

Стоматологический научно-образовательный журнал

#1/2 2023

ISSN 2412-9364



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

В НОМЕРЕ:

Стоматологический статус людей старших возрастных групп и пути оптимизации пользования съёмными зубными протезами

Влияние партисипативного подхода в профилактике патологии твердых тканей зубов у женщин репродуктивного возраста

Вопросы формирования алгоритмов назначения лучевых методов исследования в амбулаторной стоматологии

Индивидуальные программы оральной профилактики у пациентов с зубочелюстными аномалиями

18-я научно-практическая конференция «Февральские встречи в 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»
№1/2-2023

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. Супиев (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. А.К. Иорданишвили (С.-Петербург)
Проф. Л.Ю. Орехова (С.-Петербург)
Проф. Т.Б. Ткаченко (С.-Петербург)
Проф. В.Н. Трезубов (С.-Петербург)
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.

АКТУАЛЬНО

**В.К. Леонтьев, К.А. Керимханов, Н.Н. Беделов,
М.Е. Малышев, А.К. Иорданишвили**

Стоматологический статус людей старших возрастных групп
и пути оптимизации пользования съемными зубными протезами **02**

ИССЛЕДОВАНИЕ

Е.В. Матвеева

Изменение макро- и микролементного состава
ротовой жидкости при использовании профилактической
зубной пасты, обогащенной ионами железа, меди и цинка **13**

Улитовский С.Б., Калинина О.В.

Влияние партисипативного подхода
в профилактике патологии твердых тканей зубов
у женщин репродуктивного возраста **14**

HI-TECH

Павлов А.В., Чибисова М.А., Ермолаева Л.А.

Вопросы формирования алгоритмов назначения
лучевых методов исследования в амбулаторной стоматологии **20**

ОРГВОПРОС

Улитовский С.Б., Соловьева Е.С.

Стоматологическое просвещение: факторы,
влияющие на уровень гигиенических знаний студентов **24**

Улитовский С.Б., Леонтьев А.А., Трегубенко И.А.

Психология стоматологического приема:
особенности индивидуального подхода к пациенту **28**

Николаева М.О., Седнева Я.Ю., Ермолаева Л.А.

Обзор нормативной базы по проведению профилактики
в детской стоматологии **33**

ПРАКТИКУМ

С.Б. Улитовский, А.В. Шевцов

Некоторые аспекты составления индивидуальных
программ оральной профилактики у пациентов
с зубочелюстными аномалиями **36**

Н.Ю. Шевелева, А.Ю. Гулиева

Оценка уровня знаний врачей-стоматологов детских
о проявлении постковидного синдрома в полости рта у детей **41**

ПЕРСОНА

А.К. Иорданишвили, А.Б. Белевитин, А.Г. Терешко, Ш.З. Усмонкулов

В.А. Оппель. Звезда отечественной хирургии мировой величины **44**

А.К. Иорданишвили

Генерал-майор медицинской службы Н.М. Александров
(к 100-летию со дня рождения) **48**

СОБЫТИЯ

Улитовский С.Б.

Восемнадцать лет в строю. 18-я научно-практическая
конференция «Февральские встречи в Петербурге» **61**

Стоматологический статус людей старших возрастных групп и пути оптимизации пользования съемными зубными протезами

В.К. Леонтьев,

доктор мед. наук, профессор, лауреат Государственной премии РФ, заслуженный деятель науки РФ, академик РАН, советник ректора МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Президент Центра стоматологического образования СПбМСИ, Москва-Санкт-Петербург, Россия

К.А. Керимханов,

врач-стоматолог ООО «МедИс», г. Санкт-Петербург, Россия

Н.Н. Беделов,

врач-стоматолог ООО «МедИс», г. Санкт-Петербург, Россия

М.Е. Малышев,

доктор биолог. наук, заведующий городской лабораторией иммуногенетики и серодиагностики Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Санкт-Петербургского государственного университета, г. Санкт-Петербург, Россия

А.К. Иорданишвили,

доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ВМедА им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия

Резюме

В статье представлены показатели стоматологического здоровья людей пожилого и старческого возраста, проживающих в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, характеристика потери естественных зубов и нуждаемость их в зубном протезировании, а также динамика состояния протезного ложа, мукозального иммунитета и микробиоты полости рта при пользовании съемными акриловыми зубными протезами, в том числе с применением нового отечественного адгезивного крема для улучшения их фиксации.

Ключевые слова: стоматологическое здоровье, люди пожилого и старческого возраста, геронтостоматология, потеря зубов, нуждаемость в зубном протезировании, съемные протезы, фиксация и стабилизация протезов, адгезивный крем для фиксации протезов.

Актуальность

Современные критерии здоровья людей старших возрастных групп являются интегральными и учитывают не только степень их физической подвижности, социальную

активность, остроту зрения, слуха, но и показатель сохранившихся зубов и их функциональной ценности. Последний показатель, имеющий непосредственное отношение к стоматологии, важен, так как потеря

Dental status of older people and ways to optimize the use of removable dentures

V.K. Leonteev, MD, PhD, professor, RF State Prize laureate, honored scientist of the Russian Federation, RAS academician, advisor to the rector of A.I. Evdokimov Moscow State Medical University, President of the Center for Dental Education SPbMSI, Moscow-St. Petersburg, Russia

K.A. Kerimhanov, Dentist, "MedIs" LLC, St. Petersburg, Russia

N.N. Bedelov, Dentist, "MedIs" LLC, St-Petersburg, Russia

M.E. Malyshev, Doctor of Biology, Head of City Laboratory of immunogenetics and serodiagnostics of St. Petersburg Research Institute of Emergency Care named after I. I. Janeddinov, Russia.

I. I. Janelidze, Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery and Surgical Dentistry, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

A.K. Iordanishvili, MD, PhD, professor of the chair of maxillofacial surgery and surgical dentistry of S.M. Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg, Russia

Abstract

The article presents the indices of dental health of elderly and senile people living in St. Petersburg and Leningrad region, characteristics of loss of natural teeth and their need for dentures as well as dynamics of prosthetic bed condition, mucosal immunity and oral microbiota while using removable acrylic dentures including the use of new domestic adhesive cream to improve their fixation.

Ключевые слова: dental health, elderly and senile people, gerontostomatology, tooth loss, need for dentures, removable dentures, denture fixation and stabilization, adhesive cream for denture fixation.

естественных зубов ведет к нарушению целостности жевательно-речевого аппарата, а снижение функции жевания не только обуславливает снижение качества жизни пожилых и старых людей, но и отрицательно влияет на процесс их социальной адаптации, особенно у людей с высшим образованием [1, 2].

В литературе отмечено, что цель Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), а именно: в возрасте 65-74 лет 90% населения должны иметь полноценные зубные ряды (естественные или восстановленные протезами), при этом число беззубых лиц не должно превышать 1%, не выполнена к установленному ВОЗ 2020 г. Причем, этого не достигнуто ни в одной из стран мира, включая Российскую Федерацию и другие экономически развитые страны мира. Только динамический анализ состояния стоматологического статуса пожилых и старых людей позволяет оценить эффективность проводимых лечебно-профилактических меро-

приятий по сохранению стоматологического здоровья людей старших возрастных групп [3, 4].

До сих пор большинство людей пожилого и старческого возраста пользуются съемными акриловыми зубными протезами, которые изготавливаются им за счет средств бюджета [5]. Такие протезы не всегда существенно восстанавливают жевательную эффективность, хотя эстетичны, а также при их использовании часто возникают протезные стоматиты различной этиологии [6, 7]. Поэтому, вопросы оптимизации пользования съемными зубными протезами сохраняют свою актуальность.

Целью настоящей работы явился анализ стоматологического здоровья пожилых и старых людей, проживающих в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, а также изучение состояния микробиома полости рта и уровня иммунитета слизистой оболочки полости рта у носителей полных съемных акриловых зубных протезов.

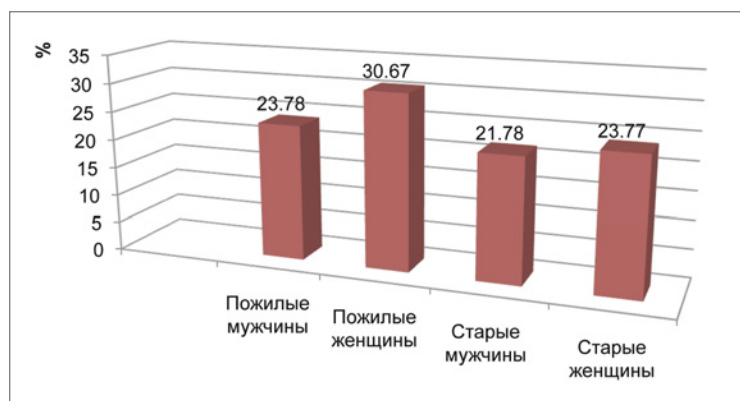


Рис. 1.
Распределение осмотренных людей старших возрастных групп с учетом пола и возраста, (%)

Материал и методы

На 1 этапе исследования был проведен осмотр полости рта 450 чел. пожилого (60 – 74 лет) и старческого (75 – 89 лет) возраста, распределение которых по полу и возрасту представлено на рисунке 1. Всего было осмотрено 107 мужчин и 138 женщин пожилого возраста и 98 мужчин и 107 женщин старческого возраста. При осмотре полости рта отмечали следующие показатели: среднее количество утраченных естественных зубов; наличие хронического генерализованного пародонтита (ХГП), нуждаемость в профессиональной гигиене полости рта (ПГПР); количество беззубых пациентов в группах исследования; количество нуждающихся в зубном протезировании или в изготовлении новых зубных протезов в замене старых, не отвечающих медицинским или эстетическим показаниям. Кроме осмотра пациентам были заданы вопросы, касающиеся зубного протезирования за счет средств бюджета, а также об их осведомленности и использовании спецсредств для фиксации съемных зубных протезов.

На 2 этапе исследования изучали состояния микробиома полости рта и уровня иммунитета слизистой оболочки полости рта у носителей полных съемных акриловых зубных протезов с применением отечественного крема для их фиксации. Для этого было обследовано 67 (21 мужчина и 46 женщин) пациентов пожилого возраста (61 – 74 лет), которые имели полную потерю зубов и были разделены на 3 группы исследования (рис. 2). В 1 (19 чел., 6 мужчин и 13 женщин) конт-

рольной группе пациенты не пользовались какими-нибудь зубными протезами. Пациентам 2 (25 чел., 7 мужчин и 18 женщин) группы были изготовлены полные съемные акриловые зубные протезы и с первого дня адаптационного периода было предложено использовать отечественный крем для фиксации протезов Асепта Parodontal (ЗАО «ВЕРТЕКС» г. Санкт-Петербург, Россия). Пациентам 3 (23 чел., 8 мужчин и 15 женщин) группы также были изготовлены полные съемные акриловые зубные протезы, однако их адаптационный период проходил без применения отечественного крема для фиксации протезов Асепта Parodontal.

Пациентам 2 и 3 групп были изготовлены полные съемные акриловые протезы для верхней и нижней челюстей. Критерием исключения из клинического исследования было наличие у пациентов зубов и воспалительных процессов в полости рта.

Клинически оценивали состояние слизистой оболочки полости рта на момент первичного обращения, а также у пациентов 2 и 3 групп на 15 и 30 сутки адаптационного периода. Для оценки состояния слизистой оболочки полости рта у протезоносителей и людей контрольной группы применяли усовершенствованный полуколичественный индексный способ, который был предложен в 2015 г. [8]. На основании жалоб и анализа клинического состояния слизистой оболочки полости рта (СОПР) определяли степень тяжести патологии, обусловленной ношением съемного зубного протеза путем учета следующих симптомов в баллах:

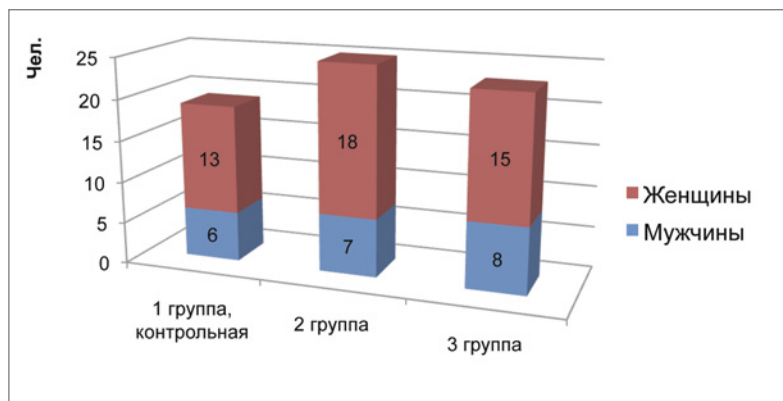


Рис. 2. Количество пациентов и их пол в группах исследования, чел.

1. Патологические ощущения (парестезии, стомалгии): отсутствуют – 0; умеренный болевой симптом – 1; выраженный болевой симптом и /или жжение – 5.
2. Цвет слизистой оболочки полости рта, в том числе в области протезного ложа и поля: бледно-розовая – 0; легкая ограниченная или диффузная гиперемия – 1; ограниченная или разлитая выраженная гиперемия – 5.
3. Наличие травматических повреждений на слизистой оболочке полости рта: отсутствуют – 0; единичные, ограниченные (эрозивные. Эрозивно-язвенные) – 1; разлитые эрозивно-язвенные или язвенные – 5.
4. Влажность слизистой оболочки полости рта и языка: влажная – 0; сухая, потеря блеска – 1; сухая, потеря блеска, наличие складок – 5.
5. Нарушения вкуса: отсутствуют – 0; наличие нарушений вкуса (привкус горечи, кислоты) – 1; извращение вкуса – 5.

Применительно к протезному стоматиту при регистрации симптомов со стороны полости рта у пользователей зубными протезами, осуществляли подсчет суммы баллов и оценивали степень тяжести течения указанной патологии, исходя из полученной суммы баллов: 0 – нет патологии; 1–4 – заболеваний легкой степени; 5–9 – заболевание средней тяжести; 10–25 баллов – патология тяжелой степени.

Для определения клинического течения и/или эффективности лечения протезного стоматита, согласно нашему предложению, в процентном выражении был предложен

следующий способ: определение динамики клинического течения и/или эффективности проведенной терапии при протезном стоматите следует проводить по формуле:

$$\text{Эффективность (\%)} = 100 (A - B) / A,$$

где А – сумма баллов при клинической оценке степени тяжести течения заболевания до начала лечения или в первое посещение; В – сумма баллов при клинической оценке степени тяжести течения заболевания при последующих посещениях, в том числе на фоне проведенного лечения.

Микробиоту и уровень мукозального иммунитета изучали до начала ортопедического лечения и в конце адаптационного периода, то есть спустя 30 суток после припасовки и наложения полных съемных зубных протезов пациентам. Микробиологическое исследование на пародонтопатогены (*Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*) проводили методом ПЦР-диагностики с использованием наборов фирмы «Генлаб» (Россия). Образцы налета были собраны с частей поверхности акрилового протеза, которые контактировали с поверхностью слизистой оболочки полости рта, или со слизистой оболочки полости рта (у контрольной группы, а также у людей 2 и 3 групп исследования до изготовления им зубных протезов) путем наложения стерильных тампонов круговыми движениями. Индивидуальные образцы помещали в отдельные микроцентрифужные



Рис. 3. Среднее количество утраченных зубов у людей старших возрастных групп с учетом пола и возраста, (n)

пробирки, содержащие 0,5 мл фосфатно-солевого буфера, и хранили при -20°C до выделения ДНК.

Для оценки уровня мукозального иммунитета исследовали содержание в слюне секреторного иммуноглобулина А и провоспалительных (интерлейкина- 1β (IL- 1β), интерлейкина-6 (IL-6), интерлейкина-8 (IL-8), фактора некроза опухоли- α (TNF α)) и противовоспалительных (рецепторного антагониста интерлейкина-1 (RAIL), интерлейкина-4 (IL-4), интерлейкина-10 (IL-10)) цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы «Вектор Бест» (Россия).

Исследование полностью соответствовало этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г.

Статистическую обработку проводили с применением программы Statistica for Windows версии 7.0. Для всех критериев и тестов критический уровень значимости принимался равным 5%, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В ходе 1 этапа клинического исследования были установлены средние показатели потери естественных зубов у людей старших возрастных групп. В обеих возрастных группах у мужчин утрата естественных зубов была достоверно выше, чем у женщин. Так, среди мужчин и женщин пожилого возраста

этот показатель составил, соответственно, $15,41 \pm 1,76$ и $11,05 \pm 1,67$ ($p < 0,05$), а среди мужчин и женщин старческого возраста, соответственно, $22,76 \pm 2,17$ и $20,17 \pm 2,76$ (рис. 3). Хроническим генерализованным пародонитом различной степени тяжести страдали из обследованных людей пожилого возраста 99 (92,53%) мужчин и 128 (92,75%) женщин, а среди старых людей – 80 (81,63%) мужчин и 76 (71,03%) женщин (рис. 4). Более частая встречаемость ХГП в пожилом возрасте обусловливается более частой встречаемостью полной потери зубов у людей старческого возраста. Полная утрата зубов была диагностирована среди осмотренных пожилого возраста у 4 (3,74%) мужчин и 6 (4,35%) женщин, а среди старых людей – у 12 (12,24%) мужчин и 19 (17,75%) женщин (рис. 4). В мероприятиях ПППР нуждались из пожилых людей 82 (76,64%) мужчины и 117 (84,78%) женщины, а среди старых людей – 80 (81,63%) мужчин и 74 (69,16%) женщины.

В мероприятиях профессиональной гигиены полости рта нуждались в пожилом возрасте 82 мужчины и 117 женщин, а в старческом возрасте – 80 мужчин и 76 женщин из осмотренных пациентов (рис. 4).

