

Стоматологический научно-образовательный журнал

#1/2 2020

ISSN 2412-9364



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

В НОМЕРЕ:

Оценка интенсивности галитозного состояния рта и пути его устранения

Изменения структуры поверхностного слоя эмали и дентина при облучении YAG: ER лазерным излучением длиной волны 2,94 мкм

Проблемы профилактики основных стоматологических заболеваний у женщин детородного возраста с неопластическими заболеваниями кроветворной системы

Обучение гигиенистов стоматологических проектированию просветительских профилактических программ

15 лет в строю: Февральские встречи в Санкт-Петербурге





С 2011 года выходит «Стоматологический научно-образовательный журнал». Учредителем издания является Стоматологический факультет 1-го СПбГМУ, что обеспечивает высокое качество публикуемых материалов. Достаточно сказать, что это первое из стоматологических изданий в России, которое вынесло в название слова «наука» и «образование». В редакционный совет входят известные и уважаемые профессионалы с мировым именем.

В информационном наполнении журнала активно задействован потенциал одного из ведущих российских ВУЗов – в нем находит отражение научно-исследовательская деятельность стоматологического факультета, публикуются результаты мировых научных исследований и актуальные образовательные материалы для студентов, методические материалы и практические разработки. Не оставлены без внимания и практические аспекты работы современного стоматолога с точки зрения использования новейших технологий и методик лечения.

Авторам: требования к публикациям

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

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

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

Редакции журнала не несет ответственности за недостоверные данные в статьях.

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

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

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

- 1) текст высылается отдельным файлом *.doc или *.rtf (возможна архивация WinZip или WinRar),
- 2) объем материалов от 2 (около 4000 знаков, в т.ч. пробелы) машинописных страниц,
- 3) текст статьи выполняется в редакторе Microsoft Word со следующим форматированием: шрифт - Times New Roman; основной текст – кегль 14; межстрочный интервал 1,5; верхнее и нижнее поля – 2,5 см; левое поле – 3 см, правое поле – 1,5 см; отступ абзаца – 1.25 см; ориентация страницы – книжная, без переносов, без постраничных сносок,
- 4) язык – русский, английский и другие языки вносятся в виде графического элемента,
- 5) рисунки, таблицы и графики – черно-белые, без заливки, возможна штриховка,
- 6) расположение и структура текста внутри статьи:
 - а) ФИО и сведения об авторе: ученое звание, ученая степень, место работы, учебы (жирным шрифтом, выравнивание по левому краю, курсивом, строчными буквами)
 - б) наименование статьи (по центру заглавными буквами, жирным шрифтом),
 - в) основной текст статьи (выравнивание по ширине),
 - г) рисунки и графики (распределить по тексту и сгруппировать),
 - д) литература и источники.

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

«Стоматологический
научно-образовательный журнал»
№1/2-2020

ISSN 2412-9364

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. Т.К. Сулиев (Казахстан)
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.Б. Ткаченко (С.-Петербург)
Проф. В.Н. Трезубов (С.-Петербург)
Проф. Д.А. Трунин (Самара)
Проф. С.Б. Улитовский (С.-Петербург)
Проф. А.И. Яременко (С.-Петербург)

Главный редактор:

Яременко И.А.

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.

ИССЛЕДОВАНИЕ

С.Б. Улитовский, Калинина О.В., Панкратьева Л.И., Кулик Л.Р.

Оценка интенсивности галитозного состояния рта и пути его устранения .02

Лунёва Ю.А., Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К.

Качество жизни маломобильных групп населения
в зависимости от факторов внешней среды08

П.Г. Сысолятин, М.М. Швецов

Эндохирургия одонтогенных кист челюстей16

НИ-ТЕСН

Ермолаева Л.А., Федотов Д.Ю., Сергеева Е.С.

Изменения структуры поверхностного слоя эмали и дентина
при облучении YAG: ER лазерным излучением длиной волны 2,94 мкм . . .18

ПРОБЛЕМА

Улитовский С.Б., Калинина О.В.

Проблемы профилактики основных стоматологических заболеваний
у женщин детородного возраста с неопластическими заболеваниями
кроветворной системы24

ТЕЗИСЫ

С.Б. Улитовский, А.В. Шевцов

Воспалительные заболевания пародонта и их профилактика
у пациентов с патологией прикуса29

С.Б. Улитовский, А.В. Антипова, О.В. Галибин, П.В. Попрядухин

Хирургическое лечение патологии пародонта с использованием
хитозанового скаффолда32

Ковеленова М.Т., Петраш Н.Б., Сладкин Е.Ю.

Оценка стоматологического здоровья
ВИЧ-инфицированных пациентов34

ОРГВОПРОС

Улитовский С.Б., Леонтьев А.А.

Обучение гигиенистов стоматологических проектированию
просветительских профилактических программ36

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

Педагогические аспекты мотивации пародонтологических
пациентов к выполнению индивидуальной гигиены полости рта
перед хирургическим лечением38

И.В. Тельнюк, Н.Ю. Шевелева, А.Ю. Гулиева

Влияние социальных аспектов на уровень знаний о первичной профи-
лактике стоматологических заболеваний у детей с нарушением слуха . . .42

Князева Д.А., Свейд С.Х., Ермолаева Л.А.

Анализ причин обращаемости взрослых пациентов к врачу-ортодонт . .44

ПЕРСОНА

Иорданишвили А.К.

Корифей стоматологии профессор Г.Г. Иванова
и ее вклад в современную стоматологию47

Иорданишвили А.К.

Стоматологи и челюстно-лицевые хирурги – участники
Великой Отечественной войны 1941-1945гг. о войне50

АКТУАЛЬНО

Иорданишвили А.К.

Медицина и современная экологическая доктрина57

СОБЫТИЯ

С.Б. Улитовский

15 лет в строю: Февральские встречи в Петербурге62

Оценка интенсивности галитозного состояния рта и пути его устранения

С.Б. Улитовский,
заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ, проф., д.м.н.

Калинина О.В.,
к.м.н., доцент

Панкратьева Л.И.,
ассистент

Кулик Л.Р.
студентка 495 гр.

Кафедра стоматологии профилактической ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Assessment of the intensity of halitosis of the mouth and ways to eliminate it

Ulitovsky S. B., Professor, head the Department, honored doctor of the Russian Federation, DDSc, DMSc

Kalinina O.V., PhD, associate Professor

Pankratieva L.I., assistant

Kulik L.R., student at 495 gr.

Department of preventive dentistry FGBOU VO «The First Academician I.P. Pavlov State Medical University of St. - Petersburg» Health Ministry of Russia

Индивидуальный запах человека играет важную роль в социальной жизни. В настоящее время социализация играет огромную роль в его личностном развитии. В связи с этим особенности дыхания приобретают большое значение, неприятный запах изо рта может послужить основой для ограничения коммуникации, приводя к обособленности [4, 13, 18]. Данный факт провоцирует пристальное внимание исследователей к проблеме истинного патологического орального галитоза. Важность проблемы, диктует необходимость в поиске действенных средств и методов профилактики, многие исследователи обращают внимание на недостаточность информации об истинном патологическом оральном галитозе [2, 5, 17, 29]. В то же время, в связи с разнообразием существующих методов профилактики истинного патологического орального галитоза, особое значение приобретает проблема обоснования применения данных методов. Решение проблемы истинного патологического орального галитоза должно включать определение причин возникновения, путей распространения и методов профилактики стоматодисодии [6, 10, 30].

Цель исследования - оценить распространенность галитозного состояния рта для формирования программ профилактики. Для оценки неприятного запаха изо рта использовался галитометр Breath Checker HC-212SF (Китай). Прибор устанавливается на

расстоянии 1 см от рта. В этом положении пациент выдыхает в датчик в течение нескольких секунд до появления звукового сигнала. На дисплее отображается уровень галитоза. Определение состояния гигиены рта проводилось с помощью индекса гигиены

Динамика изменения показателей индекса Грина – Вермиллиона

Таблица 1

Распределение по группам	Изменения показателей индекса Грина – Вермиллиона				
	Период обследования				
	Начало	1 неделя	2 неделя	3 неделя	4 неделя
1 группа	2,25 ± 0,14	1,63 ± 0,12	1,35 ± 0,09	1,21 ± 0,05	2,01 ± 0,08
2 группа	2,65 ± 0,16	2,07 ± 0,13	1,88 ± 0,17	1,78 ± 0,09	2,33 ± 0,07
3 группа	2,74 ± 0,12	2,31 ± 0,25	2,29 ± 0,11	2,01 ± 0,06	2,40 ± 0,10
4 группа	2,50 ± 0,01	2,30 ± 0,10	2,20 ± 0,13	2,10 ± 0,04	2,30 ± 0,08

*P < 0,05 по сравнению с 3 группой

Грина-Вермиллиона упрощенного (ОНИ-S). Для выявления воспаления тканей пародонта проводили оценку по индексу РМА. Изучение показателей проводилось в течение одного месяца, с промежутками в одну неделю, на основе их изучения рассчитывалась эффективность действия.

Индекс Грина – Вермиллиона. В результате исследования было определено улучшение показателей индекса Грина – Вермиллиона в 1, 2 и 3 группах по отношению к исходным данным, а также по отношению к контрольной группе.

В результате исследования было установлено снижение показателей по индексу Грина – Вермиллиона в 1-ой группе с $2,25 \pm 0,14$ до $2,01 \pm 0,08$, во 2-ой группе - с $2,65 \pm 0,16$ до $2,33 \pm 0,07$, в 3-ей группе показатель в

начале исследования составил $2,74 \pm 0,12$, а к концу снизился до $2,40 \pm 0,10$, что отражает повышение очищающей эффективности в различных группах по сравнению с контрольной группой (таблица 1).

Показатели очищающего эффекта по индексу Грина – Вермиллиона на разных этапах исследования изменялись неравномерно, однако во всех группах наблюдалось увеличение очищающего эффекта по сравнению с началом исследования и контрольной группой.

Положительная динамика очищающего эффекта наблюдается в 1-ой группе, с $27,56 \pm 3,52$ до $8,00 \pm 1,64$, во 2-ой группе показатели снизились с $40 \pm 0,65$ до $12 \pm 0,77$, в 3-ей группе - с $46,22 \pm 0,43$ до $16,00 \pm 1,19$ по сравнению с контрольной группой (рис. 1).

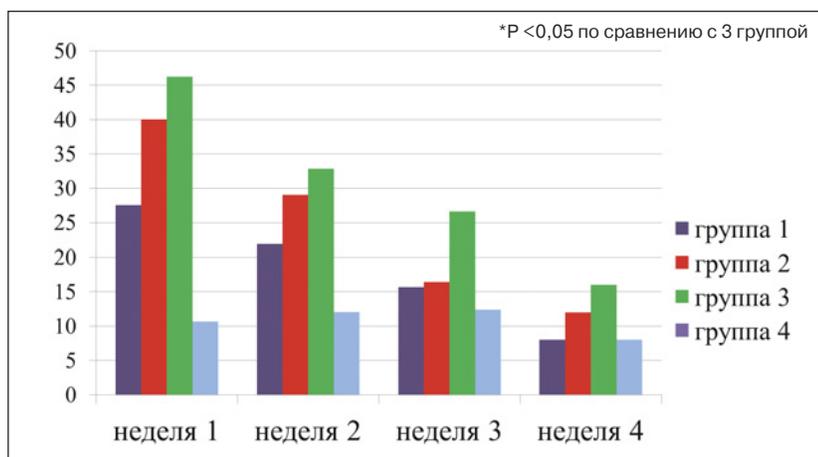


Рис. 1.
Динамика очищающего эффекта по индексу Грина – Вермиллиона

Динамика изменения показателей индекса РМА (%)

Таблица 2

Распределение по группам	Изменения показателей индекса РМА				
	Период обследования				
	Начало	1 неделя	2 неделя	3 неделя	4 неделя
1 группа	41,36 ± 0,55	39,21 ± 0,27	38,08 ± 0,83	35,97 ± 0,33	32,25 ± 0,52
2 группа	43,95 ± 0,08	40,65 ± 0,45	36,83 ± 0,43	33,63 ± 0,17	30,40 ± 0,35
3 группа	45,34 ± 0,52	41,33 ± 0,13	38,25 ± 0,22	34,25 ± 0,08	31,20 ± 0,09
4 группа	39,09 ± 0,07	37,12 ± 0,34	38,13 ± 0,38	36,11 ± 0,34	37,09 ± 0,45

*P < 0,05 по сравнению с 3 группой

При исследовании индекса РМА также можно отметить улучшение показателей индекса во всех трех исследуемых группах по отношению к исходным данным, а также по отношению к контрольной группе, что указывает на благотворное действие зубной пасты на состояние пародонта.

Индекс РМА. В ходе исследования было определено, что у 2 группы пациентов отмечается лёгкая степень тяжести гингивита, у 1 и 3 группы гингивит средней тяжести. В результате исследования было установлено, что состояние тканей пародонта в 1-ой группе по индексу РМА изменялось с $41,36 \pm 0,55$ до $32,25 \pm 0,52$, во 2-ой группе показатели снизились с $43,95 \pm 0,08$ до $30,40 \pm 0,35$, в 3-ей группе - с $45,34 \pm 0,52$ до $31,20 \pm 0,09$ по сравнению с контрольной группой (таблица 2).

Определена положительная динамика изменения противовоспалительной эффективности на разных этапах наблюдения, что обосновывает наличие противовоспалительного действия у исследуемой зубной пасты на основе прополиса, лечебных трав и минеральных компонентов.

Положительная динамика противовоспалительной эффективности наблюдается в 1-ой группе - $5,2 \pm 2,33$, а к концу исследования достигли $22,02 \pm 1,63$, во 2-ой группе - с $7,51 \pm 1,98$ до $30,83 \pm 1,62$, в 3-ей группе показатели повысились с $8,84 \pm 0,69$ до $31,19 \pm 0,28$ по сравнению с контрольной группой (рисунок 2).

Галитометрия. Установлено снижение показателей галитометрии к концу исследования в 1-ой и 2-ой группах до $1,62 \pm 0,12$ и $0,66 \pm 0,08$ соответственно, что определяется,

4

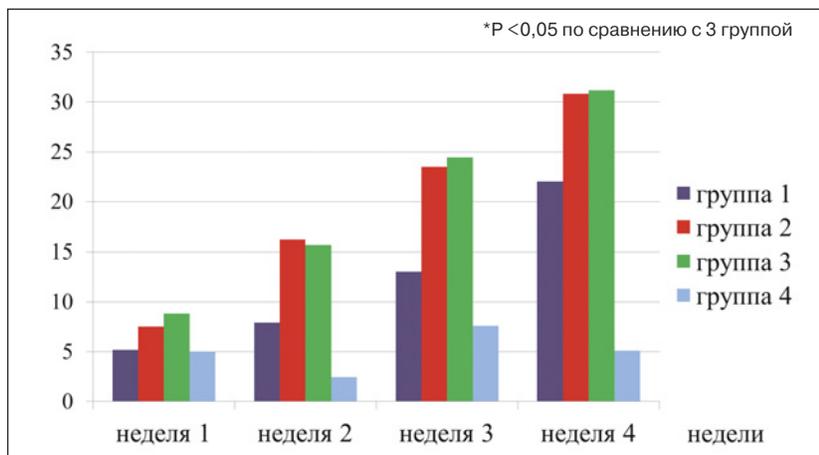


Рис. 2. Динамика противовоспалительной эффективности по индексу РМА

как слабый запах изо рта, а в 3-ей группе к концу исследования показатель снизился до $2,5 \pm 0,09$, что соответствует умеренному запаху изо рта, в отличие от контрольной группы, где показатель галитоза не изменился $2,45 \pm 0,10$, что отражено умеренным запахом изо рта. Наиболее положительную динамику изменения уровня галитоза показала 3 группа, что соответствует слабому запаху изо рта (таблица 3).

Пациентам были рекомендованы методы профилактики истинного патологического орального галитоза, как санация ротовой полости, профессиональная гигиена полости рта, оксигенация полости рта, уход за ортопедическими конструкциями в ротовой полости, стимуляции слюноотделения. Одним из методов профилактики истинного патологического орального галитоза является оксигенация ротовой полости, которая направлена на улучшение микроциркуляции и кровоснабжения тканей; активирование биосинтетических и репаративных процессов; предупреждение образования токсических метаболитов и активирование их разрушения, а также на подавление жизнедеятельности микроорганизмов пародонтального кармана [9, 12, 16, 18]. Причиной развития истинного патологического орального галитоза может являться недостаточная секреция слюны, содержащая пониженную концентрацию кислорода, что приводит к усиленному росту грамотрицательной анаэробной флоры [7, 8, 11, 27]. Особую роль в возникновении стоматодисодии занимают воспалительные процессы, слюнно-каменная болезнь, сиалозы и опухоли слюнных желёз. В свою очередь асиалия и ксеростомия могут быть возможными причинами истинного патологического орального галитоза. Стимуляцию слюнных желез проводят при помощи лекарственных средств и физиотерапии [10, 21, 26].

Истинный патологический оральный галитоз является мотивацией к комплексному стоматологическому обследованию и гигиеническому обучению пациента правилам индивидуальной гигиены рта, что представляет собой основную составляющую санитарно-просветительской работы врача-сто-

Динамика изменения показателей галитометра

Таблица 3

Распределение по группам	Показатели галитометра	
	1 неделя	4 неделя
1 группа	$3,24 \pm 0,14$	$2,50 \pm 0,12$
2 группа	$3,66 \pm 0,05$	$2,66 \pm 0,08$
3 группа	$3,50 \pm 0,07$	$1,64 \pm 0,09$
4 группа	$2,50 \pm 0,10$	$2,45 \pm 0,10$

*P < 0,05 по сравнению с 3 группой

матолога. Проведение санитарно-просветительской работы о путях и методах дезодорирования рта, способствует ослаблению симптома стоматодисодии, мотивируя пациента к радикальному устранению неприятного запаха изо рта [7, 14, 15, 22].

Необходимо комплексное стоматологическое обследование и гигиеническое обучение пациентов правилам индивидуальной гигиены рта, что представляет собой основную составляющую санитарно-просветительской работы врача-стоматолога. Средства гигиены рта с антигалитозными характеристиками должны качественно удалять зубной налет и замедлять его образование, обладать антисептическими, противомикробными и противовоспалительными свойствами; иметь высокие дезодорирующие качества, усиливать природные защитные механизмы и быть безопасными для тканей полости рта и организма в целом. В состав зубных паст и ополаскивателей должны входить компоненты, способные не маскировать, а нейтрализовывать летучие серо- и азотсодержащие соединения, продуцируемые микроорганизмами полости рта [19, 21, 25, 27].

Учитывая механизм развития стоматодисодии и низкую эффективность ее самостоятельного устранения, возрастает роль выявления истинной причины распространения орального галитоза среди населения, а также действенных методов профилактики и лечения, направленных на его устранение. Стоматодисодия является мотивацией к комплексному стоматологическому обследова-

нию и гигиеническому обучению пациента правилам индивидуальной гигиены рта, что представляет собой основную составляющую санитарно-просветительской работы врача-стоматолога. Проведение санитарно-просветительской работы о путях и методах дезодорирования рта, способствует ослаблению симптома стоматодисодии, мотивируя пациента к радикальному устранению неприятного запаха изо рта, что, в свою очередь, связано с ликвидацией ведущего заболевания [9, 13, 22].

Истинный патологический оральный галитоз не является самостоятельным заболеванием, а только признаком некоторых заболеваний полости рта [3, 23]. Профилактика истинного патологического орального галитоза направлена на устранение заболеваний полости рта. Стоматологические мероприятия для предупреждения орального галитоза сводятся к первичной, вторичной и третичной профилактике основных условий его возникновения, а именно патологии слюноотделения, тканей пародонта и зубов [1, 7, 18, 28].

Выводы: согласно полученным данным распространенность истинного патологического орального галитоза достигает 98%. Из 102 человек, принявших участие в исследовании, выявлено 35% с сильным запахом изо рта; 26% - интенсивный запах. Установлен очищающий эффект по индексу Грина-Вермиллиона: в 1 группе он составил 27,56%, во 2 группе - 40,00%, в 3 группе достиг 46,22%, в отличие от контрольной - 8%. При определении индекса РМА, максимальная противовоспалительная эффективность достигнута в 3 группе и составил 31,19%. Во всех исследуемых группах проведено обучение методам гигиены полости рта, динамика которого отражена показателями индексов Грина - Вермиллиона: в 1 группе $2,01 \pm 0,08$, во 2 группе - $2,33 \pm 0,02$, в 3 группе $2,40 \pm 0,10$ и РМА: в 1 группе $32,25 \pm 0,08$, во 2 группе - $30,43 \pm 0,02$, в 3 группе $31,20 \pm 0,10$.

Положительную динамику изменения очищающего эффекта и противовоспалительной эффективности показала 3 группа, это обусловлено регулярным применением зубной пасты на основе прополиса и минеральных веществ в сочетании с ополаскивателем,

активным компонентом которого является диглюконат хлоргексидина 0,06%, а также вошечным флоссом с ментолом, обеспечивая максимально эффективное воздействие на воспалительные процессы в тканях пародонта и оказание дезодорирующего действия в полости рта.

Литература

1. Авраамова О.Г., Бахмутов Д.Н. Изучение галитоза у лиц с заболеваниями ЖКТ и полости рта. Институт стоматологии. 2004; 25: 86-87.
2. Агранович Н.В., Мхитарян А.К., Агранович В.О. Формирование здорового образа жизни в профилактике стоматологических заболеваний у населения молодого возраста. Вестник Ставропольского гос. ун-та. 2012;3 (80): 234-237.
3. Бахмутов Д.Н., Харченко О.И., Янушевич О.О. Галитоз при стоматологических заболеваниях. Стоматология. 2012; 1:13-15.
4. Дудникова М.О. Обоснование эффективности средств индивидуальной гигиены полости рта у пациентов с галитозом. Современная стоматология. 2014; 2:21-24.
5. Иванова Е.Н., Мищенко М.Н. Диагностика интраорального галитоза и его взаимосвязь с показателями стоматологического здоровья. Новые медицинские технологии. 2011; 4:24-28.
6. Кодола Н.А., Козловский С.И. Запах изо рта - его причины, профилактика и лечение. Стоматология для всех. 2006; 3:126-129.
7. Митронин А.В., Царева В.Н., Дмитриева Н.Г. Проблема галитоза. Стоматолог. 2007;1:48-52
8. Мохаммад М.М., Гунько В.И. Современный взгляд на заболевание слюнных желёз. Здоровье и образование в XXI веке. 2009; 4:322-323.
9. Попруженко Т.В., Шаковец Н.В. Галитоз: вопросы диагностики, лечения и профилактики устойчивого неприятного запаха изо рта. МЕДпресс информ. 2006;14.
10. Тулупов Д.А., Бахмутов Д.Н., Карпова Е.П. Галитоз при хронической ЛОР-патологии у детей. Вестник оториноларингологии. 2013; 5:59-61.
11. Улитовский С.Б., Калинина О.В., Панкратьева Л.И. Оценка эффективности применения зубной пасты на основе эфирного масла

- кедра в профилактике истинного патологического орального галитоза. Ученые записки СПбГМУ им. Академика И.П. Павлова. 2017;24(4):64-67.
12. Улитовский С.Б., Гигиенический уход при воспаленном пародонте. МЕДпресс информ. 2008;288.
13. Улитовский С.Б., Гигиена полости рта при заболеваниях десен. Маэстро стоматологии. 2006; 3:27-33.
14. Улитовский С.Б., Оценка состояния языка. Маэстро стоматологии. 2006; 4:39-45.
15. Улитовский С.Б., Оценка степени выраженности галитоза. ДентАрт. 2004; 4:27-29.
16. Федоров В.П., Комплексное лечение больных альвеолитом. Стоматология. 2005; 3: 56–57.
17. Хитров В.Ю., Заболотной А.И. Галитоз медицинская и социальная проблема. Практическая медицина. 2009; 5:59-61.
18. Хитров В.Ю., Заболотный А.И. Галитоз – медицинская и социальная проблема. Практическая медицина. 2009; 3:12-17.
19. Янушевич О.О., Крихели Н.И., Дмитриева Н.Г., Николаева Е.Н. Опыт применения отбеливающей зубной пасты, содержащей 10% перекись карбамида, в комплексном лечении галитоза. Стоматолог. 2008;6:22-26.
20. Delanghe G., Ghyselen J., Van Steenberghe D. et al. Multidisciplinary breath-odour clinic. *Lancet*. 1997;350:187.
21. Haraszthy V.I., Zambon J.J., Sreenivasan P.K., Zambon M.M. Identification of oral bacterial species associated with halitosis. *The Journal of the American Dental Association*. 2007;8 (138):1113-1120.
22. Liu X. N., Shinada K., Chen X. C. Oral malodor-related parameters in the Chinese general population. *Journal of clinical periodontology*. 2006;33:31-36.
- McDowell J., Kassebaum D. Diagnosing and treating halitosis. *JADA*. 1993;124(7):55–64.
23. Nachnani S., Oral malodor: Causes, assessment, and treatment. *Compendium of Continuing Education in Dentistry*. 2011;1:22-34.
24. Quirynen M., Oral Malodor. *Carranza's clinical periodontology*. 2012;29:331-338.
25. Miyazaki H., Relationship between volatile sulphur compounds and oral conditions in the general Japanese population. *Leuven University Press*. 1995;165.
26. Richter J.L., Diagnosis and treatment of halitosis. *Compend. Contin. Educ. Dent*. 1996;17(4): 370-388.
27. Rosenberg M., Clinical assessment of bad breath: Current concepts. *Journal of the American Dental Association*. 1996;127(4):475-482.
28. Rosenberg M., The science of bad breath. *Science American*. 2002;4(286):58-63.
29. Scully C., Drug effects on salivary glands. *Oral Dis*. 2003;9:165-176.
30. Simonson L.G., Goodman C.H., Bial Y.Y. Quantitative relationship of *Treponema denticola* to severity of periodontal disease. *Infect. Immun*. 1988;56:726-728.

