировать причину гиперчувствительности для назначения эффективного лечения.

Динамика распространности и интенсивности гиперестезии у женщин во время беременности и лактации

Таблица 1

ГД	Триместры беременности			Лактация
	I	II	III	
ИРГЗ, %	30,6 ±1,29	34,4 ±1,47*	36,03 ±1,39*	35,7 ±1,4*
ИИГЗ, баллы	1,8 ±0,05	2,0 ±0,05*	2,3 ±0,06*	2,2 ±0,06*

Использование бальзамов для десен при лечении воспалительных заболеваний пародонта

С.Б. Улитовский, проф., зав.каф.*

В.В. Тэц, проф., зав.каф.**

А.В. Антипова, ассистент*

А.А. Доморад, ст.н.с., к.б.н.**

О.М. Яковлева, вр.высш.кат.**

* Кафедра профилактической стоматологии¹

** Кафедра микробиологии¹

¹ ГБОУ ВПО «Первый Санкт – Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ России, Санкт – Петербург (197022, г. Санкт – Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8).

Воспалительные заболевания пародонта являются одной из наиболее актуальных проблем в стоматологии и занимают второе место по частоте и распространенности среди всех стоматологических заболеваний.

Воспаление в тканях пародонта чаще всего носит хронический характер и может бессимптомно развиваться в течение многих лет при отсутствии надлежащего лечения.

Лечение заболеваний пародонта основывается на индивидуальном подходе к каждому пациенту с учетом данных общего состояния здоровья и стоматологического статуса. В связи с этим лечение всегда носит комплексный, целенаправленный характер, а именно наряду с основным лечением надо проводить индивидуальную гигиену полости рта (ИГПР) с применением различных средств оральной гигиены. Хорошая гигиена полости рта и правильно подобранные средства оральной гигиены позволяют добиться существенно лучших результатов в процессе лечения. С этой целью проводилось исследование применения бальзамов для десен при лечении ВЗП. Для этого использовался бальзам «DiaDent».

Бальзам «DiaDent» разработан для применения у лиц с сахарным диабетом с целью улучшения гигиены полости рта и стабилизации гигиенического и пародонтологического статусов. В состав бальзама входят следующие активные компоненты: биосол, бетаин, фитоэкстракт эхинацеи, метилсалицилат и ментол, которые оказывают очищающее, противовоспалительное, кровеостанавливающее, противоотечное действия на мягкие ткани полости рта.

Материал и методы исследования

В исследовании бальзама для десен «DiaDent» принимали участие пробанты в возрасте от 23 до 40 лет. Они были разделены на две группы по 20 человек: первую группу составили пробанты с заболеваниями тканей пародонта средней степени тяжести, без общей соматической патологии (контрольная группа); вторую группу – пробанты с заболеваниями тканей пародонта средней степени тяжести, на фоне сахарного диабета (основная группа). Пробанты подбирались с максимально близким состоянием тканей пародонта на начальном этапе исследова-

ния. Участники не имели никаких медицинских противопоказаний и обязались пользоваться только выданным им средством, о чем было составлено информированное согласие. Бальзам использовался пробантами самостоятельно 2 раза в день (утром и вечером) в течение 30 дней. Повторные осмотры проводились еженедельно.

Исследованию предшествовал недельный подготовительный период, во время которого всем пробантам был проведен инструктаж по уходу за полостью рта и ознакомление каждого участника с правилами пользования исследуемого бальзама для десен.

В исследовании оценивались следующие показатели: индекс гигиены Грина - Вермиллиона (1964), индекс РМА (Рампа, 1960), индекс кровоточивости по Мюхлеман и Сон (1971).

Определение очищающего эффекта проводилось по следующей формуле:

$$\text{Очищающий эффект (\%)} = \frac{100 \times [\text{ИГ}_0 - \text{ИГ}_n]}{\text{ИГ}_0}$$

где ИГ₀ – в начале исследования, до полоскания;

ИГ_n - через n-число недель исследования, на последнем осмотре.

По аналогичной формуле проводился расчет противовоспалительной и кровеостанавливающей эффективности.

Результаты исследования

В табл. 1 представлены результаты определения состояния гигиены полости рта в исследуемых группах, в динамике, на протяжении всего периода исследования с помощью индекса гигиены Грина-Вермиллиона.

Из табл. 1 видно, что значение индекса гигиены Грина – Вермиллиона за весь период исследования в первой группе изменился с 2,74 до 1,56, во второй группе - с 2,67 до 1,41. В табл. 2 сведены данные расчета очищающего эффекта по индексу гигиены Грина-Вермиллиона.

Из табл. 2 видно, что очищающий эффект в первой группе изменился с 10,6 % до 43,0 %, тогда как во второй группе - с 14,6% до 47,2%.

В табл. 3 представлены результаты изменения состояния мягких тканей пародонта по индексу РМА.

Из табл. 3 видно, что цифровые значения индекса РМА снизились в первой группе с 2,53 до 1,53, во второй группе - с 2,49 до 1,45.

В табл. 4 представлены результаты расчета противовоспалительной эффективности по пародонтальному индексу РМА.

Из табл. 4 видно, что противовоспалительная эффективность постепенно увеличилась в первой группе с 5,5% до 39,5%, во второй группе - с 5,6% до 41,7%.

Динамика показателей индекса гигиены Грина – Вермиллиона в течение всего периода исследования

Таблица 1

Исследуемые группы	Период определения индекса гигиены Грина – Вермиллиона				
	Исходное	Через 1 неделю	Через 2 недели	Через 3 недели	Через 4 недели
1	2,74	2,45	1,87	1,63	1,56
2	2,67	2,27	1,98	1,79	1,41

Динамика очищающего эффекта по индексу гигиены Грина - Вермиллиона в течение всего периода исследования

Таблица 2

Исследуемые группы	Динамика очищающего эффекта (%)			
	Через 1 неделю	Через 2 недели	Через 3 недели	Через 4 недели
1	10,6	31,7	40,5	43,0
2	14,6	25,8	32,9	47,2

Динамика показателей индекса РМА в течение всего периода исследования

Таблица 3

Исследуемые группы	Период определения индекса РМА				
	Исходное	Через 1 неделю	Через 2 недели	Через 3 недели	Через 4 недели
1	2,53	2,39	2,25	1,64	1,53
2	2,49	2,35	2,15	1,53	1,45

Динамика противовоспалительной эффективности по индексу РМА в течение всего периода исследования

Таблица 4

Исследуемые группы	Динамика противовоспалительной эффективности (%)			
	Через 1 неделю	Через 2 недели	Через 3 недели	Через 4 недели
1	5,5	11,1	35,2	39,5
2	5,6	13,6	39,5	41,7

В табл. 5 представлены результаты определения цифровых показателей индекса кровоточивости по Мюхлеман и Сон.

Из табл. 5 видно, что динамика изменения индекса кровоточивости в первой группе изменилась с 2,75 до 1,71, во второй группе – с 2,69 до 1,74 к концу исследования.

В табл. 6 сведены результаты расчета кровеостанавливающей эффективности по индексу кровоточивости.

Из табл. 6 видно, что кровеостанавливающая эффективность за период исследования в первой группе изменилась с 5,5% до 37,8%, во второй группе – с 7,4% до 35,3%.

Обсуждение полученных результатов

В результате проведенного исследования было установлено, что за весь период в контрольной и основной группах происходило снижение значений цифровых показателей индекса гигиены Грина – Вермиллиона, индекса РМА и индекса кровоточивости по Мюхлеман и Сон. Данные изменения значений показателей индексов сопровождалось одновременно увеличением значений очищающего эффекта, противовоспалительной и кровеостанавливающей эффективности. Это связано с тем, что в своем составе бальзам для десен содержит такие активные ком-

Динамика показателей индекса кровоточивости по Мюхлеман и Сон в течение всего периода исследования

Таблица 5

Исследуемые группы	Период определения индекса кровоточивости по Мюхлеман и Сон				
	Исходное	Через 1 неделю	Через 2 недели	Через 3 недели	Через 4 недели
1	2,75	2,60	2,31	1,89	1,71
2	2,69	2,49	2,24	1,87	1,74

Динамика кровеостанавливающей эффективности по индексу кровоточивости по Мюхлеман и Сон в течение всего периода исследования

Таблица 6

Исследуемые группы	Динамика кровеостанавливающей эффективности (%)			
	Через 1 неделю	Через 2 недели	Через 3 недели	Через 4 недели
1	5,5	16,0	31,3	37,8
2	7,4	16,7	30,5	35,3

поненты, как биосол, бетаин, фитоконцентрат эхинацеи, которые оказывают очищающее, противовоспалительное и кровеостанавливающее и противоотечное действия на состояние мягких тканей пародонта, что способствует улучшению гигиенического и пародонтологического статусов пациента. Пробанты не отмечали неприятных ощущений в течение всего периода использования бальзама.

Выводы

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы: бальзам для десен имеет нейтральный вкус, хорошо переносится пациентами. Клинически подтверждено очищающее, противовоспалительное, кровеостанавливающее действия бальзама, что подтверждается полученными результатами цифровых показателей изучаемых индексов. Причем он был более активен в контрольной группе, чем в основной, что очевидно связано с особенностями течения

сахарного диабета. Таким образом, бальзам для десен «DiaDent» может быть рекомендован для использования в качестве средства оральной гигиены для проведения ИГПР при комплексном лечении ВЗП лицам, имеющим воспалительные заболевания тканей пародонта, как без общей сопутствующей патологии, так и лицам, с сахарным диабетом, с целью достижения более эффективных результатов лечения.