Не смотря на то, что многие пациенты пользовались различными конструкциями зубных протезов, изготовление новых протезов было необходимо среди пожилых людей 83 (77,57%) мужчинам и 92 (66,67%) женщинам, а среди старых людей – 92 (93,88%) мужчинам и 94 (87,85%) женщинам. Причиной высокой нуждаемости в зубном протезирова-

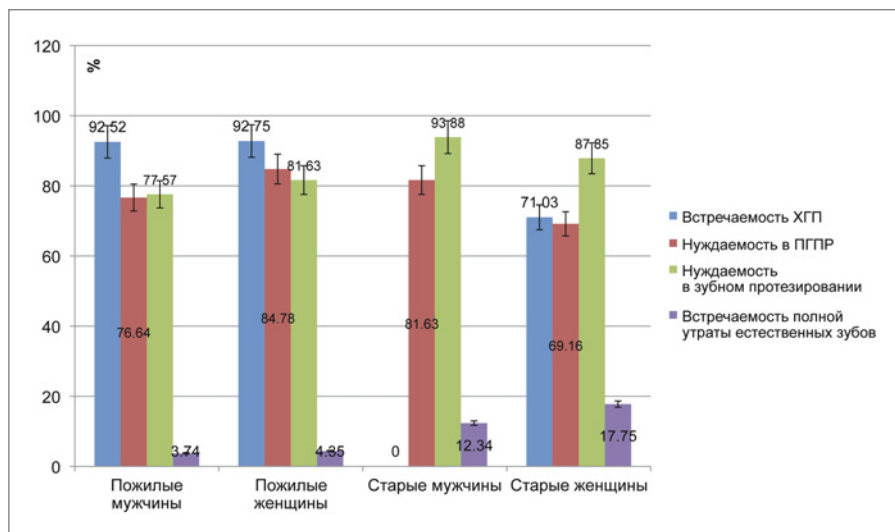


Рис. 4. Показатели стоматологического здоровья и нуждаемости людей старших возрастных групп в стоматологических лечебно-профилактических мероприятиях, (%)

нии служило не только отсутствие зубных протезов, но также использование пациентам зубных протезов, которые по медицинским или эстетическим показаниям нуждались в переделке. Следует отметить, что подавляющее большинство пожилых и старых людей пользовались съемными акриловыми зубными протезами или их сочетанием с несъемными штампованно-паяными или цельнолитыми зубными протезами, которые обычно изготавливают за счет средств бюджета, то есть бесплатно для пациентов. Так, среди пожилых людей съемные протезы имели 62 (57,94%) мужчины и 75 (54,35% женщины), а среди старых людей: 79 (80,61%) мужчин и 94 (87,85%) женщины. Опрос пациентов, которые пользовались съемными протезами, показал, что зубным протезированием за счет средств бюджета пользовались хотя бы 1 раз 32 (29,91%) мужчины и 74 (53,62%) женщины пожилого возраста и 64 (65,31%) мужчины и 92 (85,98%) женщины старческого возраста.

Эти пациенты не самостоятельно не предъявляли каких-либо жалоб, а имеющиеся у них съемные зубные протезы, хотя у многих они имели неудовлетворительную фиксацию, а также их базис не соответствовал тканям протезного ложа, что и являлось высоким показателем нуждаемости в протезировании. О средствах для улучшения фиксации съемных зубных протезов, из пользу-

ющихся такими, знали в пожилом возрасте 27 (43,55%) мужчин и 38 (50,67%) женщины, хотя применяли такие средства лишь 2 (3,23%) мужчины и 6 (8%) женщин. Не смотря на лучшую осведомленность о средствах для улучшения фиксации съемных зубных протезов в старческом возрасте, а об этих средствах имели представление 62 (78,48%) мужчины и 82 (87,23%) женщины, количество пациентов их использующих было минимально: 2 (2,53%) мужчины и 6 (6,38%) женщин. Причиной редкого применения средств для фиксации протезов во всех случаях пациенты отметили финансовые причины, а именно необходимость ежемесячной покупки жизненно важных средств, из-за чего на средства для фиксации протезов денег не хватает.

Ряд пациентов высказали пожелания об улучшении зубного протезирования за счет средств бюджета. Главным пожеланием у пожилых (27 (25,26%) мужчин и 39 (28,26%) женщин) и старых (22 (22,45%) мужчин и 44 (41,12%) женщин) людей было расширение ассортимента конструкций зубных протезов, которые можно изготавливать для них бесплатно, то есть за счет средств бюджета. В ходе 2 этапа клинического исследования на момент первичного осмотра у всех пациентов 3 исследуемых групп отсутствовали какие-либо воспалительные и другие патологические процессы со стороны слизистой

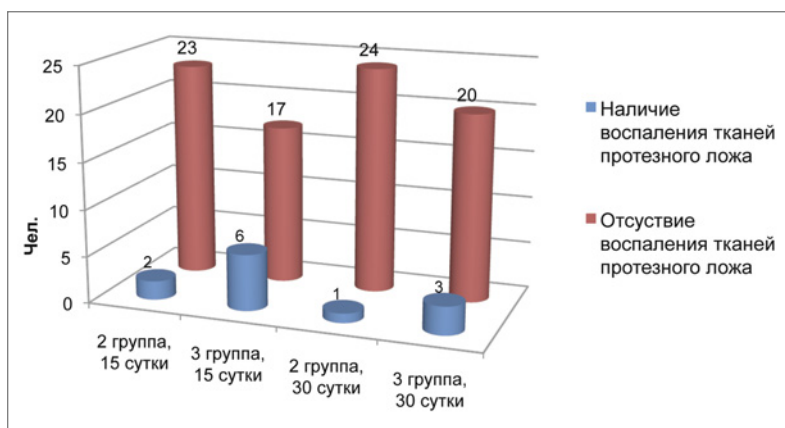


Рис. 5. Встречаемость воспалительных процессов тканей протезного ложа у пациентов 2 и 3 групп в различные сроки адаптационного периода, чел.

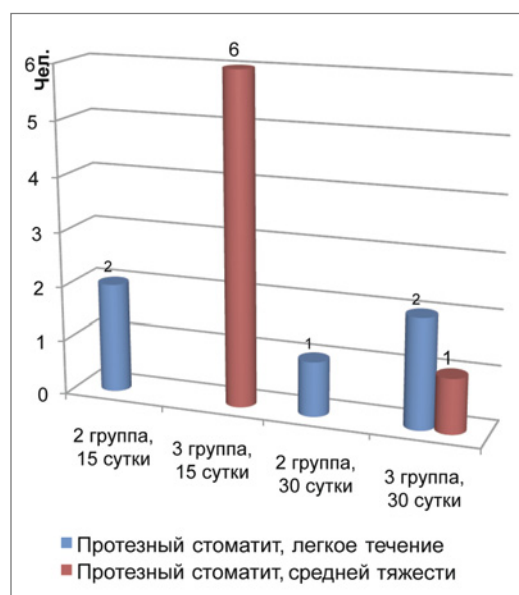
оболочки полости рта, губ и языка. На 15 суток адаптационного периода у пациентов 2 и 3 групп патологические, в том числе воспалительные изменения слизистой оболочки протезного ложа были выявлены (рис. 5), соответственно у 2 (8,0%) и 6 (26,09%) чел. ($p < 0,01$).

Если у пациентов 2 группы это было катаральное воспаление в области краев базисов полных съемных протезов, обусловленное удлиненным их краем и протезный стоматит у них протекал в легкой степени тяжести, то у пациентов 3 группы исследования, кроме воспалительных изменений слизистой протезного ложа, обусловленных удлиненным краем протеза, определялось также умеренно-выраженное катаральное диффузное воспаление протезного ложа под всем базисом верхнего и нижнего полного съемного протеза, которое иногда (у 3 чел.) сопровождалось сухостью слизистой оболочки протезного ложа и ее жжением, а протезный стоматит протекал в легкой (2 (33,3%) чел.) форме или при средней тяжести течения (4 (66,7%) чел.). На этот период клинического исследования патологические изменения со стороны слизистой протезного ложа не выявлялись у 23 (92,0%) чел. из 2 группы и у 17 (73,91%) чел. из 3 группы исследования ($p < 0,05$).

В конце адаптационного периода, на 30 суток динамического наблюдения за пациентами 2 и 3 группы было установлено, что воспалительные изменения слизистой оболочки протезного ложа были выявлены, со-

ответственно у 1 (4,6%) и 3 (13,4%) чел. ($p < 0,01$). У пациента 2 группы и 2 пациента 3 группы исследования это было слабо выраженное катаральное диффузное воспаление, чаще под базисом полного съемного протеза верхней челюсти, а у 1 пациента 3 группы такое воспаление сопровождалось жалобами на сухость и жжение слизистой оболочки протезного ложа (рис. 6). На этот период клинического исследования патологические изменения со стороны слизистой

Рис. 6. Тяжесть течения протезного стоматита в группах исследования на 15 и 30 сутки адаптационного периода, чел.



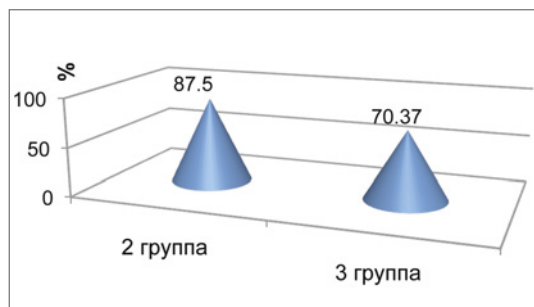
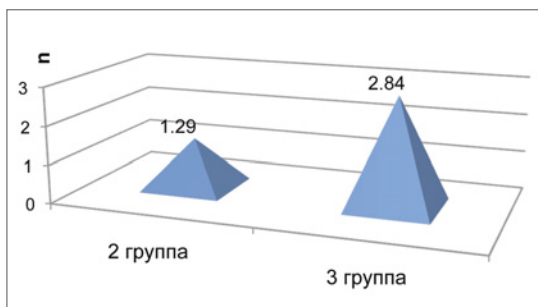


Рис. 7. Количество посещений для коррекции полных съемных зубных протезов пациентов 2 и 3 групп исследования на протяжении адаптационного периода, п

Рис. 8. Эффективность устранения протезного стоматита в течение адаптационного периода у пациентов 2 и 3 групп исследования, пользовавшихся полными съемными зубными протезами, %

протезного ложа не выявлялись у 24 (95,4%) чел. из 2 группы и у 20 (86,6%) чел. из 3 группы исследования ($p < 0,05$). При этом у пациента из 2 группы, пользовавшегося съемными зубными протезами, протезный стоматит протекал легко, а у пациентов 3 группы, легко у 2 человек (66,7%) или при средней степени тяжести течения (1 (33,3%) чел.).

Пациенты 3 группы чаще обращались к врачу-стоматологу-ортопеду для коррекции полных съемных акриловых протезов (рис. 7), чем пациенты 2 группы, при этом показатель среднего числа посещений врача для коррекции протезов во 2 и 3 группах составил, соответственно, $1,29 \pm 0,18$ и $2,84 \pm 0,19$ ($p < 0,05$), что свидетельствует об эффективности применения пациентами крема для

фиксации протезов Асепта Parodontal в период к адаптации к новым полным съемным зубным протезам.

Эти данные подтвердил показатель эффективности использования крема для фиксации протезов, так как во 2 группе на 30 сутки она составила 87,5%, в то время (рис. 8), как у пациентов 3 группы эффективность устранения протезного стоматита была достоверно ниже, а именно 70,37% ($p < 0,01$).

Представляя анализ лабораторных данных, следует отметить, что результаты ПЦР-исследований, полученных образцов, продемонстрировали отсутствие достоверной разницы в выявлении пародонтопатогенов в ротовой полости в исследуемых группах при первичном обследовании пациентов. В тоже время, спустя месяц пользования про-

Особенности микробиоты у пациентов исследуемых групп, абс./%

Таблица 1

Группы пациентов	<i>Prevotella intermedia</i>	<i>Bacteroides forsythus</i>	<i>Treponema denticola</i>	<i>Actinobacillus actinomycetemcomitans</i>	<i>Porphyromonas gingivalis</i>
1 группа (контроль)	3/19 (15,79%)	4/19 (21,05%)	2/19 (10,53%)	2/19 (10,53%)	4/19 (21,05%)
2 группа, до начала лечения	4/25 (16%)	4/25 (16%)	3/25 (12%)	3/25 (12%)	5/25 (20%)
2 группа, через 1 месяц	2/25 (8%)	2/25 (8%)	1/25 (4%)	1/25 (4%)	2/25 (8%)
3 группа, до начала лечения	2/23 (8,7%)	4/23 (17,39%)	4/23 (17,39%)	3/23 (13,04%)	5/23 (21,74%)
3 группа, через 1 месяц	6/23 (26,09%)	7/23 (30,4320%)	7/23 (30,43%)	8/23 (34,78%)	7/23 (30,4323%)

Группы пациентов	<i>Candida albicans</i>
1 группа (контроль)	11/19 (57,89%)
2 группа, до начала лечения	14/25 (56%)
2 группа, через 1 мес	8/25 (32%) ^{*#1}
3 группа, до начала лечения	13/23 (56,52%)
3 группа, через 1 мес	18/23 (69,57%) ^{*#1}

Группы пациентов	slgA (г/л)
1 группа (контроль)	1,19±0,12
2 группа, до начала лечения	1,14±0,15
2 группа, через 1 мес	1,81±0,13 ^{*#1}
3 группа, до начала лечения	1,15±0,13
3 группа, через 1 мес	0,97±0,19

Примечание: * – достоверно по сравнению с уровнем до лечения; # – достоверно по сравнению с контрольной группой; 1 – достоверно по сравнению с группой без применения крема.

тезами у пациентов 2 группы имелась тенденция в улучшении, а у пациентов 3 группы – в ухудшении микробиоты по анализу встречаемости в полости рта изученной облигатной анаэробной или микроаэрофильной микрофлоры (табл. 1). Была обнаружена *Candida albicans* в материале из полости рта более чем у 55% пациентов всех групп при их первичном обследовании (до начала лечения, то есть протезирования). В группе пациентов с применением крема для фиксации протезов Асепта Parodontal было отмечено достоверное снижение носительства *Candida albicans* через 1 месяц после начала лечения. Возможно, это связано с присутствием экстракта подорожника в данном средстве, и неспецифическим усилением противовоспалительных свойств. У тех лиц, которые не применяли крем для фиксации, отмечено увеличению выявляемости *Candida albicans* в конце адаптационного периода (табл. 2)

Также в результатах исследования было отмечено достоверное повышение концентрации slgA в группе пациентов с полными съемными зубными акриловыми протезами с применением крема для фиксации протезов Асепта Parodontal (табл. 3).

Усиление продукции slgA и повышение его концентрации в слюне приводит к усилению связывания микробов в слюне с дальнейшим их выведением, с одновременным ингибированием адгезии *Candida albicans* к стенкам протеза и эпителиальным клеткам ротовой полости, что способствует сниже-

нию колонизации эпителия слизистой ротовой полости патогенами, в числе которых и *Candida albicans* [9, 10].

Через 1 месяц после использования средства для фиксации зубных протезов Асепта® Parodontal у пациентов 2 группы отмечено достоверное снижение концентрации цитокинов IL-6 и IL-8 в слюне (табл. 4), что говорит о выраженной противовоспалительной активности данного средства, тогда как у пациентов 3 группы аналогичных достоверных отличий найдено не было ($p > 0,05$).

Несмотря на отсутствие достоверных изменений концентрации противовоспалительных цитокинов в слюне пациентов исследуемых групп (табл. 5), что согласуется с результатами ранее проведенных исследований [11], необходимо отметить нормализацию цитокинового баланса при применении средства для зубных протезов Асепта Parodontal у пациентов 2 группы, тогда как в группе пациентов, которые носили полные съемные зубные протезы и не применяли указанный крем, показатели цитокинового статуса, свидетельствовали, что воспалительные процессы в полости рта, которые клинически имели положительную динамику, сохранялись.

Заключение

Клиническое исследование показало, что у людей старших возрастных групп отмечается большое количество утраченных зубов, среднее число которых в пожилом возрасте составляет 11,1 – 15,5, а в старческом возра-

Динамика провоспалительных цитокинов у обследуемых пациентов, пг/мл

Таблица 4

Группы пациентов	IL-1 β (пг/мл)	IL-6 (пг/мл)	IL-6 IL-8 (пг/мл)	TNF α (пг/мл)
1 группа (контроль)	15,5 \pm 3,2	17,5 \pm 3,6	580 \pm 44	18,3 \pm 2,9
2 группа, до начала лечения	16,5 \pm 4,2	21,5 \pm 4,1	756 \pm 48	17,3 \pm 3,1
2 группа, через 1 месяц	13,2 \pm 2,9	10,5 \pm 2,2 *#1	341 \pm 28 **1	15,4 \pm 2,8
3 группа, до начала лечения	16,5 \pm 3,2	20,5 \pm 3,2	691 \pm 63	18,9 \pm 2,5
3 группа, через 1 месяц	16,5 \pm 2,9	25,5 \pm 3,9	734 \pm 69	19,4 \pm 3,2

Примечание: * – достоверно по сравнению с уровнем до лечения; # – достоверно по сравнению с контрольной группой; 1 – достоверно по сравнению с группой без применения крема.

сте достигает 20,2–22,8. Сохраняется также высокая заболеваемость пожилых и старых людей хроническим генерализованным пародонтитом (71,0% – 92,8%), а также их нуждаемость в проведении ПППР (69,2% - 84,8%) и зубного протезирования (66,7% - 93,9%). Если в пожилом возрасте полная утрата зубов встречается сравнительно редко (3,7 – 4,4%), то у людей старческого возраста она встречается в 3-5 раза чаще, а именно в 12,2% - 17,8% случаев. В ходе клинико-лабораторного исследования установлено, что применение отечественного крема для фиксации протезов Асепта Parodontal у пациентов с полными съемными акриловыми зубными протезами на протяжении адаптационного периода приводит к снижению уровня воспаления в ротовой полости и способствует повышению мукозального иммунитета слизистых оболочек, о чем свидетельствует увеличение синтеза секреторного иммуноглобулина А, а также динамика показателей цитокинового статуса, полученных при ис-

следование ротовой жидкости. При этом у пациентов, применявших средство для фиксации зубных протезов также отмечали снижение выявляемости в материале полученном из полости рта *Candida albicans*, как основного возбудителя, ассоциированного с протезным стоматитом. Поэтому можно считать, что применение отечественного крема для фиксации протезов Асепта Parodontal у пациентов полными зубными протезами приводит к снижению выявляемости в области тканей протезного ложа *Candida albicans*, основного возбудителя, ассоциированного с протезными стоматитом. Вероятно, это связано с увеличением синтеза секреторного иммуноглобулина А в слюнной жидкости, а также нормализацией цитокинового баланса слюны, и, таким образом, снижением уровня местного воспаления в полости рта.

Резюмируя вышеизложенное следует заключить, что состояние полости рта отражает не только возрастные изменения и здоровье

Динамика противовоспалительных цитокинов у обследуемых пациентов, пг/мл

Таблица 5

Группы пациентов	IL-4 (пг/мл)	RAIL (пг/мл)	IL-10 (пг/мл)
1 группа (контроль)	2,5 \pm 1,1	10,5 \pm 3,1	16,6 \pm 1,9
2 группа (ПП с кремом), до начала лечения	3,2 \pm 1,4	12,5 \pm 3,5	18,3 \pm 2,1
2 группа (ПП с кремом), через 1 месяц	2,9 \pm 1,4	11,5 \pm 3,2	15,6 \pm 2,9
3 группа (ПП без крема), до начала лечения	3,5 \pm 1,5	10,5 \pm 3,8	18,4 \pm 2,3
3 группа (ПП без крема), через 1 месяц	3,8 \pm 1,9	12,5 \pm 3,4	18,6 \pm 1,7

человека, но и его экономический статус, которые на фоне отягощенной соматической патологии и снижения адаптационных процессов в полости рта требуют от практического здравоохранения комплексного подхода к пожилым и старым пациентам в лоне не только медицинских, но и их экономических, социально-психологических и нравственных проблем. Это возможно только при условии развития новых подходов к реорганизации стоматологической помощи в аспекте формирования в стоматологических поликлиниках специализированных отделений геронтостоматологической помощи, планированию в них не только лечебно-профилактической работы, но и динамического наблюдения за закрепленным контингентом. Учитывая, что съемные акриловые протезы еще продолжительное время будут использоваться при протезировании пожилых и старых людей за счет средств бюджета, то следует рекомендовать пользующимся такими протезами применять адгезивные средства для улучшения их фиксации, что улучшает не только состояние тканей протезного ложа, но также нормализует мукозальный иммунитет и микробиоту полости рта.