Качество жизни маломобильных групп населения в зависимости от факторов внешней среды

Лунёва Ю.А. **

преподаватель кафедры

Солдатова Л.Н. *, **

д.м.н., доцент

Ирданишвили А.К. **, ***

д.м.н., профессор, профессор кафедры

* Стоматологическая клиника ООО «Альфа-Дент», г. Санкт-Петербург, Россия;

** Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова Минобороны России;

*** Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова МЗ России

8

Резюме. В работе представлены результаты исследования о влиянии правовых, экономических и социальных факторов в сфере охраны здоровья граждан на качество жизни населения. Определен уровень качества жизни маломобильных групп населения в зависимости от оценки состояния своего здоровья самими респондентами. Исследование проводилось на основании комплексного анализа нормативно-правовой базы в сфере охраны здоровья граждан и социальной защиты маломобильных групп населения. Сделан вывод об ожидаемых результатах и отдаленных социальных эффектах действующих законодательных проектов в области повышения уровня качества жизни маломобильных социально незащищенных граждан на территории Российской Федерации.

Ключевые слова: качество оказания стоматологической помощи, охрана здоровья, маломобильные группы населения, инвалиды, беременные женщины, сахарный диабет, нормативно-правовая база, организационные и экономические факторы оказания медицинской помощи, социальные факторы, качество жизни, стоматологическая реабилитация.

Цель

Цель исследования – оценить уровень влияния факторов внешней среды в сфере охраны здоровья граждан, оказания комплексной стоматологической помощи и оценки качества жизни маломобильными группами населения.

Введение

Современная экономическая политика Российской Федерации предполагает своевременные и динамические преобразования во всех профессиональных отраслях. Значимо способствует этому и правовая поддержка. За последние несколько лет принято немало

федеральных законов и приказов, дополняющих их, нормативных актов, положений и программ, направленных на повышение качества жизни населения в стране. Активизация государственной политики в сфере здравоохранения играет в этом ключевую роль. Соблюдение прав человека в сфере охраны здоровья граждан и обеспечение населения государственными гарантиями стали приоритетными задачами [2, 3]. Особое внимание уделяется профилактике заболеваний. В послании Федеральному собранию в 2018 году Президент РФ отметил, что нужно обеспечить всем гражданам реальную возможность не менее одного раза

Quality of life of small mobile population groups depending on environmental factors

Lunyova Y.A. **, Lecturer

Soldatova L.N. *, ** Doctor of medical sciences, associate professor

Iordanishvili A.K. **, *** Doctor of medical sciences, professor

* Dental clinic of LLC, «Alfa-Dent», Saint-Petersburg, Russia

** Military Medical Academy named after S.M. Kirov

*** North-West State Medical University I.I. Mechnikova, Saint-Petersburg, Russia

Summary

The results of the study of the importance of the influence of legal, economic and social factors in the sphere of health protection of citizens on the quality of life of the population are presented in the work. The standard of living of low-mobility groups of the population is determined depending on the assessment of their state of health by the respondents themselves. The study was carried out on the basis of a comprehensive analysis of the legal and regulatory framework for the protection of citizens' health and social protection of low-mobility groups. A conclusion was reached on the expected results and remote social effects of existing legislative projects in the field of improving the quality of life of low-mobility socially vulnerable citizens in the territory of the Russian Federation.

Key words: quality of dental care, health care, low-mobility population groups, persons with disabilities, pregnant women, diabetes mellitus, legal and regulatory framework, organizational and economic factors of medical care, social factors, quality of life, dental rehabilitation.

в год пройти качественный профилактический осмотр. Это в том числе важно для воспитания ответственного отношения к собственному здоровью [13].

Лечение и профилактика различных стоматологических заболеваний, а также решение проблем, связанных с этим, является наиболее актуальной государственной и социальной задачей. К сожалению, несмотря на принятые реформы и прочие глобальные изменения, проблема получения качественного и своевременного медицинского обслуживания остается критичной для некоторых категорий граждан. Особого внимания к себе требует группа маломобильных граждан, среди которых наибольший дискомфорт испытывают инвалиды.

Материал и методы исследования

Мы провели анализ данных Российского статистического агентства с целью определения численности группы инвалидов на территории Российской Федерации. Кроме того, было изучено влияние нормативно-правовой базы, а также уровень значимости экономических и социальных факторов

(факторов внешней среды) в сфере охраны здоровья граждан среди маломобильных групп населения, применяемой при оценке качества оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях.

По данным Российского статистического агентства только на территории Санкт-Петербурга более ста тысяч человек имеют различную категорию инвалидности по заболеваниям опорно-двигательного аппарата. Данные категории граждан вынуждены постоянно приспосабливаться к условиям жизни, которые не всегда соответствуют их потребностям.

В Декларации о правах инвалидов, которая издана Генеральной Ассамблеей ООН 9 декабря 1975 г. сообщается, что инвалидом является любое лицо, не способное самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его или ее физических или умственных способностей [1, 12].

В России в зависимости от ограничений жизнедеятельности и тяжести нарушений функций организма индивидууму присваи-

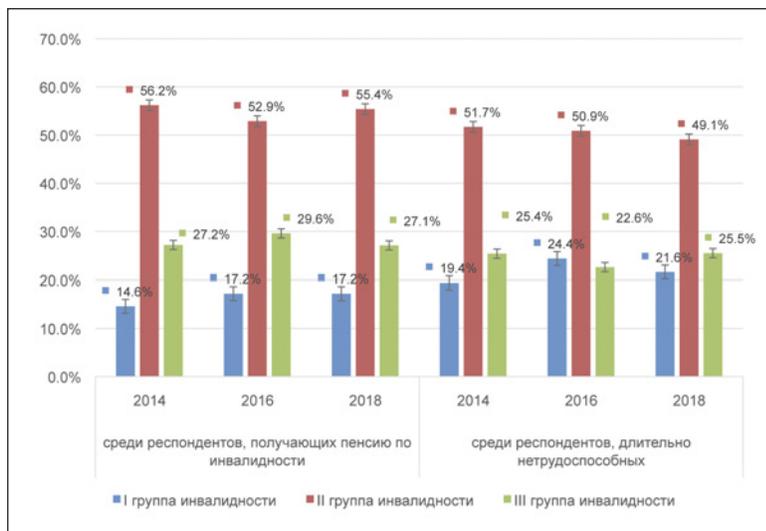


Рис. 1. Диаграмма распределения населения по наличию и продолжительности инвалидности за 2014, 2016, 2018 гг.

вается категория I, II или III группы. Инвалидность I группы устанавливается на два года, II или III группы на один год.

По данным Министерства труда и социальной защиты, Федеральный реестр инвалидов насчитывает 12 млн человек, 665,7 тысяч из которых, дети-инвалиды.

Результаты и их обсуждение

В Российском законодательстве достаточно широко представлены нормативно-правовые акты, регламентирующие порядок оказания медицинской помощи инвалидам. Более того, с 2018 года расширен перечень заболеваний, при которых инвалидность устанавливается при первом обращении бессрочно, а детям – до достижения 18 лет. На сегодняшний день регламентированы и определены случаи прохождения заочного освидетельствования, а также упрощена процедура внесения изменений в программы реабилитации без пересмотра группы инвалидности или срока ее установления.

Но, несмотря на значительные изменения в сфере охраны здоровья граждан, в стоматологии только формируется видение повышения доступности получения высокопрофессиональной помощи маломобильным группам населения.

Большие трудности в медицинском обслуживании этого контингента напрямую свя-

заны с высокой распространенностью инвалидизации и ее неуклонным ростом [6, 17]. Именно поэтому также актуально и определенно необходимо создание специальных программ по санитарно-гигиеническому обучению данного контингента в зависимости от их патологии с применением психолого-педагогических методик, позволяющих повысить эффективность первичной профилактики основных стоматологических заболеваний [4; 5; 7; 15; 18].

Рассмотрим условия жизни населения по наличию и продолжительности инвалидности. По данным Росстата, среди лиц, которым установлена инвалидность в настоящее время, в 2014 году среди респондентов, получающих пенсию по инвалидности, инвалидов I группы выявлено 14,6%, инвалидов II группы – 56,2%, III группы – 27,2%.

Среди респондентов, длительно нетрудоспособных, инвалидов I группы выявлено 19,4%, инвалидов II группы – 51,7%, III группы – 25,4%.

Среди лиц, которым установлена инвалидность в настоящее время, в 2016 году среди респондентов, получающих пенсию по инвалидности, инвалидов I группы выявлено 17,2%, инвалидов II группы – 52,9%, III группы – 29,6%.

Среди респондентов длительно нетрудоспособных, инвалидов I группы выявлено 24,4%,

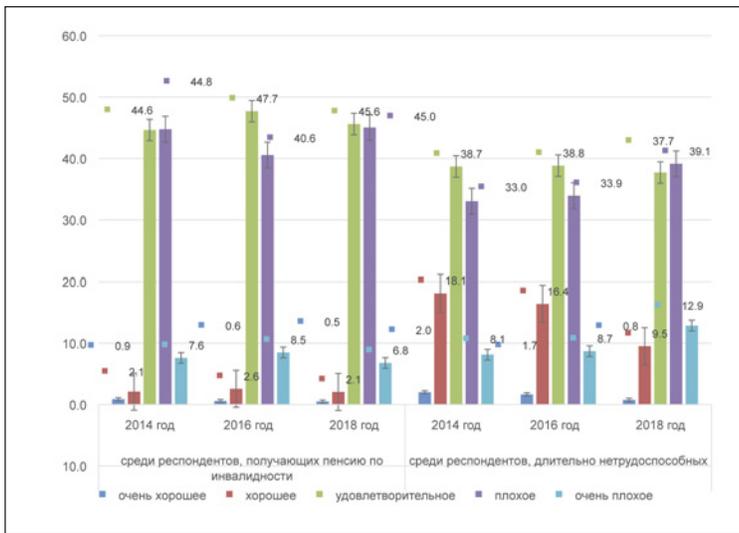


Рис. 2.
Оценка респондентами состояния своего здоровья за 2014, 2016, 2018 гг.

инвалидов II группы – 50,9%, III группы – 22,6%.

Среди лиц, которым установлена инвалидность в настоящее время, в 2018 году среди респондентов, получающих пенсию по инвалидности, инвалидов I группы выявлено 17,2%, инвалидов II группы – 55,4%, III группы – 27,1%.

Среди респондентов, длительно нетрудоспособных, инвалидов I группы выявлено 21,6%, инвалидов II группы – 49,1%, III группы – 25,5% (рис. 1).

Анализируя динамику изменений с 2014 года к 2018 году, можно наблюдать, что несмотря на незначительное снижение количества инвалидов II группы, можно выделить эпизодические увеличения количества человек в I и II группах инвалидов. Данные наблюдения свидетельствуют об очевидных эффектах медицинского сопровождения, несмотря на необходимость их совершенствования.

Для осуществления комплексного анализа эффективности государственных мероприятий изучена оценка состояния своего здоровья самими респондентами. Анализ осуществлялся на основании Федеральных статистических исследований в описываемых выше группах в заданный период (рис. 2). Из рисунка 2 видно, что, несмотря на повышение качества жизни в середине пе-

риода (в 2016 году), наблюдается устойчивая оценка состояния здоровья в категориях «удовлетворительное» и «плохое», что свидетельствует о неполноценной эффективности государственных программ, а также о необходимости их пересмотра.

Приоритетом государственной политики Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни. Федеральная государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России разработана в соответствии с Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. Данная программа учитывает накопленный в России опыт профилактической работы и построена на основе рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения по профилактике стоматологических заболеваний. Программа способствует формированию духовно-нравственных качеств личности и адаптирована к текущей экономической ситуации в стране.

В Федеральном законе № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» сегодня широко раскрыты все права людей с ограниченными возможностями и маломобильных граждан. В данном законе говорится о том, что социальная за-

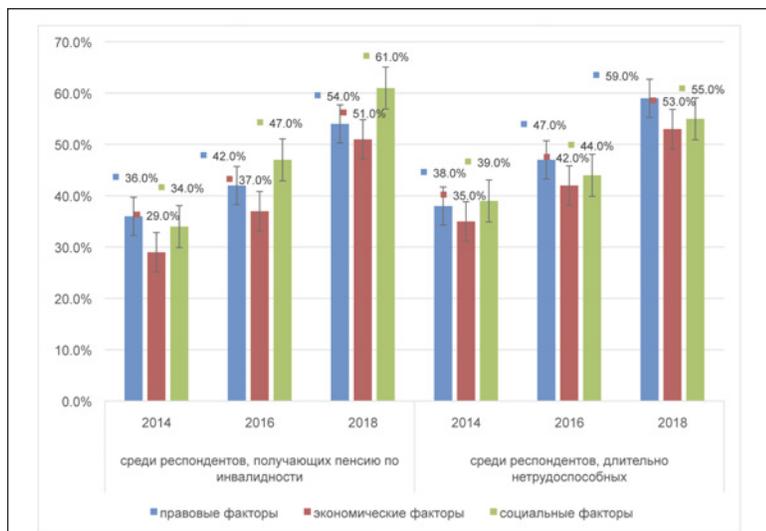


Рис. 3. Оценка респондентами влияния правовых, экономических и социальных факторов на качество жизни за 2014, 2016, 2018 гг.

щита инвалидов – система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества [16]. На основании этого было введено понятие – социальная поддержка инвалидов, которая включает в себя не только описание мер и принципов оказания помощи, но и формирование социальных гарантий, установленных законом.

Создание безбарьерной среды для инвалидов, в том числе и для маломобильных категорий граждан, является первостепенной задачей для любого современного государства, а также актуальным направлением в сфере его социальной политики.

Понятие «безбарьерная среда» является основополагающим в определении доступности получения инвалидами всех общественных благ, а термин «доступная среда» прочно закрепился в сознании социума и регламентируется государственной программой Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 гг. В общественном сознании понятие «доступная среда» вызывает прямую ассоциативную связь с инвалидами. К настоящему времени теоретически обосно-

ваны и достаточно хорошо разработаны основные принципы и пути практического обеспечения инвалидов приспособлениями и устройствами, облегчающими их существование и повышающими коммуникативные и транспортные возможности [8, 11, 13]. Данная программа участвует в социально-экономическом и психологическом формировании личности инвалида в обществе и всех приоритетных сфер жизнедеятельности: образовании, занятости, спорте, культуре, транспортной и пешеходной инфраструктуре, связи с общественностью и, конечно, медицине.

В пункте 14 приложения 1 к Программе ДС указан целевой показатель к 2020 г. довести долю приоритетных объектов, доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения (МГН) в сфере здравоохранения, в общем количестве приоритетных объектов в сфере здравоохранения до 69,2% [10, 14].

Рассмотрим результаты оценки респондентами влияния правовых, экономических и социальных факторов на качество жизни (рис.3).

С течением времени уровень оценки факторов влияния на качество жизни стабильно увеличивается, тем не менее, ни один из факторов влияния к 2018 году не достиг даже 60% (рис.3). Данные результаты могут свиде-

тельствовать о недостаточной эффективности проводимых реформ. Более того, полученные результаты указывают на отсутствие соответствия результатов государственных программ в теории и в практическом применении в условиях жизни населения.

Реальная картина состояния учреждений здравоохранения с полностью реализованной доступной средой, в том числе и государственных, в настоящее время, неоднородная. Недостаточная обеспеченность маломобильных групп населения «доступными» медицинскими организациями приводит к определенным размышлениям на тему эффективности программы «доступная среда» и ее полноценном финансировании со стороны государственного бюджета.

Говоря о качественном оказании комплексной стоматологической помощи необходимо оценить порядок ее организации инвалидам и ее доступности.

Для организации доступности получения стоматологической помощи маломобильным группам населения, проведены следующие организационные мероприятия: для координации деятельности и контроля в сфере формирования доступной среды жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения назначается специальная комиссия, а координирование и помощь в проблемных вопросах обеспечивается специально созданной группой поддержки. Со всеми должностными лицами поликлиники должен быть проведен инструктаж о порядке оказания ими помощи инвалидам, доведены требования нормативных документов по обеспечению доступности и оказанию медицинской помощи инвалидам и маломобильным группам граждан, а также разработана инструкция, предусматривающая действия каждого должностного лица [9, 11].

На входной двери учреждения устанавливается кнопка вызова персонала для организации помощи входа в поликлинику указанным группам населения, входная решетка соответствует всем требованиям, для удобства пользования инвалидами на колясках. Вывеска самого учреждения, а также для всех административных и лечебно-диагностических помещений выполнены в виде тактиль-

ной таблички азбукой Брайля. Активно используется маршрутизация для инвалидов: на путях движения инвалидов и других маломобильных групп населения установлены контрастные тактильные таблички, с указанием направления движения.

В регистратуре поликлиники для инвалидов, передвигающихся на кресле-коляске, оборудовано специальное окно с заниженной поверхностью, а сама электронная очередь предусматривает услуги регистратуры для маломобильных групп населения.

Заключение

Проблема развития социальной стоматологии в новых экономических условиях обусловлена активизацией и прогрессированием процессов рыночного реформирования отечественного здравоохранения, что влечет за собой необходимость привлечения широкого спектра административных и экономических механизмов управления и регулирования.

Качество и доступность современной стоматологической помощи становится приоритетным в современном обществе. При этом одним из основных аспектов понятия «качество предоставления медицинских услуг» является не только спектр оказываемых диагностических и лечебных мероприятий, но и удовлетворенность пациента от контакта с персоналом медицинского учреждения, от того, в какой степени в этом учреждении были соблюдены его права.

На сегодняшний день, до сих пор не все медицинские учреждения оборудованы пандусами, лифтами, и не весь городской транспорт имеет техническую возможность осуществлять перевозки маломобильных групп населения. Все это сводит к минимуму эффективность большинства государственных программ профилактики. Ежедневно маломобильные категории граждан и инвалиды находятся в группе повышенного социального риска, а в результате несвоевременно оказанной медицинской помощи, многие заболевания носят необратимый характер. Внедрение рыночных отношений и переход к медицинскому страхованию в системе здравоохранения Российской Федерации повлекли за собой необходимость рефор-

мирования и всей стоматологической службы. Безусловно, для этого требуется комплексный анализ всех факторов, оказывающих влияние на оказание стоматологической помощи, в частности, решение правовых, управленческих, организационных и экономических вопросов, которые бы позволили разработать сбалансированную модель оказания стоматологической помощи с учетом экономических аспектов и этических принципов доступности и качества стоматологической помощи.

Литература

1. Конвенция о правах инвалидов, официальный сайт ООН: [Электронный ресурс], Режим доступа: <http://www.un.org/russian/document/convents/disability.html>, (дата обращения 28.12.2019 г.)
2. Улитовский С.Б., Калинина О.В., Спиридонова А.А., Доморад А.А. Роль одонтогенной инфекции как медицинское обоснование планирования индивидуальных программ профилактики у женщин детородного возраста. *Пародонтология*. 2019; 24(3):258-263. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2019-24-3-258-263>
3. Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития [Текст]: докл. к XVIII Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 11–14 апр. 2017 г. / рук. авт. кол. С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017 — 54, [2] с. — 500 экз. — ISBN 978-5-7598-1578-5 (в обл.). — ISBN 978-5-7598-1645-4 (e-book).
4. Улитовский С.Б. Средства индивидуальной гигиены рта: учебник для последипломного образования / С.Б. Улитовский. М.: СИМК, 2018; 200. <https://avidreaders.ru/book/sredstva-individualnoy-gigieny-rta.html>
5. Солдатова Л.Н., Зуйкова М.А., Иорданишвили А.К. Социальный аспект профилактики стоматологических заболеваний у детей. *Российская стоматология*. 2019;12(2):31-36. <https://doi.org/10.17116/rosstomat20191202131>
6. Макарова М. Р., Шутов Д. В. Доступная среда в госпитальных условиях: нормативные аспекты, возможные пути реализации // *Доктор.Ру*. 2016. № 12 (129). Часть II. С. 60–66.
7. Иорданишвили А.К., Робустова Т.Г., Гук В.А., Соломатин Д.С. Анализ диагностических мероприятий при патологии пародонта в ведомственных лечебно-профилактических учреждениях на основании данных внутреннего контроля качества медицинской помощи. *Пародонтология*. 2018; 1 (86):45 – 48.
8. Федеральный закон от 3 мая 2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» // правовая система ГАРАНТ. 2015 г.
9. Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы. Утв. постановлением Правительства РФ от 01.12.2015 № 1297. URL: <http://government.ru/media/files/6kKpQJTEgR1Bmijyq6GWqpAoc6OmnC.pdf> (дата обращения — 01.11.2016).
10. Методические рекомендации по созданию доступной среды для маломобильных групп населения / Подготовлены специалистами министерства социальной защиты населения Московской области. М.: Подмосковье, 2014. 56 с.
11. Декларация о правах инвалидов [Электронный ресурс] // Организация объединенных наций [Официальный сайт]. URL: www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/disabled.shtml
12. Зобанова И.Н. Стоматологическая помощь в системе комплексной реабилитации и социальной адаптации детей-инвалидов: Дисс. ... канд. мед. наук М., 2015.
13. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 №181-ФЗ (ред. От 02.12.2019г.)
14. Кузова, В.А. Проблемы создания доступной среды для маломобильных групп населения в Приморском крае / В.А. Кузова // Территория новых возможностей. Вестник Владивостокского государственного университета экономики и сервиса. – 2016. – №1. – С.183–189.
15. Послание президента российской федерации федеральному собранию российской федерации // правовая система Консультант плюс. 2018 г.
16. Howell R., Brimble M. Dental health management for children with special healthcare needs: Rachel Howell and Mandy Brimble out-

line the importance of good dental care and access to treatment for vulnerable patients // Nursing children and young people. 2013. Т. 25. № 5. С. 19—22.