Февральские встречи: Одиннадцать лет мы вместе

С.Б. Улитовский

профессор,
президент Ассоциации Гигиенистов стоматологических СПб и ЛО,
председатель секции Коммунальной гигиены и профессиональной гигиены СТАР

52

На протяжении уже одиннадцати лет мы проводим научно-практическую конференцию посвященную вопросам профилактики стоматологических заболеваний. Февральские встречи в Санкт-Петербурге – это уже традиционная конференция, которая стала привычной и для города и для СТАР, так как в ней принимают участие представители различных областей стоматологии, включая профилактическую стоматологию, под эгидой секции «Коммунальной стоматологии и профессиональной гигиены» СТАР. Направленность конференции говорит сама за себя – это стремление сохранить и укрепить стоматологическое здоровье населения страны всеми доступными методами и средствами профилактики. В этом году конференция состоялась 27 февраля в седьмой (самой большой) аудитории университета. Выбор аудитории был не случаен, он был обусловлен, повышающимся с каждым годом, интересом к проводимому мероприятию. Характерной особенностью наших конференций является их воспитательная направленность, что связано с огромной потребностью формирования у молодого поколения специалистов ответственного отношения к специальности и особенно пациентам, с которыми они работают. В этой связи мы не могли не затронуть такие важные для сегодняшнего дня вопросы, как: профессионализм, знания, человечность, ответственность (ответственность перед пациентами, перед сослуживцами, перед коллегами), сопереживание и соучастие, без этих качеств ни когда не получится настоящего специалиста! Именно по этой причине мы видим столько врачебных ошибок, халатное отношение к пациентам и выполняемой работе, к своему

рабочему месту. Какой может получиться специалист из человека, который не владеет знаниями по базовым предметам – анатомии и патологической анатомии, физиологии и патологической физиологии и другим дисциплинам, формирующим профессиональное мышление врача.

11 лет – это много или мало? Как правильно ответить на этот вопрос? Наверно, по сравнению с вечностью – это ничтожное мгновение, а если с жизнью человека, то это достаточно большой промежуток времени. Особенно приятно осознавать, что потратили его не даром, а целенаправленно воспитывая новые поколения врачей с чувством заботы и ответственности за здоровье и жизнь пациентов. С чего все начиналось? С издания Приказа №33 МЗ РФ от 06.02.2001 «О введении специальности «Стоматология профилактическая», по квалификации «Гигиенист стоматологический». Эта специальность официально появилась в 2001 г. Появление новой специальности – гигиенист стоматологический, явилось большим вкладом в процесс профилактики стоматологических заболеваний среди населения страны. Введение данной специальности делает профилактику максимально индивидуализированной, за счет персональной оценки стоматологического и гигиенического статусов конкретного индивидуума, составления ему «Индивидуальной Гигиенической Программы Профилактики Стоматологических Заболеваний по Улитовскому». Из-за высокой загруженности лечебной работой, стоматолог общается с пациентом крайне мало. Однако, в большинстве своем, специалисты, редко говорят с пациентами о профилактике заболеваний.



Рис. 1. Перед началом Чемпионата была проведена небольшая образовательная конференция посвященная актуальным вопросам профилактики.



Рис. 2. Вопрос нейтрализации кислот – новый и важный подход к решению проблем кариесологии и пародонтологии.

4-й чемпионат профессионального мастерства среди студентов гигиенистов стоматологических СПб состоялся 30 мая 2015 г. Чемпионат проходил на территории НИИ Стоматологии и ЧЛХ при ПСПбГМУ.

На протяжении последних нескольких лет АГС СПб и ЛО проводила Чемпионат профессионального мастерства среди гигиенистов стоматологических города и области. Из года в год мы отмечали одни и те же ошибки, одни и те же недочёты. Каждый год мы описывали их в профессиональных журналах, но грабли так и продолжали лежать на земле, а участники, из года в год продолжали, с каким-то патологическим упорством на них наступать.

Рис. 3. С чего начинается знакомство с пациентом?



Это и послужило причиной перейти от Чемпионатов ГС к Чемпионатам студенческим, т.к. Хочется видеть какие-то результаты, а не выслушивать крайне неквалифицированные рекомендации ...и думаешь откуда все это взялось... Вроде бы читаем лекции... проводим занятия... пишем учебники и учебные пособия... А УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ СТАНОВИТСЯ ВСЕ

Вывод по всем участникам можно сделать один – требуется больше внимания уделять развитию мануальных навыков и организации рабочего места. Кроме того, следует отметить, что теоретические знания были далеки от совершенства. Причем, виной этому скорее должен быть достаточно низкий уро-

Рис. 4. Контролируемая чистка зубов лучше всего помогает отработать необходимые навыки по гигиене полости рта.





Рис. 5. Благодаря компаниям – спонсорам были предоставлены необходимые средства оральной гигиены для пациентов, чтобы с их помощью оценить гигиенические навыки пациентов. После проведения этой оценки, пациенты получали данные средства в подарок. За что мы сердечно признательны спонсорам!

вень школьной подготовки и плохо тренированная память. Большинство студентов показали недостатки логического мышления при решении практических задач.

Из всего это следует сделать выводы, что:

- проводить подобные чемпионаты необходимо, чтобы выявлять недостатки в практической и теоретической подготовке студентов;
- они способствуют наглядной демонстрации самим участникам реального уровня их знаний и умений;
- подобные мероприятия лишают их участников и наблюдателей эйфории по поводу их профессиональных навыков;

Рис. 6. В какой последовательности надо правильно провести осмотр пациента, что и когда сказать и сделать – вот слагаемые успешного представления себя и своих навыков.



- они напротив демонстрируют все слабые места конкурсантов;
- они свидетельствуют о низком уровне контактности студента-гигиениста с пациентом, даже если он знает этого пациента;
- необходимо повышать уровень межличностных взаимоотношений направленных на совершенствования отношений, как внутри профессионального коллектива, так и при работе с пациентом.

Рис. 7. Как должен быть одет специалист, чего не хватает в его облике, что с его внешним видом – на эти и многие другие вопросы ищут ответа члены жюри Чемпионата. А вот, всегда ли им это удастся? Вопрос остается открытым... В нашей специальности нет мелочей, и вернее, из мелочей и складывается наша работа! Нельзя пренебрегать этими моментами, если вы стремитесь к профессионализму и овладению своей специальностью.

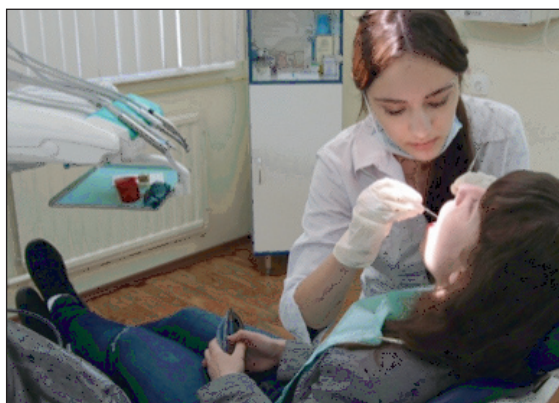




Рис. 8. Профессиональная литература – немаловажный фактор в освоении специальности. Мы благодарны компаниям «Colgate-Palmolive», «Proctor & Gamble», фирме «Вита», ФК «Вертекс», ООО «СПЛАТ-КОСМЕТИКА» предоставивших подарки для награждения победителей и участников.

Однако ... ТРУДНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ЧЕМ ЗАКОНЧИТСЯ СУДЬБА СПЕЦИАЛЬНОСТИ, ЕСЛИ ГИГИЕНИСТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ СВЕДУТ ВСЮ СВОЮ РАБОТУ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО К АППАРАТНОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ... **СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ДОЛЖНА РАЗВИВАТЬСЯ...**

Мы продолжаем внедрять образовательные программы среди школьников младших классов и воспитанников детских садов. Но делать это становится всё сложнее:

Рис. 9. В разных возрастных группах – разные подходы. Даже в одной и той же школе, но в разных классах мы ищем оптимальные решения по стоматологическому просвещению.



- Основная проблема – человеческий фактор;
- 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 примитивный материал, который предназначен для данного контингента;
- Все это настораживает..

Разные школы, разные детские сады, причем не только по их оснащенности, но ...мы должны находить общий язык с любым контингентом и подстраивать под него свои образовательные программы.

Лицам с высшим фармацевтическим и медицинским образованием, в соответствии с приказом министра МЗ РФ №239н от 19 марта 2012 г, можно сдать экзамен и получить выписку из протокола экзаменационной комиссии, которая позволяет работать в качестве мед. сестер и гигиенистов стоматологических. Данное положение связано со сложностями в комплектации средним медицинским персоналом в Центрах Здоровья. На сегодняшний день отношение к профилактической стоматологии меняется и мы начинаем понимать её значимость для общества в целом и для каждого человека в отдельности.

Рис. 10. Более сложные подходы у детей с различными уровнями здоровья. У слабослышащих детей без помощи сурдопереводчика не обойтись.