Литература

1. Иорданишвили А.К. Геронтостоматология: учебник. – СПб.: Человек, 2022. – 376 с.
2. Комаров Ф.И., Шевченко Ю.Л., Иорданишвили А.К. Долгожительство: ремарки к патологии зубов и пародонта // Пародонтология. – 2017. – № 2. – С. 13–15.
3. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 248 с.
4. Музыкин М. И., Гребнев Г. А., Иорданишвили А. К. Стоматологическая реабилитация полной адентии у пенсионеров Министерства обороны и прикрепленного контингента в военно-медицинских организациях // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2020. – № 2 (70). – С. 94–105.
5. Иорданишвили А.К., Музыкин М.И., Лосев Ф.Ф. Остеомускулярный рефлекс жевательного аппарата и его характеристика // Пародонтология. – 2017. – № 4. – С. 29 – 32.
6. Иорданишвили А.К. Гериатрическая стоматология: рук-во для врачей. – СПб.: Человек, 2019. – 348 с.
7. Gendreau L., Loewy Z.G. Epidemiology and Etiology of Denture Stomatitis // J. Prosthodont. – 2011. – № 4. – P. 251–260. <https://doi.org/10.1111/j.1532-849X.2011.00698>
8. Иорданишвили А.К. Геронтостоматология: учебное пособие. – СПб.: Человек, 2015. – 214 с.
9. Малышев М.Е., Иорданишвили А.К., Мушегян П.А., Хабирова Т.Г. Состояние секреторного иммунитета полости рта у больных с Candida-ассоциированным протезным стоматитом // Медицинская иммунология. – 2021. – Т. 23, № 3. – С. 577–584. <https://doi.org/10.15789/1563-0625-SIS-2230>.
10. Salerno C., Pascale M., Contaldo M., Esposito V., Busciolano M., Milillo L. Candida-associated denture stomatitis // Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal. – 2011. – Vol. 16. – P. 139–143. <https://doi.org/10.4317/medoral.16.e139>.
11. Малышев М.Е., Лобейко В.В., Иорданишвили А.К. Иммунные показатели слюны у лиц разного возраста, проживающих в Санкт-Петербурге и Ленинградской области // Успехи геронтологии. – 2015. – Т.28, № 2. – С. 294–298.

Изменение макро- и микроэлементного состава ротовой жидкости при использовании профилактической зубной пасты, обогащенной ионами железа, меди и цинка

Е.В. Матвеева,

младший научный сотрудник отдела современных стоматологических технологий Научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, ассистент кафедры Стоматологии профилактической, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург

Научный руководитель: д.м.н., профессор Антонова И.Н.

Цель

Цель исследования: изучение влияния профилактической зубной пасты, обогащенной макро- и микроэлементами на минеральный состав ротовой жидкости.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 26 пациентов: 19 пациентов (11 женщин, 8 мужчин, средний возраст $39,8 \pm 2,1$, экспериментальная группа) пользовались на протяжении месяца зубной пастой, основой которой являлся биогенный гидроксиапатит с частицами размером 10 мкм и менее с включенными ионами Fe (0,10 %), Zn (0,02 %), Cu (0,035 %); 7 пациентов (5 женщин, 2 мужчин, средний возраст $39,1 \pm 2,8$, группа сравнения) использовали зубную пасту в состав которой были введены разноразмерные частицы гидроксиапатита, не обогащенные микроэлементами. Чистка зубов в обеих группах пациентов осуществлялась самостоятельно согласно комбинированной методике в течение 3 мин 2 раза в день.

Исследования проводили перед началом использования зубной пасты, через 7 дней и через 1 месяц. Методом электротермической атомно-абсорбционной спектрометрии в ротовой жидкости определяли содержание меди, железа, цинка, магния и кальция.

Результаты исследования

При использовании пациентами зубной пасты, обогащенной макро- и микроэлементами, накопление меди, железа, цинка и кальция в ротовой жидкости происходило постепенно, пик его приходится на 30й день от начала эксперимента - установлено статистически значимое ($p \leq 0,05$) повышение в ротовой жидкости уровня меди, железа, цинка и кальция – с ($0,51 \pm 0,08$) до ($0,72 \pm 0,06$) мкМоль/л; с ($4,64 \pm 0,68$) до ($6,39 \pm 0,37$) мкМоль/л; с ($8,19 \pm 1,20$) до ($11,02 \pm 0,74$) мкМоль/л и с ($0,95 \pm 0,13$) до ($1,65 \pm 0,27$) мМоль/л, соответственно. Уровень магния статистически значимой динамики не имел.

Выводы

Повышение в ротовой жидкости уровня макро- и микроэлементов через месяц после начала использования зубной пасты обусловлено ее составом, включающем, наряду с биогенным гидроксиапатитом, нанодисперсные частицы апатита с включенными ионами Fe (0,10 %), Zn (0,02 %) и Cu (0,035 %), что подтверждает эффективность введения в состав зубной пасты микроэлементов.

Влияние партисипативного подхода в профилактике патологии твердых тканей зубов у женщин репродуктивного возраста

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

Калинина О.В.,
к.м.н., доцент

Кафедра стоматологии профилактической
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет имени акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

14

Введение

В связи со значимостью улучшения стоматологического здоровья женщин детородного возраста внимание к проблеме здоровья рта увеличивается в отношении беременных и женщин репродуктивного возраста. Одним из основополагающих факторов превентивного подхода является развитие протективных моделей профилактики стоматологических заболеваний, которые способствуют снижению интенсивности патологии твердых тканей зубов [6, 8, 20]. Под партисипативной профилактикой стоматологических заболеваний понимают концепцию профилактики, в основе которой лежит анализ характеристик, которые можно объективно измерить и которые могут служить в качестве индикатора физиологических и патологических процессов на проводимые профилактические мероприятия [2, 13, 16-18].

Беременность характеризуется измененным эмоциональным состоянием. Отказ от стоматологического лечения и проведения профилактических мероприятий у женщин в

период беременности обуславливает необходимость оценки их психоэмоционального состояния перед стоматологическим лечением [10, 14, 19]. Появление стресса беременной женщины может стать причиной ухудшения ее стоматологического статуса. Поэтому важно учитывать, что на фоне общего психологического состояния беременной женщины может усиливаться страх перед стоматологическим вмешательством [3 - 5]. Социально-когнитивная теория личности определяет участие женщин в моделировании своего здоровья, приверженность к соблюдению рекомендаций врача-стоматолога, что обеспечивает повышение эффективности профилактики стоматологических заболеваний [11, 15].

В диссертационном исследовании А.М. Голиковой (2020) отражена важность оценки функционального состояния беременных женщин перед проведением стоматологического лечения. Так, автором предложено обращать внимание на наличие гипотензии путем измерения артериального давления у беременных женщин [5]. При диагностиро-

The influence of a participatory approach in the prevention of pathology of dental hard tissues in women of reproductive age

Ulitovskiy S.B., DSc, DMSc, DDM professor,
chief of the Department,

Kalinina O.V., PhD, MSc, associate professor

Preventive dentistry Department
Pavlov's First Saint Petersburg State Medical University

вании гипотензии следует обратиться за консультацией к врачу-гинекологу для выявления причин данного состояния и определения возможности проведения дальнейшего стоматологического лечения [12]. Кроме того, важно учитывать тип темперамента пациенток. Так, после проведения психокоррекции перед стоматологическим вмешательством снижаются проявления тревожности у беременных женщин в I триместре [5].

Беременные представляют особую группу риска на стоматологическом приеме из-за сложности их психофизиологического состояния. Ряд переживаний особенно четко и ярко вырисовывается у женщин: период беременности, родов и лактации. Среди женщин с неустойчивой реактивностью наблюдается две категории лиц: у одних возбудительный процесс преобладает над тормозным; у них ярко выражены эмотивные процессы. Другие имеют черты тормозного состояния, когда превалирует влияние второй сигнальной системы, в то время, как первая сигнальная система и подкорковые центры бывают заторможены [1]. Для пациенток типа «меланхолик» используется рациональная психотерапия в форме убеждения и переориентации, направленная на изменение в когнитивном и эмоциональном отношении к стоматологическому вмешательству в данный период, а также стабилизации этих изменений путем описания положительных перемен в целом в течение беременности. При типе темперамента «холерик» используется метод психогигиены, создавая позитивные перспективы для пациентки после проведенного стоматологического вмешательства [7, 9].

Для типа темперамента «флегматик» используется методика объяснения и разъяснения, направленная на истолкование сущности и важности стоматологического вмешательства, причин его необходимости и возможных психосоматических связей, до этого игнорировавшихся женщиной. Для пациенток типа «сангвиник» применяется метод переориентации, направленный на достижение стабильных перемен в отношении к необходимости проведения стоматологического лечения в данный момент [1].

Цель

Целью исследования явилось изучение влияния партисипативного подхода на эффективность выживания профилактических знаний для оптимизации состояния твердых тканей зубов у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

На базе кафедры стоматологии профилактической ФГБОУ ВО «ПСПБГМУ имени акад. И. П. Павлова» Минздрава РФ проводилась оценка влияния партисипативного подхода на эффективность выживания профилактических знаний у женщин репродуктивного возраста. Было сформировано 3 группы: в первой группе, применяли «Индивидуальную программу профилактики патологии твердых тканей зубов» на основе средств гигиены рта с использованием биосовместимого наногидроксиапатита (21 женщина); во второй группе рекомендовали «Индивидуальную программу профилактики патологии твердых тканей зубов» на основе средств гигиены рта с использованием биосовместимого наногидроксиапатита с учетом их

Динамика очищающего эффекта по индексу Грина – Вермиллиона упрощенного

Таблица 1

Распределение по группам	Очищающий эффект по индексу Грина – Вермиллиона (%)			
	Период обследования (дни)			
	7	14	21	28
1 группа	12,29 ± 2,48	21,86 ± 2,62	36,47 ± 4,37	45,61 ± 4,33*
2 группа	19,74 ± 3,03	28,31 ± 3,40	44,05 ± 5,29	58,36 ± 5,27*
3 группа	7,32 ± 1,29	12,72 ± 1,53	19,21 ± 2,30	23,40 ± 2,91

* P<0,01 по сравнению со 2 группой

психологического статуса (19 женщин); в третью группу вошли женщины репродуктивного возраста, которые соблюдали привычную для себя гигиену рта и дополнительные рекомендации от врача-стоматолога не получали (24 женщины). Всего в исследовании приняло участие 64 женщины репродуктивного возраста, наблюдение за которыми проводилось в течение месяца.

Для изучения гигиенического статуса у женщин репродуктивного возраста проведена диагностическая оценка очищающего эффекта по индексу Грина-Вермиллиона упрощенного. С целью изучения выживаемости профилактических знаний в исследуемых группах был проведен опрос с использованием анкеты-опросника по определению индекса выживания профилактических знаний С.Б. Улитовского. Данный индекс разработан для получения реальных представлений о выживании знаний по вопросам профилактики стоматологических заболеваний, которыми должен пользоваться человек для поддержания своего стоматологического

здоровья. Для оценки индивидуальных психологических особенностей женщин репродуктивного возраста и степени выраженности тревожности использовалась шкала реактивной тревожности и личностной тревожности Ч. Спилбергера в обработке Ю. Ханина. Для оценки стоматологического статуса проводили осмотр рта. Изучали состояние слизистой губ, щек и языка, определяли состояние твердых тканей зубов, наличие кариозных полостей, минерализованных и неминерализованных наддесневых и поддесневых зубных отложений. В карту стоматологического больного регистрировалось состояние твердых и мягких тканей рта. Для статистической обработки цифрового материала, полученного в результате проведенных исследований, использовали t - критерий Стьюдента. Достоверность результатов исследования обосновывалась репрезентативностью выборки, использованием комплекса методик и адекватного статистического анализа.

Изменения показателей чувствительности зубов по диагностическим пробам в 1-ой группе

Таблица 2

Диагностические пробы	Индекс ВПЗ Улитовского (баллы)				
	Период обследования (дни)				
	Начало	7	14	21	28
1 группа	78,46 ± 9,41	63,77 ± 8,05	58,20 ± 6,98	49,25 ± 5,91	44,68 ± 5,36*
2 группа	82,23 ± 8,06	74,30 ± 9,03	63,49 ± 7,62	58,79 ± 7,05	51,72 ± 6,22*
3 группа	80,75 ± 9,12	67,48 ± 7,42	38,62 ± 4,63	29,12 ± 3,49	17,30 ± 1,90

* P<0,05 по сравнению с 3 группой

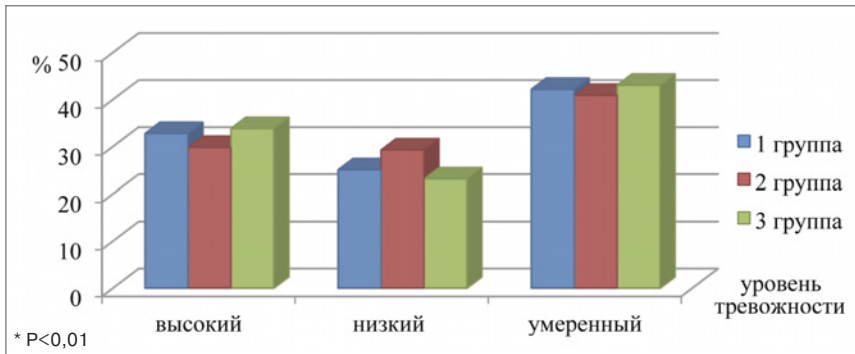


Рис. 1. Распределение уровня реактивной тревожности у женщин репродуктивного возраста

Результаты

Для изучения влияния «Индивидуальной программы профилактики патологии твердых тканей зубов» на стоматологический статус у женщин репродуктивного возраста определялись изменения показателей индекса Грина-Вермиллиона. В таблицу 1 сведены результаты изменения очищающего эффекта по индексу Грина – Вермиллиона упрощенного. В результате исследования было установлено, что показатели очищающего эффекта по индексу Грина – Вермиллиона к концу исследования в 1-ой группе достигли $45,61 \pm 4,33\%$, во 2-ой группе - $58,36 \pm 5,27\%$, а в контрольной - $23,40 \pm 2,91\%$ (таблица 1).

В таблице 2 представлена динамика изменения индекса выживания профилактических знаний (ВПЗ) С.Б. Улитовского в течение всего периода исследования.

В 1-ой группе уровень выживания профилактических знаний у женщин репродуктивного возраста показал, что при проведении стоматологического просвещения показа-

тель индекса ВПЗ Улитовского через 14 дней, показатель которого составил $58,20 \pm 6,98$, во 2-й группе – $63,49 \pm 7,62$, что определено, как сохранение хорошего уровня знаний, в отличие от контрольной группы, где показатель снизился до $38,62 \pm 4,63$, определяя удовлетворительные знания у женщин репродуктивного возраста. К концу исследования во 2-ой группе показатель по индексу ВПЗ Улитовского у обследованных лиц соответствует хорошему уровню знаний (таблица 2).

На рисунке 1 представлены расчетные данные изменения показателей оценки уровня реактивной и личностной тревожности среди изучаемых лиц.

Рисунок 1 демонстрирует сведения об изменениях показателей тестирования по выявлению уровня реактивной тревожности у женщин репродуктивного возраста.

Установлено, что в 1-ой группе высокий уровень реактивной тревожности составил $32,77 \pm 3,93\%$, умеренная тревожность встречалась в 1,3 раза чаще и составила $42,17$

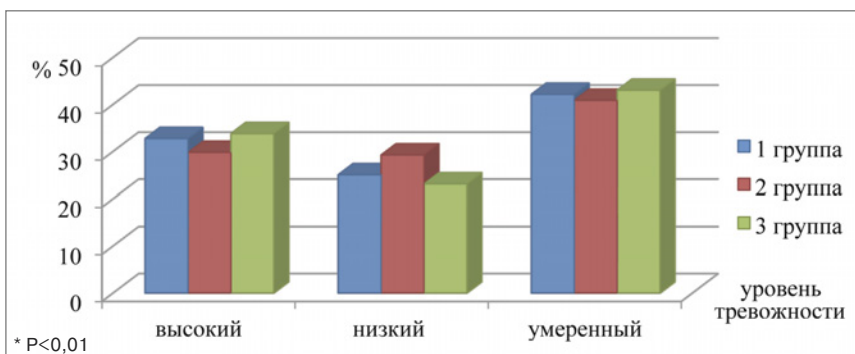


Рис. 2. Распределение уровня личностной тревожности у женщин репродуктивного возраста

Влияние партисипативного подхода в профилактике стоматологических заболеваний на уровень выживаемости профилактических знаний у женщин репродуктивного возраста

Таблица 3

Уровень выживания профилактических знаний по индексу ВПЗ Улитовского на момент окончания исследования	Личная тревожность	Реактивная тревожность
Хороший	умеренная (51,87 ± 6,22 %)	умеренная (42,04 ± 5,05 %)
Плохой	низкая (21,44 ± 2,57 %)	низкая (25,82 ± 3,10 %)
Удовлетворительный	высокая (26,69 ± 2,94 %)	высокая (32,14 ± 3,86 %)

P<0,01

± 5,06 %, низкий уровень реактивной тревожности определен у 25,06 ± 3,00 % опрошенных. Во 2-ой группе высокая тревожность составила 29,82 %, умеренная – 40,91 %, а низкая определялась у 29,27 ± 3,58 %. В 3-ей группе наблюдался наиболее высокий показатель среди других групп по умеренному уровню тревожности (43,05 ± 5,17 %), а высокая и низкая тревожность была определена у 33,82 ± 4,06 % и у 23,13 ± 2,78 % соответственно (рисунок 1).

На рисунке 2 отражены результаты оценки психологического статуса у женщин репродуктивного возраста по показателям личностной тревожности во всех исследуемых группах.

Сравнение уровней личностной тревожности у женщин репродуктивного возраста представлено на рисунке 2.

В результате исследования было определено, что в 1-ой группе уровень высокой личной тревожности составил - 28,21 ± 3,39 %, умеренный - 50,35 ± 6,04 %, низкий - 21,44 ± 2,57 %. Во 2-ой группе для большинства женщин также был характерен умеренный уровень личностной тревожности – 54,27 ± 5,97 %. В 3-ей группе высокий уровень был определен лишь у 26,19 ± 2,88 % женщин, умеренный - 50,98 ± 5,61 %, низкий - у 22,83 ± 2,74 % (рисунок 2).

В таблице 3 представлены сведения о влиянии партисипативного подхода на сохранение профилактических знаний у женщин репродуктивного возраста.

Хороший уровень выживания профилактических знаний по индексу ВПЗ Улитовского в конце исследования определялся у женщин репродуктивного возраста с умеренным

уровнем реактивной и личностной тревожности, а плохой уровень выживания профилактических знаний установлен у лиц с низкой тревожностью, что определяет значимость партисипативного подхода в профилактике патологии твердых тканей зубов у женщин репродуктивного возраста (таблица 3).