17. Becker A., Shapira J., Chaushu S. Orthodontic treatment for disabled children — a survey of patient and appliance management // Journal of orthodontics. 2014

18. Norwood K.W. et al. Oral health care for children with developmental disabilities // Pediatrics. 2013. Т. 131. № 3. С. 614—619.

Эндохирургия одонтогенных кист челюстей

П.Г. Сысолятин,
д.м.н., профессор

М.М. Швецов

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Новосибирск

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им С.М. Кирова»,
Санкт-Петербург

Резюме. В сознании врачей и пациентов хирургия ассоциируется с большими разрезами и объемными вмешательствами, многие врачи употребляют выражения «серьезная хирургия» или «большая хирургия», тем самым демонстрируя свое отношение к методам. Избежать травмы при хирургическом вмешательстве невозможно, но также очевидно, что степень травматизации должна быть сведена к минимуму, это положение должно стать стратегическим в современной хирургии. В данной статье показана эффективность эндоскопической хирургии на примере лечения одонтогенных кист челюстей.

16

Endosurgery of odontogenic jaw cysts

P. G. Sysolyatin, MD, Professor
M. M. Shvetsov

FGBOU VO "Novosibirsk state medical University"
Ministry of health of the Russian Federation, Novosibirsk
FGBOU VPO "Military medical Academy named after S. M. Kirov", Saint-Petersburg

Summary. In the minds of doctors and patients, surgery is associated with large incisions and large-scale interventions, many doctors use the expression "serious surgery" or "major surgery", thereby demonstrating their attitude to the methods. It is impossible to avoid injury during surgery, but it is also obvious that the degree of injury should be minimized, this position should become a strategic one in modern surgery. This article shows the effectiveness of endoscopic surgery on the example of treatment of odontogenic cysts of the jaws.

Актуальность

В настоящее время при хирургическом лечении одонтогенных кист челюстей широко используются методы цистэктомии и цистотомии, которые имеют ряд серьезных недостатков и практически мало претерпели изменения со времени их разработки Парчем (Щипский А.В., Голунова И.В., Серова Н.С., 2016). Основными недостатками цистото-

мии являются длительные сроки реабилитации больных; цистэктомии – осложнения гнойно-воспалительного характера, развитие атрофии кости в зоне оперативного вмешательства.

Цель

Цель проведенного исследования – повысить эффективность хирургического лече-

ния одонтогенных кист челюстей путем внедрения малоинвазивных эндоскопических технологий.

Материалы и методы

Проведена сравнительная оценка хирургического лечения одонтогенных кист у 37 больных путем цистэктомии традиционным методом и 44 человек с использованием эндоскопического метода, разработанного проф. С.П. Сысолятиным (2002).

Всем больным наряду с клиническим исследованием проводилась мультиспиральная или денальная компьютерная томография, а также патоморфологическое изучение операционного материала.

Результаты и их обсуждение

На основании клинико – рентгенологических и морфологических исследований у 41 больного были диагностированы радикальные кисты, у 22 – фолликулярные и у 18 – кератокисты. Установлено, что эндоскопическая хирургия может быть использована в качестве метода выбора при диагностике и оперативном лечении больных с большими кистозными образованиями челюстей (диаметром 3 см и более).

Диагностическая эндоскопическая биопсия в отличие от проведенной традиционным методом менее травматична, более информативна, позволяет без разреза тканей провести забор материала в труднодоступных участках полости, полностью исключает гнойные осложнения, которые имели место у 8 из 15 больных после выполнения традиционной инцизионной биопсии.

Эндоскопическая цистэктомия, основанная на пункционном доступе, обеспечивает более быструю и полноценную регенерацию костной полости, снижает послеоперационные осложнения, связанные с нагноением операционной раны и травматизацией нижнечелюстного нерва.

Выводы

Эндоскопическая хирургия перспективное направление при лечении полостных одонтогенных кистозных образований челюстей и требуется широкое внедрение ее в клиническую практику.

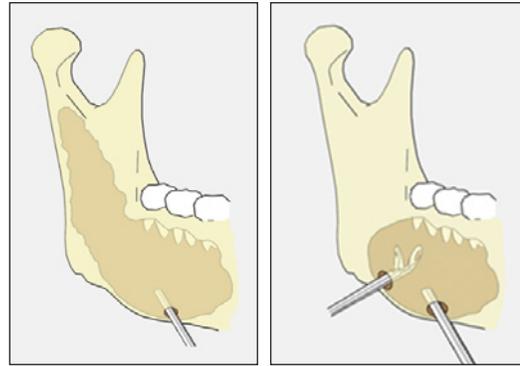


Рис. 1. Схема диагностической эндоскопии внутричелюстного полостного образования

Схема внутрикостной эндоскопической цистэктомии

Литература

1. Сысолятин С.П., Сысолятин П.Г. Эндоскопические технологии в челюстно-лицевой хирургии. — 2005. — 60 с.
2. Eppley B.L., Long-term results and stability of endoscopic browlifts with resorbable screw fixation // J. Cranio-Maxillofac. Surg. — 2002. — Vol.30, suppl.1. — P.307.
3. Eleftheriadis E. The influence of the functional transnasal endoscopic technique in the prognosis of the maxillary sinus surgery // Int. J. Oral Maxillofacial Surg. — 2003. — Vol.32, Suppl.2. — P.3
4. Fusetti S., Beccazi A., Emanuelle E. et al. Combined surgical and endoscopic management of facial trauma // J. Cranio-Maxillofac. Surg. — 2002. — Vol.30, suppl.1. — P.14.
5. Viktoraitis S., Aotruskas T., Endoscopic aesthetical facial surgery: technique and objective results // J. Cranio-Maxillofac. Surg. — 2002. — Vol.30, Suppl.1. — P.125.

Изменения структуры поверхностного слоя эмали и дентина при облучении YAG: Er лазерным излучением длиной волны 2,94 мкм

Ермолаева Л.А.

д.м.н., профессор, зав. кафедрой *

Федотов Д.Ю.

к.м.н., доцент кафедры *

Сергеева Е.С.

ассистент кафедры *

* Кафедра терапевтической стоматологии
факультета стоматологии и медицинских
технологий СПбГУ

YAG: Er – твердотельный лазер (длина волны 2,94 нм), в котором активной средой является кристалл или стекло с введённым в него ионом активного вещества небольшой концентрации. Многочисленные исследования показали, что эрбиевый лазер имеет исключительную роль при удалении твёрдых тканей зубов из-за высокой абсорбции к воде (Keller U., Hibst R., 1990; Kayano T., Ochi S., Kiyono K., Yamamoto H., Nakajima S., Mochizuki T., 1991), ингибируя при этом кариозный процесс на 40 % (Fried D., Featherstone J.D.B., Visuri S.R., Seka W., и соавт., 1993).

Длина волны эрбиевого лазера (2,94 нм) соответствует пику абсорбции воды и поэтому термический процесс достаточно локализован. Это означает, что для абляции необходимо гораздо меньше энергии по сравнению с другими типами лазерного излучения. Благодаря этому, отмечается сокращение количества аккумулируемой теплоты в тканях зуба, понижая вероятность структурных повреждений (Keller U., Hibst R., 1989; Wannop N.M., Dickinson M.R., King T.A., 1993).

Большой интерес заслуживают работы, посвящённые макро-и-микроисследованиям облучённой поверхности эмали и дентина. Первое исследование на предмет взаимодействия YAG: Er лазерного излучения длиной волны 2,94 мкм с твёрдыми тканями зубов было проведено в 1987 году. Изучение шлифов зубов, подвергавшихся воздействию лазерного излучения (энергия 3 Дж, количество импульсов – 10, длительность импульса 3 мсек.), показало, что структура эмали в области сформированной полости мало изменена. Её поверхность была шероховатой, без признаков обугливания, с частичным нарушением структуры. Трещин на поверхно-

сти и в глубине ткани обнаружено не было. При исследовании зубов, поражённых кариесом было обнаружено, что стенки и дно кариозных полостей при обработке лазерным излучением покрывались коричневого цвета налётом (продукты испарения ткани) легко удаляемым ватным тампоном. Глубина испарения патологически изменённой ткани составляла 30–40 мкм за импульс. При воздействии импульса акустический эффект мягкий, приглушённый по сравнению со здоровой тканью. При гистологическом исследовании срезов декальцинированных зубов отмечалась тонкая, чётко ограниченная со здоровой тканью полоса затемнения тол-

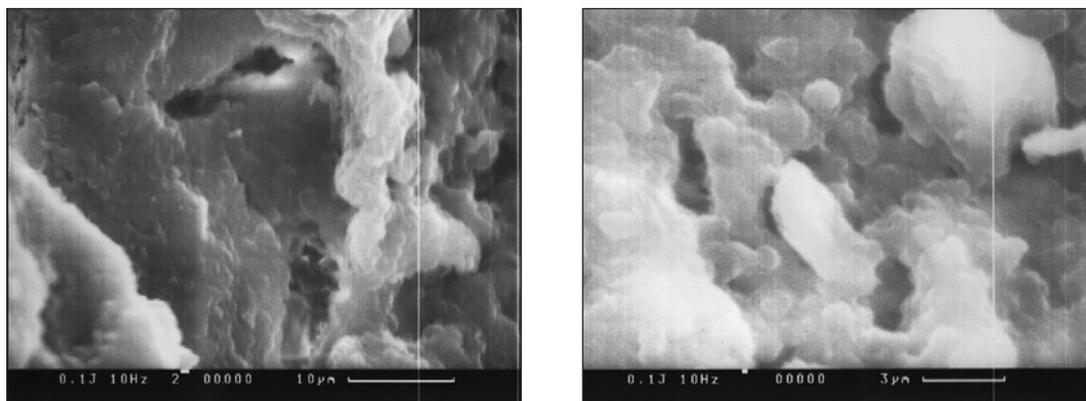


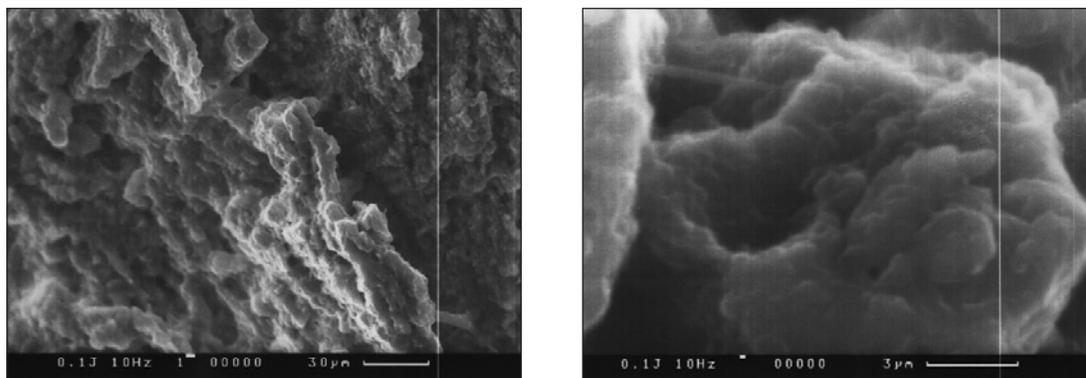
Рис. 1-2. Облученная структура эмали эрбиевым лазерным излучением на энергии 0,1 Дж

щиной до 20 мкм. Дентинные трубочки заполнены продуктами испарения на толщину до 50-60 мкм. Неравномерность зоны частичной деструкции, на взгляд авторов, объясняется различным углом падения импульса излучения лазера. С помощью СЭМ также были проведены исследования образцов зубов, облучённых на параметрах 30 Дж (10 импульсов) с длительностью импульса 3 мсек. В эмали на границе дефекта наблюдались сглаженность поверхности кристаллов, увеличение расстояния между ними за счёт отсутствия гидратной оболочки с отдельными участками гомогенизации. В области эмалево-дентинного соединения имелись очаги сглаженности, деструкции, гомогенизации кристаллов эмалевых призм, межкристаллические расстояния были увеличены.

Участки дентина имели неправильную треугольную форму, заходящую в эмаль. Просвет дентинных трубочек заполнен хаотично расположенными ромбовидными и пятиугольной формы кристаллами эмалевых призм. Вокруг дентинных трубочек имелась зона гиперминерализации, продолжающаяся до 2/3 длины. Также наблюдались очаги гомогенизации с остатками коллагеновых волокон и общее огрубление структуры, которое, по мнению авторов, могло быть связано с потерей органического матрикса (Багдасаров Х.С., Долгих Р.А., Жеков В.И., Зазулевская Л.Я. и др., 1987).

В другой работе было проведено макроскопическое, гистологическое и СЭМ исследование облучённых твёрдых тканей после лечения кариеса корня на параметрах 160

Рис. 3-4. Микроструктура дентина, облученного эрбиевым лазерным излучением на уровне энергии 0,1 Дж, ЧСЛИ 10 Гц



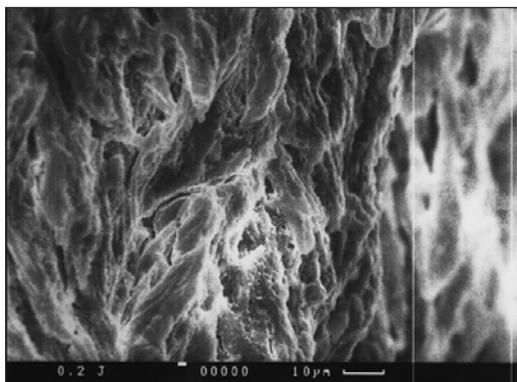
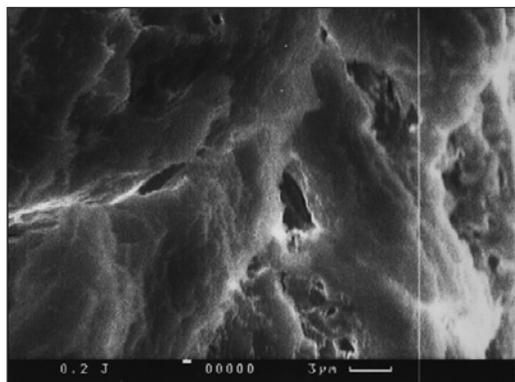


Рис. 5.6. Микроструктура дентина, облученного эрбиевым лазерным излучением на уровне энергии 0,2 Дж, ЧСЛИ 10 Гц



мДж/см² и частотой следования лазерных импульсов 10 Гц с воздушно-водяным спреем. Результаты продемонстрировали, что поверхностная структура имела беловатый цвет, без карбонизации, с характерной после облучения дезориентированной структурой. СЭМ показало отсутствие смазанного слоя и открытые в разной степени дентинные каналы (Aoki A., Otsuki M, Ando Y., Yamada T., 1995).

Результаты исследований.

Проведенные нашей рабочей группой исследования микроструктур эмали и дентина зубов, облученных YAG:Er лазером рабочими параметрами, демонстрируют спе-

цифические и полезные морфологические изменения.

На представленных рисунках (Рис. 1, 2) изображена облученная поверхность эмали на параметрах 0,1 Дж, ЧСЛИ 10 Гц, экспозиция 10 сек. и расходом воды 1 мл./мин. Визуально определяется шероховатый характер поверхности с многочисленными выступами оплавленных кристаллов гидроксилапатита. В отдельных областях заметны пространства между кристаллами порядка 5 - 10 мкм.

Структура дентина, облученного на тех же параметрах (Рис. 1, 2), имеет неорганизованную поверхность. Поверхностное оплавление сказывается на преимущественном запа-

Рис. 7. Микроструктура дентина, облученного эрбиевым лазерным излучением на уровне энергии 0,2 Дж, ЧСЛИ 10 Гц

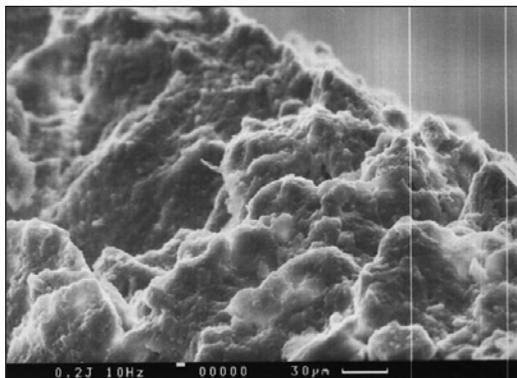
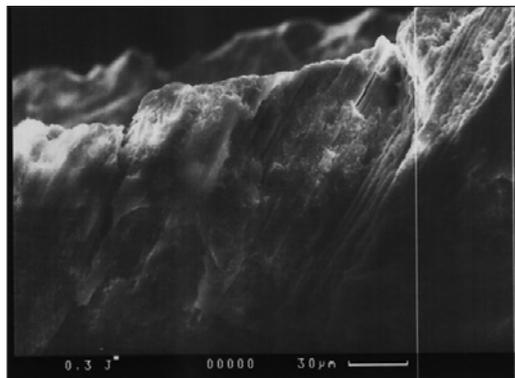


Рис.8. Структура облученного дентина на уровне 0,2 Дж, ЧСЛИ 10 Гц в сагитальном срезе



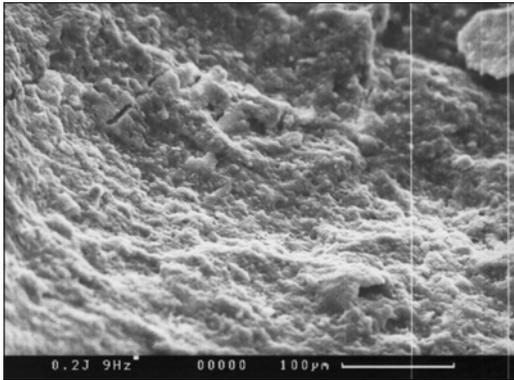


Рис. 9. Структура облученного дентина на уровне энергии 0,2 Дж и частоте следования лазерных импульсов 9 Гц, ЧСЛИ 9 Гц

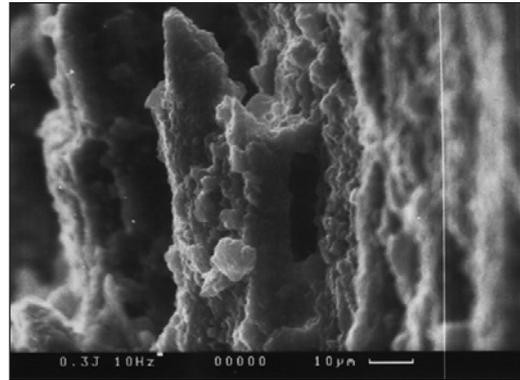


Рис. 10. Структура облученного дентина боковой поверхности на уровне энергии 0,3 Дж, ЧСЛИ 9 Гц

ивании дентинных канальцев. В отдельных участках дентинные канальцы открыты, их диаметр составляет около 3 мкм. Подробное сканирование открытых канальцев не позволило определить наличие продуктов выброса в просвете полый структуры, что, вероятно, указывает на неспособность лазерного излучения уровня энергии 0,1 Дж проводить полноценную абляцию дентина.

Сканирующая электронная микроскопия позволяет определить характер изменения структуры облучённой поверхности в зависимости от используемого уровня энергии. Так, при 0,2 Дж поверхность эмали (Рис. 3, 4) выглядит более плотной и однородной за счёт большего расплавления минералов. На фоне практически однородной оплавленной ткани определяются единичные микропространства порядка 2-3 мкм. Вероятно, размер образованных микропустот, непосредственно связан с уровнем, а, соответственно, и плотностью поступающей энергии. При увеличении энергетического параметра, вероятно, происходит повышение плотности структуры эмали за счёт оплавления гидроксилатапата, а появление микропор является следствием сдвига поверхностной упорядоченности его кристаллов.

Рис. 7 демонстрирует облучённую поверхность дентина на параметрах 0,2 Дж и ЧСЛИ 10 Гц. На фоне бугристой поверхности заметны полуоткрытые канальцы, диаметр просвета которых варьирует. Шерохова-

тость обусловлена остроконечными и обтекаемыми выступами облучённых кристаллов гидроксилатапата.

На рисунке сагиттального среза через центр сформированной полости (Рис. 8) видны дентинные канальцы, естественная внутренняя пустота которых, и параллельность хода не изменена. Согласно результатам наших исследований, толщина облучённого слоя дентина на параметрах 0,2 Дж и 0,3 Дж соответствует 40 – 60 мкм в зависимости от выбранного участка полости.

При изменении частоты следования лазерных импульсов (9 Гц) структура облучённой поверхности дентина несколько меняется. Мелкобугристая, шероховатая поверхность с отдельно открытыми в разных частях дентинными канальцами выглядит более упорядоченной. Разорвавшиеся полые структуры дентина в процессе абляции, окружены однородным валом, представленным, по нашему мнению, фрагментами кристаллов гидроксилатапата и продуктами выброса (Рис. 9).

Поверхность облучённого дентина на уровне энергии 0,3 Дж боковой стенки полости (Рис. 10) имеет характерные структурные особенности. Вытянутая, сталактитообразная форма кристаллов и овальная форма открытых дентинных канальцев, вероятно, является следствием скользящего момента абляции тканей периферической зоной лазерного импульса.

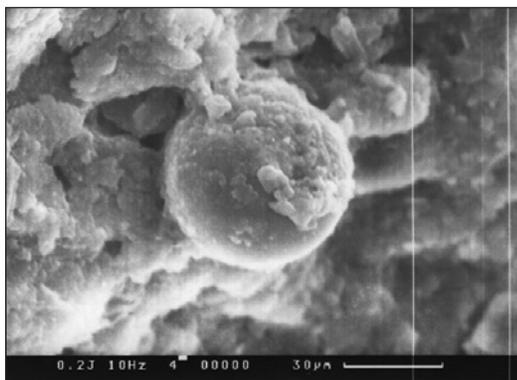


Рис. 11. Вид неразорвавшейся полой структуры дентина, облученного на уровне 0,2 Дж, ЧСЛИ 9 Гц

На рисунке 11 запечатлён момент, подтверждающий теорию механизма абляции дентина YAG: Er лазерным излучением. Неразорвавшаяся полая структура дентина участка боковой стенки, вероятно, является как следствием недостаточно высокой энергии (0,2 Дж) для проведения полноценной абляции, так и возможного перераспределения плотности энергии лазерного импульса от периферии к центру.