Первая Школьная Олимпиада Здоровья

С.Б. Улитовский,

заслуженный врач РФ, заслуженный стоматолог СтАР
д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии профилактической
зам. директора по научной работе НИИ Стоматологии и ЧЛХ*

А.А. Васянина, к.м.н., доцент*

А.А. Леонтьев, к.м.н., доцент*

О.В. Калинина, к.м.н., доцент*

* ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

56

8 апреля в помещении актового зала школы № 197 г. Санкт-Петербурга была проведена Первая Школьная Олимпиада Здоровья среди школьников 8 – 10 классов по комплексу предметов – биология, физиология, валеология и здоровый образ жизни. В Олимпиаде участвовали команды школ №№ 183, 193 и 197 г. Санкт-Петербурга.

В жюри Олимпиады вошли: Гембель Татьяна Петровна, директор школы №197; Ермолаева Людмила Александровна, проф., д.м.н., зав.кафедрой терапевтической стоматологии СПбГУ, заслуженный врач РФ; Пуговкин Андрей Петрович, проф., д.б.н., СПбГМПУ; Ва-

сянина Анна Анатольевна, доц., к.м.н.; Калинина Ольга Владимировна, доц., к.м.н.; Леонтьев Александр Александрович, доц., к.м.н. Председатель жюри и организационного комитета: Улитовский Сергей Борисович, проф., д.м.н., заслуженный врач РФ, заслуженный стоматолог СтАР, зав.кафедрой стоматологии профилактической, зам.директора по научной работе НИИС и ЧЛХ. Фотографии – Шевцов Александр.

Для проведения олимпиады была разработана Программа Школьной Олимпиады Здоровья, которая включала в себя:

Рис. 1. Главные призы Олимпиады



Рис. 2. Приветственное слово директора школы №197 Т.П. Гембель и поздравление команд с открытием Олимпиады.

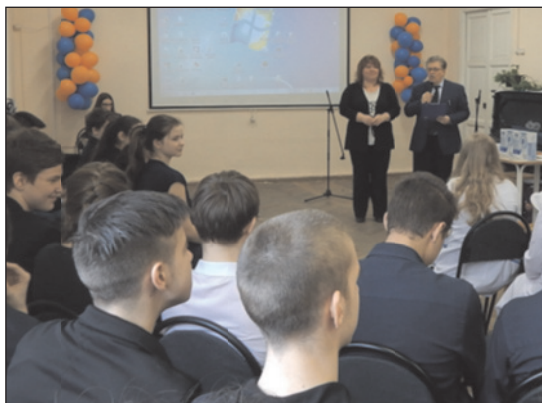




Рис. 3. Перейдем к приветствию команд.



Рис. 4. Приветствие команды школы № 197.



Рис. 5. Приветствие команды школы № 193.



Рис. 6. Приветствие команды школы № 183.



Рис. 7. Домашнее задание команды школы №197



Рис. 8. Откройте рот!

1. Приветствие команд;
2. Домашнее задание;
3. Конкурс Капитанов;
4. Интеллектуальный Конкурс Вопросов-От-
ветов;

5. Творческое задание (жеребьевка непосредственно перед юмористический/танцевальный номер, хореографический/пантомима).
6. Подведение итогов.
7. Награждение участников.



Рис. 9. А, что нам скажут доктора?!



Рис. 10. Домашнее задание школы №193.



Рис. 11. Конкурс капитанов команд.



Рис. 12. Группа поддержки переживает.



Рис. 13. Время «Интеллектуального конкурса».



Рис. 14. Надо успеть решить все задания.

Из программы видно, что приветствие команд и домашнее задание готовились заранее в школьных условиях. Чтобы реализовать этот план, мы заранее, за полтора месяца до предполагаемой даты Олимпиады

собрали капитанов команд для жеребьевки, т.е. чтобы определиться с домашними заданиями.

Домашнее задание включало следующие темы: 1. Стоматологическое здоровье, как со-



Рис. 15. Жюри в задумчивости!?



Рис. 16. Работа Мысли!



Рис. 17. Репетируем и обсуждаем.



Рис. 18. Мы Победим!!!



Рис. 19. Творческий конкурс.



Рис. 20. Жюри совещается!!!

ставная часть здорового образа жизни; 2. Снять фильм на актуальную тему; 3. Марш здоровья - проход с плакатами на тему здоровья; 4. Живая пицца - конкурс о продуктах; 5. Пицца - это жизнь: конкурс кулинаров; 6.

Приготовление красивой, питательной сбалансированной пиццы; 7. Физвоспитание и физзарядка - строим свое здоровье. Конкурс капитанов заключался в ответе на вопросы по биологии, физиологии, валео-



Рис. 21. Решение принято!
Огласите весь список!



Рис. 22. Третье место получила команда
школы №183.



Рис. 23. Второе место досталось команде
школы №193.



Рис. 24. Первое место завоевала команда
школы №197. Кроме командного конкурса
проводился как бы внутренний конкурс
на самого активного участника Заклю-
чительного этапа Олимпиады.

логии и здоровому образу жизни. Основное, капитаны должны были быстро сообразить, что надо ответить и начать отвечать первым. Однако, начав отвечать не всегда жюри слышало правильный ответ. Адреналин зашкаливал! Море эмоций!

Основное, чего нам хотелось добиться в результате проведения Олимпиады – это достучаться до сознания школьников и показать, что из школы они должны вынести базовые знания, которые им позволят не только поступить, но и дальше учиться в университете. Чтобы заниматься в Университете и успевать по всем предметам необходимо иметь хорошие крепкие знания по тем пред-

метам, которые лягут в основу будущих основополагающих университетских знаний. Каждый учебный этап даёт знания, которые раскрывают возможности познания новых знаний на следующем этапе образования: школа – университет – послевузовское непрерывное медицинское образование (оно включает – ординатуру, усовершенствование) и готовит к развитию научных знаний и способностей (аспирантура – кандидатская диссертация; докторантура – докторская диссертация).

Все эти этапы способствуют становлению профессиональных навыков и умений будущих специалистов.



Рис. 25. Лебедев Анатолий,
10 класс школы №193.



Рис. 26. Шустов Марк,
10 Б класс школы №197.



Рис. 27. Петрова Полина,
9А класс школы № 183.



Рис. 28 а-б. Без подарков
не остался никто!



Благодарим за активное участие в подготовке и проведении 1 Школьной Олимпиады Здоровья: Гембель Татьяну Петровну, Ермолаеву Людмилу Александровну, Пуговкина Андрея Петровича, Васянину Анну Анатольевну, Калининну Ольгу Владимировну, Лентьева Александра Александровича, Шевцова Александра, команды и учителей школ №№183, 193, 197.

Так же мы выражаем свою признательность компаниям, которые помогли нам в организации проведения этой Олимпиады и обеспечили нас подарками и призами для победителей и участников этого мероприятия. На наш взгляд все остались довольны этой

игрой и после окончания подходили и спрашивали, а когда она будет следующий раз. Основной целью этого мероприятия было помочь детям задуматься об их будущем и помочь с ориентироваться в выборе специальности. И как нам кажется, первый шаг был сделан в нужном направлении.

Профилактика – путь к стоматологическому здоровью

С.Б. Улитовский

заслуженный врач РФ,
заслуженный стоматолог СтАР,
профессор, д.м.н.,
зав. кафедрой стоматологии профилактической,
зам. директора по научной работе НИИС и ЧЛХПСПБГМУ

62

■ Четвертая межвузовская научно-практическая конференция студентов и молодых специалистов стоматологических факультетов медицинских вузов северо-западного федерального округа Российской Федерации “Профилактика – путь к стоматологическому здоровью” состоялась 18 декабря 2015 г. в 9 аудитории Первого меда. Уже на протяжении четырех лет мы проводим данное мероприятие в Санкт-Петербурге и каждый год у нас происходят определенные изменения, как в плане формата самой конференции, так и количества участников и спонсоров. Основная цель данного мероприятия привлечь молодых специалистов к участию в профессиональной и научной жизни профессионального стоматологического сообщества города, округа и всей страны. У нас проводится множество стоматологических мероприятий, активность нашего профессионального сообщества достаточно высокая, но далеко не во всех мероприятиях можно успеть поучаствовать или даже посетить. Однако принять участие в мероприятиях своего региона возможно и полезно, и как участников и как слушателей. Делая первые шаги в своей профессиональной карьере необходимо знать какие существуют мероприятия и какую пользу они могут принести в личном профессиональном совершенствовании молодого специалиста, и не только.

Стоматология – это специальность многогранная, и знать и уметь все её аспекты просто невозможно. Если человек начинает хвататься за всё подряд, то мало вероятно, что у него что-то получится хорошо, и это подтверждает сама жизнь – специалистов много, а у кого лечиться – большой вопрос. Поэтому меняются программы, требования, умения и компетенции. Все эти аспекты учебного процесса направлены на совершенствование мануальных, практических и научных знаний специалистов.

Но все ли из молодых специалистов выдерживают эти требования? И все ли они им соответствуют? Это один большой вопрос, который требует постоянного, кропотливого решения, в котором и заключается образовательный процесс. Как мы все прекрасно знаем, а мы все учились, это крайне сложный процесс, требующий постоянного совершенствования на протяжении всей трудовой карьеры специалиста. Именно по этой причине современная система усовершенствования и аккредитации/сертификации специалистов требует изменений. Эти изменения заключаются в том, что стоматология первой переходит на систему аккредитации специалистов, уже в этом году. Уже начались первые учебные мероприятия – конференции, симпозиумы и прочее в рамках формирующейся системы «непрерывного медицинского образования» (НМО) с часами и



Рис. 1. 1-я конференция студентов СЗ ФО по профилактике проходила в Городском Центре Медицинской Профилактики на Итальянской ул., СПб.