Выводы

По результатам исследования влияния партисипативного подхода в профилактике патологии твердых тканей зубов у женщин репродуктивного возраста получены следующие выводы:

1. Показатели очищающего эффекта по индексу Грина – Вермиллиона упрощенного у женщин репродуктивного возраста в 1-ой группе составили 45,61 ± 4,33 %, во 2-ой группе - 58,36 ± 5,27 %, в отличие от контрольной – 23,40 ± 2,91 %. При партисипативном подходе в профилактике патологии твердых тканей зубов установлен высокий очищающий эффект у обследованных женщин.
2. Динамика показателей по индексу выживания профилактических знаний С.Б. Улитовского в 1-ой группе составила 44,68 ± 5,36, что соответствует удовлетворительному уровню знаний у обследованных женщин, во 2-ой группе - 51,72 ± 6,22, что определяет хороший уровень знаний у женщин репродуктивного возраста, а в контрольной группе показатель выявил плохое выживание стоматологических профилактических знаний и составил 17,30 ± 1,90.
3. Взаимосвязь уровня реактивной и личностной тревожностей с уровнем стомато-

логических гигиенических знаний у женщин репродуктивного возраста установила, что хороший уровень выживания профилактических знаний определен у лиц с умеренным уровнем реактивной и личностной тревожностями - $51,87 \pm 6,22\%$ и $42,04 \pm 5,05\%$ соответственно.

Партисипативный подход в профилактике патологии твердых тканей зубов у женщин репродуктивного возраста строится с уче-

том уровня реактивной и личностной тревожности, а также уровня стоматологических гигиенических знаний, что повышает эффективность профилактики основных стоматологических заболеваний и играет ведущую роль в планировании индивидуальных программ профилактики патологии твердых тканей зубов у женщин репродуктивного возраста.

Литература

1. Анисимова Е.Н., Аксамит Л.А., Манухина Е.И., Легунова Н.Ю., Голикова А.М., Федотова Т.М. Особенности оказания неотложной стоматологической помощи беременным женщинам // *Стоматология*. – 2016. - № 95(2). - С. 18-25.
2. Бахмудов М.Б., Алиева З.Б., Бахмудов Б.Р. Гигиеническое состояние полости рта и поражаемость кариесом зубов у беременных с первоначально здоровой полостью // *Стоматология*. - 2010. - № 3. - С. 16-19.
3. Будзинский Н.Э., Сирак А.Г., Арутюнов А.В. Сравнительный анализ эффективности лечения гиперестезии твердых тканей зубов с использованием препаратов на основе соединений фтора и глутаральдегида // *Современные проблемы науки и образования*. – 2014. – № 1. – С. 133.
4. Вартанян Э.А., Науменко Л.Л. Обоснование программы профилактики стоматологических заболеваний среди беременных женщин с диагнозом привычное невынашивание // *Социальные аспекты здоровья населения*. - 2019. - Т. 65, № 5. - С. 6.
5. Голикова А.М. Особенности оказания стоматологической помощи беременным женщинам в условиях амбулаторного стоматологического приёма: Автореферат диссертация кандидата медицинских наук: 14.01.14. – Москва, 2020. - 24 с.
6. Данилина Т.Ф., Михальченко Д.В., Доница А.Д. Информированность и комплаентность беременных женщин в вопросах формирования стоматологического здоровья // *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. – 2017. – № 4 (64). – С. 72-75.
7. Леус П.А., Михайлов А.С., Борисенко Л.Г. Некоторые методы прогнозирования и индексной диагностики болезней пародонта: методические рекомендации. - Минск: Изд. МГМИ, 1992. - 44 с.
8. Нелидова Н.Э. Психологические аспекты психического здоровья женщин с патологией беременности // «Человек и лекарство»: сборник материалов XV Российского национального конгресса. - М., 2008. - С. 465
9. Проходная В. А., Максюков С.Ю. Зависимость состояния твердых тканей зуба и пародонта, гигиены полости рта у беременных женщин от возраста и сроков гестации // *Современные проблемы науки и образования*. – 2012. – № 6. – С. 253.
10. Улитовский С.Б. Повышенная чувствительность зубов и качество жизни // *Новое в стоматологии*. – 2010. – №2 – С. 14.
11. Улитовский С.Б. Современные тенденции развития рынка зубных паст // *Форум практикующих стоматологов*. – 2012. – №4(04) – С. 54-57.
12. Улитовский С.Б., Иванов В.Н. Адгезивная наносистема для реминерализации эмали зубов // *Институт стоматологии*. – 2013. – №2(59) – С. 66-67.
13. Улитовский С.Б., Леонтьев А.А., Алескеров Д.Ш., Вилесов А.Д., Сапрыкина Н.Н. Борьба с гиперчувствительностью в домашних условиях // *Проблемы стоматологии*. – 2015. – №2 – С. 25.
14. Улитовский С.Б., Калинина О.В. Распространенность некариозных поражений зубов у беременных и их взаимосвязь с экологией полости рта // *Экология человека*. – 2019. №8. С. 58-64.
15. Улитовский С.Б., Калинина О.В., Шевцов А.В., Соловьева Е.С., Фок Н.К. Оценка эффективности профилактической помощи у взрослого населения при одонтогенной инфекции с учетом социально-гигиенических факторов риска // *Стоматология детского возраста и профилактика*. - 2021. – № 3(21). - С. 175-181.
16. Улитовский С.Б., Калинина О.В., Хабарова О.В., Леонтьев А.А. Персонализированный подход к гигиене рта на фоне общих соматических заболеваний // *Институт стоматологии*. - 2022. – № 1(94). - С. 88-89.
17. Burina E., Ababkov V., Pazaratskas E., Kapranova S. babkov V. A., Burina E. A., Pazaratskas E. A., Kapranova S. V. Distress at women: before and after pregnancy // *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*. - 2019. - № 9(4). - P. 401-410.
18. Lief S., Boggess K.A., Murtha A.P., Jared H., Madianos P.N., Moss K. The oral conditions and pregnancy study: periodontal status of a cohort of pregnant women // *J Periodontol*. - 2020. - № 75. - P. 116-126.
19. Thomas A., Jacob A., Kunhambu D., Shetty P., Shetty S. Evaluation of the knowledge and attitude of expectant mothers about infant oral health and their oral hygiene practices. *J Int Soc Prev // Community Dent*. - 2015. - Vol. 5(5). - P. 4005.
20. Vasiliauskiene I., Milciuviene S., Bendoraitiene E., Narbutaite J., Slabsinskiene E., Andruskeviciene V., et al. Dynamics of pregnant women's oral health status during preventive programme // *Stomatologija*. - 2021. - Vol. 9. - P.129-136.

Вопросы формирования алгоритмов назначения лучевых методов исследования в амбулаторной стоматологии

Павлов А.В.,

аспирант кафедры терапевтической стоматологии, врач-стоматолог ^{1,3}

Чибисова М.А.,

д.м.н., профессор ²

Ермолаева Л.А.,

д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии ¹

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова», г. Санкт-Петербург, Россия

³ СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №15», г. Санкт-Петербург, Россия

Резюме

Рентгенологическое исследование в стоматологии является важным дополнительным методом исследования, позволяющим объективно оценить состояние твердых тканей (костная ткань, минеральные ткани зубов) челюстно-лицевой области. Актуальным является вопрос о преемственности в назначении рентгенологического исследования тканей челюстно-лицевой области, а также в официальных алгоритмах для врачей-стоматологов амбулаторного звена с целью оптимизации процессов диагностики, планирования и лечения пациентов в амбулаторной стоматологии. Сегодня лишь на экспериментальном уровне вводятся программы искусственного интеллекта для выявления возможных ошибок в диагностике или определения следующего возможного метода лучевой диагностики.

Ключевые слова: прицельный снимок, алгоритм, диагностика, стоматология, КЛКТ, протоколы, показания к лучевому методу исследования

Актуальность

Рентгенологическое исследование в стоматологии является важным дополнительным методом исследования, позволяющим объективно оценить состояние твердых тканей (костная ткань, минеральные ткани зуба) челюстно-лицевой области. Сегодня в стоматологической практике врачу-стоматологу предоставляется возможность исследовать зону интересна с помощью плоскостных

или объемных методов лучевой диагностики. Плоскостные изображения, такие как внутриротовая контактная рентгенограмма или ортопантограмма (ОПТГ) позволяют рассмотреть зону интереса, но всегда имеется техническая погрешность изображения в виде эффекта наложения окружающих структур друг на друга. Чтобы подробнее рассмотреть проблемную область врач-стоматолог используют возможности ко-

Questions of formation of algorithms of indications for x-ray methods of investigation in outpatient dentistry

Pavlov A.V., Postgraduate student, dentist ^{1,3}

Chibisova M.A., MD, professor ²

Yermolayeva L.A., MD, professor, head of the therapeutic dentistry department ¹

¹ SPbSU, St. Petersburg, Russia

² NWSMU named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

³ Dental Clinique №15, St. Petersburg, Russia

Summary

X-ray examination in dentistry is an important additional research method that allows dentists to objectively assess the condition of hard tissues (bone tissue, mineral tissues of the teeth) of the maxillofacial region. The issue of continuity in the appointment of X-ray examination of tissues of the maxillofacial region, as well as in the official algorithms for outpatient dentists in order to optimize the processes of diagnosis, planning and treatment of patients in outpatient dentistry, is topical. Nowadays artificial intelligence programs are used only at an experimental level to identify possible errors in diagnostics or determine a possible method of radiation diagnostics.

Key words: x-ray, algorithm, diagnostics, dentistry, CBCT, x-ray indications, protocols

нусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) для трехмерной визуализации возможного патологического очага, оценки его распространения, для анализа окружающих анатомических структур и костной ткани [1, 2]. Современные вопросы назначения рентгенологических методов исследования зачастую возникают, когда необходима комплексная оценка зубочелюстной системы, а пациент обратился за помощью впервые. Проблема скринингового использования КЛКТ ежегодно обсуждается на радиологических форумах, но четко поставленных алгоритмов выбора метода лучевого исследования в амбулаторной стоматологии на сегодняшний день не выявляется в современной литературе, а лишь демонстрируются на частном опыте отдельных медицинских организаций.

Цель исследования

Целью настоящего исследования является системный обзор возможных статейных материалов, публикация которых затрагивает этапность или преемственность между выбором метода лучевого исследования в амбулаторной стоматологии.

Материалы и методы

Произведен проспективный анализ статей, затрагивающих проблему выбора метода лучевого исследования в целях диагностики, планирования лечения, контроля лечения у пациентов в амбулаторной стоматологии. На поисковых платформах «Pubmed», «eLibrary», «Elsevier», «Cyberleninka» был осуществлен поиск статей отечественных и зарубежных авторов. Для поиска необходимых статей были подобраны ключевые слова: x-ray, algorithm, diagnostics, dentistry, CBCT, x-ray indications, protocols.

За период 2018-2023 года в поисковике «Pubmed», «Elsevier», были отмечены статьи, в которых авторы рассматривают актуальность проблемы с точки зрения оптимизации отдельных алгоритмов для КЛКТ, ОПТГ с целью минимизации ошибки в диагностике поражений зубочелюстной системы. Похожие данные можно обнаружить при анализе статей, по ключевым словам, в «eLibrary», «Cyberleninka». Протоколы оптимизации внутри одного метода также часто рассматриваются плеядой авторов.

Главным связующим звеном в современных технологиях является технология искус-

ственного интеллекта. Некоторые авторы докладывают в своих статьях результаты опыта использования нейронных сетей (англ. Neural Networks), как обучающихся программ по диагностированию патологии зубочелюстной системы (кариес, воспалительные заболевания периодонта, поражения костной ткани) и дальнейшие возможные варианты исследования, планирования и лечения персонально для пациента [3 - 10].

Результаты

По анализу статей выявлены актуальные проблемы по алгоритмизации или маршрутизации пациента в зависимости от его состояния на момент обращения, требуемого объема диагностики при помощи дополнительных методов обследования, а также для дальнейшего планирования и ведения пациента [12 - 15].

По ключевым словам: x-ray, dental x-ray imaging, x-ray protocols in dentistry за 2018-2023 выявлены выявлено 1526 статей из поиска NCBI (pubmed). Из них выявлено 270 (17,7%) статей по различным протоколам назначения лучевого исследования в амбулаторной стоматологии; отдельно отмечены статьи по протоколам КЛКТ в планировании, диагностике и лечении пациентов, в основном в направлении хирургической стоматологии и ортопедической стоматологии: 35 (2,3%) статей [11].

Персонализированный подход к назначению методов лучевой диагностики можно оптимизировать при помощи высокотехнологического решения в виде использования в дальнейшем алгоритмов искусственного интеллекта, а также разработанных принципов преемственности между методами лучевого обследования в амбулаторной стоматологии [9].

Заключение

Необходимо разрабатывать и внедрять протоколы маршрутизации пациентов по методам рентгенологического обследования в зависимости от повода обращения, имеющейся патологии зубочелюстной системы. Внедрение автоматизированных алгоритмов для диагностики, планирования и лечения пациентов в амбулаторной стоматоло-

гии будет способствовать оптимизации процесса лечения и контроля лечения.

Литература

1. Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Серова Н.С. с соавт. Лучевая диагностика в стоматологии: Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008, 176 с.
2. Трофимова Т.Н., Гарапач И.А., Бельчикова Н.С. Лучевая диагностика в стоматологии. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2010. – 192 с.
3. Johnson K.B., LaPrade J.C., Platin E., Broome A.M., Ludlow J.B., Mol A. Bitewing radiography dosimetry of a stationary intraoral tomosynthesis imaging system. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2020 Dec;130(6):717-724. doi: 10.1016/j.oooo.2020.06.004. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32665203.
4. Zhang W., Foss K., Wang B.Y. A retrospective study on molar furcation assessment via clinical detection, intraoral radiography and cone beam computed tomography. *BMC Oral Health.* 2018 May 3;18(1):75. doi: 10.1186/s12903-018-0544-0. PMID: 29724208; PMCID: PMC5934848.
5. Sridhara A., Konde S., Noojadi S.R., Kumar N.C., Belludi A.C. Comparative Evaluation of Intraoral and Extraoral Periapical Radiographic Techniques in Determination of Working Length: An In Vivo Study. / *Int. J. Clin. Pediatr. Dent.* 2020 May-Jun;13(3):211-216. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1751. PMID: 32904081; PMCID: PMC7450189.
6. Cosson J. Interpreting an orthopantomogram. / *Aust. J. Gen. Pract.*, 2020 Sep;49(9):550-555. doi: 10.31128/AJGP-07-20-5536. PMID: 32864665.
7. Дашевский И.Н., Грибов Д.А., Олесова В.Н. Персонализируемая биомеханика беззубой челюсти при реставрации по схеме «все-на-4» и на параллельных имплантатах // *Российский стоматологический журнал.* - 2019. - Т. 23. - №1. - С. 21-23. doi: 10.18821/1728-2802-2019-23-1-21-23.
8. Юсупалиева К.Б.К., Ходжибекова Ю.М. Современные лучевые методы медицинской визуализации деструктивных изменений зубочелюстной области // *Научный журнал,* 2017.- №7 (20).
9. Memarian S., M. & K. Marya. Classification of Alveolar Bone Density Using 3-D Deep Convolutional Neural Network in The Cone- Beam CT

- Images: A 6-month clinical study. Measurement. 148. 106945. 10.1016/j. measurement. 2019. 106945.
10. Masthoff M, Gerwing M, Masthoff M, Timme M, Kleinheinz J, Berninger M, Heindel W, Wildgruber M, Schuelke C. Dental Imaging - A basic guide for the radiologist. Rofo. 2019 Mar;191(3):192-198. English, German. doi: 10.1055/a-0636-4129. Epub 2018 Jun 18. PMID: 29913523.
11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
12. Pauwels R, Araki K, Siewerdsen J.H, Thongvigitmanee S.S. Technical aspects of dental CBCT: state of the art. Dentomaxillofac Radiol. 2015;44(1):20140224. doi: 10.1259/dmfr.20140224. PMID: 25263643; PMCID: PMC4277439.
13. Kaasalainen T, Ekholm M, Siiskonen T, Korttesniemi M. Dental cone beam CT: An updated review. Phys Med. 2021 Aug;88:193-217. doi: 10.1016/j.ejmp.2021.07.007. Epub 2021 Jul 17. PMID: 34284332.
14. Panetta K, Rajendran R, Ramesh A, Rao S, Aгаian S. Tufts Dental Database: A Multimodal Panoramic X-Ray Dataset for Benchmarking Diagnostic Systems. IEEE J Biomed Health Inform. 2022 Apr;26(4):1650-1659. doi: 10.1109/JBHI.2021.3117575. Epub 2022 Apr 14. PMID: 34606466.
15. Nishitani Y, Nakayama R, Hayashi D, Hizukuri A, Murata K. Segmentation of teeth in panoramic dental X-ray images using U-Net with a loss function weighted on the tooth edge. Radiol Phys Technol. 2021 Mar;14(1):64-69. doi: 10.1007/s12194-020-00603-1. Epub 2021 Jan 5. PMID: 33398671.

Стоматологическое просвещение: факторы, влияющие на уровень гигиенических знаний студентов

Улитовский С.Б.,

д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой стоматологии профилактической ¹

Соловьева Е.С.,

ассистент кафедры стоматологии профилактической ¹

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

24

Резюме

В статье представлены данные анализа факторов, влияющих на уровень гигиенических знаний студентов и выживаемость этих знаний.

Ключевые слова: стоматологическое просвещение, гигиенические знания, профилактика стоматологических заболеваний.

Dental education: factors affecting the level of hygienic knowledge of students

Ulitovskiy S.B., DMSc, DMD, professor, chief of the Preventive dentistry department ¹

Soloveva E.S., assistant of the Preventive dentistry department ¹

¹ Pavlov First Saint Petersburg State Medical University,
Saint Petersburg, Russian Federation

Summary

The article presents data on the analysis of factors affecting the level of hygienic knowledge of students and the survival of this knowledge.

Key words: dental education, hygienic knowledge, prevention of dental diseases.

Введение

Приоритетной задачей здравоохранения Российской Федерации является предоставление качественной и эффективной медицинской помощи, направленной на сохранение жизни и здоровья людей [2]. Профилактическая направленность российской

системы здравоохранения является её основополагающим принципом [4]. Стоматологическое здоровье является неотъемлемой частью общего здоровья человека. Исторически стоматология развивалась, ориентируясь на восстановление разрушенного. На заре стоматологии из-за недостатка

знаний наиболее востребованной была борьба с зубной болью - больной зуб просто удаляли. Такое лечение помогало устранить симптомы и улучшить самочувствие пациента [5]. Современная стоматология имеет в своем арсенале достаточно средств и методов для борьбы с основными стоматологическими заболеваниями. Но, несмотря на это, высокие технологии не в состоянии справиться с заболеваниями зубов и полости рта. Стоматологи по традиции привержены к лечебному подходу, так как полученное ими образование ориентировано на восстановление и не опирается на профилактические концепции. В результате сложилась парадоксальная ситуация, когда обязательная санация полости рта практически у всего населения не способна обеспечить не только саму санацию как таковую, но и привести зубы и десны населения в относительно удовлетворительное состояние [7].