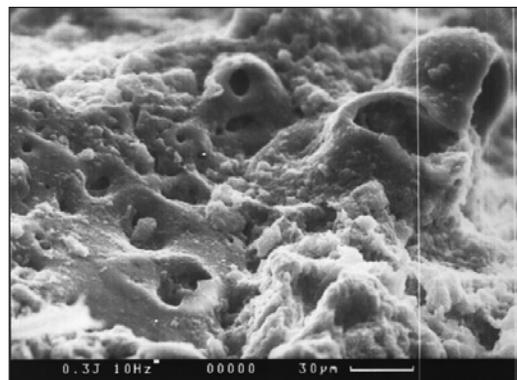
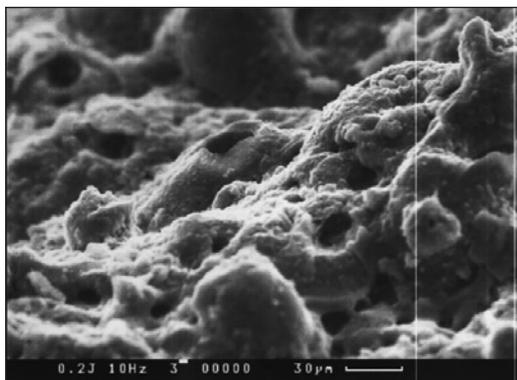
Следующие рисунки (Рис. 12, 13) демонстрируют классическую поверхностную структуру дентина дна полости после проведения абляции на установленных оптимальных параметрах. На фоне однородной, шероховатой, с незначительно выступающими над поверхностью фрагментами структуры ден-

тина, видны открытые в разной степени дентинные каналы, диаметр просвета которых находится в пределах 6 - 30 мкм. По рисунку легко увидеть практически гладкую поверхность участка, окружающего просвет каналца, в отличие от расположенных рядом шероховатых областей (Рис. 13). Такая контрастирующая картина, вероятно, объясняется осаждением оплавленных продуктов выброса, которые вылетают в результате микровзрыва. Попадая при этом под поступающую энергию, осколки в расплавленном состоянии оседают по периферии открытого каналца, образуя гомогенный нарост в виде эффекта застывшей лавы.

Выводы

1. Поверхность дентина обладает повышенной плотностью как непосредственно в области приложения лазерного импульса, так и в смежных участках. Предполагается, что уплотнение происходит вследствие поверхностного оплавления кристаллов гидроксилapatита и газодинамического стресса при микровзрывах полых структур.
2. При облучении дентина с энергией в импульсе 0,2 Дж были определены микропустоты, возникновение которых связано с изменением структурной упорядоченности кристаллов гидроксилapatита в момент абляции и испарении воды в структуре дентина с образованием пространств.
3. Дальнейшее СЭМ дентина, облучённого на параметрах 0,2 Дж и ЧСЛИ 10 Гц, показала

Рис. 12-13. Оптимально модифицированная поверхностная структура дентина, облученного на параметрах 0,2 - 0,3 Дж с ЧСЛИ 9 Гц



морфологические поверхностные изменения, характерные для завершённой динамики структурных превращений.

4. Исследуя структуру боковых стенок сформированных полостей лазерным излучением с энергией в импульсе 0,2 Дж и 0,3 Дж, были отмечены морфологические отличия дентина данной области, неразорвавшиеся полые структуры.

5. СЭМ показала отсутствие смазанного слоя на облученной поверхности дентина, шероховатость поверхности, поверхностное радиальное оплавление неорганической субстанции дентина, которое отмечается практически вокруг каждого дентинного канала.

Литература

1. Hibst R. Heat effect of pulsed Er: YAG laser radiation / R. Hibst, U. Keller // Proc. SPIE. - 1990. - Vol. 1200. - P. 375 - 386.
2. Effects of Er: YAG laser irradiation on human extracted teeth / T. Kayano, S. Ochi, K. Kiyono, H. Yamamoto, S. Nakajima, T. Mochizuki // J. Clin. Laser Med. Surg. - 1991. - №9. - P. 147 - 150.
3. Fried D. Multiple pulse irradiation of dental hard tissues of CO2 laser / D. Fried, R. E. Glana, D. B. Featherstone // Proc. SPIE. - 1993. - Vol. 2080. - P. 137 - 142.
4. Hibst R. Effect of water vspray and repetition rate on the temperature elevation during Er: YAG laser ablation of dentine / R. Hibst, U. Keller // Proc. SPIE. - 1989. - Vol. 2632. - P. 139 - 147.
5. Wannop N. M. Interaction Er:YAG laser radiation with hard tissue of the teeth / N. M. Wannop, M. R. Dickinson, T. A. King // Proc. SPIE. - 1993. - Vol. 2080. - P. 33 - 39.
6. Воздействие излучения НФП Ж Ук лазера на твёрдые ткани зуба и слизистую полости рта / X. С. Багдасаров, Р. А. Долгих, В. И. Жеков, Л. Я. Зазулевская, Б. В. Зубов, В. А. Лобачёв, В. Н. Малышев, А. А. Маненков, Т. М. Мурина, А. М. Прохоров, В. А. Салюк, Е. А. Фёдоров. – М.: Медицина, 1987. – 40 с.
7. Aoki A. Er: YAG clinical experience in Japan: Japan: review of scientific investigations / A. Aoki, H. Watanabe, I. Ishikawa // Proc. SPIE. - 1995. - Vol. 3248. - P. 40 - 46.

Проблемы профилактики основных стоматологических заболеваний у женщин детородного возраста с неопластическими заболеваниями кроветворной системы

Улитовский С.Б.,

Заведующий кафедрой, заслуженный врач РФ, проф., д.м.н.

Калинина О.В.,

к.м.н., доцент

Кафедра стоматологии профилактической
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова МЗ РФ

24

Problems of prevention of major dental diseases in women of child-bearing age with neoplastic diseases of the hematopoietic system

Ulitskiy S.B.,

professor, head of the Department, honored doctor of the Russian Federation, DDS, DMS

Kalinina O.V., PhD, associate Professor

Department of preventive dentistry FGBOU VO

«The First Academician I.P. Pavlov State Medical University of St. - Petersburg»
Health Ministry of Russia

В настоящее время отмечается тенденция к росту числа онкологических заболеваний во время беременности, что связано с более ранней диагностикой онкологических заболеваний, а также формированием семьи и планированием беременности в старшем возрасте [15]. На основании описанных в литературе наблюдений не выявлено принципиальных отличий в течение неопластических заболеваний кроветворной системы при беременности по сравнению с общей

популяцией пациентов. С другой стороны, возникает большое количество осложнений: частота спонтанных аборт составляет 33%, перинатальной смертности - 50% [8]. Острый лейкоз является фатальным без проведения агрессивного химиотерапевтического лечения, характеризуется стремительным течением и приводит к смерти в течение нескольких недель от момента постановки диагноза. Увеличение выживаемости при проведении адекватной химиотера-

пии подчеркивает важность своевременного проведения ее во время беременности [12,24].

Низкий уровень гигиенических знаний у врачей-стоматологов о специфике гигиенических мероприятий в полости рта, профилактике и лечении пациентов с неопластическими заболеваниями кроветворной системы, обуславливает недостаточное использование современных технологий стоматологического лечения. Вопрос об организации адекватной стоматологической помощи женщинам детородного возраста с неопластическими заболеваниями крови становится все более актуальным [6].

Цель исследования – анализ проблемы профилактики основных стоматологических заболеваний у женщин детородного возраста с неопластическими заболеваниями кроветворной системы.

Распознать неопластические заболевания кроветворной системы у беременной женщины достаточно сложно из-за присутствия симптомов, которые свойственны многим женщинам в этот период. Первые признаки заболевания также различаются в зависимости от вида заболевания. У женщины в период беременности могут проявляться такие симптомы, как частые простудные заболевания, потеря аппетита, остановка и снижение веса, боли в животе, озноб и лихорадка, повышение температуры тела, увеличение лимфатических узлов, появление болевых ощущений в суставах и костях, повышенная потливость и анемия [11].

При впервые выявленном неопластическом заболевании кроветворной системы во время беременности проводится по возможности раннее начало лечения с подбором схемы полихимиотерапии, разрешенной во время беременности. В случае начала полихимиотерапии в I триместре беременности показано её прерывание. Например, антрациклин, применяемый для лечения острого лейкоза в I триместре, обладает тератогенным действием с развитием аномалий нервной и сердечно-сосудистой систем, в то время как при назначении его во II и III триместрах отмечены нормальное течение беременности и рождение здоровых детей [17]. Самыми распространенными осложнениями

полихимиотерапии являются инфекционные процессы различной локализации, поэтому всем женщинам в период беременности проводится поддерживающая терапия. В полости рта при осмотре определяется резкая кровоточивость десен, наличие кровоизлияний на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов, на языке и небе. А также происходит гормональная перестройка в организме женщины во время гестации, повышая патогенность флоры полости рта за счет усиленной пролиферации условно-патогенных микроорганизмов. В развитии осложнений беременности немаловажную роль играет одонтогенная инфекция, нередко вызывая преждевременное рождение ребенка, а также ограничение его роста и развития [1]. При отсутствии правильной гигиены рта в десневой борозде накапливаются микроорганизмы, формирующие биопленку, что может привести к снижению веса плода на 18 % [3]. Низкий вес в период эмбрионального и младенческого развития относится к факторам риска, приводящим к болезням в зрелом возрасте, таким как, диабет, высокое кровяное давление и сердечно-сосудистые нарушения.

Агрессивные свойства грибов рода *Candida* связаны не только с угнетением защитных свойств слизистых оболочек рта, но и с явлениями паразитоценоза, когда возникают ассоциации вирусов, риккетсий и патогенных бактерий. При контакте с внешними раздражителями у беременных ввиду сочетанных изменений эндокринно-иммунных механизмов формирование мукозо-ассоциированного защитного ответа в ротовой полости может протекать с отличительными особенностями [5].

Мукозиты могут быть охарактеризованы как поражение слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта вследствие лучевой терапии или химиотерапии. Прямое токсическое воздействие цитостатиков при интенсивной полихимиотерапии приводит к развитию мукозитов, возникающие при этом осложнения в полости рта ухудшают стоматологическое состояние больных и служат препятствием для продолжения лечения с должной интенсивностью, требуя коррекции стоматологического статуса [2]. В про-

цессе развития мукозита образуется порочный круг: воздействие ионизирующего излучения снижает колонизационную резистентность слизистой оболочки и способствует размножению кандид, а продукты клеточной стенки кандид служат дополнительным источником стресса для нормальных тканей, усиливая их радиационное повреждение [14].

Общепризнанными принципами профилактики мукозита являются: соблюдение оральной гигиены, санация кариозных зубов и проявлений периодонтита перед началом химиотерапии. Стандартные профилактические мероприятия по уходу за полостью рта включают индивидуальную гигиену рта с использованием специальной зубной щетки с мягкой щетиной, частые полоскания раствором пищевой соды, антисептиками и противомикробными препаратами. Существенное значение имеет гигиеническое состояние полости рта в период беременности. При рациональном гигиеническом уходе за зубами, приводящем к значительному снижению индекса гигиены полости рта, уровень IgA в слюне существенно повышается. Кроме того, на интенсивность кариозного процесса оказывает влияние состояние противомикробной активности средств гигиены [20].

Мукозиты полости рта, вовлекающие язык, слизистую оболочку щек, губ и десну могут сопровождаться ксеростомией, язвенно-некротическим гингивитом, ангулярным хейлитом и грипповыми инфекциями. Сухость полости рта резко ограничивает качество жизни больных, вызывая трудности речи и питания, снижая барьерную функцию слизистой [19]. Возможности профилактики мукозитов, проявляющихся болевым синдромом и отказом от приема пищи, минимальны. Значимое сокращение частоты и тяжести течения мукозита полости рта было получено в рандомизированном двойном слепом исследовании с плацебо лишь при контактном применении 0,1–0,12% раствора антисептика хлоргексидина у взрослых больных острым лейкозом [7, 21]. Лечение мукозитов предусматривает прием мягкой по консистенции пищи с отказом от острых, соленых, кислых и горячих блюд, обработ-

кой полости рта местными анестетиками и полоскания растворами антацидов.

В исследовании Тюшевой А.В. (2018) с соавторами выполнялась оценка уровня гигиены полости рта у лиц, проходящих химиотерапию, с последующим подбором средств индивидуальной гигиены с ксилитом, бетаином, гидроксипропилцеллюлозой, лактатом цинка, перметолом, 0,12 % раствором хлоргексидина. Проводилось обучение мануальным навыкам индивидуальной гигиены рта и профессиональная гигиена полости рта [10].

Для индивидуальной гигиены полости рта рекомендовались зубные щетки с мягкой щетиной; в зависимости от болезненности десен, зубные пасты без содержания лаурилсульфата натрия, кокосульфата натрия, триклозана и лактата алюминия, а также ежедневное использование геля с содержанием кальция, фосфора, магния и ксилита [10, 16]. Чистку зубов необходимо было проводить ежедневно утром после еды и вечером перед сном по 4 минуты, использование геля ежедневно в течение 1 месяца на ночь. Подбор средств гигиены строился на основе наличия в полости рта большого количества кислотообразующих бактерий *Streptococcus Mitis* и *Streptococcus Mutans*, что приводит к изменению pH в ротовой полости со щелочной на кислую среду. Именно этот процесс способствует быстрой потере зубов у лиц, получающих химиотерапевтическое лечение, что объясняет острую необходимость правильной и регулярной гигиены полости рта [10, 18].

Специфических лекарственных средств для лечения мукозита полости рта не существует, но применение аппликаций на пораженные слизистые масла облепихи, слабого раствора прополиса в молоке, витамина B12, полоскания раствором метилурацила способствуют заживлению язв, регрессии воспаления и эпителизации [22]. Контроль локальной инфекции *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* и *Escherichia coli* может быть осуществлен с помощью указанных выше растворов хлоргексидина, полосканий с растворимыми антибиотиками, аппликаций на язвы суспензии тетрациклина в условиях нейтропении [13].

При сопутствующей нейтропении необходимо системное применение антибиотиков широкого спектра действия, противогрибковых препаратов, стимуляция лейкопоэза и иммунитета препаратами гемопоэтических колониестимулирующих факторов. Основной причиной ограничения блюд обычного рациона и даже питательных смесей для клинического питания больных с гастроинтестинальным мукозитом является недостаточность ферментативного гидролиза в тонкой кишке, сочетающаяся с выраженным болевым синдромом [4].

Сочетание адекватного энтерального питания и местного лечения значительно улучшает качество жизни и здоровье полости рта у женщин детородного возраста с неопластическими заболеваниями крови, предотвращает развитие нарушений нутритивного статуса и ускоряет восстановление слизистой [23]. Работы об особенностях и методах коррекции нарушений стоматологического статуса у женщин детородного возраста с неопластическими заболеваниями кровеносной системы занимают весьма скромное место в общей массе научно-исследовательских работ, посвященных стоматологической патологии.

Проведение мониторинга позволит скорректировать профилактическую направленность средств оральной гигиены, что обеспечит эффективность применения «Профилактических программ» у данного контингента.

Ведущая роль инфекции и пути ее профилактики у женщин детородного возраста для здоровья рта в будущем у ребенка определяется одной из важнейших задач, согласно национальному проекту Демография, где говорилось о необходимости укрепления здоровья населения к 2024 году и преодоления демографического кризиса. Общее улучшение здоровья населения обязательно включает в себя мероприятия по укреплению стоматологического здоровья, таким образом, и профилактику основных стоматологических заболеваний у женщин детородного возраста.

Литература

1. Быков Л.В., Леонтьева И.В. Повреждение и репаративная регенерация эпителия слизистой оболочки полости рта при воздействии цитостатиков (тканевые, клеточные и молекулярные механизмы). Морфология. 2011;2(139):7-172.
2. Гладкова Н.Д. Мукозит слизистой оболочки полости рта и глотки: патогенез, классификация, возможности коррекции. Вопросы онкологии. 2006; 4:379-384.
3. Егорова Л.И., Жданова М.Л., Толмачева С.М., Тиунова Н.В. Особенности грибковой микрофлоры полости рта больных плоскоклеточным раком головы и шеи и ее динамика на фонехимиолучевого лечения. Современные проблемы науки и образования. 2015; 2:92-99.
4. Зеленова Е.Г., Заславская М.И., Махрова Т.В. Кандиды: экология, морфофункциональные особенности и факторы патогенности. Нижегородский медицинский журнал. 2003; 1.: 73-84.
5. Караков К.Г., Власова Т.Н., Оганян А.В., Мордасов Н.А. Совершенствование терапевтического комплекса мероприятий при лечении орального мукозита на фоне лучевой терапии при «заинтересованности» тканей полости рта. Медицинский алфавит. 2015; 22:34-35.
6. Кашкин Н.П., Лисин В.В. Практическое руководство по медицинской микологии Л.: Медицина. 1983:190.
7. Луцкая И.К., Андреева В.А., Зиновенко О.Г. Стоматологическая профилактика осложненной химиотерапии онкогематологических заболеваний у детей. Современная онкология. 2015;2(17):61-6.
8. Полушкина Е.С., Шмаков Р.Г., Хорошко Н.Д., Соколова М.А., Цветаева Н.В. Лейкозы и беременность. Практическая онкология. 2009;10(4):237-244.
9. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Абрамова Е.С., Умарова К.В. Профилактика и лечение постлучевых мукозитов у пациентов с онкологическими заболеваниями слизистой оболочки рта. Клиническая стоматология. 2016; 80(4):18-21.
10. Тюшевская А.В., Гаспарян Г.Н., Ковальчук М.А. Повышение эффективности индивидуальной гигиены полости рта у детей с онко-

логическими и гематологическими заболеваниями. Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2018;5(2):19-24.

11. Халявина И.Н., Гилева О.С., Пленкина Ю.А., Хохрин Д.В. Общие положения оказания стоматологической помощи больным гемофилией. Стоматология. 2012;91(2):9-11.

12. Цветаева Н.В., Хорошко Н.Д., Соколова М.А. Хронические миелопролиферативные заболевания и беременность. Терапевтический архив. 2006; 10:68-73.

13. Barbui T., Barosi G., Grossi A. et al. Practice guidelines for the therapy of essential thrombocythemia. A statement from the Italian Society of Hematology, the Italian Society of Experimental Hematology and the Italian Group for Bone Marrow Transplantation. Haematologica. 2004;89(2):215-222.

14. Brell J. Leukemia in pregnancy. Semin. Oncol. 2000;27(6):667.

15. Dilek I., Topcu N., Demir C. et al. Hematological malignancy and pregnancy: a single institution experience of 21 cases. Clin. Lab. Haem. 2006; 28:170-176.

16. Elliott M. A., Tefferi A. Thrombocythaemia and pregnancy. Best Pract. & Res. Clin. Haematol. 2003;16(2):227-242.

17. Harrison C. Pregnancy and its management in the Philadelphia negative myeloproliferative diseases. Brit. J. Haematol. 2005; 129:293-306.

18. Griesshammer M., Struve S., Harrison C. Essential thrombocythemia. Polycythemia vera and pregnancy: the need for a observational study in Europe. LeucNet. 2005; 1:19.

19. Koh L., Kanagalingam D. Pregnancies in patients with chronic myeloid leukemia in the era of imatinib. Int. J. Hematol. 2006; 84:459-462.

20. Landolfi R., Marchioli R., Patrono C. Mechanisms of bleeding and thrombosis in myeloproliferative disorders. Tromb. Haemost. 1997;78(1):617-621.

21. Passamonti F., Randi M.L., Rumi E. et al. Increased risk of pregnancy complications in patients with essential thrombocythemia carrying the Jak2 (V617F) mutation. Blood. 2007; 110(2): 485-489.

22. Robinson S., Bewley S., Hunt B. et al. The management and outcome of 18 pregnancies in women with polycythemia vera. Haematologica. 2005;90(11):1477-1483.

23. Shapira T., Pereg D., Lisher M. How I treat acute and chronic leukemia in pregnancy. Bl. Rew. 2008; 1:13.

24. Taylor U., Bardequez A., Iglesias N. et al. Idiopathic myelofibrosis in pregnancy: a case report and review of the literature. Am. J. Obstet. Gynecol. 1992;167(1):8-9.

Воспалительные заболевания пародонта и их профилактика у пациентов с патологией прикуса

С.Б. Улитовский,

профессор, д.м.н., зав. кафедрой,¹
зам. директора по научной работе НИИС и ЧЛХ ПСПбГМУ,
заслуженный врач РФ, заслуженный стоматолог СтАР

А.В. Шевцов, ассистент¹

¹ Кафедра стоматологии профилактической
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Резюме

У ортодонтических пациентов, проходящих лечение при помощи несъемной аппаратуры имеется большой риск возникновения воспалительных заболеваний пародонта [1-4, 6, 8]. Целью исследования являлось изучение распространенности заболеваний пародонта и её структуры у ортодонтических пациентов. В исследовании приняли участие 79 пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении, которые были разделены на 4 возрастные группы. Проводили осмотр с целью определения показателей распространенности и интенсивности заболеваний пародонта. В результате исследования была установлена высокая распространенность заболеваний пародонта у пациентов с брекет-системами, которая составила $84,81 \pm 6,12\%$, в первой группе она была равна $77,78\%$, во второй группе – $81,25\%$, а в третьей и четвертой группах по $85,72\%$ и $91,67\%$ соответственно.

Ключевые слова: профилактика, гингивит, пародонтит, ортодонтия, брекет-система.

Inflammatory periodontal diseases and their prevention among malocclusion patients

S.B. Ulitovskiy, professor, DMSc, department's head,¹

Deputy Director for Science of the Pavlov First Saint Petersburg State Medical University's
Research Institute for Dentistry and Maxillofacial surgery, honored doctor of the Russian Federation,
honored dentist of the RDA

A.V. Shevtsov, assistant¹

¹ Pavlov First Saint Petersburg State Medical University department of the prophylactic dentistry

Summary

Orthodontic patients undergoing treatment with fixed appliance have a high risk of inflammatory periodontal diseases [1-4, 6, 8]. The aim of the study was to study the prevalence of periodontal disease and its structure in orthodontic patients. The study involved 79 patients undergoing orthodontic treatment, which were divided into 4 age groups. An examination was conducted to determine the prevalence and intensity of periodontal diseases. The study found a high prevalence of periodontal disease in patients with bracket systems, which amounted to $84.81 \pm 6.12\%$, in the first group it was 77.78% , in the second group - 81.25% , and in the third and fourth groups of 85.72% and 91.67% , respectively.

Key words: prophylaxis, gingivitis, periodontitis, orthodontics, bracket system.

Таблица 1

Распространенность заболеваний пародонта в различных возрастных группах ортодонтических пациентов

Группы	Здоровый пародонт %	Заболевания пародонта					
		Хронический гингивит (%)				хронических пародонтит лёгкой ст. тяжести (%)	
		катаральный		гипертрофический		лок.	ген.
		лок.	ген.	лок.	ген.		
первая	22,22±1,44	11,12±1,01	44,42±3,35	11,12±1,27	11,12±1,17	0,00	0,00
вторая	18,75±1,76	12,50±1,32	43,75±3,69	18,75±1,96	12,50±1,53	0,00	0,00
третья	14,29±1,29	14,28±1,14	23,81±3,02	4,76±0,63	19,06±2,01	14,28±1,99	9,52±1,05
четвертая	8,34±0,77	16,68±1,28	8,32±0,79	8,35±0,98	8,32±0,96	16,65±1,51	33,34±2,86

Актуальность

По своей распространенности воспалительные заболевания пародонта занимают второе место среди всех стоматологических заболеваний, уступая лишь кариесу [1-4]. Наличие брекет-системы приводит к значительному скоплению мягкого зубного налёта, что в свою очередь увеличивает риск возникновения и развития воспалительных заболеваний пародонта [5, 8-11]. О. Bernhardt и соавт. (2019), С.Б. Улитовский и соавт. (2015), А. Dannan (2010) и др. отмечали связь между уровнем и качеством индивидуальной гигиенической процедуры в полости рта в период ортодонтического лечения и связанного с ними гингивита.

Цель

Целью исследования являлось изучение распространенности заболеваний пародонта и её структуры у ортодонтических пациентов. Материалы и методы. В исследовании приняло участие 79 человек, которые были разделены на 4 возрастные группы:

- первая группа от 15 до 20 лет,
- вторая группа от 21 до 25 лет,
- в третью группу вошли пациенты в возрасте от 26 до 30 лет,
- 4-я группа – 31-35 лет.