Рис. 2. Открытие конференции.

кредитами, которые необходимо накапливать ежегодно. Система сложная, до конца еще не совершенная, и безусловно, она ещё будет меняться пока мы полностью не перейдем от сертификации специалиста к его аккредитации. По этому так важно понимание, всеми участниками этого процесса в чем он заключается и что следует делать на каждом из его этапов. Именно поэтому так важно посещать профессиональные мероприятия, чтобы быть в курсе происходящих событий, которые постоянно меняются. Это подтверждается и сложностями образовательного до дипломного процесса, когда мы

начали учиться по третьему ФГОС, перешли на 3+, а теперь мы слышим разговоры о необходимости перехода на стандарт 3++, а возможно и 4. При такой смене образовательных стандартов крайне сложно придерживаться каких-то единых критериев, так как они не успевают устояться, уже меняются. В данной системе переход на бально-рейтинговую систему болонского соглашения выглядит несурзным и обременительным, тем более, как говорят наши коллеги из европейских стран, данное соглашение не выдерживает никакой критики и в рамках европейского союза, и сейчас идет речь об

Рис. 3. 2-я межвузовская научно-практическая студенческая конференция медицинских вузов СЗ ФО РФ состоялась в СПб 20 декабря 2013 г на базе ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.



Рис. 4. Групповой портрет докладчиков и членов жюри 2-й конференции.





Рис. 5. III межвузовская научно-практическая конференция стоматологических факультетов медицинских вузов СЗ ФО РФ «Профилактика – путь к стоматологическому здоровью».



Рис. 6. Докладчики 3-й конференции вместе с председателем жюри конференции проф. С.Б. Улитовским.

отказе от него, тем более, что и в Европе, далеко не все университеты и страны присоединились к нему. Очевидно, и нам самим надо подумать – так ли нам нужно участие в этом соглашении, а не мешает ли оно нашему образовательному процессу. Для кого мы готовим специалистов? Для своей страны или для стран участниц болонского соглашения? Возможно подобные подходы и убивают нашу собственную образовательную систему. Тем более, что из лучшей системы образования в мире, мы теперь имеем не понятно что...

Именно эти мысли и беспокойство за судьбу своей страны и нашего профессионального сообщества толкает нас на организацию конференций, семинаров, вебинаров и дру-

гих мероприятий, чтобы, хоть как-то, компенсировать те недостатки в нашем образовании, которые явно ограничивают профессиональное и человеческое развитие молодых специалистов. Слабый уровень памяти, отсутствие инстинкта самосохранения и полная уверенность во всеилии интернета. Непонимание того, что с нашей специальностью, когда мы работаем руками, очень часто требуется включать и голову, чтобы молниеносно принять решение. Невозможно во время операции, перед каждым последующим движением расстерилизовываться, чтобы подсмотреть в планшете, а что делать дальше? Это невозможно!

Для полноценной работы надо иметь тренированную память, чтобы помнить анатомию челюстно-лицевой области, инструменты, медикаменты и многое другое, что отличает специалиста от рядового обывателя. Именно по этой причине на становление специалиста уходят годы... в той же Америке на это уходит не менее 14 лет, при условии совершенствования на протяжении всей жизни. Существовавшая система не была такой уж нерациональной, как её пытаются выставить некоторые теоретики от образования. Может быть, если бы не плодились всевозможные курсы с такой скоростью, как это было до недавнего времени, если бы мы сами были бы чуточку более требовательными, то возможно, мы и не попали бы в эту ловушку.

Рис. 7. Регистрация участников 4-й конференции.





Рис. 8. Призы победителям.

Все эти рассуждения – результат той озабоченности, которую вызывают действия сегодняшнего Минобрнауки РФ. То что происходит с диссертационными советами... это далеко не лучшие примеры современного развития нашего общества. Напротив, сегодня, в условиях санкций против нашей страны, необходимо консолидировано подходить к защите своего отечества. Только так мы сможем защитить себя, свою специальность, свою страну.

История организации первой студенческой конференции медицинских вузов северо-западного федерального округа началась с проведения её четыре года назад в городском центре медицинской профилактики на Итальянской улице. В ней приняли участие студенты из Великого Новгорода, Архангельска и вузов Санкт-Петербурга.

В рамках конференции “Профилактика – путь к стоматологическому здоровью” мы

всегда проводим конкурс на лучшую научную работу. По результатам этого конкурса, в конце конференции, авторы лучших научных докладов получают приза, дипломы и подарки.

На 4-й конференции было представлено 17 докладов:

1. «Отчет о предшествующих межвузовских конференциях по профилактике СЗ ФО РФ» проф. Улитовский С.Б., председатель жюри.
2. «Как нейтрализовать кислоты полости рта» проф. Улитовский С.Б., доц. Васянина А.А., доц. Алексева Е.С.
3. «Электрические средства гигиены полости рта: совершенствование оральной гигиены» проф. Улитовский С.Б., доц. Васянина А.А., к.м.н. Калинина О.В.
4. «Cavitron – повышение профессиональной гигиены полости рта» проф. Улитовский С.Б. зав. каф. ПФС, доц. Васянина А.А. завуч, доц. Алексева Е.С. кафедра ПФС.



Рис. 9.
С открытием конференции поздравляет участником и гостей проф. И.Н. Антонова.

Рис. 10.
Награждение победителей: курсант ВМА Переверзев В.С.



Рис. 11. Групповой портрет докладчиков 4-й конференции и председателя жюри конкурса на лучший научный доклад проф. С.Б. Улитовского.

5. «Асепта – полезные свойства» проф. Улитовский С.Б. зав. каф., доц. Калинина О.В., доц. Леонтьев А.А., кафедра ПФС.

6. "Влияние красящих веществ на изменение цвета зубов" студент Азизов М.Н., стоматолог Лукавецкий А.А. Новгородский университет им. Ярослава Мудрого.

7. «Профилактика и выявление синдрома Костена у пациентов, с преждевременно удаленными зубами и неправильно сформированными буграми пломб» Черных А.А., 4 к, Шевчук Э.В., 2 к.

8. "Работа психолога в детском отделении городской стоматологической поликлиники", Лихтарович А. СПбГУ, ГСПЗЗ.

9. "Роль сан-просвет работы в профилактике "бутылочного кариеса". Варфоломеева А.Р., Стельмащук Н.Б. СПбГУ, ГСПЗЗ.

10. "Мотивация и характеристика навыков индивидуальной гигиены полости рта у курсантов Военно-медицинской Академии" Курсант Зк. IV факультета ВМА Переверзев В.С.

11. «Постановка зубов при протезировании полными пластиночными съемными протезами. Профилактика механических травм слизистой полости рта». Сланова А.И. СПбГПМУ.

12. «Гигиена полости рта. Начало пародонтологического лечения» Акберова Н.Р., Субанова И.Э., 4 курс, стоматологический фак-т. СПбГПМУ.

13. "Влияние средств гигиены на гиперсенситивность зубов у женщин в период беременности". студентка 389 гр. Кириллова В.Е., к.м.н. Калинина О.В. ПСПбГМУ.

14. «Аппаратурные методы профессиональной гигиены полости рта» асс. Шевцов А. ПСПбГМУ.

15. «Проблемы профилактики стоматологических заболеваний у детей с нарушением слуха» С.Б. Улитовский, проф., д.м.н. зав. кафедрой* А.Ю. Гулиева, ассистент* Н.Ю. Шевелева, к.м.н. ассистент** Н.П. Ванчакова проф., д.м.н. зав. кафедрой*** И.В. Тельнюк к.п.н доцент****Кафедра профилактической стоматологии,**Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний,***Кафедры педагогики и психологии ПСПбГМУ.

16. "Стоматологические проблемы у ВИЧ-инфицированных больных". Рахмонова Манижа, 394 гр., Ковеленова М.Т.

17. «Метод кристаллографии при выявлении патологии органов тканей головы и шеи» вр. Донская Ольга Сергеевна, к.т.н. Шабалин В.В., кафедра пропедевтики стом.заб-й ПСПбГМУ; НИИ Ухо-горло-носа и речи.

Тематика докладов была разнообразной, но их объединяло единое стремление авторов докладов – познать природу стоматологических заболеваний и с помощью новых, современных методов профилактики помочь пациентам сохранить улыбку на всю жизнь.

Роль системы Дентсплай в проведении профессиональной гигиены

С.Б. Улитовский,
профессор, д.м.н.
заведующий кафедрой *
заместитель директора по науке **

Леонтьев А.А.,
доцент, к.м.н. *

Шевцов А.,
ассистент *

* Кафедра стоматологии профилактической

** НИИ Стоматологии и ЧЛХ ПСПбГМУ

Проблема правильной, качественной и безопасной профессиональной гигиены полости рта сохраняется во все времена. Чем хуже люди ухаживают за своей полостью рта, тем выше потребность в проведении процедуры по удалению зубных отложений. Потребность в профессиональной гигиене постоянно увеличивается, что обусловлено тем, что население ленится проводить гигиенические мероприятия, а если и проводит их, то с очень низкой эффективностью. После таких мероприятий большая часть налета остается на зубах и превращается в зубной камень, что само по себе запускает механизм развития кариеса и заболеваний пародонта. Для проведения качественной профессиональной гигиены полости рта необходимо правильно ориентироваться в тех средствах и инструментарии, которые для этого используются.