С пониманием причин и механизмов развития стоматологических заболеваний ведущую роль в комплексном лечении стоматологических заболеваний приобретает профилактическая концепция, которая ведет пациента к здоровью. Профилактика – это философия, охватывающая все области жизни. Возникает необходимость довести до сознания каждого человека: здоровье должно стать целью жизни. Профилактическая стоматология является той частью стоматологии, которая занимается предотвращением и предупреждением заболеваний.

Важной частью государственной системы здравоохранения является медико-гигиеническое воспитание населения. Согласно приказу №227н от 10.05.2016 эта работа состоит из распространения медицинских и гигиенических знаний, формирования здорового образа жизни и привития населению гигиенических навыков с целью сохранения и укрепления здоровья [3]. Следовательно, цель современного медицинского образования заключается в том, чтобы научить будущего врача успешно действовать в стремительно изменяющемся мире. А задача состоит в как можно более раннем привлечении студентов к медицинским исследованиям через развитие интереса к исследовательской деятельности [2].

Стоматологическое просвещение является одним из основных компонентов программы профилактики и должно сопутствовать обучению гигиене рта. Основной задачей стоматологического просвещения является разъяснение значения здоровья полости рта для физического и социального благополучия человека. Существуют различные формы, методы и средства для достижения этих целей.

Знания населения по индивидуальной гигиене рта в большинстве случаев являются неверными или недостаточными [6]. Поэтому повышение грамотности населения является важным звеном в системе профилактики основных стоматологических заболеваний. Уровень гигиенических знаний студентов стоматологического факультета является важным критерием как в поддержании их стоматологического здоровья, так и в формировании их профессиональной компетентности в дальнейшем.

Контроль знаний позволяет не только оценить уровень теоретических знаний студентов по дисциплине, но и способствует повышению мотивации студентов к систематической работе над предметом, выполняет также развивающую и образовательную функции [1]. Одним из методов контроля, способствующих улучшению эффективности оценки учебной деятельности обучающихся, является проверка выживаемости знаний. Такой вид проверки необходим для мониторинга усвоения материала и прогнозирования как в дальнейшем эти знания будут использоваться будущими врачами в своей профессиональной деятельности. Это дисциплинирует студентов, развивает потребность в самоконтроле, стимулирует их активность в образовательном процессе и воспитывает у них чувство ответственности.

Цель

Цель работы: определить факторы, влияющие на уровень гигиенических знаний студентов и выживаемость этих знаний.

Материалы и методы исследования

Настоящее исследование было выполнено на базе кафедры стоматологии профилак-

Динамика изменения индекса гигиенических знаний С.Б. Улитовского в течение 2-х месяцев

Таблица 1

Распределение по группам	Индекс гигиенических знаний С.Б. Улитовского (баллы)	
	Период обследования (месяцы)	
	Начало	2
1 группа	2,36±0,12	2,07±0,13
2 группа	2,67±0,16	3,85±0,24

тической, стоматологического факультета Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.

В исследовании приняло участие 55 студентов 3 курса стоматологического факультета. Наблюдение осуществлялось в течение 4 месяцев.

Из числа студентов, проходящих обучение, были сформированы 2 группы:

– в 1-ю группу вошли студенты, которые изучали базовую программу.

– во 2-ю группу вошли студенты, которые изучали базовую программу и дополнительно принимали участие в санитарно-просветительской работе среди школьников 3 и 4 классов в школе №197.

Нами были подготовлены программы стоматологического просвещения для школьников различных возрастных групп. В программы вошли:

- мультфильм,
- сценка,
- викторина,
- раздача призов наиболее активным.

Для участия в проведении занятия по стоматологическому просвещению школьникам, по желанию студентам был предложен выбор степени вовлеченности в данный проект. Этот параметр также учитывался в дальнейшем при анализе факторов, влияющих на уровень гигиенических знаний студентов. С целью изучения уровня гигиенических знаний в исследуемых группах был проведен опрос с использованием анкеты-опросника по определению уровня гигиенических знаний и навыков (Улитовский С.Б., 1993).

Анкетирование проводилось в начале осеннего семестра. Ответы оценивались по четырех бальной системе, в которой мини-

мальной оценке соответствовал 1 балл, а 4 балла – максимальной.

Оценка индекса ГЗУ соответствует: от 1,0 до 1,9 баллов – низкий уровень гигиенических знаний; от 2,0 до 2, баллов – удовлетворительный уровень гигиенических знаний; от 3,0 до 4,0 баллов – хороший уровень гигиенических знаний.

Для изучения выживаемости гигиенических знаний проводилось повторное анкетирование в конце семестра и на основании полученных данных проводилось определение эффективности гигиенических знаний по индексу ГЗУ.

В течение всего семестра осуществлялся контроль посещаемости студентами занятий по стоматологии профилактической и этот параметр также учитывался в анализе факторов, влияющих на уровень гигиенических знаний студентов.

Результаты исследования и обсуждение

Анализ уровня выживаемости гигиенических знаний показал (таблица 1), что до изучения темы: «Индивидуальная гигиена рта» показатель индекса гигиенических знаний С.Б. Улитовского в 1-й группе составил $2,36 \pm 0,12$, во второй группе – $2,67 \pm 0,16$. Через 2 месяца после проведения студентами санитарно-просветительской работы со школьниками 3-х и 4-х классов уровень выживаемости гигиенических знаний составил в первой группе – $2,07 \pm 0,13$, во 2-й группе – $3,85 \pm 0,24$.

В начале показатели индекса гигиенических знаний С.Б. Улитовского не отличались между исследуемыми группами, но через два месяца появилась статистически значимая разница.

В обеих исследуемых группах проводилось изучение темы «Индивидуальная гигиена рта» в соответствии с базовой программой. Во 2-й группе студенты подготовили программы стоматологического просвещения для школьников. Участие в санитарно-просветительской работе было выбором по желанию студентов. Среди студентов, участвующих в стоматологическом просвещении школьников, наблюдалась 98% посещаемость, вызванная их интересом к творческой работе, в то время как в 1-й группе посещаемость среди студентов составила 72%.

Выводы

Полученные данные позволяют сделать следующие выводы:

1. Существует прямая зависимость между уровнем выживаемости гигиенических знаний, заинтересованностью предметом изучения и участием студентов в санитарно-просветительской работе.
2. Желание участвовать в творческой самостоятельной работе присуще инициативным, коммуникабельным, активным, целеустремленным и мотивированным к получению знаний студентам.
3. Интерес к предмету изучения мотивирует студентов к посещению занятий и способствует получению более глубоких знаний.

Заключение

В ходе изучения факторов, влияющих на уровень гигиенических знаний студентов, было установлено, что интерес к предмету изучения и участие в творческой самостоятельной работе повышает выживаемость знаний.

При наличии учебной мотивации у студентов отмечается стойкая заинтересованность и осознанность в получении знаний.

Литература

1. Беляева Л.Е., Хитёва С.А., Генералова А.Г., Лигецкая И.В., Орехова Н.И. Анализ выживаемости знаний студентов лечебного факультета по дисциплине «патологическая физиология» / Л.Е. Беляева, С.А. Хитёва, А.Г. Генералова, И.В. Лигецкая, Н.И. Орехова // Вестник ВГМУ. – 2018-17-5. – С. 124-131.
2. Заболотная С.Г., Коровина И.А. Аксиологический механизм развития интереса к исследовательской деятельности у студентов медицинского вуза // Современные проблемы науки и образования. – 2014. - №6
3. Косюга С.Ю. Роль стоматологического просвещения в профилактике стоматологических заболеваний у школьников 14 лет / С.Ю. Косюга, О.В. Лекомцева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018-5. С. 113-118.
4. Леус П.А. Индикаторы стоматологического здоровья. На что они указывают? / П.А. Леус // Современная стоматология. – 2015-1-60. – С. 4-7.
5. Руле Ж., Циммер С. Профессиональная профилактика в практике стоматолога. – 2010. – С. 19-22.
6. Садовский В.В. Применение высокотехнологичных методов в диагностике заболеваний зубов / В.В. Садовский, И.А. Беленова, Б.Р. Шумилович // Институт стоматологии. 2008-38-1. - С.74-75.
7. Улитовский С.Б. Стоматология: профилактика как образ мысли. – 2009. – С. 6

Психология стоматологического приема

Улитовский С.Б.,

д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой¹

Леонтьев А.А.,

к.м.н., доцент¹

Трегубенко И.А.,

к.псих.н., доцент^{2,3}

¹ Кафедра стоматологии профилактической Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия;

² Кафедра общей и клинической психологии Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова Санкт-Петербург, Россия;

³ Кафедра психологии профессиональной деятельности и информационных технологий в образовании РГПУ имени Герцена, Санкт-Петербург, Россия.

28

Резюме

В данной работе исследовались мнения врачей-стоматологов относительно наиболее актуальных ответов на самые часто задаваемые вопросы пациентов на стоматологическом приеме. В исследовании приняли участие врачи-стоматологи с профессиональным стажем от одного года до 15 лет и более, одной или нескольких стоматологических специализаций в количестве 45 человек. Показано, что чем профессиональный стаж специалиста меньше, тем более развернутый ответ он дает пациенту по содержанию, но менее информативный по сути. Более опытные специалисты наоборот стараются выдать максимум полезной информации в лаконичной форме и более понятным для пациента языком.

Ключевые слова: психология приема, профессиональный стаж, врач-пациент, стоматология.

Введение

Индивидуальный подход к пациенту, с обеспечением его комфорта и безопасности на приеме, является ключом успешной работы [1; 6; 10]. Врачи признают важность построения доверительных отношений с пациентом и необходимость индивидуального подхода в выборе стратегии и разработки индивидуального плана лечения для разных типов стоматологических пациентов [2; 7].

При первичном контакте с пациентом врач-стоматолог внимательно оценивает его внешнюю экспрессию. Это порой происхо-

дит неосознанно, интуитивно, но всегда имеет важное значение для построения тактики поведения врача и формирования межличностного контакта с больным. Психические особенности пациентов весьма разнообразны и индивидуальны [3; 4; 8; 9].

Врачу-стоматологу необходимо обладать способностью в должной мере понимать эмоциональное состояние пациента, сочувствовать и сопереживать ему. Умением устанавливать и поддерживать контакт с пациентом, обладают далеко не все врачи. Напротив, значительная интеллектуальная на-

Psychology of dental reception

Ulitovskiy S.B., DDSc, DMSc, Professor, Head of the Department ¹

Leontiev A.A., MMSc, Associate Professor ¹

Tregubenko I.A., Ph.D., Associate Professor ^{2,3}

¹ Preventive Dentistry Department, First St. Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlov, St. Petersburg, Russia;

² General and Clinical Psychology Department, First St. Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlov;

³ Psychology of Professional Activity and Information Technologies in Education Department, Herzen State Pedagogical University, St. Petersburg, Russia;

Summary

In this paper, the opinions of dentists were studied regarding the most relevant answers to the most frequently asked questions of patients at a dental appointment. The study involved dentists with professional experience from one year to 15 years or more, one or more dental specializations in the number of 45 people. It is shown that the less professional experience a specialist has, the more detailed the answer he gives the patient in content, but less informative in essence. More experienced specialists, on the contrary, try to give out as much useful information as possible in a concise form and in a language more understandable to the patient.

Key words: psychology of admission, professional experience, doctor-patient, dentistry.

грузка, высокая ответственность, требование больших физических сил и выносливости, свойственные профессиональной деятельности врача-стоматолога, нередко приводят к возникновению разнообразных болезненных расстройств, преимущественно функционального характера, и могут служить причиной эмоциональной опустошенности, безразличного и даже негативного отношения к пациенту, а пациента к врачу (Саркисов А. А., 2014).

В подобной ситуации для того чтобы, настроить пациента положительно на успешное лечение, требуются специальные подходы и особая тактика в общении. Обладая полной информацией, пациент чувствует себя увереннее и с большим доверием относится к врачу [5; 10]. Чтобы снизить страх перед неизвестностью, врачи-стоматологи подробно рассказывают о предстоящем лечении, но совершенно по-разному отвечают на одни и те же вопросы пациентов.

В связи с этим особо актуальной представляется проблема изучения коммуникации врача-стоматолога и пациента и выявление наиболее актуальных ответов на самые часто

задаваемые вопросы стоматологических пациентов для понимания психоэмоционального состояния пациента, его калибровки и соответствующей подстройки.

Цель

Цель исследования – изучение мнения врачей-стоматологов относительно самых часто задаваемых вопросов пациентов.

Материалы и методы

На базе кафедры стоматологии профилактической было проведено исследование с целью выявления наиболее актуальных ответов на самые часто задаваемые вопросы стоматологических пациентов, в зависимости от профессионального стажа врача-стоматолога. Нами была составлена авторская анкета, содержащая 35 вопросов, представленных в таблице 1.

В исследовании приняли участие врачи-стоматологи с профессиональным стажем от одного года до 5 лет, от 5 лет до 15 лет и от 15 лет и более, одной или нескольких стоматологических специализаций в количестве 45 человек.

Таблица 1 (начало)

Вопросы пациентов к врачу	Ответы врача на вопросы пациентов		
	Специалист со стажем работы до 5 лет	Специалист со стажем работы 5 – 15 лет	Специалист со стажем работы 15 лет и более
Как скоро вы сделаете?	Обычно это занимает около одного часа	Лечение будет закончено в срок, установленный планом лечения	В течение рабочего времени
Как долго будет стоять?	Средний срок службы 5 лет	Гарантия на пломбы 1 год	Гарантия год
А имплантат же будет стоять всю жизнь?	Более 10 лет трудно прогнозировать, при ежедневном использовании ирригатора срок службыкратно увеличивается	Для продолжительного срока службы имплантатов очень важен высокий уровень гигиены полости рта	Да
А на месте удаленного зуба может вырасти новый?	Нет	Нет	Нет
А разве могут болеть мертвые зубы?	Могут, при наличии воспаления (кисты) на корне зуба	Депульпированные зубы могут болеть, если за верхушкой корня есть воспалительный процесс	Да
Когда можно есть?	Через час-два	Через 2 часа	Через 2 часа
Что делать, если выпадет временная пломба?	Целиком выпадает редко, в любом случае лучше обратиться к лечащему врачу	Обратиться к врачу	Подойти к дежурному врачу
Когда можно курить?	Ограничений нет	Постарайтесь как можно дольше воздержаться от курения	Можно
Если заболит что делать?	Обязательно связаться со мной	Обратиться к врачу	Подойти к врачу
А что за лекарство вы кладете в зуб? Это мышьяк?	Нет, другой состав, но принцип действия схож	Девитализирующая паста	Нет, девитализирующая паста
Кариес зубов – это инфекционное заболевание?	Да	Да, кариес это инфекционный процесс	Да
А за один визит все вылечим?	Кариес в большинстве случаев лечится за одно посещение	Согласно плану лечения	Да
А зачем анестезия? Я и так потерплю	Эта манипуляция требует анестезии для вашего комфорта	Для комфортного и качественного лечения	Для комфортного лечения
А профгигиена – это не вредно для эмали?	Абсолютно не вредно, более того процедура обязательна раз в полгода	Процедура не повреждает эмаль, она необходима для предупреждения развития кариеса и заболеваний пародонта	Нет
А я если ершиком буду чистить, пломба не отвалится?	Нет, такое встречается крайне редко	Правильно подобранный ершик не вредит установленным пломба м и деснам	Не отвалится
А как долго будете лечить?	Обычно это занимает около часа-двух	Продолжительность лечения зависит от тяжести процесса	Сколько потребуется
Даем зеркало, чтобы покрасить зубы и показать налет, объясняю на словах. На что его вопрос: а зачем мне смотреть?	Чтобы вы сами оценили уровень своей гигиены	Чтобы понимать уровень гигиены полости рта, увидеть места, где уровень гигиены является недостаточным и скорректировать его в дальнейшем	Чтобы лучше соблюдать гигиену
По телефону: мне надо вылечить зуб, но я не могу к Вам приехать, что делать?	Пока что лечение по телефону мы не производим, необходим ваш визит на консультацию	Спланировать прием заранее, в случае острой боли обратиться в ближайшую клинику	Обратиться в ближайшую клинику

Результаты и обсуждение

В таблице 1 представлены ответы 45 врачей стоматологов на самые часто задаваемые вопросы пациентов по их мнению. На основании анализа исследуемого материала в таб-

лицу мы включили наиболее частотные встречаемые ответы.

Подводя итоги, можно заключить, что в зависимости от профессионального стажа врача-стоматолога и освоенной им специа-

Таблица 1 (продолжение)

Вопросы пациентов к врачу	Ответы врача на вопросы пациентов		
	Специалист со стажем работы до 5 лет	Специалист со стажем работы 5 – 15 лет	Специалист со стажем работы 15 лет и более
А можно зуб в зубном ряду поставить пломбой ровно?	Коррекция положения зубов производится только ортодонтом брекетами или каппами	Положение зуба в зубном ряду можно скорректировать только в процессе ортодонтического лечения	Можно
А после лечения можно есть?	Практически сразу да	Через 2 часа	Можно
Что такое глазной зуб?	Понятия не имею	Клык верхней челюсти	Клык
Почему под коронкой зуб разрушается?	Из за нарушения герметичности, под герметичной коронкой зуб не разрушается	По многим причинам, среди которых слабая фиксация коронки, попадание пищи под нее, недостаточная эндодонтическая подготовка зуба	Из-за нарушения герметичности
А кариес заразен?	Нет	Да	Да
Почему зубы мудрости так называются?	Обычно полностью прорезаются к 25-27 годам	Зубы мудрости появляются значительно позже остальных зубов	Потому что прорезаются после 18 лет
А что такое ретинированный зуб?	Зуб, который еще не прорезался и находится полностью или частично в костной ткани или слизистой	Это полноценно сформировавшийся, но не до конца прорезавшийся зуб	Зуб, который находится в костной ткани и не прорезался
Почему зуб без нерва болит?	Значит на его корнях имеется очаг воспаления	Возможно за верхушкой корня имеется воспаление. Для постановки диагноза и определения тактики лечения рекомендуется рентген. исследование	Воспалется околокорневая ткань
Почему под пломбой кариес?	Любой пломбировочный материал дает усадку, в этой щели может идти вторичный кариес	При недостаточном уровне гигиены полости рта возможно образование вторичного кариеса	Потому что плохо была обработана кариозная полость
После снятия оттисков: а зубы там не остались?	Нет	Современные слепочные материалы эластичны и позволяют аккуратно снять слепки даже с подвижных зубов	Нет
Доктор, а можно лучше удалить все зубы и поставить имплантаты?	При определенных показаниях – да конечно, но имплантаты не панацея и без показаний здоровые зубы мы не удаляем	Все медицинские процедуры нужно делать строго по показаниям, а так как показаний к этому нет – так делать нельзя	Да
А можно просто поставить пломбу / залепить дырку / подточить край зуба?	Острый край убрать можно. При определенных условиях закрыть дырку можно, без гарантии взять подписи в карточке	Нет, все действия делаются строго сообразно показаниям и противопоказаниям	Можно поставить пломбу и подточить острый край, а залепить нельзя
Мне подойдёт (сам называет) такое лечение?	Смогу вам сказать после полной диагностики	Нужно сделать рентгенограмму	Нет
А за один визит все вылечим?	Кариес в большинстве случаев лечится за одно посещение	Согласно плану лечения	Да

лизации, наиболее информативные, развернутые и адаптированные для понимания пациентов ответы дают специалисты со стажем 5–15 лет, при учёте того что их специализация совпадает с заданным вопросом.