Определение интенсивности заболеваний пародонта оценивали по секстантам с помощью коммунального пародонтального индекса (CPI).

Результаты исследования

В результате проведенного исследования были получены следующие данные о распространенности и интенсивности заболеваний пародонта у данного контингента.

Из таблицы 1 видно изменение состояния пародонта в исследуемых группах. Так, хронический генерализованный катаральный гингивит в I группе составил 44,42±3,35%. В четвертой группе количество пациентов со здоровым пародонтом уменьшилось и составило 8,34±0,77%, против 22,22±1,44% в первой группе.

Интенсивность заболеваний пародонта распределилась по группам таким образом, что количество здоровых секстантов в первой группе составило 53,70±4,46%, во второй группе - 45,83±2,15%. В 3-й группе обнаружены секстанты с пародонтальными карманами, глубиной 4-5 мм (8,33±0,78%). В четвертой возрастной группе количество пациентов со здоровыми секстантами составило 6,94±0,52% (табл. 2).

Выводы

Распространенность заболеваний пародонта у обследованных пациентов с ортодонтическими аппаратами типа брекет-систем составила 84,81±6,12%.

По индексу CPI количество здоровых секстантов в первой группе составило 53,70±4,46%, 45,83±2,15 – во второй группе, 21,67±1,63 и 6,94±0,52 в третьей и четвертой группах соответственно.

Все перечисленное обуславливает необхо-

Показатели интенсивности заболеваний пародонта у ортодонтических пациентов по индексу CPI

Таблица 2

Группы	Показатели индекса CPI				
	распределение секстантов				
	здоровые (%)	с крово- точивостью (%)	с зубным камнем (%)	с пародонтальным карманом 4-5 мм (%)	исключенные (%)
первая	53,70±4,46	42,59±2,24	3,71±0,30	0,00	0,00
вторая	45,83±2,15	39,59±2,12	14,58±1,31	0,00	0,00
третья	21,67±1,63	41,67±2,35	26,67±2,45	8,33±0,78	1,66±0,09
четвертая	6,94±0,52	48,61±2,43	22,22±2,21	18,06±2,01	4,17±0,37

димостью актуализировать мониторинг за состоянием пародонта у ортодонтических пациентов с тем, чтобы избежать вероятности возникновения воспалительных заболеваний пародонта.

Литература

- Орехова Л. Ю. с соавт. Заболевания пародонта М: Поли Медиа Пресс, 2004.-432 с [Orekhova L. Yu. et al. Zabolevaniya parodonta. M.: Poli Media Press, 2004. 432 s.–2004. (In Russ.)]
- Орехова Л. Ю., Тэц, В. В., Улитовский, С. Б., и др. Использование адгезивного бальзама "Асепта®" при лечении воспалительных заболеваний пародонта. Пародонтология. 2007(3):64-68. [Orekhova L. Yu. Tjec, V. V., Ulitovskiy S. B., i dr. Ispol'zovanie adgezivnogo bal'zama "Asepta®" pri lechenii vospalitel'nyh zabolevanij parodonta. Parodontologija. 2007 (3):64-68. (In Russ.)]
- Орехова Л. Ю., Улитовский С. Б. и др. Стоматология профилактическая. Учебник/под общ. ред. Ореховой Л. Ю., Улитовского С. Б. - М., 2005. -272 с. [Orekhova L. Ju., Ulitovskij S. B. i dr. Stomatologija profilakticheskaja. Uchebnik/pod obshh. red. Orekhovoj L. Ju., Ulitovskogo S. B. -M., 2005. -272 s. (In Russ.)]
- Улитовский С. Б. Практическая гигиена полости рта. М., 2002. 324 с. [Ulitovskiy S. B. Prakticheskaja gigiena polosti rta. M., 2002. 324 s. (In Russ.)]
- Улитовский С. Б., Алексеева Е. С., Васянина А. А. и др. Роль средств гигиены при лечении заболеваний пародонта. Пародонтология. 2015;20(1):37-42. [Ulitovskiy S. B., Alekseeva E.

- S., Vasjanina A. A. i dr. Rol' sredstv gigieny pri lechenii zabolevanij parodonta. Parodontologija. 2015;20(1):37-42. (In Russ.)]
- Улитовский С. Б., Алексеева Е. С., Васянина А. А. Проблемы пародонтологии и современные пути их решения. Пародонтология. 2015;20(3):33-36. [Ulitovskiy S. B., Alekseeva E. S., Vasjanina A. A. Problemy parodontologii i sovremennye puti ih reshenija. Parodontologija. 2015;20(3):33-36. (In Russ.)]
- Улитовский С. Б., Алексеева Е. С., Калинина О. В. Средства гигиены полости рта как мотивация стоматологического здоровья. Пародонтология. 2011. №2):65-66. [Ulitovskiy S. B., Alekseeva E. S., Kalinina O. V. Sredstva gigieny polosti rta kak motivacija stomatologicheskogo zdorov'ja. Parodontologija. 2011. №2):65-66. (In Russ.)]
- Bernhardt O. Krey, K. F., Daboul, A., et al. New Insights in the Link Between Malocclusion and Periodontal Disease. Journal of clinical periodontology. 2019;46(2):144-159.
- Ericsson I, Thilander B. Orthodontic forces and recurrence of periodontal disease: An experimental study in the dog. American Journal of Orthodontics. 1978;74(1):41-50.
- Lee S. M. Prevalence of putative periodontopathogens in subgingival dental plaques from gingivitis lesions in Korean orthodontic patients. Journal of microbiology-Seoul-. 2005;43(3):260.
- Sim, H.-Y., Kim, H.-S., Jung, D.-U., et al. Association between orthodontic treatment and periodontal diseases: Results from a national survey. The Angle Orthodontist. 2017;87(5): 651-657.

Хирургическое лечение патологии пародонта с использованием хитозанового скаффолда

С.Б. Улитовский, проф., зав. каф. *¹,

А.В. Антипова, ассистент*¹,

О.В. Галибин, проф., зав. отделом**¹,

П.В. Попрядухин, ст.н.с.***²

* Кафедра стоматологии профилактической,

** Отдел биотехнологии института детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой,

*** Лаборатория механики полимеров и композиционных материалов.

¹) ГБОУ ВО «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).

²) ФГБУН «Институт высокомолекулярных соединений РАН», Санкт – Петербург (199004, г. Санкт – Петербург, Большой пр. В.О., д.31).

Актуальность

Среди наиболее сложных и трудоемких вопросов практической стоматологии проблема лечения заболеваний пародонта занимает одно из первых мест. Это объясняется рядом причин, и прежде всего распространенностью этих заболеваний. Исследования заболеваемости населения во всем мире свидетельствуют о высокой распространенности воспалительных заболеваний пародонта, причем данный показатель значительно варьирует в зависимости от возраста.

В лечении патологии пародонта особое место занимают хирургические методы, в частности метод направленной тканевой

регенерации, суть которого заключается в использовании мембраны, разобщающей различные клеточные популяции, которые заполняют костный пародонтальный дефект.

Цель

Целью совместной работы кафедры стоматологии профилактической с отделом биотехнологии Института Детской Онкологии Гематологии и Трансплантологии им. Р.М. Горбачевой и Институтом Высокомолекулярных Соединений РАН являлось изучение применения *in vivo* хитозанового скаффолда, как нового материала для хирургического лечения патологии пародонта.

Материал и методы

Хитозановый скаффолд, или пористую мембрану, получали методом лиофилизации растворов хитозана. Хитозан перед лиофилизацией растворяли в водном 2% растворе уксусной кислоты. Сублимация растворителя в лиофилизаторе происходила в течение 48 часов.

Экспериментальную часть работы по определению поведения пористых хитозановых мембран *in vivo* проводили на лабораторных животных. Все операции на животных проводили в идентичных условиях.

На первом этапе проводилось две операции с целью изучения биосовместимости пористой мембраны на основе хитозана с окружающими тканями посредством внедрения её в мягкие ткани ротовой полости животного.

На втором этапе проводилось восемь операций с целью изучения биорезорбируемости пористой мембраны на основе хитозана посредством создания в костной ткани искусственного дефекта с дальнейшим внесением в него пористой мембраны.

После выведения животных из эксперимента проводили гистологическое исследование десны ротовой полости и костной ткани с искусственно созданным дефектом и внедренным в него материалом.

Результаты исследования

По результатам первого этапа исследования гистологических препаратов десны ротовой полости животных через три месяца не было обнаружено патологических изменений в слизистой оболочке, многослойный плоский неороговевающий эпителий и подлежащая соединительная ткань без признаков воспалительного процесса.

По результатам второго этапа исследования в ходе гистологического исследования костной ткани с искусственно созданным дефектом и внедренным в него материалом на границе имплантационно-костного блока были выявлены многокомпонентные процессы, охватывающие костную ткань и хитозановый скаффолд: через месяц после операции на месте дефекта находилось большое количество остеокластов. Между пористой мембраной и костью происходило форми-

рование волокнистой соединительной ткани, пронизанной кровеносными сосудами. В формирующейся надкостнице отсутствовали признаки воспалительной реакции. В течение трех месяцев грубоволокнистая костная ткань разрасталась, полностью закрывая дефект кости. На четвертый месяц эксперимента в процессе регенерационного остеогенеза полностью формировалась грубоволокнистая костная ткань и соединительнотканная надкостница. На шестой месяц наблюдений грубоволокнистая костная ткань подвергалась перестройке и замещалась пластинчатой костной тканью.

Выводы

В результате проведенного эксперимента хитозановый скаффолд зарекомендовал себя, как биосовместимый, биоинертный и биорезорбируемый материал, что подтверждается отсутствием воспалительных проявлений в тканях, окружающих мембрану, и её отсутствием в области дефектов кости через 3, 4 и 6 месяцев наблюдений.

Оценка стоматологического здоровья ВИЧ-инфицированных пациентов

Ковеленова М.Т.,¹

Петраш Н.Б.,²

Сладкин Е.Ю.¹

¹⁾ ПСПбГМУ им. И.П. Павлова,
кафедра стоматологии профилактической,

²⁾ СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе
со СПИД и инфекционными заболеваниями»

34

Введение

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека. Заболевание, которое вызывает ВИЧ, называется ВИЧ-инфекция. Размножение ВИЧ в клетках иммунной системы приводит к их повреждению и гибели. Иммунная система перестает выполнять защитную функцию – возникает иммунодефицит. При появлениях выраженного иммунодефицита говорят о переходе ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа (Синдром Приобретенного Иммунно Дефицита).

Эпидемия ВИЧ-инфекции носит глобальный характер. Ежедневно в мире заражаются этой инфекцией около 16 тыс. человек. Количество заболевших превысило 40 млн, более 20 млн умерло.

В России количество людей, живущих с ВИЧ, в 2019 году превысило 1 млн и составило 709,2 на 100 000 населения (по состоянию на 31.10.2019 г.). По темпам развития эпидемии Россия занимает первое место среди стран Европы.

Санкт-Петербург и Ленинградская область относятся к 20 наиболее пораженным ВИЧ регионам Российской Федерации.

До 80% ВИЧ-инфицированных имеют проявления в полости рта, которые являются ранними и важными индикаторами ВИЧ-инфекции. Ряд поражений является пер-

выми клиническими маркерами оппортунистических инфекций. Некоторые проявления могут предсказать переход от ВИЧ к СПИД.

Цель

Цель исследования: изучить характер и частоту пораженности зубов и слизистой оболочки полости рта у больных ВИЧ-инфекцией; обосновать необходимость профилактических стоматологических мероприятий с целью раннего выявления и своевременной санации патологических проявлений в полости рта.

Материалы и методы

Изучены статистические отчетные данные стоматологического отделения СПб ГБУЗ Центр СПИД за период 2017-2019 гг.

Результаты

В результате исследования установлено, что 83-100% обследованных пациентов имеют кариес зубов, причем существенно чаще (98-100%) он встречается у наркопотребителей. У лиц, не употребляющих ПАВ, частота встречаемости кариеса не отличается от общей популяции. При анализе интенсивности кариеса (индекс КПУ) преобладают критерии «К» и «У». Отношение кариозных зубов

к вылеченным крайне неблагоприятное. Практически все наркозависимые пациенты имеют пришеечный кариес, не сопровождающийся болевым синдромом. У ВИЧ-инфицированных пациентов преобладают осложненные формы кариеса (пульпит и периодонтит).

Поражения слизистой полости рта являются одними из самых ранних и важных индикаторов ВИЧ-инфекции. Кроме того, в зависимости от их характера, можно судить о стадии заболевания, степени иммунодефицита. Поражения слизистой полости рта встречались практически у всех пациентов на продвинутой стадии болезни. Наиболее часто диагностировались:

- кандидоз (88-90%),
- герпетические поражения (11-17%),
- ксеростомия (19-28%),
- эксфолиативный хейлит (9%),
- язвы (7%),
- десквамативный глоссит (6%),
- волосяная лейкоплакия (5%),
- саркома Капоши (4-5%).

Наиболее частыми причинами обращения к врачу-стоматологу являлись: острая зубная боль (38%) и поражения слизистой полости рта (22%). Менее 1 % пациентов обращались для получения услуги исключительно по выполнению гигиены полости рта. Причиной

редкого обращения за стоматологической помощью ВИЧ-инфицированных лиц является боязнь раскрытия диагноза. По этой же причине большинство пациентов не общаются о своем диагнозе при обращении к стоматологу в общей лечебной сети.

Выводы

1) Выявление воспалительных заболеваний зубов и слизистых оболочек полости рта у больных ВИЧ-инфекцией является важной задачей не только стоматологов и челюстно-лицевых хирургов, но и врачей смежных специальностей;

2) Важно уделять особое внимание в программах подготовки врачей-стоматологов разделам по клиническим проявлениям ВИЧ-инфекции в полости рта;

3) Учитывая высокую нуждаемость в стоматологической помощи у ВИЧ-инфицированных, необходимо мотивировать ВИЧ-инфицированных в посещении стоматолога с целью раннего выявления ВИЧ-инфекции в полости рта; рекомендовать врачам-инфекционистам в обязательном порядке направлять на диспансерное наблюдение и лечение в стоматологические отделения; улучшить и стабилизировать гигиенический и стоматологический статус ВИЧ-инфицированного пациента.

Обучение гигиенистов стоматологических проектированию просветительских профилактических программ

Улитовский С.Б.

д.м.н., профессор зав. кафедрой*,
зам. директора по научной работе
НИИС и ЧЛХ

Леонтьев А.А.

к.м.н., доцент кафедры

*Кафедра стоматологии профилактической
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

36

Актуальность проблемы. В России в 2001 году была введена в номенклатуру медицинских специальностей - «Стоматология профилактическая» с квалификацией специалиста «гигиенист-стоматологический». Сфера деятельности гигиениста-стоматологического: приём пациентов в стоматологических амбулаторно-поликлинических учреждениях для детей и взрослых, стоматологических отделениях и кабинетах профилактических учреждений, учреждениях социальной защиты населения и образования; санаторно-курортных учреждениях (приказ МЗ РФ № 33, 2001).

В работе с гигиенистами-стоматологическими учитывались следующие ключевые моменты: Санитарное просвещение — обязательный раздел деятельности каждого лечебно-профилактического учреждения, профессиональная обязанность каждого медицинского работника, основано на психолого-педагогических аспектах профилактической медицины.

Санитарно-профилактическое направление — это комплекс дифференцированных, целенаправленных санитарно-просветительных мероприятий, предусматривающих гигиеническое воспитание различных кон-

тингентов населения и органически связанных с деятельностью профилактических учреждений. Поэтому в процессе обучения гигиенистов стоматологических медицинского вуза должно уделяться внимание их подготовке в русле профилактики стоматологических заболеваний и санитарно-гигиеническом просвещении.

В рамках формирования компетенции «Проведение стоматологического просвещения детей и взрослых по вопросам возникновения и профилактики стоматологических заболеваний, пропаганда здорового образа жизни», научить будущих гигиени-

стов-стоматологических: Проектировать программы для «Школ стоматологического здоровья». Использовать различные дидактические средства, педагогические технологии, в том числе электронного и дистанционного обучения, которые помогут в реализации задачи просвещения населения и решению вопросов профилактики основных стоматологических заболеваний.

Общая структура санитарно-просветительской образовательной программы «Школы стоматологического здоровья» включает в себя:

- название санитарно-просветительской образовательной программы;
- пояснительная записка;
- цель реализации санитарно-просветительской программы;
- характеристика формируемых компетенций в ходе санитарно-просветительской деятельности у определенного контингента обучающихся;
- планируемые результаты обучения, включая характеристику компетенций, основанных на результатах диагностики, подлежащих совершенствованию и (или) формирующихся в результате освоения программы;
- учебный план; календарный учебный график;
- образовательные модули (содержательно-тематические разделы);
- материалы для оценки усвоения выживаемости знаний и умений по модулям и по программе в целом;
- организационно-педагогические условия реализации программы.

Совершенствование обучения гигиенистов-стоматологических по дисциплине «Профилактическая стоматология» может быть за счет:

- обучения (формирование компетенции) гигиенистов-стоматологических проектированию и реализации образовательных программ санитарно-гигиенического профиля, использования активных и интерактивных методов обучения, таблично-фреймовой методики преподавания (использование опорных схем, таблиц), которая повышает наглядность и доступность усвоения изучаемых тем курса);
- разработки специальных материалов (буклетов, плакатов, листовок с инфографикой) по реализации санитарно-гигиенического направления в стоматологии;
- использования электронных образовательных ресурсов (записи мини-лекций, видеороликов, электронных пособий популярно-просветительского жанра) и контролирующих материалов на определение выживаемости знаний в электронном виде.

Педагогические аспекты мотивации пародонтологических пациентов к выполнению индивидуальной гигиены полости рта перед хирургическим лечением

Улитовский С.Б.,*
профессор д.м.н.

Васянина А.А.,*
доцент к.м.н.

Соловьева Е.С.,*
ассистент

* Кафедра стоматологии
профилактической ПСПБГМУ

38

В последние десятилетия задача по повышению эффективности профилактики и лечения начальных форм воспалительных заболеваний пародонта приобретает большую значимость. Большинство врачей-стоматологов на пародонтологическом приеме, наряду с добросовестными, легко идущими на контакт пациентами, сталкивается со значительным процентом лиц, поведение которых наносит вред их собственному здоровью. Для специалиста все более необходимым становится распознавание причин и движущих сил поведения его пациентов. Из-за отсутствия достаточных знаний в области социально-медицинской проблематики, воздействие на пациента не всегда оказывается эффективным.

Актуальность

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что в настоящее время врачи-стоматологи повсеместно сталкиваются с проблемой низкой заинтересованности пациентов в выполнении рекомендаций по гигиене рта, приему необходимых препаратов, выполнении рекомендаций по питанию (Голубев В.Л., 2011; Шабанова А.С., 2015; Вагина А.А., 2017).

Цель

Цель исследования: изучить особенности мотивации пародонтологических пациен-

тов к проведению гигиенических мероприятий врачом-стоматологом, а также разработать стратегию повышения мотивации к первичной и вторичной профилактике заболеваний пародонта.

В задачи исследования входило:

1. Рассмотреть специфику образовательной деятельности врача-стоматолога, направленную на повышение мотивации пациента к проведению гигиенических мероприятий.
2. В ходе эксперимента определить специфику мотивации пародонтологических пациентов к проведению гигиенических мероприятий в предоперационный период.

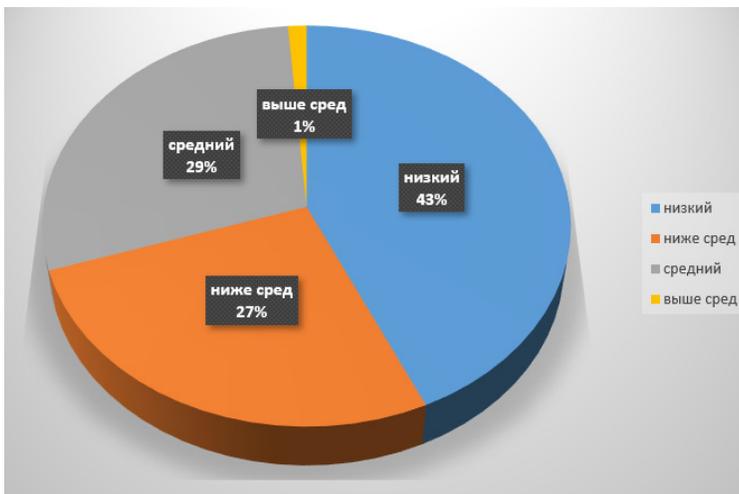


Рис. 1.
Уровень мотивации пациентов к проведению гигиенических мероприятий (перед началом лечения)

3. Разобрать и апробировать стратегию повышения мотивации пациентов к первичной и вторичной профилактике заболевания пародонта.

Материалы и методы

Методы исследования – анкетирование врачей и пациентов, опрос, эмпатическая беседа, интервью, педагогический эксперимент, стратегическое планирование.

Термин «мотивация» является междисциплинарным понятием. Мотивация – это процесс, определяющий движение к поставленной цели, это факторы, влияющие на активность или пассивность поведения. Главным звеном мотивации является побуждение – поведенческое проявление удовлетворения своих потребностей. Для эффективной мотивации пациента врачу необходимо проявлять желание и уверенность в собственной квалификации. Специфика обучающей деятельности врача-стоматолога, направлена на повышение мотивации пациента к выполнению гигиенических мероприятий.

Педагогами и психологами были разработаны практические и эффективные подходы, облегчающие налаживание контакта с пациентом: начинать общение необходимо с искреннего приветствия пациента; при общении стоит использовать простые и понятные слова; необходимо направлять разговор

в русло, поддерживающее интерес пациента; необходимо демонстрировать внимание к словам пациента, так как такая тактика способствует получению нужной реакции и анализу индивидуальных привычек. Работая со стоматологическими пациентами нам необходимо создавать комфортную атмосферу во время приема, нельзя открыто возражать пациенту и допускать обвинений в его адрес. При выполнении пациентом гигиенических процедур по уходу за зубами необходимо его хвалить и вызывать в нем положительные чувства. За один визит не рекомендуется давать слишком много информации. При проведении диагностических мероприятий рекомендуется демонстрировать и объяснять все этапы пациенту. Язык общения должен быть доступным. Условия для первой консультации должны быть оптимальными. Мотивация пациента как система внутренних и внешних мотивов, заставляющих человека поступать определенным образом, особенно при пародонтологическом лечении является необходимым условием для достижения результата.

Врач-стоматолог в процессе общения с пациентом может осуществлять образовательную деятельность, направленную на повышение мотивации пациента к проведению гигиенических мероприятий в полости рта. Необходима разработка специальной стратегии повышения мотивации пациентов к

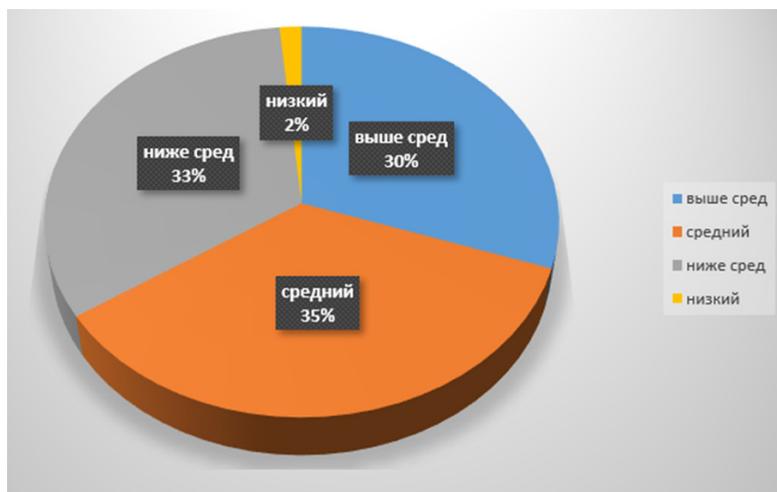


Рис. 2.
Уровень мотивации пациентов к проведению гигиенических мероприятий (окончание лечения)

первичной и вторичной профилактики заболеваний пародонта, основанной на принципиальной подготовке к ее реализации врача-стоматолога.