Из классификации типов скейлинга видно, что существует: Ультразвуковой скейлинг к которому относятся – магнитострикционная и пьезоэлектрическая технологии; Звуковой скейлинг.

Звуковой скейлинг представляет собой сжатый воздух приводящий в движение кончик

насадки с частотой от 2.5 до 16 кГц; 1-3 уровнями мощности; круговыми движениями насадки; у которой все стороны активны. Отрицательными качествами данного метода являются: более травматичная обработка по отношению к твердым тканям зуба; только встроенные в стоматологическую установку – необходимость свободной воздушной линии.

Рис. 1. Классификация типов скейлинга





Рис. 2. Вид корня зуба и размеры, необходимые для понимания величины удаляемого цемента

Для этого важно знать какая происходит убыль цемента в микронах при обработке разными техниками: при ультразвуке 12мкр.; звуковом скейлере 94 мкр.; кюрете 109 мкр.; алмазном боре 119 мкр.

При пьезоэлектрической технологии переменный электрический ток подаётся на кристалл кварца, расположенный в наконечнике, изменения размера вызывают вибрацию (линейные колебания насадки).

При данной технологии линейные движения кончика насадки и используется в работе только латеральная поверхность насадки (рис. 4).

Магнестрикционная технология - электрический ток намагничивает катушку, на-

Рис. 4. Линейные движения кончика насадки

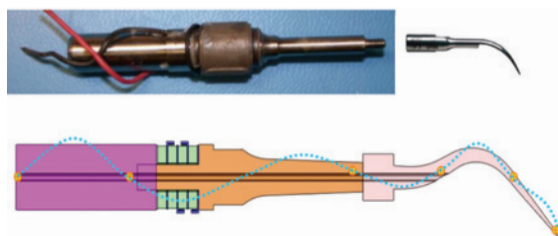


Рис. 3. Вид пьезоэлектрического наконечника с встроенным кристаллом кварца и направлением линейных колебаний насадки

ходящуюся в наконечнике (рис. 5). Это приводит к резонированию стопки металлических пластин находяющихся в насадке, результатом чего является вибрация - эллиптические колебания насадки (рис. 6).

Преимущества отличающие данную технологию от других заключается в: удалении зубного камня; удалении зубной бляшки; доступ к области фуркации; сохранение цемента; простоте проникновения в десневые карманы; ирригации; сокращении времени обработки и уменьшении травмы тканей.

Рис. 5. Катушка и пластины насадки.

Рис. 6. Ход эллиптических колебаний в пластинах и всем наконечнике



Рис. 7. Положение насадки при использовании магнестрикционного наконечника

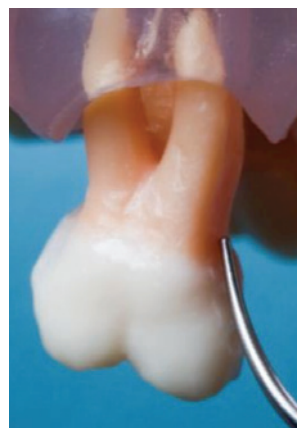




Рис. 8. Аппарат Cavitron

Таким образом, эллиптические движения кончика насадки обеспечивают более каче-

ственный и безопасный скейлинг. Во время проведения профессиональной гигиены, особенно этапа очищения корней (root planing), надо быть особенно аккуратными, чтобы не повредить цемент и дентин корня, так как надо стремиться удалить ТОЛЬКО сам камень, но не цемент к которому он крепится на корне, иначе можно провоцировать различные нежелательные осложнения. Именно знания свойств и технических характеристик применяемой в профессиональной гигиене позволяет нам снизить до минимума возможные ошибки и осложнения, и сделать процедуру максимально безболезненной и безопасной.

СПЛАТ: подбор активных компонентов

С.Б. Улитовский,

заслуженный врач РФ, заслуженный стоматолог СтАР,
д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии профилактической,
зам. директора по научной работе НИИ Стоматологии и ЧЛХ
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Е.С. Алексеева,

доцент, к.м.н.

А.А. Васянина,

доцент, к.м.н.

70

Чтобы сделать качественное и эффективное средство необходимо не только хорошее современное оборудование, но и правильно подбирать и использовать активные компоненты. Это сложная задача, как технологически, так и органолептически, и функционально. При создании этих композиций необходимо учитывать многие факторы.

В последнее время особое внимание уделяется проблеме повышенной чувствительности зубов – гиперчувствительности. Эта стоматологическая проблема проявляется при многих заболеваниях полости рта и всевозможных оперативных, ортопедических и ортодонтических вмешательствах, после проведения отдельных процедур, таких как отбеливание зубов или удаление зубного камня. Всё это связано с тем, что при обнажении дентина число открытых канальцев возрастает в 8 раз, просвет канальца на поверхности дентина – в 2 раза. И согласно закону Пуазеля ток жидкости возрастает в 16 раз. Если учесть, что обнажение 1 мм² дентина приводит к открытию 300 тысяч дентинных канальцев, то такие изменения уже не кажутся незначительными.

Проблемы гиперчувствительности отражаются во многих работах. Нами представлены материалы на эту тему в монографиях «Ситуационная гигиена полости рта» (2013) и «Профилактика некариозных поражений» (2014) [рис. 1 и 2].

Для того чтобы создавать современные средства гигиены полости рта необходимы предприятия мирового уровня. Такое предприятие было построено компанией «СПЛАТ-КОСМЕТИКА» в Окуловке (рис. 3 и 4).

В России до 57% взрослого населения страдают повышенной чувствительностью твердых тканей зубов! Статистические показатели разнятся, так как далеко не во всех случаях пациенты обращаются к врачу, или к стоматологу. Они могут обратиться с этой проблемой к специалистам других специальностей, в полной уверенности, что это проблемы связанные с патологией других

Рис. 1-2. Монографии «Профилактика некариозных поражений зубов» и «Ситуационная гигиена полости рта».





Рис. 3. Фасовка готовой продукции



Рис. 4. Титаны для приготовления зубной пасты

органов и систем. Это могут быть ЛОР-специалисты, врачи терапевты. Соответственно общая статистика отсутствует. Однако, это не снимает остроту проблемы. Часто чувствительность возникает в пришеечной зоне в следствие оседания десны или пришеечного кариеса.

Механизм возникновения заключается в увеличении количества и диаметра открытых дентинных канальцев, что приводит к увеличению скорости тока жидкости и раздражению отростков одонтобластов в них, в результате чего возникает болевая реакция.

Существуют способы устранения болевых ощущений с помощью средств гигиены полости рта которые приводят к (1) снижению возбудимости нервных волокон с помощью солей калия и стронция, за счет возникно-

вления равновесия между ионами калия и натрия внутри и снаружи отростка одонтобласта находящегося внутри дентинного канальца. Теоретически это выглядит таким образом, на практике для устранения требуется значительное количество времени, порой недели, и далеко не всегда заканчивается успешно. Зависит от того насколько правильно была установлена причина гиперчувствительности; (2) закупоривание или obturation входных отверстий дентинных канальцев с помощью нерастворимых солей кальция (гидроксиапатита). В этом случае необходимо постоянно использовать ту пасту, благодаря активному компоненту которой произошло закупоривание входного от-

Рис. 5. Входное отверстие дентинного канальца.

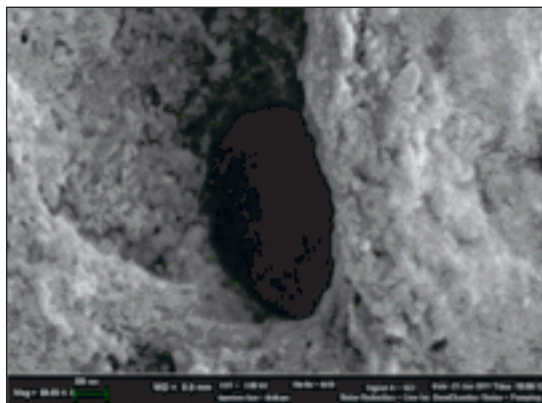
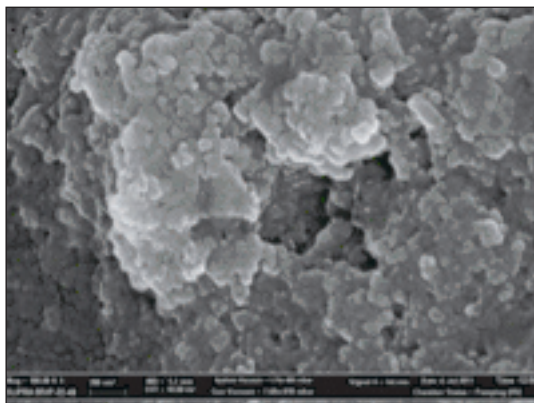


Рис. 6. Так выглядит то же входное отверстие дентинного канальца уже после однократного применения зубной пасты на основе 2,25% гидроксиапатита.