Специалист со стажем до 1 года дает много ненужной информации, а иногда и не знает ответ на вопрос. Специалисты со стажем более 15 лет в большинстве случаев дают максимально правильный, но лаконичный ответ.

Вопросы пациентов к врачу	Ответы врача на вопросы пациентов		
	Специалист со стажем работы до 5 лет	Специалист со стажем работы 5 – 15 лет	Специалист со стажем работы 15 лет и более
А зачем анестезия? Я и так потерплю	Эта манипуляция требует анестезии для вашего комфорта	Для комфортного и качественного лечения	Для комфортного лечения
А профгигиена – это не вредно для эмали?	Абсолютно не вредно, более того процедура обязательна раз в полгода	Процедура не повреждает эмаль, она необходима для предупреждения развития кариеса и заболеваний пародонта	Нет
А почему мне тот доктор сказал вот так?	Нужно у него спросить	Я не могу сказать Вам, что имел в виду доктор – но я думаю по этому поводу	Не знаю
Как часто мне придется к вам приходиться? Почему так дорого?	Посещения 1 раз в неделю по 1 часу Если посчитать среднюю стоимость оборудования в кабинете, материалов для лечения, количество лет учебы врача, стоимость обучения, работу техников. получается что не так дорого	Профилактический осмотр необходим 1 раз в 6 месяцев Существуют особенности ценообразования в клинике, если вы считаете их необоснованными – имеете право выбрать другое ЛПУ	Раз в полгода При лечении используются импортные материалы и мой профессиональный опыт
Когда снимем брекеты?	После полного завершения ортодонтического лечения	После завершения ортодонтического лечения	Через 2 года

Таблица 1 (окончание)

Литература

1. Анисимова Н.Ю. Клинико-физиологическое обоснование применения психологического способа коррекции стоматологического стресса в амбулаторной практике: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 2015. – 24 с.
2. Взаимосвязь особенностей индивидуального ухода за полостью рта от психологических личностных характеристик / Л.Ю. Орехова, Т.В. Кудрявцева, Е.Р. Исаева [и др.] // Стоматология славянских государств: сборник трудов по материалам VIII Международной научно-практической конференции / под ред. А.В. Цимбалюкова, Б.В. Трифонова, А.А. Копытова. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2015. – С. 208–211.
3. Коротких Д.В. Нейролингвистическое программирование в стоматологии // Дентол Юг. 2008. N 1. С. 1-3.
4. Кобясева И.В. Практика и теория грамотного общения // Дентаклуб. 2013. N4. С.27-32
5. Психологический способ коррекции страха и тревоги перед стоматологическими вмешательствами / Е.Н. Анисимова, З.М. Гасанова, А.С. Молчанов [и др.] // Эндодонтия today. – 2012. – № 1. – С. 31–35.
6. Саулин М.П., Суетенков Д.Е., Гребенников А.А. Мотивация пациентов как один из эффективных способов профилактики осложнений при лечении несъемной ортодонтической аппаратурой // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. № 1. С. 329-331
7. Соколова Е.Т. Перспективы системной модели комплаенса // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании». Сборник материалов. – М.: МГМСУ, 2011. – С. 24–30.
8. Becker I.M., Ackley D.C., Green R.A. New Study: The Value of Emotional Intelligence in Dentistry // Dentistry Today. – 2003. – Vol. 22, № 10. – P. 106–111.
9. Hathiwala S., Acharya S., Patil S. Personality and psychological factors: Effects on dental beliefs // Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. – 2015. – Vol. 33, № 2. – P. 88–92.
10. Low S.B. Managing the Difficult Periodontal Patient // Inside Dentistry. – 2006. – Vol. 2, № 5 [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.dentalaegis.com/id/2006/06/periodontics-managing-the-difficult-periodontal-patient> (дата обращения: 10.11.2016).

Обзор нормативной базы по проведению профилактики в детской стоматологии

Николаева М.О.,
аспирант кафедры терапевтической стоматологии СПбГУ

Седнева Я.Ю.,
ассистент кафедры стоматологии СПбГУ

Ермолаева Л.А.,
д.м.н., проф., зав. кафедрой терапевтической стоматологии СПбГУ

Аннотация

Работа посвящена рассмотрению нормативных документов, регулирующих осуществление стоматологической профилактической работы с детским населением в Российской Федерации.

Ключевые слова: профилактика стоматологических заболеваний, нормативное правовое обеспечение, детская стоматология

33

Review of regulatory documents for prevention in pediatric dentistry

Nikolaeva M.O., postgraduate student, Department of the Therapeutic Dentistry, SPbU

Sedneva Ya.Yu., assistant, Department of the Dentistry, SPbU

Ermolaeva L.A., DMs, Professor, Head of the Department of the Therapeutic Dentistry, SPbU

Abstract

The work is devoted to the consideration of regulatory documents governing the implementation of dental preventive work with the children's population in the Russian Federation.

Key words: prevention of dental diseases, normative legal activity, pediatric dentistry

На сегодняшний день организация профилактической медицинской помощи является основополагающей в системе здравоохранения Российской Федерации. Важность мероприятий по охране и укреплению здоровья населения, а также особое значение первичной профилактики заболеваний как совокупности социальных, гигиенических, медицинских и воспитательных мер диктует

необходимость их государственного регулирования среди различных возрастных и организованных групп.

Профилактическая направленность в стоматологии, а именно в стоматологии детского возраста, является важным аспектом здравоохранения государства. Высокая распространенность среди населения стран мира приобретенных стоматологических

заболеваний, факторная обусловленность заболеваний полости рта и их влияние на качество жизни, все это обуславливает необходимость регулирования профилактической работы на государственном уровне и актуальность изучения нормативных документов, посвященных стоматологическому просвещению среди детского населения Российской Федерации.

Право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также необходимость разработки и реализации федеральных программ охраны и укрепления здоровья населения закреплено в Конституции Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01 июля 2020 г.). «В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, ... поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека...» (ст. 41, п. 1).

Основной принцип охраны здоровья граждан в Российской Федерации – профилактические мероприятия (разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни, санитарно-противоэпидемические мероприятия, предупреждение и раннее выявление заболеваний), а также приоритет охраны здоровья детей, что закреплено в Федеральном законе от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» (ст. 4, ст. 6, ст. 12, ст. 16, ст. 17, ст. 19, ст. 29, ст. 30, ст. 46).

Согласно статьям 29 и 30 формирование здорового образа жизни и профилактика возникновения заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти и местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями, физкультурно-спортивными объединениями. Законодательство в сфере охраны здоровья предполагает дачу информированного добровольного согласия, что является необходимым условием любого медицинского вмешательства, в том числе проведения опроса и осмотра, в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской

Федерации от 12 ноября 2021 года № 1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства». В отношении лиц, не достигших 15 лет, согласие дают их родители или законные представители. Организация оказания стоматологической помощи детям в нашей стране осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 ноября 2012 года № 910н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями». Данным приказом отмечены основные функции стоматологического кабинета в лечебном учреждении, а также стоматологического кабинета в образовательных организациях: «... проведение санитарно-просветительной работы среди детей и их родителей (законных представителей) по вопросам профилактики, ранней диагностики стоматологических заболеваний у детей и формированию здорового образа жизни». Определена кратность осмотров детей врачом-стоматологом 7.... «на первом году жизни – 2 раза, в последующем – в зависимости от степени риска и активности течения стоматологических заболеваний, но не реже одного раза в год». Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 ноября 2013 года № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» закреплено, что мероприятия по организации охраны здоровья несовершеннолетних в период обучения и воспитания осуществляются непосредственно образовательными организациями. При этом первичную медико-санитарную помощь, проведение медицинских осмотров и диспансеризации осуществляют органы здравоохранения, образовательная организация в данных случаях обязана безвозмездно предоставить им соответствующее помещение (Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации»).

Отдельного внимания заслуживают вопросы организации стоматологической помощи детям и профилактической работы в детских образовательных организациях.

В литературе отмечена важность стоматологического просвещения и гигиенического воспитания на протяжении всего обучения детей в детских садах и школах, что приводит к снижению заболеваемости органов полости рта как у детей, так и в старших возрастных группах, и, как следствие, способствует улучшению качества жизни. Однако, такая работа должна проводиться на всем протяжении обучения в школе и носить комплексный и систематический характер. К сожалению, в современных реалиях видится недостаток специалистов, неподготовленность оборудования, помещений и регулирующих документов для осуществления санитарно-просветительской работы с детским населением.

Выводы

Таким образом, гигиеническое, в том числе стоматологическое, просвещение является важным звеном медицинской профилактики, что отражено и закреплено в законодательстве государства.

Планирование и реализация программ профилактики заболеваний является полномочиями органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, что также подчеркивает необходимость всеобщего и централизованного проведения профилактических мероприятий.

Представленные нормативно-правовые основы профилактики в детской стоматологии способствуют организации гигиенического обучения детского населения на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях, однако требуют адаптации под современные условия оказания детской стоматологической службы, а также непосредственного внедрения в обучающий процесс в образовательных учреждениях.

Некоторые аспекты составления индивидуальных программ оральной профилактики у пациентов с зубочелюстными аномалиями

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,

к.м.н., ассистент¹

Кафедра стоматологии профилактической
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербург, Россия

36

Резюме

Стоматология сегодня активно изучает проблему профилактики развития ятрогении и минимизации возможных последствий при возникновении таковой. Поскольку лечение ортодонтических больных с несъемными аппаратами может стать причиной возникновения и развития кариеса и воспалительных заболеваний пародонта, изучение методов предотвращения данных осложнений является важной задачей. Анализ потребности в различных видах стоматологической помощи показал, что потребность в ортодонтическом лечении крайне высока, превышая 41,52% [1, 3, 7-9]. В данном исследовании пациентам с различными «Индивидуальными гигиеническими программами профилактики стоматологических заболеваний у ортодонтических пациентов» и изучены различные параметры, отображающие стоматологическое здоровье пациентов: распространенность основных стоматологических заболеваний и некоторые гигиенические индексы, в том числе Индекс гигиены Грина-Вермиллиона упрощенный (1964), а также Индекс кровоточивости Muhlemann and Son (1971).

Ключевые слова: профилактика основных стоматологических заболеваний, ортодонтия, брекет-система.

Введение

Проблема неудовлетворительной индивидуальной гигиены рта у ортодонтических пациентов, одним из негативных проявлений которой является увеличение количества мягкого зубного налета вокруг оснований замков, особенно, в пришеечных областях и контактных пунктах, что ведет к количественному и качественному изменению состава микрофлоры и появлению очагов деминерализации в данных областях, ак-

тивно исследуется рядом авторов (Свириденкова Е.С., 2016; Блашкова С.Л. с соавт., 2017; Рубникович С.П. с соавт., 2021).

В последнее время больше внимания уделялось диагностике, ведению и наблюдению за пациентами, находящимися на лечении с помощью несъемных ортодонтических аппаратов, чем профилактическим мероприятиям у таких людей. (Левенец А.А. с соавт. 2005; Косенко Д.К. с соавт. 2010; Гонтарев С.Н. с соавт. 2014).

Some aspects of developing individual oral prevention programs in patients with dental anomalies

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, PhD in medicine, assistant ¹

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

Resume

Dentistry today is actively studying the problem of preventing the development of iatrogeny and minimizing the possible consequences if it occurs. Since the treatment of orthodontic patients with fixed appliances can cause the onset and development of caries and inflammatory periodontal diseases, the study of methods for preventing these complications is an important task. An analysis of the need for various types of dental care showed that the need for orthodontic treatment is extremely high, exceeding 41,52% [1, 3, 7-9].

In this study, patients with various "Individual hygiene programs for the prevention of dental diseases in orthodontic patients" and studied various parameters that reflect the dental health of patients: the prevalence of major dental diseases and some hygiene indices, including the Green-Vermillion hygiene index simplified (1964), and See also Muhlemann and Son (1971) Bleeding Index.

Key words: prevention of major dental diseases, orthodontics, fixed orthodontic appliance.

Отсутствуют подходы к грамотному подбору профилактических средств с учетом конкретной сложившейся стоматологической ситуации у лиц, находящихся на ортодонтическом лечении.

Высокая частота осложнений со стороны эмали и тканей пародонта после ортодонтической коррекции прикуса, вследствие неудовлетворительной гигиены рта, и необходимость совершенствования методов профилактики в указанной области обуславливают актуальность данной работы.

Цель

Целью данного исследования было изучение некоторых аспектов составления разных программ оральной профилактики среди ортодонтических пациентов.

Материалы и методы

В исследовании приняло участие 85 ортодонтических пациентов и для его проведения были сформированы 4 группы:

– в 1-ую группу вошли пациенты, для которых была разработана «Индивидуальная гигиеническая программа профилактики стоматологических заболеваний у ортодонтических пациентов» на основе использования профилактической зубной пасты с активными компонентами: поливинилпирролидоном, гидроксипатитом, кальцисом, папаином, альфа-бисабололом, солями калия и цинка, очищающей пенки, профилактического ополаскивателя с эфирным маслом герани, экстраком облепихи, боярышника, ромашки и шалфея, супер-флосса, межзубного ёршика, специальной зубной щётки, в центре щёточного поля которой имеется V-образное углубление, мануальной профилактической щетки;

– во 2-ю группу вошли пациенты, которым «программа» проводилась с использованием профилактической зубной пасты, которая содержала в своём составе аргинин и фторид натрия в качестве активных компонентов, профилактического ополаскивателя для

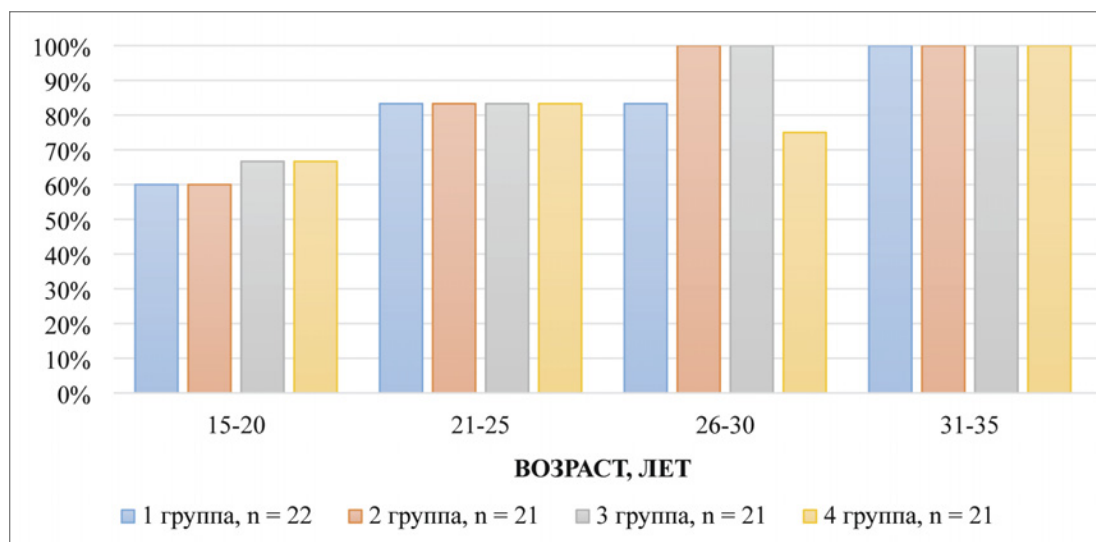


Рис. 1. Распределение кариеса зубов среди ортодонтических пациентов с учетом их возраста

полости рта с цетилперидиния хлоридом и фторидом натрия, межзубного ёршика, мануальной профилактической щетки;
 – в 3-ю группу – пациенты, которым «программа» проводилась с использованием профилактической зубной пасты, содержащей фторид олова в качестве активного компонента, межзубного ёршика, мануальной профилактической щетки;
 – 4-я группа - контрольная, в ней пациенты проводили гигиенические мероприятия по привычной для себя методике.
 Были изучены распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний у ортодонтических пациентов, индекс гигиены Грина-Вермиллиона

упрощенный (ОHI S) (Green, Vermillion, 1964); индекс кровоточивости Muehlemann и Son (1971); способ индексной оценки уровня гигиены рта и несъемной ортодонтической конструкции.

Результаты

Во всех группах наблюдалось статистически значимое нарастание распространенности кариеса зубов с возрастом. При этом различия между группами при одной возрастной принадлежности не было (рис. 1). Большая распространенность кариеса зубов у ортодонтических пациентов наблюдалась в возрасте 31-35 лет и составила 100%. Наименьшая распространенность кариеса на-

Распространенность заболеваний пародонта в исследуемых группах

Таблица 1

Группы	Здоровый пародонт (%)	Заболевания пародонта					
		хронический гингивит (%)				хронический пародонтит лёгкой степени тяжести (%)	
		катаральный		гипертрофический			
		лок.	ген.	лок.	ген.	лок.	ген.
1 группа	27,27	27,73	18,18	9,09	0	27,73	0
2 группа	23,81	19,05	14,29	0	9,52	23,81	9,52
3 группа	28,57	23,81	9,52	4,76	4,76	19,05	9,52
4 группа	23,81	23,81	14,29	0	9,52	19,05	9,52

Изменения показателей Индекса гигиены Грина-Вермиллиона упрощенного

Таблица 2

Группы	Показатели индекса Грина-Вермиллиона упрощенного							
	Период обследования							
	Начало	1-я неделя	2-я неделя	3-я неделя	4-я неделя	3-й месяц	6-й месяц	12-й месяц
1	1,91±0,33	1,65±0,23	1,54±0,33	1,15±0,12	1,03±0,22	0,81±0,14	0,74±0,12	0,50±0,20
2	1,92±0,21	1,63±0,26	1,54±0,12	1,35±0,23	1,21±0,12	1,12±0,12	1,01±0,10	0,97±0,21
3	1,84±0,21	1,51±0,41	1,55±0,17	1,49±0,25	1,31±0,17	1,21±0,13	1,28±0,15	1,03±0,16
4	1,93±0,40	1,82±0,39	1,81±0,22	1,72±0,39	1,67±0,21	1,56±0,23	1,41±0,15	1,42±0,25

блюдалась в возрастной группе 15-20 лет в группе 1 и 2, которая была равна 60%.

Из данных таблицы 1 видно, что доля пациентов в первой группе со здоровым пародонтом составила 27,27%, во второй и четвертой группе – 23,81%, а в третьей – 28,57%. Количество пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом в первой группе было 18,18%, во второй и четвертой группах 14,29%, в третьей группе этот показатель составил 9,52%.

В результате исследования были установлены динамики изменения Индексов гигиены Грина-Вермиллиона упрощенного (1964) (табл. 2) и Индекса кровоточивости Muhlemann and Son (1971) (табл. 3).