Нами была составлена оригинальная анкета для определения уровня и специфики мотивации пародонтологических пациентов к проведению гигиенических мероприятий врачом-стоматологом. Было проведено анкетирование 80 пациентов от 18 до 47 лет, потенциально нуждающихся в лечении заболеваний пародонта. Пациенты были поделены на группы по полу и возрасту. Анкетирование проводилось врачом-стоматологом во время 1-го посещения.

В задачи исследования входил опрос врачей пародонтологов для выявления у них необходимых знаний по мотивированию и сопровождению пациентов на приеме. Также мы хотели понять, имеют ли они четкую стратегию по повышению мотивации пациентов к первичной и вторичной профилактике заболеваний пародонта.

Анализ результатов анкетирования предусматривал оценку положительных ответов на вопросы в 0 баллов, а отрицательные -1 балл. Далее баллы суммировались в итоговую оценку. В ходе интерпретации полученных результатов обследованных, набравших менее 4 баллов, относили в группу с уровнем мотивации «выше среднего», от 5-8 баллов в

группу со «средним уровнем», от 9-12 баллов в группу с уровнем мотивации «ниже среднего», от 13-16 баллов в группу с «низким уровнем» мотивации к стоматологическому лечению. Ответы пациентов на специальные, а также скрытые мотивационные вопросы, позволили врачу в непринужденной форме выявить пациентов, имеющих разный уровень мотивации к первичной и вторичной профилактике заболеваний пародонта, а так же к проведению гигиенических мероприятий. В группе пациентов с низкой мотивацией главным фактором обращения в клинику была необходимость проведения терапевтического лечения, при этом они также нуждались в лечении заболеваний пародонта.

Чуть меньше половины пациентов 43% имеют низкий уровень мотивации к уходу за полостью рта, почти одинаковый уровень мотивации испытывают пациенты со средним 29% и ниже среднего 27% уровня мотивации. Уровень мотивации выше среднего имеют только 1% пациентов (рис. 1).

По окончании курса лечения у пародонтолога, уровень пациентов с низкой мотивацией по ходу за зубами увеличился на 41%, также увеличился уровень мотивации пациентов с низким и средним уровнем мотивации соответственно до 33 и 35% (рис. 2).

Уровень мотивации врачей как врачей педагогов в 48% низок, средний уровень де-

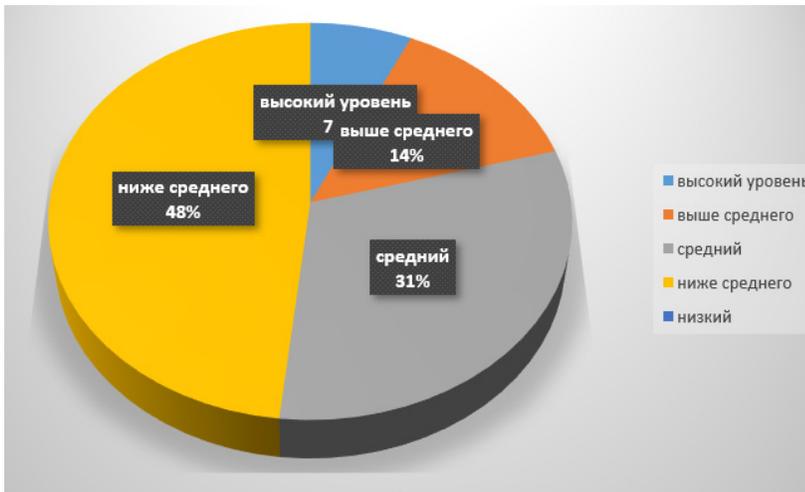


Рис. 3.
Результаты опроса
врачей-пародонтологов

монстрируют 31% врачей. Высоким уровнем мотивации владеют только 7% врачей стоматологов (рис. 3).

Выводы

Проведенное определение уровня и специфики мотивации пародонтологических пациентов к проведению гигиенических мероприятий врачом-стоматологом показало, что большинство пациентов 43% обладали недостаточным уровнем мотивированности к проведению гигиенических мероприятий, что негативно влияет на успех лечения. После проведения «Стратегии повышения мотивации пациентов к лечению и профилактике заболеваний пародонта» количество пациентов с низким уровнем мотивации сократилось до 2%.

Большинство опрошенных нами врачей пародонтологов 48%, оценили свой уровень готовности к психолого-педагогическому сопровождению пациентов как недостаточно высокий и хотели бы иметь дополнительную информацию по этой проблеме. Разработанная и реализованная нами стратегия повышения мотивации пациентов к проведению гигиенических мероприятий врачом-стоматологом в предоперационный период обладает высокой степенью эффективности и может быть использована в повседневной практике врача стоматолога.

Таким образом, мотивация пациента есть

система внутренних и внешних мотивов, заставляющих человека поступать определенным образом, а в стоматологическом, и особенно пародонтологическом лечении является необходимым условием достижения желаемого результата.

Влияние социальных аспектов на уровень знаний о первичной профилактике основных стоматологических заболеваний у детей с нарушением слуха

И.В. Тельнюк,
Н.Ю. Шевелева,
А.Ю. Гулиева

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

42

Введение. Важную роль в формировании у ребенка правильных привычек в отношении к своему стоматологическому здоровью в детском возрасте играют социально поведенческие факторы, которые закладываются в семье, поскольку именно родители и старшие члены семьи являются основными примерами для подражания и источниками знаний ребенка о правилах и методах чистки зубов для детей, в связи с этим большое значение имеет уровень знаний и осведомленность родителей о гигиене рта ребенка.

Цель

Целью нашего исследования стало выявить уровень знаний о профилактике основных стоматологических заболеваний и уровень владения навыками профилактики этих заболеваний у педагогов начальных классов, родителей детей младшего школьного возраста с нейросенсорной тугоухостью и у детей младшего школьного возраста с нейросенсорной тугоухостью.

Материалы и методы

Объектом исследования были 94 ребенка младшего школьного возраста (7 – 8 лет) с разной степенью потери слуха. Так же в исследовании приняли участие 94 родителя (мамы, в возрасте 29 – 46 лет) и 18 педагогов начальных классов (6 - 30 лет стаж работы).

Исследование проходило на базе ГБОУ школа - интернат № 31 и СПбГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 13».

Дизайн исследования

Исследование включало два этапа. На первом этапе, с целью выявления знаний, навыков и умений по уходу за ртом ребенка, проведено анкетирование родителей и педагогов начальной школы с использованием опросника по определению уровня гигиенических знаний и навыков у стоматологических пациентов (Улитовский С.Б., 1993) и с использованием специально разработанных совместно с кафедрой педагогики и психологии ФПО СПбГМУ «Анкеты для родителей детей с нейросенсорной тугоухостью» и «Анкеты для педагогов начальной

школы, обучающих детей с нейросенсорной тугоухостью»

На втором этапе в исследуемой группе детей младшего школьного возраста с нарушением сенсорных систем (слабослышащие) применялись педагогические метод наблюдения, который заключался в наблюдении за проведением гигиенических процедур полости рта и проведения структурированной беседы – интервью с примерным перечнем вопросов.

Результаты

Методом анкетирования, нами выявлено различное отношение родителей к сотрудничеству со стоматологами и недостаточно внимательное отношение к собственному стоматологическому здоровью и здоровью своих детей. Среди опрошенных родителей у 81% респондентов нами зарегистрирован низкий уровень гигиенических знаний, который составил 1,96 и у 19% удовлетворительный уровень гигиенических знаний – 2,06. При этом на первом опросе только 45% родителей проявили готовность к сотрудничеству со стоматологами и согласились получать информацию о причинах кариеса, способах его профилактики и лечения на родительских собраниях в ГБОУ. В тоже время педагоги начальных классов отмечали не достаточность своих знаний в области профилактики основных стоматологических заболеваний у детей, а также отметили необходимость привлечения специалиста-стоматолога для консультирования педагогов по обучению детей правилам гигиены ротовой полости.

В ходе педагогического наблюдения за поведением детей при проведении гигиенических процедур полости рта и при проведении беседы – интервью, нами было установлено, что при возникновении трудностей, или нежелании выполнять инструкции дети жаловались на недостаточность слуха и не понимание слов сурдопедагога, а также резко негативно реагировали на незнакомого человека в белом халате, которая проявлялась в настороженном отношении, напряженности, выход в другое помещение или прятанье за спину педагога. А все движения, которые дети демонстрировали при

проведении гигиенических процедур полости рта не соответствовали движениям характерным для стандартной чистки зубов, несмотря на то, что 89,5 % опрошенных детей в ходе беседы интервью указывали на то что их чистить зубы обучали родители.

Выводы

1. Проведенное исследование, выявило дефицит знаний и навыков гигиены рта у педагогов начальных классов, родителей и детей с нейросенсорной тугоухостью.
2. При этом педагоги продемонстрировали более ответственное отношение к повышению уровня своих знаний о стоматологическом здоровье детей и способах его поддержания и улучшения и проявили большую готовность к сотрудничеству с врачом – стоматологом, чем родители.
3. Несмотря на то, что дети с нарушением слуха имеют ряд коммуникативных сложностей при общении с незнакомым медицинским персоналом и отстают в развитии словесно-логического мышления, у них есть все предпосылки для овладения мыслительными операциями, доступными их возрасту.

Анализ причин обращаемости взрослых пациентов к врачу-ортодонт

Князева Д.А.,

аспирант 1-го года обучения СПбГУ

Свейд С.Х.,

5 курс ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Ермолаева Л.А.,

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой
терапевтической стоматологии СПбГУ

Стоматологическая, в том числе ортодонтическая, помощь относится к одному из самых массовых видов медицинской службы. Обеспечение высокого качества стоматологической помощи всегда рассматривалось медицинским сообществом как одна из наиболее приоритетных задач стоматологических профилактических учреждений (Профит У.Р, 2017).

Аномалии зубочелюстной системы оказывают большое влияние на человека. Это приводит к функциональным, психологическим и социальным ограничениям и влияет на качество жизни пациента (Хорошилкина Ф.Я., 2006).

Основная цель большинства пациентов, планирующих ортодонтическое лечение – заметное улучшение внешнего вида лица. Ортодонтическое лечение, по мнению пациентов – это то, что, в первую очередь, позволяет воспринимать себя лучше и, возможно, повышает способности к социальному взаимодействию с другими людьми. Как правило, функциональное улучшение для пациентов является вторичной целью ортодонтического лечения (Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., 2008).

Таким образом, существует значительное расхождение между представлениями пациента и специалиста по показаниям для ортодонтической помощи и результатам лечения. Поэтому если эстетическая сторона по каким-либо показателям не соответствует ожиданиям пациента, они ставят под сомнение качество оказанной ортодонтической помощи. По этой причине с пациентом до

начала лечения необходимо обсудить следующие положения:

1. Диагноз должен быть озвучен на языке, понятном пациенту.
 2. Объяснить план лечения: какие процедуры и в какой последовательности будут проводиться во время лечения.
 3. Предложить альтернативы выбранному плану лечения.
 4. Пациент должен быть проинформирован о последствиях в случае отказа от лечения.
 5. Пациенту должны быть объяснены потенциальные риски и последствия лечения.
 6. Должен быть озвучен предполагаемый результат, включающий преимущества для пациента и вероятность успеха.
- Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или недугов» (с 1948 года это определение

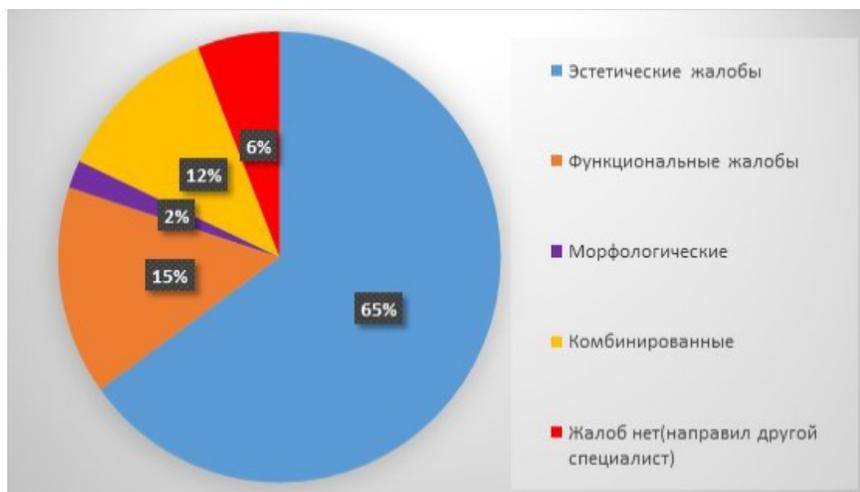


Рис. 1. Причины обращаемости взрослых пациентов к врачу-ортодонт

не менялось). Опираясь на это определение, можно считать, что любое общемедицинское или стоматологическое вмешательство, направленное на улучшение физического, духовного и социального благополучия человека, является средством достижения здоровья и по своей сути является лечением.

«Биоэтики предложили разделить термины «лечение» и «улучшение», чтобы отделить нравственно приемлемые способы врачебных вмешательств от неприемлемых. На самом деле, первоначально считалось, что вмешательства, характеризующиеся как «лечебные», вполне допустимы с этической точки зрения, а остальные, связанные с понятием «улучшение», этически сомнительны. Несмотря на это, лечение и улучшение – частично совпадающие понятия» (Экермен М.Б., 2010).

Знание и понимание врачом-ортодонтом причин обращаемости пациентов позволяет сбалансировать возможности ортодонтического лечения и ожиданий пациентов.

Цель

Целью настоящего исследования являлось определение причины обращаемости взрослых пациентов к врачу-ортодонт

Материалы и методы

В ходе исследования было проанализировано 69 случаев пациентов, обратившихся в

клинику за ортодонтическим лечением. Пациенты были разделены на группы по полу, возрасту и причинам обращения к врачу-ортодонт. Причины обращения (жалобы) были проанализированы на основании медицинских карт ортодонтического пациента (форма 043-1/у), утвержденная приказом МЗ РФ «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» от 15.12.2014 г. №834н:

1. Эстетические жалобы
2. Функциональные жалобы
3. Морфологические
4. Комбинированные

Также дополнительно выделена группа пациентов, которые не предъявляли каких-либо жалоб, однако были направлены врачом-ортопедом для подготовки к последующему протезированию.

Результаты и их обсуждение

Возраст пациентов составил от 18 до 47 лет, из них 71% женщин (49 человек), 29% мужчин (20 человек). На эстетику жаловалось 65% (45 человек), из которых 35 женщин (77%) и 10 мужчин (23%), из чего можно сделать вывод, что женщины чаще обращаются к врачу-ортодонт и в большей степени основной жалобой является эстетика (в 3 раза

чаще, чем у мужчин). Функциональные жалобы предъявляли 15% людей, основными жалобами у которых были бруксизм и дисфункция ВНЧС.

Комбинированные жалобы (на эстетику и функцию) предъявляли 12%, средний возраст этих пациентов составил 36 лет. Таким образом, с возрастом к эстетическим жалобам добавляются и функциональные. Это связано с потерей жевательной группы зубов, разрушением коронковых частей, стираемостью (снижение высоты прикуса), истощением компенсаторных механизмов и других причин.

Морфологические жалобы предъявлял всего 1 человек (2%). Жалоб не предъявляло 6% людей, они были направлены врачом-ортопедом для ортодонтической подготовки с целью дальнейшего протезирования (создание места в зубном ряду, устранение чрезмерного наклона и ротаций зубов, закрытие межзубных промежутков, вытягивание ретенированных зубов).

Выводы

1. При анализе историй болезни выявлено, что наиболее частой причиной обращения за ортодонтической помощью является неудовлетворенность эстетикой зубных рядов (65%). Данная жалоба распространена среди женщин в 3 раза чаще (77%), чем у мужчин, что, скорее всего, связано с высокой конкуренцией среди женщин.

2. Врачу-ортодонту необходимо внимательно относиться именно к жалобам пациента, а не только акцентировать своё внимание на выполнении ортодонтической механики, так как конечный результат, отвечающий таким параметрам, как хорошие окклюзионные контакты, выровненный зубной ряд (в случаях лечения пациентов со скелетными аномалиями и, являющийся по сути «камуфляжем» патологии), пациентом не воспримется как желаемый.

Литература:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. /Ортодонтия: Учебное пособие // М.: МЕДпресс-информ, 2008 – 424с.
2. Марк Бернард Эжмерен/ Ортодонтическое лечение. Теория и практика// пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 160 с.: ил.
3. Персин Л.С. Современные методы диагностики зубочелюстных аномалий //Ортодонтия: методы профилактики, диагностики и лечения – М.: Науч.-издат. центр «Инженер», 1990 – 215 с.
4. Профит У.Р. Современная ортодонтия / 3-е издание МЕДпресс-Информ, 2017 - 560
5. Хорошилкина Ф.Я. / Ортодонтия / М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006 – 544

Корифей стоматологии профессор Г.Г. Иванова и ее вклад в современную стоматологию

Иорданишвили А.К.,^{1,2}

д.м.н., профессор

¹⁾ Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы

²⁾ Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Представлены сведения из жизни известного в нашей стране и за её пределами стоматолога, одного из видных деятелей отечественной стоматологии доктора медицинских наук, профессора Галины Григорьевны Ивановой. Обращаясь к жизни и профессиональной и общественной деятельности Г.Г. Ивановой можно найти ответы на многие клинические проблемы стоматологии и медицины сегодняшнего дня. Показаны основные направления ее научной деятельности, которая коснулась вопросов практически всех разделов стоматологии. Отмечается, что она является настоящим профессионалом и авторитетом современной стоматологии.

Ключевые слова: стоматология, деятельность Г.Г. Ивановой, стоматологические заболевания, кариес зубов, твердые ткани зуба, профилактика стоматологических заболеваний.

47

Coryphaeus of Dentistry Professor G.G. Ivanova and her contribution to modern dentistry

Iordanishvili A.K.^{1,2}, MD, professor

¹ International Academy of Ecology, Human Security and Nature Sciences

² Military Medical Academy. S.M. Kirova, St. Petersburg

Summary. Information is presented from the life of a famous dentist in our country and abroad, one of the prominent figures in Russian dentistry, MD, professor Galina Grigoryevna Ivanova. Turning to the life and professional and social activities of G.G. Ivanova can find answers to many clinical problems of dentistry and medicine today. The main directions of her scientific activity, which touched on the issues of almost all sections of dentistry, are shown. It is noted that she is a true professional and the authority of modern dentistry.

Key words: dentistry, activity G.G. Ivanova, dental diseases, tooth decay, hard tooth tissue, prevention of dental diseases.

Доктор медицинских наук профессор Иванова Галина Григорьевна (Матвеевко) является проректором по научной работе Санкт-Петербургского института стоматологии последипломного образования и научным редактором журнала «Институт Стоматологии», детским врачом-стоматологом высшей категории. Она родилась в городе

Новоград-Волынский Житомирской области в семье служащих, в 1966 г. окончила Новоград-Волынскую общеобразовательную школу №1 с золотой медалью, а в 1972 г. - стоматологический факультет Омского государственного медицинского института (ОГМИ). После окончания института работала врачом-стоматологом в лечебно-про-



Доктор медицинских наук профессор
Галина Григорьевна
Иванова

филактических учреждениях гг. Омска и Томска. В 1978 г. была принята в клиническую ординатуру на кафедру терапевтической стоматологии ОГМИ по курсу детской стоматологии, по окончании которой с 1980 г. работала ассистентом кафедры стоматологии детского возраста, с 1990 г. - доцентом этой кафедры, а в сентябре 1997 г. была избрана по конкурсу на заведование кафедрой стоматологии факультета усовершенствования врачей (ФУВ) Омской государственной медицинской академии (ОГМА).

Г.Г. Иванова постоянно активно занимается научной деятельностью. Её научные интересы связаны с проблемами диагностики поражений твердых тканей зубов, разработкой ультразвуковых методов исследования в стоматологии (совместно с проф. В.В. Педдером, проф. В.К. Леонтьевым и др.), разработкой методики и изучением кожно-гальванической реакции у пациентов на стоматологическом приеме, а также разработкой устройств и методов для проведения электрометрических исследований в стоматологии (в соавторстве с проф. В.К. Леонтьевым, Д.И. Стефанеевым).

В 1984 Г.Г. Иванова успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Диагностическая и прогностическая оценка электрометрии твердых тканей зубов при кариесе». Ее научным руководителем являлся профессор В.К. Леонтьев.

В результате многолетних клинических и экспериментальных исследований проблемы диагностики скрытых поражений твердых тканей зубов (недоступных при изучении с использованием традиционных и

известных дополнительных методов диагностики) в 1997 Г.Г. Ивановой была блестяще защищена докторская диссертация «Медико-технологическое решение проблем диагностики, прогнозирования и повышения резистентности твердых тканей зубов». Этот фундаментальный научный труд Г.Г. Ивановой был отмечен Высшей аттестационной комиссией (ВАК) как лучшая диссертационная работа 1997 по стоматологии. Подчеркнем. Что научным консультантом по этой диссертации был академик Российской Академии медицинских наук (РАМН) профессор В.К. Леонтьев.

Иванова Г.Г. – автор более 250 научных работ, в том числе более 20 учебно-методических изданий для студентов, врачей-стоматологов, преподавателей стоматологических факультетов. Она является одним из авторов учебника «Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство», изданного в 2010 г. и переизданного в 2017 г. под редакцией академика РАМН профессора В.К. Леонтьева и профессора Л.П. Кисельниковой, а также соавтором учебника «Ассистенту стоматолога» (2017), изданного под редакцией профессоров Р.А. Фадеева, Г.Г. Ивановой и доктора медицинских наук Т.Ш. Мчедлидзе.

Г.Г. Иванова автор 15 авторских свидетельств и патентов на изобретения Российской Федерации, а также 19 рационализаторских предложений, которые внедрены в практику. За свои инновационные разработки она была награждена нагрудным знаком «Изобретатель СССР».

На основании исследований (кандидатской и докторской диссертаций) Г.Г. Ивановой был предложен к разработке и создан совместно с творческим авторским коллективом прибор для электрометрической диагностики поражений твердых тканей зубов прибор «СТИЛ» (авторы: Д.И. Стефанеев, Г.Г. Иванова, В.К. Леонтьев, Омск, 1979). С помощью этого прибора измеряется сила тока, проходящего через твердые ткани зубов (в мкА). Прибор «СТИЛ» и прилагающиеся устройства, разработанные и изготовленные в виде промышленных образцов на Омском заводе «Электроточприбор», были удостоены в 1996 г. диплома Сибирского отделения

Академии медико-технологических наук.

В Санкт-Петербургском институте стоматологии (СПБИНСТОМ) по инициативе профессора Г.Г. Ивановой в 1999 г. разработаны творческим коллективом и апробированы в клинических и лабораторных условиях «Способ и устройство для диагностики состояния твердых тканей зубов – биообъектов» (авторы: Г.Г. Иванова, М.К. Касумова, Т.Ш. Мчедлидзе, Э.П. Тихонов; Патент № 2330608, Роспатент); что позволило измерять сопротивление твердых тканей зубов в условных единицах. Этот прибор и способ для диагностики состояния твердых тканей зубов используется в СПБИНСТОМ при выполнении научных исследований по специальности «Стоматология».