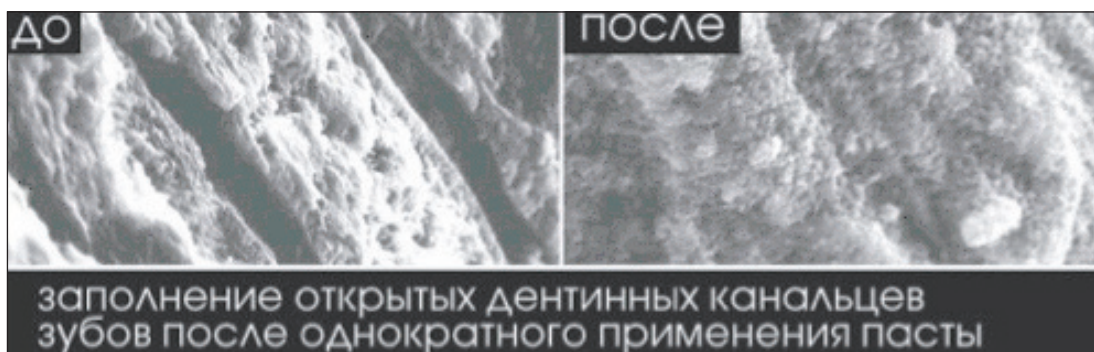


Рис. 7. Вид пустых дентинных канальцев и их заполнение гидроксиапатитом

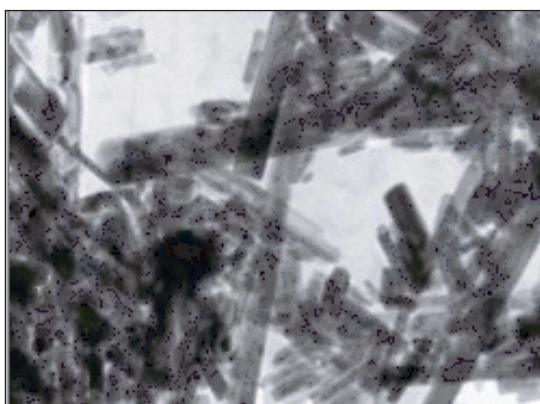


Рис. 8. Неактивная форма ГАП

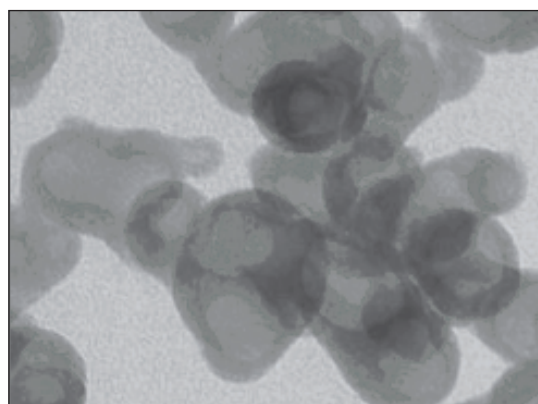


Рис. 9. Активная форма ГАП

верстия. Это обусловлено тем, что во время чистки зубов и полоскания, какое-то количество паст будет вымываться из входного отверстия, и это количество необходимо восполнять. Именно по этой причине называем данный метод – паллиативным, т.е. он не устраняет причину, но устраняет болевые ощущения, связанные с ней. Для многих такой подход будет серьёзным методом выбора и экономии денег.

На рисунках 5 и 6 представлен вид входного отверстия дентинного канальца при увеличении под электронным микроскопом до применения зубной пасты на основе гидроксиапатита и после.

На рисунке 7 видно, что паста проникает внутрь просвета дентинных канальцев и тем самым блокирует проникновение раздражающих компонентов (холодных, горячих, кислых, сладких) из внешней среды, и благодаря этому происходит восстановление

движения внутриканальной жидкости. Гидроксиапатит кальция (ГАП) — основной минерал костной ткани и твердых тканей зуба, содержащийся практически во всех костных тканях организма.



Рис. 10. Новая зубная паста СПЛАТ PROFESSIONAL SENSITIVE

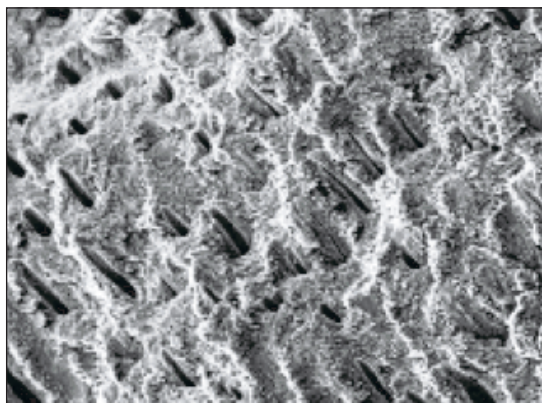


Рис. 11. Исходный срез дентина зуба с выходными отверстиями дентинных канальцев (увеличение в 10.000 раз).

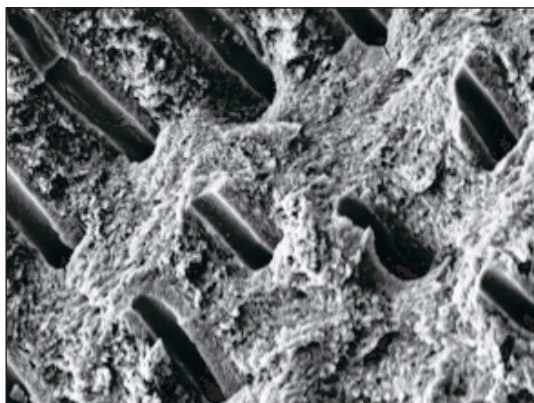


Рис. 12. Угловой срез входных отверстий дентинных канальцев (увеличение в 10.000 раз).

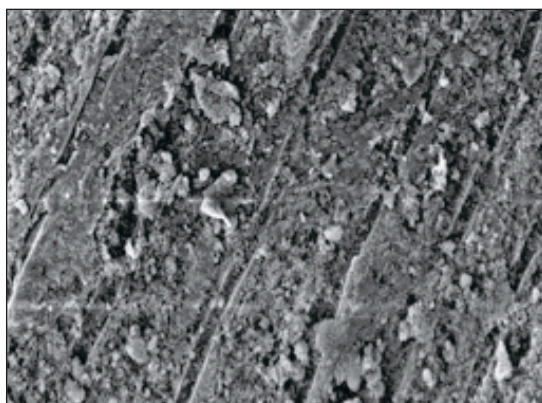


Рис. 13. Шлиф дентина после однократной чистки пастой (увеличение в 5.000 раз).

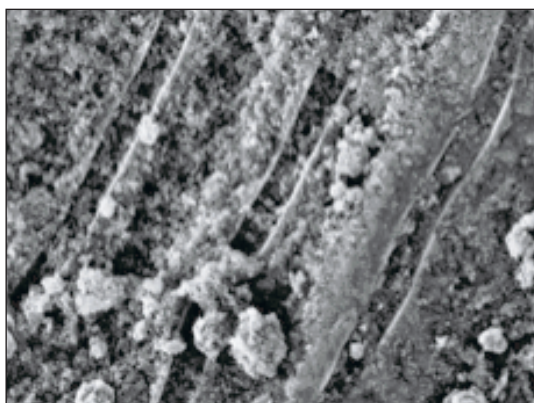


Рис. 14. Шлиф дентина после многократной чистки пастой (2 нед.) (увеличение в 10.000 раз).

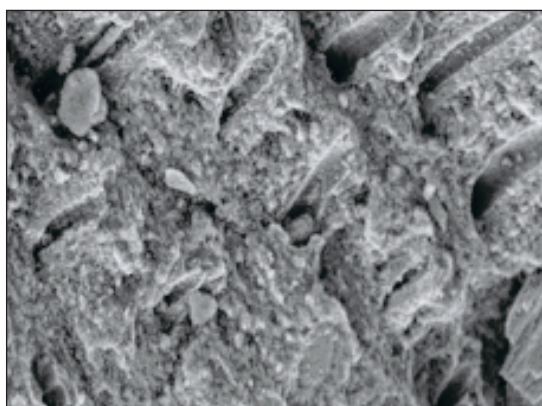


Рис. 15. Через 2 недели. После промывания. Из-за полоскания водой часть агломератов удаляется, часть входных отверстий дентинных канальцев остается открытой, сохраняется только тонкий слой на внутренней поверхности канальца.

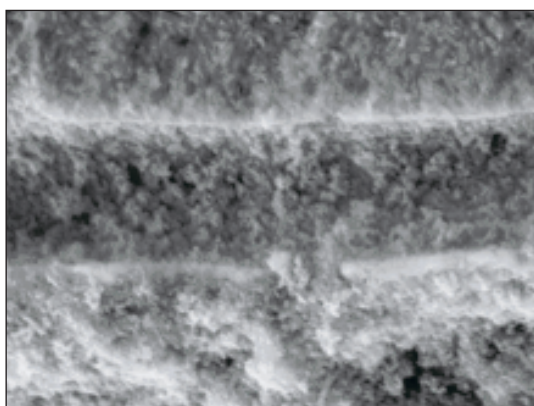


Рис. 16. Через 4 недели. После промывания. Внутренняя поверхность канальца покрыта рыхлым слоем пасты.