Проводилось изучение динамики индекса гигиены несъемной ортодонтической конструкции среди исследуемых групп. Результаты изменения параметров данного индекса представлены в таблице 4.

Исходя из данных таблицы 4 прослеживалось снижение показателей индексов ги-

гиены рта и брекета во всех исследуемых группах. В результате исследования было установлено, что в 1-й группе показатель индекса гигиены снизился с 0,74±0,14 до 0,33±0,07, во 2-й группе – с 0,71±0,20 до 0,37±0,09, в 3-й группе с 0,73±0,12 до 0,46±0,11, а в 4-й группе с 0,75±0,15 до 0,54±0,11.

Обсуждение

С целью оптимизации стоматологического здоровья ортодонтических пациентов, проходящих лечение при помощи несъемных аппаратов, разработаны индивидуальные гигиенические программы профилактики стоматологических заболеваний.

Анализ эффективности профилактических мероприятий внедренных программ профилактики, определил улучшение состояния во рту у ортодонтических пациентов относительно показателей контрольной группы. В результате исследования было установлено, что у ортодонтических пациентов по

Изменения показателей индекса кровоточивости Mühlemann и Son

Таблица 3

Группы	Показатели индекса кровоточивости десневой борозды Mühlemann и Son							
	Период обследования							
	Начало	1-я неделя	2-я неделя	3-я неделя	4-я неделя	3-й месяц	6-й месяц	12-й месяц
1	3,37±0,65	2,99±0,52	2,85±0,56	2,79±0,41	2,52±0,52	1,86±0,40	1,47±0,36	1,07±0,21
2	3,35±0,62	3,08±0,48	2,83±0,47	2,83±0,45	2,58±0,37	2,32±0,32	2,05±0,20	1,79±0,19
3	3,31±0,51	3,07±0,53	3,02±0,47	2,95±0,42	2,84±0,39	2,71±0,41	2,59±0,41	2,46±0,38
4	3,43±0,43	3,41±0,39	3,31±0,38	3,25±0,35	3,17±0,32	3,08±0,28	3,00±0,22	2,92±0,27

Изменения показателей Индекса гигиены несъёмной ортодонтической конструкции

Таблица 4

Группы	Показатели индекса гигиены несъёмной ортодонтической конструкции							
	Период обследования							
	Начало	1-я неделя	2-я неделя	3-я неделя	4-я неделя	3-й месяц	6-й месяц	12-й месяц
1	0,74±0,14	0,66±0,16	0,63±0,16	0,60±0,14	0,55±0,10	0,45±0,10	0,39±0,14	0,33±0,07
2	0,71±0,20	0,64±0,17	0,63±0,08	0,61±0,16	0,58±0,12	0,50±0,14	0,46±0,08	0,37±0,09
3	0,73±0,12	0,66±0,17	0,64±0,14	0,63±0,21	0,62±0,16	0,58±0,16	0,53±0,13	0,46±0,11
4	0,75±0,15	0,72±0,12	0,71±0,11	0,69±0,09	0,67±0,18	0,64±0,15	0,61±0,12	0,54±0,11

индексу Грина-Вермиллиона противокариесная программа профилактики была наиболее эффективна в 1-й группе и составила к концу исследования 74,3±6,8%.

Анализ изменения эффективности профилактики по индексу Muehlemann и Son показал, что эффективность кровоостанавливающей профилактики была наибольшей в 1-й группе и составила 68,0±5,4%.

Данные исследования показывают наибольшую эффективность «Индивидуальных гигиенических программ» у пациентов 1-й группы.

Литература

1. Блашкова, С.Л. Повышение эффективности лечения гиперестезии зубов при рецессии десны / С.Л. Блашкова, Н.А. Макарова // Актуальные проблемы стоматологии. – 2017. – С. 58-62.
2. Гонтарев, С.Н. Распространенность зубочелюстных аномалий и дефектов зубных рядов у детей и подростков Белгородского региона. Оценка состояния ортодонтической помощи населению / С.Н. Гонтарев, О.А. Саламатина. // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация – 2011. – Т. 105, № 10. – С. 212-217.
3. Косенко, Д.К. Комплексная профилактика основных стоматологических заболеваний у детей при ортодонтическом лечении / Д.К. Косенко, Д.К. Денга // Вестник стоматологии. – 2010. – №. 4 (73).
4. Левенец, А.А. Состояние системы иммунитета у детей на этапах ортодонтического

лечения / А.А. Левенец, Е.А. Бриль, Т.А. Кожевников // Институт стоматологии. – 2005. – Т. 3. – №. 28. – С. 44-45.

5. Рубникович С.П. Особенности индивидуальной гигиены у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении / С.П. Рубникович, Ю.Л. Денисова, Е.В. Кузьменко, В.А. Андреева, Я.И. Тимчук, З.Р. Валеева // Стоматология. Эстетика. Инновации. – 2021. – Т. 5. – №. 1. – С. 8-16.

6. Свириденкова, Е.С. Гигиеническое состояние ортодонтических лигатур: клинично-лабораторное исследование / Е.С. Свириденкова. // Смоленский медицинский альманах. – 2016. – №. 1. – С. 209-213.

7. Улитовский С.Б. Современные представления об оценке стоматологического здоровья у населения // Сб.: 1 выездной университетской научно-практической конференции «Фундаментальные и прикладные проблемы стоматологии – 2014», СПб., 2014. – С.36-37.

8. Улитовский С.Б., Алексеева Е.С., Васянина А.А. Комплексная профилактика кариеса зубов с использованием средств серии Duraphat. // Стоматологический научно-образовательный журнал, 2014.- №1/2.- С.56-59.

9. Улитовский С.Б., Васянина А.А., Алексеева Е.С. Система Дурафат для профессиональной фторпрофилактики кариеса зубов // Стоматологический научно-образовательный журнал, 2014.- № 3/4.- С.54-55.

Оценка уровня знаний врачей-стоматологов детских о проявлении постковидного синдрома в полости рта у детей

Н.Ю. Шевелева, к.м.н., доцент *

А.Ю. Гулиева, ассистент **

* Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ¹

** Кафедра стоматологии профилактической ¹

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ России

Резюме

«Оценка уровня знаний врачей – стоматологов детских о проявлении постковидного синдрома в полости рта у детей»

В ходе нашего исследования было установлено, что врачи – стоматологи детские отмечают недостаточный уровень знаний о проявлениях постковидного синдрома, в том числе и в полости рта у детей. При этом врачи педиатры, которые чаще диагностируют постковидный синдром и его стоматологические проявления крайне редко направляют детей на консультацию к врачу-стоматологу.

Ключевые слова: уровень знаний, врачи – стоматологи детские, постковидный синдром, клинические проявления

Features of dental care for children with disabilities

A.A. Kondratyuk, M.G. Rozhkova, S.B. Fishchev,
A.V. Lepilin, A.V. Sevastyanov, S.G. Galstyan, S.G. Pavlova.

Summary

"Assessment of the level of knowledge of pediatric dentists about the manifestation of postcovid syndrome in the oral cavity in children"

In the course of our study, it was found that pediatric dentists do not have a sufficient level of knowledge about the manifestations of postcovid syndrome, including in the oral cavity in children. At the same time, pediatricians who more often diagnose postcovid syndrome and its dental manifestations rarely refer children to a dentist for consultation.

Key words: level of knowledge, pediatric dentists, postcovid syndrome, clinical manifestations

Введение

В начале пандемии COVID-19 считалось, что дети и подростки менее восприимчивы к заражению SARS-CoV-2, по сравнению со взрослыми, поскольку количество подтвержденных случаев заболевания у детей было значительно меньше.

Однако со временем стало понятно, что небольшое количество подтвержденных случаев обусловлено низким показателям тестирования детей и преобладанием бессимптомного или легкого течения COVID-19. Особую озабоченность вызвало выявление у детей, переболевших COVID-19, син-

дрома мультиорганного воспаления (MIS), характеризующегося тяжелой мультиорганной недостаточностью. Если в начале пандемии внимание было сосредоточено на острой фазе COVID-19, то сейчас интерес переключился на последствия после перенесенной коронавирусной инфекции — long COVID-19 и постковидного синдрома. За период пандемии были предложены несколько определений постковидного синдрома. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала консенсус, в котором было принято следующее определение: состояние после COVID-19 (post-COVID-19 condition, PCC) возникает у лиц с вероятным или подтвержденным COVID-19 в анамнезе обычно через 3 мес. от начала COVID-19, проявляется симптомами, которые развиваются во время или после COVID-19, продолжают в течение 2 и более месяцев (т. е. 3 мес. с начала заболевания), не могут быть объяснены альтернативным диагнозом [7].

По классификации Национального института здоровья Великобритании (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) выделяют: острый COVID-19 (симптомы COVID-19, проявляющиеся до 4 нед. от начала заболевания); продолжающийся симптоматический COVID-19 (ongoing symptomatic COVID-19, от 4 до 12 нед.); постковидный синдром (свыше 12 нед.) [6].

Термин «длительный COVID» (long COVID) включает в себя симптомы, которые продолжают или развиваются после острого периода COVID-19, по классификации NICE к long COVID относятся как продолжающийся симптоматический COVID-19, так и постковидный синдром.

По имеющимся данным, дети болеют реже, с менее выраженной клинической симптоматикой, реже требуют госпитализации, заболевание у них протекает легче, что, однако, не исключает случаев тяжелого течения. Наиболее частыми симптомами у детей являются лихорадка, непродуктивный кашель, появление признаков интоксикации (миалгии, тошнота, слабость). У некоторых отмечаются боль в горле, заложенность носа, симптомы поражения желудочно-кишечного тракта (боли в животе, диарея, рвота),

«ковидные» пальцы (внешне похожи на отмороженные. Возможны хейлит, конъюнктивит, лимфаденит [1, 3]. Патогномичный для COVID-19 у взрослых симптом гипосмии/аносмии и/или дисгевзии отмечается и у детей, однако активных жалоб они в силу возраста не предъявляют. Больные с парестезиями СОПР и языка могут жаловаться на потерю вкусовой чувствительности, металлический вкус во рту и жжение, хотя в настоящее время считается, что эти симптомы имеют центральное происхождение. Ротовая жидкость чаще всего мутная, вязкая, иногда пенная, молочного цвета. Выздоровление обычно наступает в течение 1 – 2 недель [2, 4]. Не менее четверти детей переносят инфекцию бессимптомно. В настоящее время одной из актуальных проблем педиатрии является постковидный синдром. Поскольку постковидный синдром затрагивает практически все органы и системы его клинические проявления весьма разнообразны. Как правило у детей постковидный синдром возникает через 12 недель от начала после перенесенной и подтвержденной коронавирусной инфекции и сопровождается симптомами, которые продолжают не менее 8 недель.

Материалы и методы исследования

Нами было проанкетировано 88 врачей стоматологов детских и 59 врачей педиатров из различных ЛПУ г. Санкт-Петербург, с использованием специально разработанной анкеты опросника.

Результаты и их обсуждение

При анализе данных полученных при анкетировании врачей – стоматологов детских нами было выявлено, что только 38,2% врачей информированы о проявлениях постковидного синдрома, в т.ч в полости рта, 61,2% не информированы. Среди опрашиваемых 58% - встречали на стоматологическом приеме те или иные проявления постковидного, 42% - нет

Также врачи стоматологи детские отмечали, что у 27,2% пациентов - нет проявлений, у 14,3% - ксеростомия, у 6% - клубничная эритематозная язык - 6%, рецидивирующие афты – 15%, герпетические поражения -15%, гипогев-

взия – 5,5%, кандидоз – 9%, ангулярный хейлит – 6%, географический язык – 1%, глоссит 1%.

При этом 72% опрошенных врачей – стоматологов детских не обнаружили COVID-19-ассоциированных стоматологических заболеваний/поражений пародонта у детей. 17% стоматологов встречали на приеме детей с генерализованным катаральным гингивитом, 3% врачей отмечали гипертрофический гингивит в отечной форме и по 4% встречали десквамативный и некротический гингивит.

В связи с высокой вероятностью того, что не все пациенты с постковидными проявлениями в полости рта приходят на прием к врачу стоматологу-детскому, нами также было проведено анкетирование врачей-педиатров. В ходе которого было установлено, что 53% сталкивались с кожными проявлениями новой коронавирусной инфекции (уртикарными элементами на коже, эритематозно-папулезную сыпь и наиболее редко пятнисто-папулезную сыпь), а также отмечали у детей паросмию (искажение восприятия запахов), астению, общую слабость и выпадение волос, длительный субфебрилитет и ухудшением памяти.

На педиатрическом приеме 43% врачей не фиксировали COVID-19-ассоциированных проявлений в полости рта у детей: 32% врачей отметили герпетическое/герпетиформное поражение в полости рта, 9% педиатров отнесли к стоматологическим проявлениям гипогевзию (снижение вкусовых ощущений), 3% отметили географический язык и 13% налет на спинке языка.

При наличии проявлений в полости рта только 6% врачей отправляли пациентов на консультацию к стоматологу-детскому.

Заключение

Результаты исследования показали высокую частоту встречаемости на детском приеме постковидных проявлений. В связи с этим задача врачей-стоматологов детских это своевременная диагностика стоматологических проявления в полости рта у детей, которые перенесли коронавирусную инфекцию, а также подобрать наиболее адаптированные алгоритмы лечения с учетом клинических проявлений в полости рта.

Также необходимо совершенствование знаний и навыков по работе с детьми с постковидным синдромом и активизировать взаимодействия между педиатрами и детскими стоматологами, при лечении детей с постковидными проявлениями в ротовой полости.

Литература

1. Иванчиков В.В., Дерматологические проявления COVID-19 у детей. // В.В. Иванчиков, Э.Т. Амбарчян, А.Д. Кузьмина. // Педиатрическая фармакология. 2022.С 20-22 Макарова Т.Е. Коронавирусная инфекция в стоматологической практике. Меры профилактики. // научно-практическая конференция «Стоматология: инновации, практический опыт – 2022». г. Хабаровск. 2022.
2. Македонова Ю.А., Проявления заболеваний слизистой полости рта у больных, перенесших COVID-19. // Ю.А. Македонова Ю.А., С.В. Поройский, Л.М. Гаврикова, О.Ю. Афанасьева. // Вестник ВолГМУ, выпуск 1 (77). 2021.С.111-113
3. Тамразова О.Б., Поражение кожи у детей при новой коронавирусной инфекции COVID 19 / О.Б. Тамразова, А.С. Стадникова, Е.В. Рудикова. // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. Т. 25. № 1. 2021. С. 16–24.
4. Чудова Л.В., Причины и клинические проявления поражений слизистой оболочки рта, возникающих на фоне COVID-19. // Л.В.Чудова, С.И. Токмакова, Ю.В. Луницына, К.В. Зяблицкая, А.А. Рихтер, В.Д. Никулина // Пародонтология. 2022. С.185-188
5. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Royal College of General Practitioners (RCGP), eds. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. (Electronic resource.) URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-long-term-effects-of-covid19-pdf-51035515742> (access date: 16.09.2022).
7. Soriano J.B., Murthy S., Marshall J.C. et al. A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. Lancet Infect Dis. 2022;22(4):e102–e107. DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00703-9.

В.А. Оппель. Звезда отечественной хирургии мировой величины

А.К. Иорданишвили, ^{1,3}

доктор мед. наук, профессор

А.Б. Белевитин, ^{2,3}

заслуженный врач РФ, доктор мед. наук,
профессор, главный врач СПб ГБУЗ «ГКДЦ 1»,
советник ректора СПбМСИ по клинической работе

А.Г. Терешко, ³

студент

Ш.З. Усмонкулов, ³

клинический ординатор по хирургической стоматологии

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

² СПб ГБУЗ «Городской консультационно-диагностический центр № 1», Санкт-Петербург, Россия

³ Санкт-Петербургский медико-социальный институт, Санкт-Петербург, Россия

44

Резюме

В работе представлены краткие биографические данные и сведения о профессиональной деятельности выдающегося отечественного хирурга Владимира Андреевича Опделя. Отмечен его вклад в развитие отечественной медицины и здравоохранения, в том числе военно-полевой хирургии, сосудистой и эндокринной хирургии.

Ключевые слова: Владимир Андреевич Оппель, военно-полевая хирургия, сосудистая хирургия, эндокринная хирургия. Императорская медико-хирургическая академия, Военно-медицинская академия.



Рис. 1. Портрет В.А. Опделя (из кафедры военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова)

Широко известны народные поговорки: «Где родился, там и пригодился» и «Апельсины не рождаются от осины». Эти поговорки очень подходят, чтоб подчеркнуть и наглядно охарактеризовать жизнь и профессиональную деятельность выдающегося отечественного хирурга, доктора медицинских наук профессора Владимира Андреевича Опделя (11.12.1872, г. Санкт-Петербург, Российская империя - 07.10.1932, г. Ленинград, РСФСР, СССР), имя которого хорошо известно как одного из основоположников военно-полевой хирургии, в том числе этапного оказания медицинской помощи в период военных действий, а также как одного из основоположников сосудистой и эндокринной хирургии в нашей стране (рис. 1).

Будучи выпускником Императорской Медико-хирургической академии (ИМХА, 1891-1896) он сразу был оставлен в академии адъюнктом при госпитальной хирургической клинике, которой в те годы руководил профессор В.А. Ратимов, ставший одним из его учителей по профессии и при поддержке которого В.А. Оппелем в 1899 г. была защищена

V.A. Opel. Star of russian surgery of world value

A.K. Yordanishvili^{1,3}, Dr. med. sciences, professor

A.B. Belevitin^{2,3}, Honored Doctor of the Russian Federation, Dr. Sci., Professor, Chief Physician of St. Petersburg GBUZ "GKDTS 1", Advisor to the Rector of St. Petersburg Medical Institute for Clinical Work

A.G. Tereshko³, student

Sh.Z. Usmonkulov³, Resident in Surgical Dentistry

¹ Military Medical Academy named after CM. Kirov, St. Petersburg, Russia

² SPb GBUZ "City Consulting and Diagnostic Center No.1", St. Petersburg, Russia

³ St. Petersburg Medical and Social Institute, St. Petersburg, Russia

Summary

The article presents brief biographical data and information about the professional activities of the outstanding Russian surgeon Vladimir Andreevich Opel. His contribution to the development of domestic medicine and health care, including military field surgery, vascular and endocrine surgery, is noted.

Key words: Vladimir Andreevich Opel, military field surgery, vascular surgery, endocrine surgery. Imperial Medical-Surgical Academy, Military Medical Academy.

докторская диссертация: «Лимфангиомы». В ней были обобщены современные на то время сведения о лимфангиомах, предложена новая их классификация и патогенез развития, а также методы лечения.

Большой опыт клинической работы В.А. Оппель получил во время своей командировки за рубеж (1900-1902), где он ознакомился с работой ряда наиболее значимых клиник Берлина, Берна, Бреславля, Ниццы и др., а когда вернулся в Россию, то продолжил работу в госпитальной хирургической клинике ИМХА, которой уже руководил Р.Р. Вреден. Однако быстро перешел на штатную должность в клинику клинической хирургии С.П. Федорова, где проработал около 6 лет, а в 1908 г. был избран заведующим кафедрой хирургической патологии и терапии, которая после Октябрьской революции 1917 г. была переименована в кафедру общей хирургии, которая имела самостоятельную клинику на 40 коек., а впоследствии основал уже в Военно-медицинской академии кафедру военно-полевой хирургии (1931 г.) на которой работал до своей смерти (рис. 2).