В 2000 г. по инициативе и под руководством Президента Стоматологической Ассоциации России академика РАМН профессора В.К. Леонтьева творческой группой в составе В.К. Леонтьева, Г.Г. Ивановой и Д.И. Стефаньева и фирмой «Геософт» разработан, подготовлен к промышленному выпуску и до сих пор выпускается в г. Москве новый усовершенствованный вариант прибора «СТИЛ», названный «Дентэст», для диагностики поражений твердых тканей зубов. С помощью прибора измеряют силу тока (в мкА), проходящего через твердые ткани зубов.

Результаты своих научных исследований Г.Г. Ивановой, в подавляющем большинстве случаев, выполненных под научным руководством и поддержке своего консультанта и соавтора академика Российской академии наук (РАН) профессора В.К. Леонтьева, она неоднократно докладывала на конференциях, симпозиумах в нашей стране, а также за рубежом: в университетах ФРГ, Лихтенштейна, Швейцарии, США, представлены на выставках в Австрии (Вена), Египте (Каир), Швейцарии и др.

С февраля 1998 г. профессор Г.Г. Иванова работает в должностях проректора по научной работе Санкт-Петербургского института стоматологии последипломного образования, научного редактора журнала «Институт Стоматологии», а с 2007 г. - главным редактором газеты «Институт Стоматологии. Газета для профессионалов».

Иванова Г.Г., являясь также научным редак-

тором ООО «МЕДИ издательство», отредактировала более 100 изданий (монографий, учебных пособий, методических рекомендаций, научно-популярной литературы, изданных и переизданных за 20 лет), более 80 номеров научно-практического журнала «Институт Стоматологии», более 500 номеров газеты «Институт Стоматологии. Газета для профессионалов».

Отметим, что журнал «Институт Стоматологии» с 2002 г. включен в «Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук», и пользуется большой популярностью среди ученых и специалистов-стоматологов.

В настоящее время Г.Г. Иванова является членом Правления научного медицинского общества стоматологов Санкт-Петербурга и Лен. Области, заместителем Председателя Городской Аттестационной комиссии по специальности «Стоматология» при Комитете здравоохранения Правительства Санкт-Петербурга, членом Совета Стоматологической Ассоциации Санкт-Петербурга, много лет была членом Диссертационного ученого совета Д 208.089.03 при Государственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (впоследствии ученый совет был расформирован в связи с переименованием учебного заведения).

За достижения в области воспитания студенчества, подготовку квалифицированных кадров, помощь практическому здравоохранению, а также разработку и внедрение современных методов исследования в стоматологии награждена почетными грамотами главы администрации Омской области и мэрии г. Омска, Омской медицинской академии.

За большой вклад в сохранение и укрепление стоматологического здоровья населения Российской Федерации профессор Г.Г. Иванова награждена Стоматологической Ассоциацией России почетными грамотами и медалью «Отличник стоматологии I степени».

Стоматологи и челюстно-лицевые хирурги – участники Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. о войне

А.К. Иорданишвили,

д.м.н., профессор

Международная академия наук экологии,
безопасности человека и природы

Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме

Представлены воспоминания участников Великой Отечественной войны 1941-1945 гг., которые были и стали известными стоматологами и челюстно-лицевыми хирургами.

Ключевые слова: Великая Отечественная война 1941-1945 гг., челюстно-лицевая хирургия, стоматология, военная стоматология, участники войны, видные деятели стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Dentists and maxillofacial surgeons – participants of the great patriotic war of 1941-1945. About the war

A.K. Iordanishvili, doctor of medicine, professor

International Academy of environmental Sciences, human security and nature,
Military medical Academy. S. M. Kirova, Saint Petersburg

Summary

The memories of participants of the great Patriotic war of 1941-1945, who were and became famous dentists and maxillofacial surgeons, are presented.

Key words: the Great Patriotic war of 1941-1945, maxillofacial surgery, dentistry, military dentistry, participants of the war, prominent figures of dentistry and maxillofacial surgery.

Профессор, полковник медицинской службы Малышев Василий Алексеевич

В годы Великой Отечественной войны заместитель начальника кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова доктор медицинских наук, профессор, полковник медицинской службы Василий Алексе-

евич Малышев – главный внештатный стоматолог Военно-Морского Флота СССР был курсантом Военно-морской медицинской академии. Он вспоминал, рассказывая адъютанту кафедры капитану медицинской службы А.К. Иорданишвили, что зимой 1941-42 гг. военным медикам выпала тяжелая доля. Ему пришлось лично наблюдать в челюстном отделении эвакогоспиталя № 117, где работой челюстного отделения руководил



Профессор, полковник
медицинской службы
В.А. Малышев

в последующем его друг, заместитель начальника этой же кафедры кандидат медицинских наук доцент полковник медицинской службы Владимир Васильевич Фиалковский, работу персонала этого отделения в трудных условиях блокады Ленинграда. Он отмечал, что в помещении челюстного отделения эвакогоспиталя скапливалось более 250 раненых в челюстно-лицевую область военнослужащих при наличии 200 развернутых коек. Особенно ему запомнились первые месяцы 1942 г., когда палаты челюстного отделения располагались на втором этаже ныне клиники госпитальной хирургии Военно-медицинской академии. Температура воздуха в помещении была нередко ниже нуля (в декабре 1941 г. нередко было ниже 30° мороза), а из-за отсутствия топлива система парового отопления быстро вышла из строя, а печей-временок еще не было. Имели место случаи, когда группы раненых челюстного отделения разводили костры посреди палат, прямо на изразцовом полу. Медперсоналу вместе с выздоравливающими ранеными отделения приходилось доставлять воду из Невы на салазках. И все это, как вспоминал ветеран, делалось при систематических и интенсивных артиллерийских обстрелах, и бомбардировках с воздуха. В один из таких

дней, раненые осколками снаряда, погибли на посту челюстного отделения две санитарки: Ларина и Федорова.

Профессор В.А. Малышев вспоминал, что около 25% раненых в лицо имели одновременно поражения и других областей: конечностей, ЛОР органов, глаз и др., при этом подчеркивая низкий процент смертельных случаев среди раненых в лицо и челюсти – 1,5% к общему числу прошедших через челюстное отделение при значительном проценте тяжелых поражений. Это он связывал с высокой квалификацией врачебного состава отделения, а именно военврача II ранга В.В. Фиалковского (начальник челюстного отделения) и военврача III ранга В.В. Вейсман, а также за счет широкого использования ими эффективных, испытанных во время советско-финской войны, хирургическо-ортопедических методов лечения, использования сульфамидных препаратов внутрь и местно, «С»-витаминотерапии и др. Профессор В.А. Малышев подчеркивал, что этому также способствовал уход, который осуществлялся медработниками и общественницами по отношению к челюстным раненым. Сюда он относил также по возможности хорошее качество питания раненых, которое было в эвакогоспитале и обеспечивалось хозяйственным аппаратом эвакогоспиталя, несмотря на тяжелые условия блокады города.

Но так было не всегда. В.А. Малышев вспоминал, как курсанты Военно-морской медицинской академии однажды были недовольны предоставленным им завтраком и, придя к начальнику столовой, увидели, как тот «пьет какао с булочкой...», представляете какао с булочкой...», когда уже был голод. Люди получали по карточке не более 200 г хлеба на сутки, ели его, запивая кипятком». Эти слова профессора В.А. Малышева мне особенно отчетливо запомнились навсегда. Могу уверенно сказать, что работа военных врачей в условиях блокадного Ленинграда – это не хроника выживания, а героическая история. Врачи, медицинские сестры, младший медицинский персонал эвакогоспиталей в блокадном осажденном городе делали для раненых военнослужащих, а также гражданских людей невозможное.

Академик АМН СССР, профессор, полковник медицинской службы Рыбаков Анатолий Иванович.

Не часто говорил о Великой Отечественной войне (ВОВ) академик АМН СССР, доктор медицинских наук, профессор, полковник медицинской службы Анатолий Иванович Рыбаков, являвшийся первым директором Центрального научно-исследовательского института стоматологии (ЦНИИС), но война всегда ему помнилась. Во время приезда в г. Ленинград в 1982 г. А.И. Рыбаков рассказал студентам стоматологического факультета Первого Ленинградского Ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. академика И.П. Павлова А.К. Иорданишвили и другим о своей жизни и войне. Это произошло после очередного заседания Научного общества стоматологов Ленинграда и области. Диплом об окончании стоматологического института А.И. Рыбаков получил 21 июня 1941 г., то есть в день начала ВОВ, и сразу был направлен в действующую армию в качестве младшего врача 198 стрелковой дивизии Ленинградского фронта. Спустя несколько месяцев ему была вручена первая и высокая награда – медаль «За отвагу», которой военные медики награждались не часто. Со слов А.И. Рыбакова, эту награду он получил за проявленный героизм по защите Отечества. Он, участвуя в крупном сражении за г. Волхов, с оружием в руках дал отпор фашистским оккупантам в критический момент, когда те прорвались в результате наступления немецких войск непосредственно в расположение полевого госпиталя, в котором он проходил военную службу. Вместе с другими медицинскими работниками госпиталя А.И. Рыбаков, заняв круговую оборону, в течение нескольких часов отражал атаки фашистов, что позволило сохранить жизни раненым, находившихся в палатках и землянках, и исключить их попадание в плен. В действующей армии А.И. Рыбаков занимал должности врача полка, командира санитарной роты, хирурга медико-санитарного батальона № 135, начальника хирургического отделения полевого госпиталя № 2229. Он воевал на Ленинградском, Волховском, 3-м Прибалтийском фронтах. Именно



Академик АМН СССР, профессор,
полковник медицинской службы
А.И. Рыбаков

на фронте он познакомился с М.З. Штейнгардтом (профессор, заведующий лабораторией стоматологического материаловедения 1 Ленинградского медицинского института им. акад. И.П. Павлова), который до последних дней проживал в Ленинграде – Санкт-Петербурге и известен своими работами в области стоматологического материаловедения. А.И. Рыбаков вспоминал, что был контужен от взрыва снаряда, замерзал на льду Ладожского озера при переходе через него и др., и говорил, что остался жив только, благодаря поддержке друзей. Надо отметить, что его любили сотрудники кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, которые также принимали участие в боевых действиях (Д.А. Энтин, В.В. Фиалковский, Б.Д. Кабаков, М.В. Мухин и др.). А.И. Рыбаков отмечал, что ему по-настоящему повезло в жизни. Судьба свела его на войне с выдающимися личностями. Одним из его старших товарищей был выдающийся советский хирург Александр Александрович Вишневецкий, которого Анатолий Иванович называл «хирургом от бога». А.И. Рыбаков проработал под руководством Александра Александровича во фронтовом госпитале несколько месяцев и неоднократно ассистировал А.А. Вишневецкому при выполнении им

различных операций. Свою фронтовую дружбу они пронесли через всю свою жизнь, став мэтрами медицины, маститыми академиками, директорами институтов, и поддерживали друг друга по жизни. После завершения ВОВ, майор медицинской службы А.И. Рыбаков продолжил учебу в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова на кафедре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Так, в 1945 году он поступил на 2 факультет (третий набор), а после его окон-

чания «с отличием» в 1948 году по специальности челюстно-лицевая хирургия и стоматология был назначен на должность старшего преподавателя в Омское медицинское училище имени Н.А. Щорса старшим преподавателем. В 1950 году он успешно защитил диссертацию на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, которая была посвящена совершенствованию методов лечения сибирской язвы, что было актуально для этого региона.

Полковник медицинской службы Забелин Валерий Павлович

Участник Великой Отечественной войны 1941-45 гг. Валерий Павлович Забелин в 1941 г. успешно окончил Московский медицинский стоматологический институт им. Н.А. Семашко за несколько дней до Великой Отечественной войны (ВОВ). В первые дни ВОВ В.П. Забелин добровольно вступил в ряды Красной Армии и ушёл на фронт. Он рассказывал преподавателю кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова майору медицинской службы А.К. Иорданишвили, что война помнилась всегда, но о ней он не любил говорить. Отмечал, что было особо тяжело в первый год войны, много раненых, сложности с эвакуацией. С большой теплотой отзывался о своих командирах и начальниках, которые всегда интересовались им, предоставляли возможность поступать так, как он считает необходимым в пределах своих полномочий и в зависимости от обстановки, что очень ему помогало и лишало страха при выполнении боевых задач поступить не так. Особенно интересно В.П. Забелин вспоминал свой боевой путь у географической карты. Он работал в должности врача строительного батальона Главоборонстроя в г. Смоленске (1941 – 1942 гг.), врача медпункта 1-й маневренной воздушно-десантной бригады Северо-Кавказского фронта (1942 – 1943 гг.), врача-специалиста челюстно-лицевой группы 25-й отдельной роты медицинского усиления 2-го и 3-го Украинского фронтов (1943 – 1946



Полковник медицинской службы
В.П. Забелин

гг.). Ему пришлось принимать активное участие в боях за Новороссийск (1943), а также за освобождение от фашистских захватчиков Румынии, Болгарии, Венгрии, Югославии, Австрии. В.П. Забелин воевал до последнего дня войны, которая закончилась для гвардии капитана медицинской службы в Вене.

В 1946–1947 гг. В.П. Забелин вместе со своим другом, тогда ещё капитаном медицинской службы А.И. Рыбаковым (первый академик Академии Медицинских Наук СССР по стоматологии и первый директор Центрального научно-исследовательского института стоматологии), являлся слушателем лечебно-профилактического факультета Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова по

циклу челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Там он усовершенствовал свои мануальные навыки по всем разделам стоматологии: терапевтической, ортопедической, хирургической и ортодонтии, а также челюстно-лицевой хирургии. Он в совершенстве овладел методиками сложного зубочелюстно-лицевого протезирования и хирургического лечения одонтогенных воспалительных процессов и травм челюстно-лицевой области и блестяще сдал выпускной экзамен. Правда следует отметить, что во время экзамена случился следующий инцидент между В.П. Забелиным и начальником кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии профессором генералом-майором медицинской службы Д.А. Энтиным, принимавшим этот экзамен, который в те годы интенсивно занимался проблемами воспалительных заболеваний пародонта, в частности сохранению естественных зубов при выраженной атрофии альвеолярных отростков и частей челюстей. На вопрос Д.А. Энтина: «Как сохранить на длительный срок зубы при пародонтозе (в наши дни – пародонтите)?» Валерий Павлович ответил: «Это не сложно, хранить их после их удаления, забрав их из «плевашки». На это профессор Д.А. Энтин раскричался, но всё-таки поставил выпускнику оценку отлично.

Глубокие знания и большой опыт практической работы, незаурядные организаторские способности позволили В.П. Забелину успешно выполнять обязанности начальника стоматологических отделений крупных военных госпиталей. Он занимал высокие административные должности: начальника окружной стоматологической поликлиники

– главного стоматолога Ленинградского военного округа (1955–1959 гг.), начальника стоматологической поликлиники – главного стоматолога группы советских войск в Германии (1959–1967 гг.), помощника начальника клиники челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (1967–1976 гг.). В.П. Забелин интересно рассказывал, что среди его пациентов было много исторических личностей. В 1965 г. ему пришлось проводить врачебную экспертизу по поводу веррукозной лейкоплакии языка и оказывать стоматологическую помощь нацисту Рудольфу Гессу, некогда третьему человеку в третьем рейхе, приговорённому в г. Нюрнберге к тюремному заключению пожизненно. Позднее он консультировал и оказывал зубопротезную помощь маршалу Советского Союза И.С. Коневу, поэту Герою Социалистического Труда СССР М.А. Дудину, а также другим видным советским военачальникам, деятелям науки, искусства и культуры. В 1976 г. в звании полковника медицинской службы В.П. Забелин уволился в запас с должности помощника начальника клиники челюстно-лицевой хирургии и стоматологии и до последнего дня своей жизни работал в родной клинике Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова на должностях начальника отделения ортопедической стоматологии, а затем врача-специалиста этого отделения, проводя большую клиническую и консультативную работу. Он воспитал немало хороших специалистов из групп усовершенствования врачей, слушателей I факультета, клинических ординаторов и адъюнктов.

Заслуженный деятель науки РСФСР, профессор, полковник медицинской службы Энтин Давид Абрамович

В период Великой Отечественной войны (ВОВ) Энтин Давид Абрамович был начальником кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова – главным стома-

тологом Рабоче-Крестьянской Красной Армии (РККА). Вспоминая о ВОВ, он подчеркивал, что «к её началу войны с белофиннами советская военная челюстно-лицевая хирургия была уже оформленным самостоятельным разделом военно-полевой хирургии и стоматологии», имела достаточную теоретическую подготовку и большие практические достижения, приобретенные во время военных конфликтах у озера Хасан



Профессор, генерал-майор
медицинской службы
Д.А. Энтин

(1938 г.) и реки Халхин-Гол (1939 г.), так как «созданная в 1924 году кафедра стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, занималась преимущественно изучением методов лечения боевых челюстно-лицевых ранений и повреждений и разработкой основных вопросов организации специализированной помощи». Д.А. Энтиным отмечалось, что: «Основной особенностью медицинской службы в ВОВ являлось максимальное приближение к войскам не только общехирургической, но и специализированной помощи и действенное осуществление этапного лечения с эвакуацией по назначению... Однако элементы специализации были предусмотрены и при оказании не только общехирургической помощи, оказывающейся в районах батальона и полка. Уже первые медицинские пункты располагали специальными стандартными повязками для раненых в лицо и челюсть, наложение или смена которых требует от 0,5 до 1,5 минут, что весьма ускоряло эвакуацию раненых из войскового района». По данным Д.А. Энтина: «В отделениях специализированных госпиталей и в челюстных госпиталях госпитальной базы армии и госпитальной базы флота, начиная с третьего года войны, заканчивало лечение вполне выздо-

роровшими в среднем 80% раненых в лицо, а раненых с повреждениями мягких тканей лица от 75,0 до 98,0%». При этом профессор Д.А. Энтин всегда подчеркивал, что «...обеспечение специализированной помощи раненым в лицо не могло быть одинаковым в первые месяцы ВОВ и после начала контрнаступления Красной Армии, в блокированном Ленинграде, в Сталинграде, в заболоченных лесах и бездорожье Волховского фронта и в городах Восточной и Центральной Европы».

Особенно Д.А. Энтин, вспоминая оказание медицинской помощи челюстно-лицевым раненым в период ВОВ, отмечал «...попытки протезирования при ложных суставах и несросшихся переломах, несмотря на то, что ни один из предложенных для этого протезов, конечно, не мог заменить устранения подвижности отломков, достигаемого только оперативным путем при помощи костно-пластической операции». Д.А. Энтин подчеркивал, что «исключительное значение имеет изучение опыта ВОВ с точки зрения выяснения ряда старых и новых вопросов патологии, клиники и главное – лечения огнестрельных ранений лица и челюстей и их осложнений. Прежде всего следует отметить, что опыт минувшей войны содействует выявлению и лучшему пониманию особенностей клинической патологии огнестрельных ран челюстей, главным образом проникающих в полость рта».

Рекомендуемая литература

1. Александров Н.М. Д.А. Энтин- основоположник военной стоматологии в нашей стране // Актуальные вопросы военной стоматологии: Труды ВМОЛКА им. С.М. Кирова. – Том 226. – Л., 1988. – С. 3–8.
2. Балин В.Н., Иорданишвили А.К., Малышев В.А., Фиалковский В.В. Д.А. Энтин- основоположник отечественной военной стоматологии // Стоматология. – 1994. – Том 73, № 4. – С. 77–80.
3. Иорданишвили А.К. Военная стоматология в России / А.К. Иорданишвили, А.А. Поленс. – СПб.: Нордмед-издат, 1998. – 55 с.
4. Иорданишвили А.К. У истоков отечественной военной стоматологии (к 120-летию со дня рождения полковника медицинской

службы Я.Э. Бронштейна) // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2019. – № 3 (67). – С.271–275.

5. Иорданишвили А.К., Воскресенский В.В. Военный врач, хирург, организатор стоматологической помощи (к 100-летию В.П. Забелина) // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2019. – № 1 (65). – С.265–267.

6. Иорданишвили А.К. Первый академик-стоматолог, профессор, полковник медицинской службы А.И. Рыбаков / А.К. Иорданишвили // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2019. – № 2 (66). – С.252–255.

7. Комаров Ф.И. Военная медицина и стоматология: материалы к истории специальности / Ф.И. Комаров, А.К. Иорданишвили // Пародонтология. – 2006. – №2(39). – С.83–88.

8. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.: руководство для врачей / Под ред. Д.А. Энтина. – М.: Медгиз, 1951. – Т. 6. – 400 с.

9. Прохвятилов Г.И. Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии: краткий исторический очерк. 75 лет / Г.И. Прохвятилов, А.К. Иорданишвили. – СПб.: Нордмедиздат, 2004. – 64 с.

Медицина и современная экологическая доктрина

А.К. Иорданишвили,
д.м.н., профессор

Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Отмечено, что в основе современной экологической доктрины лежат принципы обеспечения экологической безопасности с обязательным бережным, нравственно и социально зрелым отношением граждан к природе. Отмечена роль Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы в формировании современной экологической доктрины, в которой медицине отводится важная роль. Термин «экология» подразумевает новый способ мышления, когда экологическое образование и культура становятся главными факторами программы устойчивого развития науки, в том числе медицины.

Ключевые слова: экология, экологическая доктрина, медицина, Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы, антропогенные факторы, междисциплинарный подход.

MEDICINE AND MODERN ECOLOGICAL DOCTRINE

A.K. Iordanishvili, MD, professor
International Academy of Ecology, Human and Nature Safety,
Military Medical Academy. SM. Kirova, St. Petersburg, Russia

Summary. It is noted that the basis of modern environmental doctrine is the principles of environmental safety with the obligatory careful, moral and socially mature attitude of citizens to nature. The role of the International Academy of Ecology, Human and Nature Safety in the formation of modern environmental doctrine in which medicine plays an important role is noted. The term “ecology” implies a new way of thinking when environmental education and culture become the main factors in the program of sustainable development of science, including medicine.

Key words: ecology, environmental doctrine, medicine, International Academy of Ecology, Human and Nature Safety, anthropogenic factors, interdisciplinary approach.

В настоящее время науки, в том числе медицина, претерпевают взаимно противоположные процессы: дифференциации (разделение на ряд специализированных направлений) и интеграция (междисциплинарный подход). Сегодня в медицине, как никогда, важен учет антропогенных факторов, которые по размаху и глобальности своего воздействия на экологию и человека при-

обретают краеугольное значение. Именно такие аспекты рассматривает междисциплинарный подход к диагностике и профилактике многих заболеваний, в том числе стоматологических и эндокринных. Отметим, что 24 года назад, по инициативе доктора технических наук, профессора Горного института Виктора Антоновича Роголёва - учредительным собранием представителей

общественности разных стран 26.12.1995г. предложено создать Международную академию наук экологии, безопасности человека и природы (МАНЭБ), Устав которой был зарегистрирован Минюстом РФ 29.01.1996г. (свидетельство № 3127). МАНЭБ явилась общественным объединением, организованным в результате свободного волеизъявления граждан и юридических лиц, имеющих общность научных и прикладных интересов в области экологии, безопасности человека и природы. Идеологической основой деятельности МАНЭБ явились решения конференции в Рио-де-Жанейро (1992) и Указ Президента РФ № 440 от 11 апреля 1996 г. «О концепции перехода Российской Федерации к устойчивому развитию». С момента образования Академии высшим органом МАНЭБ является Конференция, созываемая не реже одного раза в год. В период между Конференциями деятельностью МАНЭБ руководит Президиум, возглавляемый Президентом МАНЭБ.