В слюне обнаружены коллоидно-дисперсные (аморфные) частицы ГАП. Минерализующая функция слюны зависит от количества, устойчивости и размеров этих частиц. Основным механизмом поддержания гомеостаза минерального обмена во рту является состояние перенасыщенности слюны аморфными коллоидно-дисперсными частицами ГАП.

Применение частиц ГАП в аморфной форме с размером от 5 нм позволяет стимулировать природный процесс минерализации и наиболее эффективно obturировать дентинные каналы, снижая чувствительность зубов.

Частицы ГАП в активной аморфной форме глубоко проникают в открытые участки дентина, эффективно воздействуя на причину возникновения повышенной чувствительности зубов, включая пришеечный кариес и оседание десны (пародонтит) за счет оголения пришеечной области. В отличие от кристаллических частиц ГАП, которые не могут участвовать в процессе минерализации эмали (рис. 8 и 9).

Таким образом, метод obturирующей терапии при повышенной чувствительности зубов к внешним раздражителям является эффективным, доступным и относительно дешёвым, для большинства пациентов.

Литература

1. С.Б. Улитовский Ситуационная гигиена полости рта. Изд-во Человек. СПб., 2013.- 596 с.
2. С.Б. Улитовский Профилактика некариозных поражений. Изд-во Человек. СПб., 2014.- 108 с.

Долгий путь становления врача челюстно-лицевого хирурга

Посвящается 80-летию заслуженного деятеля науки
Российской Федерации д.м.н. профессору Соловьеву М.М.

Ж.Б. Инкарбеков,

Казахский медицинский университет
непрерывного развития,
г. Алматы, Казахстан

75

Резюме

Представлены автобиографические воспоминания д.м.н., профессора Инкарбекова Жолшыбек Бердимбетовича о становлении в профессиональном росте, о годах учебы в аспирантуре под руководством заслуженного деятеля науки Российской Федерации, почетного доктора СПбГМУ им академика И.П. Павлова, докторе медицинских наук, профессоре Михаил Михайловиче Соловьеве

Ключевые слова: Доктор медицинских наук, профессор Соловьев Михаил Михайлович

Эта статья посвящена юбилейной дате – 80-летию д.м.н., профессора Михаил Михайловича Соловьева, Почетного доктора СПбГМУ, заслуженному деятелю науки Российской Федерации в мае месяце 2016 года.

Прежде чем перейти к повествованию я хотел бы поделиться воспоминаниями детства. Я родился 15 августа 1941 года через 2 месяца после нападения гитлеровской Германии на СССР в селе у подножия горы Каратау Южно-Казахстанской области. Через год отец ушел на фронт и в 1943 году погиб, место гибели и захоронения не установлены. Мать, по рассказам бабушки по отцовской линии, практически в это же время заболела (болезнь не известна) и попала в районную больницу, где и умерла. Место ее захоронения установить не удалось. Нас, четверо

мальчиков и одну девочку (самую старшую), воспитывала бабушка. Послевоенные годы я вспоминаю как наиболее трудные времена моей жизни. Основной возможностью хоть как-то выжить, было выращивание сельскохозяйственных продуктов и разведение скота. Природа местности проживания, была очень красивая. В низине протекала река, на берегах которой росли дикие деревья. Чуть выше речки с обеих сторон располагались дома местных жителей, всего насчитывалось около 20 домов. Здесь же находились начальная школа, магазин и сельский совет. После окончания 5 класса мы перешли в среднюю школу, находящуюся в другом посёлке на расстоянии 5 километров. Медицинских пунктов, насколько я помню, не было и, когда кто-нибудь болел,

лечились народными средствами. Поэтому смертность была высокой. Когда мне было 5-6 лет, умер старший брат в возрасте 16-17 лет. Причиной явилась его поездка за пшеницей в другой поселок ранней весной. Во время поездки он заблудился в горах и вернулся домой только через сутки, очень простуженным. Вскоре у него поднялась температура и появился сильный кашель. Лечила его бабушка, так как медицинского персонала в нашем поселке не было. Он очень долго болел, около 3-4 месяцев. Скорее всего у него было воспаление легких. Через 2 года старшая сестра вышла замуж и после рождения первого ребенка тоже заболела и умерла от какой болезни. С вторым старшим братом мы учились в начальной школе, затем в средней и после 8 классов мы закончили среднюю школу в районном центре Тюлькубасского района.

В школе любимыми предметами были математика, физика и химия. Тогда я мечтал стать энергетиком и возглавить крупную электростанцию. Мы были в курсе, что тогда в Советском Союзе часто строили крупные гидроэлектростанции. Быть руководителем такого учреждения, мне казалось, будет очень интересной работой. Но мечте не было суждено сбыться, так как в 10 классе, когда оставалось 3-4 месяца до окончания школы, я очень сильно заболел. Мне поставили двустороннюю пневмонию, осложненную плевритом, я длительное время находился на стационарном лечении с высокой температурой. Прогноз лечащего врача относительно меня был неблагоприятным, видимо предполагалось, что я не выживу. Родственники стали меня часто посещать и подолгу плакать, я подумал, что они прощаются со мной. Видимо истощенный организм ввиду скудного питания в военные и послевоенные годы не мог самостоятельно справиться с тяжелой болезнью. Это предопределило мою будущую профессию. Для того, чтобы стать врачом и поехать на учебу в Алматинский государственный медицинский институт, необходимо было заработать деньги (работал пионервожатым, изредка заменял учителей начальных классов по математике и физике). Через 2 года, в 1962 году, с трудовой книжкой и заработанными день-

гами я отправился в Алма-Ату. В поезде я оказался в одном вагоне со студентами старших курсов институтов Алма-Аты. Естественно, они стали интересоваться куда я еду, какую профессию врача планирую выбрать. Услышав, что я хочу стать хирургом, они засмеялись и сказали, что самой лучшей врачебной профессией является стоматология. Тогда уже при Алма-Атинском Медицинском Институте был открыт стоматологический факультет.

После успешной сдачи вступительного экзамена в 1962 году я стал студентом стоматологического факультета Алма-Атинского Государственного Института (АГМИ). Учеба в институте была очень интересной, но, с другой стороны, тяжелой из-за плохого знания русского языка, я окончил среднюю школу на казахском языке. Приходилось упорно учиться, часами изучая все новые дисциплины. Все годы учебы я жил в студенческом общежитии. Со временем учеба становилась все более интересной, появлялись новые предметы, такие как анатомия, биология, биохимия и т.д. По результатам экзаменов и зачетов за первые полтора года я вышел в отличники, в связи с чем, мне назначили повышенную стипендию. Это явилось стимулом для учебы, так как помогать финансами было некому. Благодаря стипендии мне удавалось скромно одеваться и питаться. Так продолжалось до окончания 3 курса.

На 4 году обучения мне повезло устроиться медицинским братом в хирургическое отделение городской больницы на ночные дежурства. Хотя и было трудно заниматься после ночных дежурств, мой месячный заработок был идентичен заработной плате дипломированного врача на полной ставке. Это позволило мне на время сдачи экзаменов снять отдельную комнату в частном секторе города. Мне очень нравилось работать в хирургическом отделении больницы. Приходилось выполнять все врачебные назначения, начиная с подготовки больных к предстоящей операции, инъекции обезболивающих, антибактериальных препаратов, внутривенные системы и так далее. Видимо, исполнилась моя детская мечта стать хирургом. Ведь мне приходилось ассистировать

на неотложных операциях хирургу в дни экстренных дежурств. Порой было очень тяжело, но я справлялся со своими обязанностями.

Мои старания были замечены заведующей отделением Надеждой Николаевной, властной, но справедливой женщиной в возрасте 50 лет без детей. Со временем мы подружились, она стала относиться ко мне как к родному сыну. Мне, не знавшему материнской ласки, было очень приятно, и я платил тем же, относился к ней с большим уважением и любовью. Так и прошли оставшиеся 2 года учебы в институте и в 1967 году с отличием окончил стоматологический факультет АГМИ.

После окончания института, в конце 1967 года, под влиянием разных обстоятельств я устроился врачом-стоматологом в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники при АГМИ.

Во времена Советского Союза стоматология была разделена на хирургию, терапию, ортопедию и детскую стоматологию. Соответственно названиям, сотрудники данных кафедр занимались хирургическим или терапевтическим лечением болезней зубов и слизистой оболочки полости рта, а ортопедическая стоматология была посвящена восстановлению потерянных зубов несъемными и съемными протезами, что способствовало восстановлению акта жевания.

Челюстно-лицевая хирургия, подразумевалась как продолжение хирургической стоматологии, все кафедры назывались хирургической стоматологией, хотя сотрудники кафедр больше занимались патологией челюстно-лицевой области. Вокруг этого вопроса до сих пор высказываются различные мнения среди клиницистов. По моему мнению, многие патологические процессы в челюстях и окружающих их тканях по своему происхождению имеют тесную связь с зубными тканями. Поэтому полностью разделять эти две смежные дисциплины не разумно.

Однажды через 2 года работы врачом-ортопедом я обнаружил в Республиканской газете «Казахстанская правда» объявление о наборе врачей в целевую аспирантуру в Ленинград по ортопедической стоматологии.

По совету Надежды Николаевны, в 1969 году я подал документы на поступление в аспирантуру.