Основной целью создания МАНЭБ явилась необходимость в 90-х годах XX века активации творческого взаимодействия учёных и специалистов в сфере экологии, а также важность содействия научно-техническому прогрессу для использования его достижений в народном хозяйстве России и в зарубежных странах [1-5]. За 24 года деятельности МАНЭБ удалось добиться профессиональной консолидации учёных разных специальностей. Это позволило осуществлять перспективные инновационные исследования и разработки в различных областях экологии, безопасности, медицины, биологии, защиты здоровья и жизни людей от экопатогенных естественных и антропогенных факторов (явлений), представляющих реальную угрозу для человека и человечества, а также окружающей и производственной среды. В МАНЭБ в настоящее время работают 14 научных секций: окружающая среда и здоровье, охрана труда и безопасность жизни, чрезвычайные ситуации, радиационная безопасность, экология, образование, горно-металлургическая, духовное возрождение, инженерная экология, военная экология, юридическая, экономика и управление, культура, духовное возрождение.

Научная секция «Окружающая среда и здоровье» является самой многочисленной. Сегодня ее членов более 450 докторов, 500 кандидатов наук, 50 руководителей федеральных и региональных структур России, в том числе депутатов разного уровня, ведущих специалистов – известных деятелей науки, руководителей учебных учреждений высшего и последиplomного образования, научно-исследовательских учреждений, а также 6 академиков, 7 членов-корреспондентов РАН, более десяти лауреатов Государственных премий, более 50 – Заслуженных деятелей науки РФ, Заслуженных работников высшей школы РФ, Заслуженных врачей РФ. В эту секцию МАНЭБ входят отечественные учёные с мировым именем, а именно: Ю.Л. Шевченко, В.А. Лазаренко, Г.А. Софронов, Э.К. Айламазян, Б.В. Гайдар, Ю.В. Лобзин, А.В. Шабров, А.П. Щербо и многие другие.

Активные члены научной секции МАНЭБ «Окружающая среда и здоровье» вносят существенный вклад в развитие лечебной деятельности, гигиены, медицинской экологии, биологии, нормальной и патологической физиологии, экспериментальной медицины, медико-экономического анализа и оценки эффективности экологических программ, социально-гигиенического мониторинга, оценки социально-психологического статуса различных групп населения, в том числе работающих с экопатогенными факторами, а также выступают инициаторами формирования новых научных и прикладных направлений, концепций и государственных программ в области сохранения окружающей среды и здоровья нации. Особо следует отметить работу, проводимую по медико-экологической экспертизе разных крупных российских и международных проектов, а также по разработке методологических и методических основ системной профилактики воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье различных групп населения. Члены МАНЭБ постоянно принимают активное участие в разработке новых санитарных правил и предельно-допустимых концентраций при использовании нового технологического оборудования, химических соединений и веществ, выбросов промышленных отходов в

почву и водоёмы. С участием членов МАНЭБ, работающих в Государственной Думе и Законодательных собраниях Санкт-Петербурга и Ленинградской области, разрабатываются и корректируются нормативно-правовые документы по охране здоровья населения от воздействия факторов окружающей среды на разных административных территориях, особенно в регионах, где крупные промышленные предприятия являются основными градообразующими.

Постоянно членами научной секции «Окружающая среда и здоровье» выполняются работы по изучению медико-социальных проблем охраны здоровья населения. Подчеркнём, что с участием членов МАНЭБ разработаны «Концепция развития здравоохранения России» и «Концепция развития здравоохранения Санкт-Петербурга», благодаря которым осуществляется реформирование различных направлений медицинской помощи на административных территориях СЗФОРФ, а также выполнено важное исследование, связанное с эколого-гигиенической оценкой водоисточников и системы питьевого водоснабжения Санкт-Петербурга. Постоянно проводится работа по изучению здоровья детского населения при воздействии факторов риска окружающей среды, изучены экологические факторы, влияющие на нарушение репродуктивного здоровья женщин, материнскую и детскую смертности.

Члена научной секции «Окружающая среда и здоровье» постоянно организуются и проводятся международные, российские и межрегиональные конференции, симпозиумы, научно-практические семинары, к работе в которых привлекаются молодые специалисты. В этом профессор В.А. Роголёв, как первый Президент МАНЭБ, видел перспективу дальнейшего развития созданной им Академии. Благодаря усилиям и стараниям членов МАНЭБ проводится большая работа по пропаганде научных открытий и изобретений, не случайно в рядах МАНЭБ автор более 1200 изобретений В.И. Дикарев – действительный член (академик) МАНЭБ.

В МАНЭБ входят многие региональные отделения и филиалы РФ, а также зарубежные отделения (Абхазское, Австрийское, Венесу-

эльское, Восточно-Американское, Греческое, Германское, Днепрпетровское, Египетское, Израильское, Китайское, Монгольское, Приднепровское, Сербское, Узбекское, Украинское, Французское, Чешское) и филиалы (Алма-Атинский, Центрально-Азиатский и др.) и представительство МАНЭБ в Индии и др. Сегодня под эгидой МАНЭБ работают Экологический институт и Институт информационной медицины.

МАНЭБ снискала уважение широкой международной и отечественной научной общности, и представителей культуры. Благодаря этому членами МАНЭБ были: Нобелевский лауреат, академик РАН профессор Ж.И. Алфёров, академик РАН профессор Н.П. Бехтерева, народная артистка СССР Г.П. Вишневская и её муж – выдающийся музыкант и дирижер М.Л. Ростропович, Э.А. Хиль, Г.В. Вилинбахов и многие-многие другие известные граждане России и зарубежных стран, внёсшие крупный вклад в развитие различных областей науки и искусства. И сегодня в рядах академии не только выдающиеся учёные, но и деятели культуры и искусства: В.А. Кривонос, В.А. Гергиев, В.Г. Герелло, В.В. Плещак и др.

По инициативе В.А. Роголёва создана специальная форма для членов академии – «Экологическая служба». Для поощрения членов МАНЭБ, отметки их заслуг перед Академией были разработаны награды МАНЭБ (сайт МАНЭБ). Особенно с большим для себя удовлетворением первый Президент МАНЭБ В.А. Роголёв поощрял инициативу молодых членов МАНЭБ, уважительно относился к членам Академии, не смотря на их возраст общественное положение и заслуги (рис. 1). Большое значение в имидже МАНЭБ В.А. Роголёв видел в ежегодно проводимых международных научно-практических конференциях, многие из которых проходили на теплоходе, где как никогда удавалось объединить учёных и деятелей культуры из-за общности их интересов. Особым событием стала публикация фолианта «Петербургский портрет» к 300-летию Санкт-Петербурга, куда вошли портреты 300 всемирно известных деятелей (общественных, государственных, науки, культуры и др.), выходцев из Санкт-Петербурга (Петрограда, Ленинграда) за его

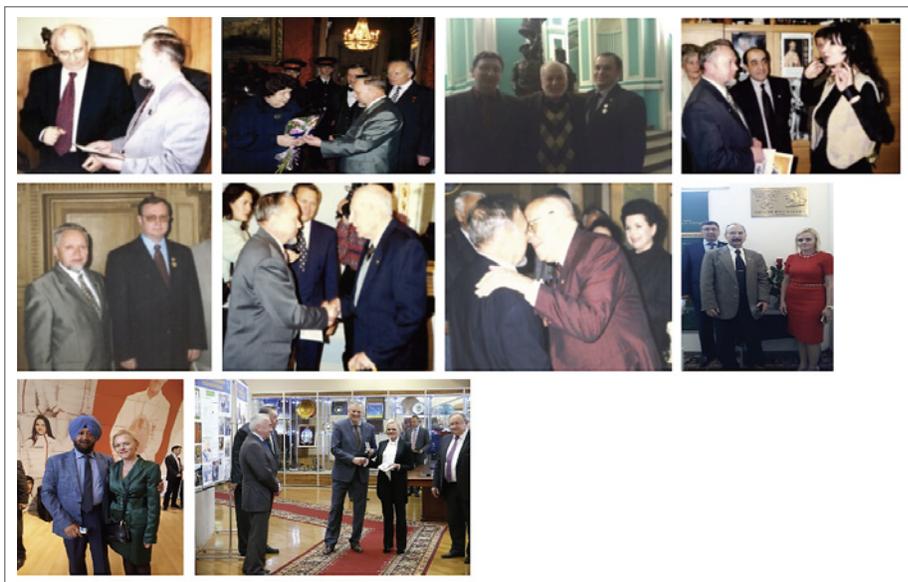


Рис. 1. Первый президент МАНЭБ проф. В.А. Рогалев вручает диплом действительного члена (академика) МАНЭБ М.С. Горбачеву (а); вручение награды МАНЭБ золотой медали им. Н.К. Рериха академику РАМН МАНЭБ профессору Наталье Петровне Бехтеревой (б); Народный артист РФ Бедрос Филиппович Киркоров (в центре) и член-корреспондент МАНЭБ по научной секции «Окружающая среда и здоровье» кандидат медицинских наук Владимир Владимирович Самсонов (справа), ныне-начальник отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии филиала № 3 Центрального военного клинического госпиталя им. А.А. Вишневского МО РФ (д) после вручения им золотых медалей МАНЭБ им. Н.К. Рериха за развитие современной экологической доктрины (Дом офицеров, г. Санкт-Петербург; март, 2013г.); В.А. Рогалев (слева) с президентом Международной академии альтернативных наук Евгенией Ювашевой Давиташвили-Джунгой (е); В.А. Рогалев с видным государственным и политическим деятелем России Сергеем Владимировичем Степашиним после вручения ему ордена МАНЭБ «Золотой лев» (ж); В.А. Рогалев и академик РАН и МАНЭБ по научной секции «Культура» Д.С. Лихачев; (з); В.А. Рогалев и академики МАНЭБ по научной секции «Культура» М.Л. Ростропович и Г.П. Вишневская (и); открытие мемориальной доски первому президенту МАНЭБ проф. В.А. Рогалеву (к); Президент МАНЭБ проф. Л.К. Рогалева и меценат из Индии Dr. S.P. SinglOberoi на конференции в Париже, 2019г. (л); президент МАНЭБ вручает медали Н.К. Рериха губернатору Ленинградской области А.Ю. Дрозденко и председателю Законодательного собрания Ленинградской области С.М. Бебенину (2019); Почетная грамота МАНЭБ от Законодательного собрания Ленинградской области (декабрь, 2019)

трёхвековую историю (200 портретов исторических деятелей и 100 портретов наших современников). Причем, эти портреты также были созданы благодаря инициативе первого Президента МАНЭБ Заслуженного эколога Российской Федерации доктора технических наук профессора В.А. Рогалёва. Примечательно, что галерея современных портретов выдающихся петербуржцев открывается в этой книге портретом митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Владимира. Это было призвано подчеркнуть важность духовной сферы в жизни города, которая имеет в современном обществе наи-

важнейшее значение. Не менее важной задачей этого фолианта явилось содействие возрождению такого стиля живописи, как парадный портрет, который стремится показать внутренний мир, содержание человека, не через его одержу и внешние атрибуты, а через духовный и внутренний мир. Подчеркнём, что портреты написаны специально для данного издания разными художниками Академии художеств. Многие из них в настоящее время находятся в галерее «Авторов научных открытий и изобретений», располагающейся в Российской национальной библиотеке (СПб., наб. реки Фонтанки, д.36).

С 2011 г. в МАНЭБ издается журнал «Экология и развитие общества», который, по решению Президиума ВАК Минобрнауки РФ от 17.12.2015 г., включен 26.01.2016 г. в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёной степени кандидата и доктора наук. Профессор В.А. Рогалёв создал и развил МАНЭБ, которая сегодня имеет свой достойный имидж среди российской и зарубежной общественности. В марте 2018 г. Президентом МАНЭБ избрана Конференцией Академии доктор технических наук Любовь Викторовна Рогалёва, продолжающая традиции, заложенные её отцом – создателем и первым Президентом МАНЭБ.

Президиум МАНЭБ старается объединять в её рядах специалистов разных направлений нашего народного хозяйства и культуры, понимая, что экология должна в современном обществе явиться новым образом мышления, при котором просветительская и культурная деятельность в обществе практически неразделимы. Большая роль отводится также воспитательно-образовательной и культурно-просветительской роли академии, так как эти деятельности неразделимы с экологией в широком смысле этого понятия в современном мире. В основе современной экологической доктрины лежат принципы обеспечения экологической безопасности с обязательным бережным, нравственно и социально зрелым отношением граждан к природе. Сегодня термин «экология» подразумевает новый способ мышления, когда экологическое образование и культура становятся главными факторами программы устойчивого развития науки, в том числе медицины и ее важного раздела стоматологии.

Литература

1. Алферов Ж.И., Иорданишвили А.К. Роль первого президента Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы профессора В.А. Рогалева в развитии фундаментальных исследований // Экология и развитие общества. – 2019. – № 2 (29). Прил. – С. 12– 15.
2. Алферов Ж.И.; Иорданишвили А.К. Роль Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы в развитии фундаментальных исследований // Материалы IV ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Декабрьские чтения по судебной медицине в РУДН: актуальные вопросы судебной медицины и общей патологии». – М.: ЗУДН, 2020. – С. 8 – 13.
3. Иорданишвили А.К. Профессор В.А. Рогалев и его роль в создании и разработке имиджа Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы // Экология и развитие общества. – 2019. – № 2 (29). Прил. – С. 19 – 21.
4. Рогалева Л.В., Иорданишвили А.К. Профессор В.А. Рогалев и его вклад в создание и развитие Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы // Экология и развитие общества. – 2019. – № 2 (29). – С. 7 – 15.
5. Софронов Г.А., Иорданишвили А.К. Роль Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы в сохранении окружающей среды и здоровья человека // Экология и развитие общества. – 2019. – № 2 (29). – С. 16 – 17.

15 лет в строю: Февральские встречи в Петербурге

С.Б. Улитовский,
профессор,
председатель оргкомитета конференции

Вот же пятнадцать лет мы встречаемся с вами на «Февральских встречах в Петербурге» чтобы поделиться новыми достижениями, технологиями и событиями, которые прошли за истекший период в России и в Мире, чтобы узнать что-то новое и увидеть те новинки, которые предлагают нам производители средств профилактики и технологий профилактической направленности. Наша цель – идти в ногу со временем, а если получится, то и опережая его. Все эти устремления направлены на поддержание стоматологического здоровья населения страны, а для этого нам необходимы знания, знания о достижениях прошлого, настоящего и будущего. Аккумулировав все эти знания, мы сможем не только обеспечить население полноценной стоматологической помо-

щью, но и добиться снижения распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний, а на основе распространения современных знаний о методах профилактики, путем расширения мотивации к их применению среди пациентов значительно снизить потребность в различных видах стоматологической помощи, особенно такой как хирургическая, ортопедическая, терапевтическая с переориентацией на оказание пародонтологической, ортодонтической и профилактической помощи. Так и сейчас 15 февраля 2020 г состоялась 15 научно-практическая конференция. Для этого были представлены следующие доклады:

«15 лет в строю» - отчет за прошедший период. Доклад посвящен вопросам организа-

62

Рис. 1. Регистрация участников конференции



Рис. 2. Участники научно-практической конференции





Рис. 3. Доклад: «15 лет в строю»



Рис. 4. Направленность выбора механических средств оральной гигиены

ции, проведения и динамического роста конференции с изменением качественного и профессионального состава докладчиков и тематики докладов, истории проведения мероприятия. Докладчик профессор Улитовский Сергей Борисович, президент Ассоциации Гигиенистов стоматологических СПб и ЛО, заместитель председателя секции «Профилактика стоматологических заболеваний» СТАР, заслуженный врач РФ, заслуженный стоматолог СТАР.

«Повышение очищающей эффективности за счет механического удаления налета зубными щетками». Доклад по-

священ современным вопросам изменения подходов и роли средств оральной гигиены при комплексной профилактике основных стоматологических заболеваний. Докладчик профессор Улитовский Сергей Борисович заведующий кафедрой стоматологии профилактической, заместитель директора по научной работе НИИ стоматологии и ЧЛХ ПСПбГМУ. Соавторы: доц. А.А. Васянина, доц. ЕС Алексева.

«Повышенная чувствительность зубов - профилактика средствами местного действия». В лекции освещаются вопросы использования различных средств оральной

Рис. 5. Печатные работы посвященные повышенной чувствительности зубов



Рис. 6. Бальзам снижающий повышенную чувствительность дёсен





Рис. 9. Чисти зубы с «интернетом»

гиенических знаний и умений школьников младших классов с целью повышения их навыком по личной профилактике заболеваний полости рта. Также отражены вопросы подготовки родителей по воспитанию детей к проведению ежедневных профилактических мероприятий во рту с приучением их использования различных средств гигиены. Отмечается большая роль мотивации, как стимула к совершению поступка. Докладчик Гулиева Анна Юрьевна, ассистент кафедры стоматологии профилактической ПСПбГМУ. Соавторы: Н.Ю. Шевелева, к.м.н. доцент*, И.В. Тельнюк, к.п.н доцент**, *Кафедра стоматологии детского возраста с курсом ЧЛХ, **Кафедра педагогики и психологии ПСПбГМУ.

«Рациональное использование пациентами адгезивного крема для фиксации протезов и средств для их ухода». Доклад отражает роль крема для фиксации протезов для повышения эффективности использования съемных зубных протезов. Докладчик профессор кафедры стоматологии хирургической и ЧЛХ д.м.н. Иорданишвили Андрей Константинович. Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова. Содокладчик: Ковалев А.А. врач стоматологической поликлиники №29 СПб.

«Оценка интенсивности галитозного состояния рта и пути его устранения». В лекции представлены результаты проведения профилактических мероприятий у па-

циентов с оральным галитозом. Составление программ профессиональных и личных мероприятий по устранению явлений галитоза. Докладчик доцент, к.м.н. Калинина Ольга Владимировна. Кафедра стоматологии профилактической ПСПбГМУ. Соавторы: зав. кафедрой, заслуженный врач РФ, проф., д.м.н. Улитовский С.Б., ассистент Панкратьева Л.И., студентка Кулик Л.Р.

«Хирургическое лечение патологии пародонта с использованием хитозанового скаффолда». В лекции отражен опыт применения профилактических паст на основе различных активных компонентов, которые обеспечивают лечебное воздействие в комплексе лечебных мероприятий при воспалительных заболеваниях пародонта. Докладчик Антипова Анна Васильевна, ассистент кафедры стоматологии профилактической ПСПбГМУ. Соавтор: С.Б. Улитовский, профессор, зав. каф. стоматологии профилактической, О.В. Галибин, профессор, заведующий отделом биотехнологии института детской онкологии, гематологии и трансплантологии Р.М. Горбачевой, П.В. Попрядухин, ст.н.с. Института Высокомолекулярный Соединений РАН.

«Различия микробиоты полости рта у пациентов с симптоматическим и асимптоматическим атеросклерозом». В докладе представлены сведения о состоянии полости рта и его микробиоты у пациентов с атеросклерозом, и современные представления о методах его профилактики. Докладчик Пастухова Анастасия Сергеевна аспирант кафедра терапевтической стоматологии факультета стоматологии и медицинских технологий СПб государственный университет. Соавторы: Ермолаева Л.А. д.м.н., профессор, зав. каф. терапевтической стоматологии ФСиМТ СПбГУ.

«Оценка стоматологического здоровья у лиц, инфицированных ВИЧ». В докладе отражены результаты проведенного на базе областного центра профилактики ВИЧ инфекции анкетирования больных о качестве и особенностях их стоматологического лечения. Докладчик Ковеленова Марта Терентьевна, ассистент кафедры стоматологии профилактической ПСПбГМУ. Соавтор: Сладкин Е.Ю. студент.



Рис. 10. Участники конференции со своими докладами

«Воспалительные заболевания пародонта и их профилактика у пациентов с патологией прикуса». В докладе представлены сведения об особенностях оказания противовоспалительной профилактики у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с использованием несъемной аппаратуры. Докладчик Шевцов Александр Викторович, ассистент кафедры стоматологии профилактической ПСПбГМУ. Соавтор: С.Б. Улитовский, профессор, заведующий кафедрой стоматологии профилактической ПСПбГМУ.

«Изменения структуры поверхностного слоя эмали и дентина при воздействии YAG: Er лазерного излучения как альтернативного метода препарирования зубов». В докладе даны сведения о применении лазерного излучения в терапевтической стоматологии. Современные лазеры и особенности их использования в стоматологии. Докладчик Федотов Денис Юрьевич аспирант кафедры терапевтической стоматологии факультета стоматологии и медицинских технологий СПб государственного университета.

Соавторы: Сергеева Елена Сергеевна ассистент кафедры терапевтической стоматологии факультета стоматологии и медицинских технологий СПб государственного университета, Ермолаева Л.А. д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии ФСИМТ СПбГУ.

«Эндохирургия одонтогенных кист челюстей». В докладе представлены сведения о показаниях к проведению эндохирургических вмешательств при наличии кист челюстей. Докладчик профессор Иорданиш-

вили Андрей Константинович кафедры хирургической стоматологии и ЧЛХ Военно-Медицинской Академии им. С.М. Кирова. Соавторы: ординатор кафедры хирургической стоматологии и ЧЛХ Военно-Медицинской Академии Швецов М.

«Педагогические аспекты мотивации пародонтологических пациентов к выполнению индивидуальной гигиены полости рта во время хирургического лечения». Доклад посвящен вопросу психомедицинской подготовки пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта средней и тяжелых степеней перед проведением хирургических операций на пародонте (лоскутные операции и направленной остеорегенерации). Докладчик Соловьева Елена Сергеевна ассистент кафедры стоматологии профилактической Первый СПб государственный медицинский университет. Соавтор: С.Б. Улитовский, профессор, зав. каф. стоматологии профилактической ПСПбГМУ.

«Формирование профессиональных знаний у гигиенистов стоматологических по стоматологическому просвещению». Доклад посвящен вопросам организации образовательной работы у гигиенистов стоматологических, проблемах обучения предмету стоматологического просвещения и сложностям усвоения и воспроизведения полученных знаний. Докладчик Леонтьев Александр Александрович, доцент кафедры стоматологии профилактической Первого СПб государственного медицинского университета. Соавтор: С.Б. Улитовский, профессор, зав. каф. стоматологии профилактической ПСПбГМУ.



Рис. 11. Благодарности орг. комитету!

На рис. 1 представлена процедура регистрации участников с выдачей им подарков.

На рис. 2 представлена аудитория, заполненная участниками стоматологической научно-практической конференции.

На рис. 3 представлен доклад об истории становления и развития конференции «Февральские встречи в Петербурге» за прошедшие пятнадцать лет.

На рис. 4 представлены сведения о выборе и рекомендациях по механическому удалению зубной биоплёнки.

На рисунках 5 и 6 показаны работы, посвященные повышенной чувствительности зубов и дёсен.

На рисунке 7 представлена информация, посвященная антиоксидантным свойствам средств оральной гигиены.

На рис. 8 дается информация о различиях и свойствах аппаратуры для удаления зубных отложений: магнестрикционная и ультразвуковая.

На рынке средств оральной гигиены появились электрические зубные щетки, которые

связаны через приложение, скаченное из интернета, с мобильным телефоном, что позволяет контролировать качество проводимых манипуляций (рис. 9).

На рис. 10 представлены участники конференции со своими докладами.

На рис. 11 выражение благодарностей орг. комитету конференции.

До новых встреч в следующем году!

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 I, 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