В конце мая 1969 года из I Ленинградского Медицинского Института имени И.П. Павлова прислали тему реферата «Одонтогенные остеомиелиты челюстей», а вступительные экзамены в аспирантуру были назначены на середину июня месяца. Приходилось все свободное время проводить в библиотеке, работая с литературными источниками, составляя первый в своей жизни научный труд. Внеся некоторые коррективы, кафедра хирургической стоматологии АГМИ одобрила мой реферат. Окончательный вариант я переписывал уже в салоне самолета. Вот настал день поездки в г. Ленинград. Такая долгая дорога представляла для меня большие трудности, ввиду ослабленного состояния после операционных осложнений по поводу мочекаменной болезни с локализацией камня в мочеточнике. Поэтому в июне месяце мне приходилось ходить с тростью. Ленинград произвел на меня огромное впечатление своими историческими зданиями, памятниками культуры, белыми ночами. Тогда я побывал только в центральной части города: в районе Эрмитажа, Дворцовой площади, Исаакиевского собора и памятника Петру I.

В отделе аспирантуры I Ленинградского Медицинского института мне объяснили, что прием документов на ортопедическую стоматологию отменили в связи с творческим отпуском заведующего кафедрой ортопедической стоматологии, который завершал свою докторскую диссертацию. В связи с этим обстоятельством мне предложили сдавать вступительные экзамены на кафедру хирургической стоматологии, но предупредили, что из Казахстана двое желающих поступить на аспирантуру, пройдет лучший. Предстояло сдавать экзамены по двум предметам: по специальности по хирургической стоматологии, и по истории КПСС. Естественно, решающее значение имела оценка по специальному предмету. Конкурс был сложный: экзамен по специальности получил оценку «хорошо», по истории КПСС «отлично». Наконец настал тот день, когда официально объявили, что меня зачислили

аспирантом на кафедре хирургической стоматологии, радости моей не было предела. Занятия в аспирантуре должны были начаться с 1 октября того года. После возвращения в Алма-Ату меня сразу же госпитализировали в хирургическое отделение той больницы, где я в студенческие годы работал медицинским братом. Провели повторную операцию с успешным результатом, я быстро поправился и вышел на работу. До отъезда в Ленинград я успел отдохнуть в санатории и окончательно выздоровел.

В начале октября я прилетел в Ленинград. На этот раз пасмурное небо, мелкий осенний дождь, отсутствие солнца оказало угнетающее воздействие. Жил я в общежитии, в комнате нас было по два человека. Сотрудники кафедры и клиники оставили неизгладимое впечатление своими профессиональными навыками, здесь трудилось много известных ученых, которых я знал только по учебникам хирургической стоматологии.

На кафедре аспирантов было трое: из Ташкента, Казахстана и Омска. Кроме того, на кафедре были многочисленные ординаторы и соискатели. Моим непосредственным руководителем был назначен известный ученый д.м.н. профессор Дунаевский Владимир Арсеньевич, известный по многочисленным трудам в сфере онкологии и костной пластике челюстно-лицевой области. Работал он заведующим кафедрой и проректором по учебной работе института. Из-за дефицита времени он меня прикрепил к Соловьеву Михаилу Михайловичу, доценту этой кафедры. В дальнейшем вся моя научная и клиническая деятельность была связана с этим человеком. В то время он завершал докторскую диссертацию. Меня очень впечатлило знакомство с Человеком высокой культуры, он был очень эрудирован. Все свое оставшееся время я проводил в непосредственном контакте с Михаилом Михайловичем, он совмещал работу на кафедре с должностью декана отделения иностранных студентов. В настоящее время Михаил Михайлович продолжает работу на той же кафедре в должности профессора, является заслуженным деятелем науки Российской Федерации.

В те годы мне было очень трудно, что с одной стороны было связано с освоением в де-

талях хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, с другой – с написанием кандидатской диссертации, посвященной лечению больных с одонтогенными околочелюстными флегмонами. Работа была посвящена сокращению сроков реабилитации больных с данной патологией. Пришлось осваивать такие методы обследования тематических больных, как общий анализ крови, гистохимия, бактериология. Первые два года были предназначены для набора клинического материала с результатами обследования больных, их анализов. Следовало опубликовать в печати не менее 5-6 статей по теме диссертации. Третий год обучения был посвящён написанию самой кандидатской диссертации. Отсутствие компьютеров вынуждало производить цифровую обработку данных результатов научных исследований вручную, а текстовую часть печатать на пишущей машинке. Нередко приходилось работать не только днем, но и ночью. Готовые разделы диссертации я приносил по частям Михаилу Михайловичу, он вносил свои коррективы. Времени не хватало, приближались сроки окончания учебы в аспирантуре. Нужно было завершать научную работу, и оформить кандидатскую диссертацию в окончательном варианте.

Обычно в течение недели я трудился над научной работой, писал определенную часть диссертации, а к концу недели, в субботу приносил ее Михаилу Михайловичу в деканат. Однажды, когда я в очередной раз принес свою работу в деканат, секретарь ответила, что Михаила Михайловича не будет, он заболел. Я заволновался и позвонил к нему домой и спросил, что с ним случилось. Он сообщил, что плохо себя чувствует из-за переживаний и бессонницы, что я могу не уложиться в срок с оформлением диссертации. Его ответ меня поразил тем, что Михаил Михайлович так сильно переживает из-за какого-то парня из далекого Казахстана.

Тщательная подготовка текста защиты диссертации, с одобрения Михаил Михайловича позволила пройти успешную защиту, хотя на заседании Диссертационного Совета присутствовали такие известные ученые Советского Союза, как Уваров В.М., Дубов М.Д., Кабаков Б.Д., Александров Н.М. и другие.

Из-за финансовых затруднений организовать банкет в ресторане я не мог. В общежитии освободили большую комнату, друзья помогли приготовить угощения на стол. Ребята из Таджикистана и Узбекистана прекрасно готовили восточный плов. На торжество пришёл почти весь состав кафедры, ставший мне родным за этот срок учебы в Ленинграде.

Сотрудники кафедры сказали много теплых слов и пожеланий в мой адрес, но больше всех запомнились слова Михаила Михайловича, который рассказал, что во время Великой Отечественной Войны, во время блокады Ленинграда, он в 5-6 летнем возрасте с группой детей был эвакуирован в Казахстан, в Джамбульскую область, где их разместили в селе. Он с особой теплотой вспоминал местных жителей-казахов, которые кормили голодных детей лепешками и айраном. После его рассказа мне стало понятно его желание помочь мне в научной работе. Повидимому, ему врезались в память эти события, и он решил отблагодарить казахский народ в моем лице, как представителя этой нации.

После защиты и возвращения в Казахстан я продолжал трудиться в области челюстно-лицевой хирургии, сперва в практической работе, затем на кафедре челюстно-лицевой хирургии Института Усовершенствования Врачей города Алматы с 1977 года. В 2009 году защитил докторскую диссертацию на тему: «Оперативное лечение переломов нижней челюсти». В настоящее время продолжаю работать в должности профессора этой же кафедры. За эти прошедшие годы мы не раз встречались с Михаилом Михайловичем на различных съездах и конференциях. Был он у меня в гостях со своей супругой. Меня всегда поражали его высокие человеческие качества: интеллигентность, скромность, отзывчивость, несмотря на все занимаемые должности.

Этой статьей я хотел от всего сердца поздравить с 80-летним юбилеем своего учителя, Заслуженного Деятели науки Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора Соловьева Михаила Михайловича и пожелать ему долгих лет жизни, крепкого здоровья и семейного благополучия!

Colgate®

ПРЕДСТАВЛЯЕМ НОВЫЙ СТАНДАРТ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА ДЛЯ ЗАЩИТЫ ОТ КАРИЕСА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДТВЕРЖДЕНА 8 ГОДАМИ КЛИНИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ С УЧАСТИЕМ 14.000 ЧЕЛОВЕК



Pro-Argin™
Технология
+
Фторид

- Нейтрализует сахарные кислоты - причину развития кариеса №1^{1,2}
- Реминерализация в 4 раза эффективнее*³
- В 2 раза эффективнее восстанавливает ранние кариозные поражения^{† 4}
- На 20% эффективнее снижает образование новых кариозных полостей^{‡ 5,6}

Фторид



COLGATE.
ЗА БУДУЩЕЕ БЕЗ КАРИЕСА



Одобрено
Стоматологической
Ассоциацией России

* По результатам клинического исследования реминерализации в сравнении с фторидсодержащей зубной пастой с таким же содержанием фторида, равным 1450 ppm.

† По результатам 6-месячного исследования оценки улучшения состояния эмали, пораженной кариесом, методом QLF™ (Количественная светоиндуцированная флуоресценция) в сравнении с фторидсодержащей зубной пастой с таким же содержанием фторида, равным 1450 ppm.

‡ По результатам 2-летнего клинического исследования в сравнении с обычной фторидсодержащей зубной пастой с таким же содержанием фторида, равным 1450 ppm.

QLF является товарным знаком компании Inspektor Research Systems BV.

Ссылки: 1. Wolff M, Corby P, Klaczany G et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A45-A54. 2. Santarpia P, Lavender S, Gittins E, et al. Submitted for publication in Am J Dent. 3. Cantore R, Petrou J, Lavender S, et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A32-A44. 4. Yin Q, Hu DY, Fan X, et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A15-A22. 5. Kraivaphan P et al. Caries Res 2013;47:582-590. 6. Hu DY et al. 2013 Data on file. Colgate-Palmolive Company