Его эрудиция и выезды в действующую армию в разные годы позволили ему занимать высокие должности. Во время Первой миро-

вой войны он являлся непродолжительное время хирургом-консультантом и хирургом фронта от Главного управления Российского общества Красного Креста, участвовал в оказании помощи раненым на Северо-Западном, Кавказском, Юго-западном фронтах (1914-1916), а затем возглавлял Управление санитарной части Северного фронта, но при этом всегда продолжал вести клиническую работу, оказывая медицинскую помощь раненым и больным. По ряду источников, в 1916 г. В.А. Оппель под г. Ригой за неделю выполнил 325 операций [1, 2]. В 1916 г. в г. Двинске им был организован «коллектор», в которых входили самостоятельные госпитали для раненых в живот, голову, грудь, крупные суставы и кости. Нужно подчеркнуть, что В.А. Оппель имел авторитет среди сослуживцев. Именно это стало причиной его избрания исполняющим обязанности начальника Военно-медицинской академии (02.03.1917-13.06.1917).

Нужно отметить, что в период Русско-Японской войны 1904-1905 гг. В.А. Оппель кроме хирургической профессиональной деятельности готовил сестер милосердия, что было в то время крайне необходимо, а также некоторое время в имении своей матери в Пен-



Рис. 2. Памятная доска на одном из зданий Военно-медицинской академии по адресу: С.-Петербург, Большой Сампсониевский пр., дом 5 (открыта в 1955 г.)



Рис. 3. Памятная доска на ул. Кирочной, д. 23 в Санкт-Петербурге, где проживал В.А. Оппель (наши дни)



Рис. 4. Могила В.А. Оппеля на Академической площадке Богословского кладбища г. Санкт-Петербурга (бюст – работа засл. деятеля искусств РСФСР Л.В. Шервуда)

зенской губернии бескорыстно лечил крестьян, оперировал их, для чего его мать выделила средства, на которые была построена небольшая больница с амбулаторией.

В разные годы В.А. Оппель работал по совместительству в Рентгенорадиологическом институте (заведующий хирургическим отделением, 1919-1927), занимался вопросами восстановления и реконструкции Ленинградской больницы им. И.И. Мечникова, которая затем носила имя Петра Великого (1922-1924), а в 1927-1929 гг. исполнял обязанности директора этого учреждения. С 1928 г. он заведовал кафедрой факультетской хирургии Государственного института медицинских знаний в г. Ленинграде. Хирургическое отделение больницы им. И.И. Мечникова было клинической базой Ленинградского государственного института для усовершенствования врачей, для чего в институте была организована 2-я хирургическая кафедра.

Тяжелая болезнь, которая была определена у В.А. Оппеля в 1930 г., несмотря на активное участие в его лечении святил отечественной медицины профессором В.И. Воячека, Н.Н. Петрова, М.И. Аствацатурова и др., не привело к значительному улучшению здоровья,

несмотря на тяжелую травматичную операцию, хотя после такого лечения В.А. Оппель, пользуясь лицевым протезом, еще трудился. Но на шестидесятом году жизни он скончался и был похоронен на Академической площадке Богословского кладбища (рис. 4). В заключении следует сказать, что В.А. Оппель был из очень достойной семьи. Его отец Андрей Алексеевич Оппель был достаточно известным в России композитором и пианистом и некоторое время являлся председателем Русского музыкального общества, его дед (Алексей Христофорович Оппель) был статским советником, а прадед (Христофор Федорович Оппель) – действительным статским советником, доктором медицины, главным врачом Московского воспитательного дома для бедных. Мать В.А. Оппеля была внучкой сенатора, генерала-лейтенанта академика А.И. Михайловского-Данилевского, являвшегося известным русским военным публицистом и историком, чьим трудом, по заданию царя Николая I, была подготовлена в 4 томах первая официальная история Отечественной войны 1812 г., которая неоднократно переиздавалась.

Наверно такая наследственность была подспорьем всем успехам В.А. Оппеля, начиная

с ранних лет. Ведь В.А. Оппель отлично пел, играл на фортепиано и сочинял музыкальные композиции. Гимназию он окончил с серебряной медалью, а ИМХА – с дипломом лекаря с отличием и поощрительной премией А.Ф. Пальцева, которая вручалась третьему по успеваемости выпускнику. В 1920 г. В.А. Оппель получил первую премию на анонимном конкурсе за работу «Борьба с отморозениями в полевых войсках», которой удостоивались по решению революционного военного совета.

Велика была общественная работа В.А. Опделя. Он ряд лет был председателем хирургического общества им. Н.И. Пирогова, которое до сих пор функционирует в Санкт-Петербурге, почетным членом Русского хирургического общества (г. Москва), хирургического общества им. Н.Г. Чернышевского (г. Саратов) и др., а в 1926 г. организовал ленинградское отделение Российского эндокринологического общества и был его председателем до своей смерти. Также В.А. Оппель в 1913 г. был избран почетным членом Королевского медико-хирургического общества Англии за монографию «Коллатеральное кровообращение» (1911). Он входил в редколлегии многих специализированных медицинских журналов, в том числе «Вестник хирургии и пограничных областей», «Врачебное дело», «Новая хирургия» и др., а также в состав редакционного отдела по хирургии первого издания Большой медицинской энциклопедии. И сегодня многие медицинские термины носят имя или связаны с именем В.А. Опделя.

Надо также отметить, что многие годы В.А. Оппель проживал в Санкт-Петербурге - Ленинграде в доме на ул. Кировской, д. 23, где в 1950 г. была установлена памятная доска (рис. 3).

Перу В.А. Опделя принадлежит более 200 научных работ, в том числе более 20 учебников и монографий. Своими учителями В.А. Оппель считал В.А. Ратимова и С.П. Федорова. Сам же В.А. Оппель также подготовил много достойных учеников, среди которых представители медицины с мировым именем: М.Н. Ахутин, С.И. Банайтис, С.С. Гирголав, И.А. Клюсс, М.С. Лисицын, Н.Н. Петров, П.Н. Напалков и многие другие.

В.А. Оппель создал свою научную школу хирургов, которая продолжается и в наши дни.

Литература

1. Долинин В.А., Леонов И.Т. Владимир Андреевич Оппель. – Л.: ВМОЛА им. С.М. Китрова, 1973. – 68 с.
2. Зайцев Е.И. Владимир Андреевич Оппель (1872-1932) // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1997. - Т. 156, № 2. – С. 9 – 10.

Генерал-майор медицинской службы Н.М. Александров (к 100-летию со дня рождения)

А.К. Иорданишвили,

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
Санкт-Петербургский медико-социальный институт,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Резюме

2023 год – это год 100-летия со дня рождения видного отечественного челюстно-лицевого хирурга доктора медицинских наук, профессора, генерал-майора медицинской службы Никиты Михайловича Александрова. Анализ сведений о Н.М. Александрове показывает, что он являлся одним из пионеров разработки и внедрения в СССР эндотрахеального наркоза при хирургических вмешательствах на органах и тканях лица и шеи, автором ряда методик реконструктивных операций: резекции верхней челюсти с первичной пластикой; отоластики с применением тканей филатовского стебля и местных тканей; пластики нижней губы за счёт двух симметричных лоскутов верхней губы и др. Под его научным руководством разработаны и внедрены в клиническую практику методики лечения гнойных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи с применением гипербарической оксигенации, лазеротерапии и низкочастотного ультразвука, лазеротерапии заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, а также криохирургии новообразований лица и органов полости рта, ряд методов микрохирургии и электрообезболивания в стоматологии гемостатический препарат «Капрофер». Александров был прекрасным клиницистом, блестящим педагогом и хирургом, видным учёным и организатором военного здравоохранения, о котором его коллеги и ученики помнят сегодня и чтят его заслуги перед челюстно-лицевой хирургией и военным здравоохранением.

Ключевые слова: профессиональная деятельность профессора Н.М. Александрова, челюстно-лицевая хирургия, военная стоматология, онкостоматология, анестезии на челюстях, реконструктивная и восстановительная хирургия лица и челюстей, организация стоматологической помощи в армии, остеомиелит челюстей, ранения челюстно-лицевой области.

Актуальность

Среди видных челюстно-лицевых и пластических хирургов нашей страны достойное место по праву принадлежит участнику Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. (ВОВ), доктору медицинских наук, профессору, генерал-майору медицинской службы Никите Михайловичу Александрову (рис. 1), которому 25 января 2023 г. исполнилось бы 100 лет. Будучи блестящим педагогом, он создал большую школу высококвалифици-

рованных врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов, проходящих службу и работающих на всей территории нашей страны [1-5].

Цель

Цель работы - осветить научную, клиническую, педагогическую и общественную деятельность видного челюстно-лицевого хирурга доктора медицинских наук, профессора, генерала-майора медицинской службы

N.M. Aleksandrov, major-general of medical service: to the 100th anniversary of his birth

A.K. Iordanishvili

Military Medical Academy named after S.M. Kirov, St. Petersburg, Russian Federation;
St. Petersburg Medical-Social Institute, St. Petersburg, Russian Federation

Annotation

The year of 2023 is the 100th anniversary from the date of birth of Nikita Mikhailovich Alexandrov, eminent Russian maxillofacial surgeon, MD, professor, major-general of medical service. The analysis of the information about N.M. Alexandrov showed that he was one of pioneers in developing and implementing in the USSR the endotracheal anesthesia in surgical interventions on the organs and tissues of face and neck, the author of some methods of reconstructive surgeries: upper jaw resection with primary plasty; otoplasty with using the Philatov stalk and local tissue; lower lip plasty using two symmetrical upper lip flaps and others. Methods of treatment of purulent diseases of maxillofacial region and neck with the use of hyperbaric oxygenation, laser therapy and low-frequency ultrasound, laser therapy of temporomandibular joint diseases, as well as cryosurgery of new growths of face and mouth organs, a number of methods of microsurgery and electric anesthesia in dentistry, hemostatic drug "Kaprofer" were developed under his scientific guidance and introduced into the clinical practice.

N.M. Alexandrov was an excellent clinician, a brilliant teacher and surgeon, a prominent scientist and organizer of military health care; his colleagues and pupils remember him today and honour his merits in the field of maxillofacial surgery and military health care.

Key words: professional activity of Prof. N.M. Aleksandrov, maxillofacial surgery, military dentistry, oncostomatology, anesthesia on the jaws, reconstructive and restorative surgery of the face and jaws, organization of dental care in the army, osteomyelitis of the jaws, wounds of the maxillofacial region.

Н.М. Александрова, а также его заслуги перед военной стоматологией.

На основании анализа отечественной литературы, а также жизни, профессиональной деятельности и научных трудов доктора медицинских наук, профессора, генерала-май-

ора медицинской службы Н.М. Александрова представить его роль в развитии военной стоматологии, а также челюстно-лицевой хирургии в России.

Результаты и обсуждение

Н. М. Александров родился 25.01.1923 в г. Великом Новгороде в семье военного врача доктора медицины, выпускника Императорской медико-хирургической академии Михаила Михайловича Александрова, известного своими работами в области военной гигиены и занимавшего должность помощника Начальника Главного санитарного управления Красной армии.

В 1941-1942 гг. Н.М. Александров учился в Борисовском военно-инженерном училище по окончании которого был направлен на фронт, проходил службу в боевых частях – был командиром взвода, затем роты мотостурмового батальона. В конце 1942 г., он закончил центральные курсы минных заграждений и особой техники (ЦКМЗ и ОТ) в г.



Рис. 1.
Участник
Великой
Отечественной
войны
1941–1945 гг.,
доктор медицин-
ских наук,
профессор,
генерал-майор
медицинской
службы Н.М.
Александров
(1923–1992)

Болшево Московской области и в 1943 г. был направлен для дальнейшего прохождения воинской службы в 39-ю инженерно-сапёрную бригаду специального назначения, сначала на Волховский, затем Ленинградский и 3-ий Белорусский фронты. Он был активным участником многих военных операций Советских войск в ВОВ: участвовал в прорыве (1943 г.) и снятии блокады (1944 г.) Ленинграда, в операции «Багратион», прорыве «Медвежьего Вала» (Орша-Витебск, 1944 г.) в освобождении Минска, Вильна взятии Кёнигсберга, форсировании реки Неман и многих других, за что был отмечен боевыми орденами (Отечественной войны I и II степени, Красной звезды – трижды) и многими медалями, в том числе «За отвагу» и «За боевые заслуги». 15 апреля 1945 г. под Пиллау (ныне г. Балтийск) Н.М. Александров был контужен.

В 1946 г. Н.М. Александров поступил, а в 1951 г. с отличием окончил Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова (ВМА) и получил исключительную возможность продолжить обучение в адъюнктуре при кафедре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ВМА. С тех пор жизнь и деятельность Н. М. Александрова связаны с Академией, где он прошёл большой путь от младшего преподавателя до начальника кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии - Главного стоматолога Министерства обороны Союза ССР, последовательно занимая должности преподавателя, старшего преподавателя, заместителя, а затем начальника кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии – главного внештатного стоматолога Министерства обороны СССР.

В 1954 г. Н.М. Александров успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Одонтогенные остеомиелиты челюстей (по материалам клиники)», а в 1961 г. ему присвоили учёное звание доцента.

В 60-е годы он провёл большую экспериментальную и клиническую работу с целью обоснования возможности проведения первичной пластики послеоперационных дефектов челюстно-лицевой области у онкостоматологических больных, прошедших курс предоперационной химио- или лучевой терапии. Результаты этих научных ис-

следований были обобщены в его докторской диссертации, выполненной на тему: «Первичная пластика при удалении злокачественных опухолей челюстно-лицевой области», которую Н. М. Александров защитил в 1970 г., а в 1972 г. ему было присвоено учёное звание профессора по кафедре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. С 1979 г. по 1988 г. Н.М. Александров руководил кафедрой челюстно-лицевой хирургии и стоматологии и являлся главным внештатным стоматологом Министерства обороны СССР. В 1985 г., в год 40-летия победы советского народа в ВОВ, ему было присвоено воинское звание генерала-майора медицинской службы.

Широкий диапазон научных изысканий профессора Н.М. Александрова. Он является одним из пионеров разработки и внедрения в СССР эндотрахеального наркоза при хирургических вмешательствах на органах и тканях лица и шеи. Он автор ряда методик реконструктивных операций: резекции верхней челюсти с первичной пластикой; отоластики с применением тканей Филатовского стебля и местных тканей; пластики нижней губы за счёт двух симметричных лоскутов верхней губы и др. В своей научно-практической деятельности он также много внимания уделял этиопатогенезу и лечению одонтогенных воспалительных заболеваний, профилактике и лечению травм челюстно-лицевой области, онкостоматологии. Под его научным руководством разработаны и внедрены в клиническую практику методики лечения гнойных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи с применением гипербарической оксигенации, лазеротерапии и низкочастотного ультразвука, лазеротерапии заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, а также криохирургии новообразований лица и органов полости рта, ряд методов микрохирургии и электрообезболивания в стоматологии гемостатический препарат «Капрофер».

Будучи главным внештатным стоматологом МО СССР, Н.М. Александров активно содействовал созданию в 1985 г. первого в истории отечественной стоматологии курса подготовки военных стоматологов при воен-



Рис. 3.
Основные труды
профессора
Н.М. Александрова

но-медицинском факультете Куйбышевского медицинского института (ныне г. Самара), для которого преподаватели возглавляемой им кафедры разрабатывали учебные и тематические планы, учебные программы. При непосредственном участии Н.М. Александрова разрабатывалась и совершенствовалась система организации лечения челюстно-лицевых раненых ограниченного контингента Советских войск в период боевых действий в Демократической Республике Афганистан. Выезжая в эту страну с инспекцией организации стоматологической помощи военнослужащим, он не только проверял стоматологическое обеспечение личного составу войсковых частей и соединений, но и оказывал консультативную помощь военным врачам при тяжёлых челюстно-лицевых ранениях, лично оказывал специализированную хирургическую помощь раненым.

Многогранна общественная деятельность Н.М. Александрова. На протяжении многих лет он являлся членом президиума Всесоюзного и членом правления Всероссийского научных обществ стоматологов, заместителем председателя правления научного общества стоматологов Ленинграда и области, заместителем председателя Учёного совета по присуждению учёных степеней по смежным хирургическим специальностям ВМА им. С.М. Кирова и членом Учёного совета 1-го ЛМИ им. акад. И.П. Павлова. В последнее время, будучи профессором кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии

ВМА им. С.М. Кирова, он вёл большую лечебную работу, являлся почётным членом Всероссийского научного общества стоматологов и хирургического общества им. Н.И. Пирогова, председателем секции пластической хирургии этого общества, членом редакционной коллегии журнала «Стоматология» и комиссии Министерства здравоохранения страны по изучению опухолей головы и шеи.

2 сентября 1992 г. Н.М. Александров закончил свой жизненный путь. Он похоронен в Санкт-Петербурге на академической площадке Богословского кладбища (рис. 3). Под руководством Н.М. Александрова подготовлено 4 докторских и 10 кандидатских диссертаций. Он является автор более 220 научных работ (рис. 3), в том числе 3 монографий (в соавторстве). Ряд его научных статей опубликован в зарубежной печати. Под его редакцией в 1987 г. издан учебник «Военная стоматология», руководства «Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия» (1985) и «Травмы челюстно-лицевой области» (1986). Им написаны две главы для учебника «Хирургические болезни» (1986), изданного на английском языке в США под редакцией П.Н. Напалкова (рис. 2). Профессор Н.М. Александров автор 4 изобретений многих рационализаторских предложений. За заслуги перед страной и её Вооружёнными силами Никита Михайлович награждён 5 орденами: Отечественной войны I и II степени, тремя орденами Красной Звезды, 15 медалями и знаком «Изобретатель СССР»



Рис. 3.
Могила Н.М. Александрова
и его жены в Санкт-Петербурге
на академической площадке
Богословского кладбища



Рис. 4.
Портрет Н.М. Александрова.
Из фонда кафедры челюстно-
лицевой хирургии и хирургиче-
ской стоматологии ВМА
(холст, масло, художник –
член Союза художников
А.А. Олейник)

Коллеги и ученики, продолжающие свою профессиональную деятельность в ВМА им. С.М. Кирова на кафедре, являющейся преемницей возглавляемой Н.М. Александровым кафедры – кафедре челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, хранят память и традиции Н. М. Александрова – прекрасного клинициста, блестящего педагога и хирурга, видного учёного и организатора военного здравоохранения. Смотря на портрет Н.М. Александрова (рис. 4), сотрудники кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ВМА, вспоминают о требовательном руководителе, хорошем педагоге, враче и ученом. Эта память до сих пор хранится в сердцах его учеников, коллег, сослуживцев; всех, кто его ценил, любил и уважал Н.М. Александрова.

Литература

1. Гудков В.П., Иорданишвили А.К. Военная медицина – важнейшая составляющая Великой Победы. СПб.: Нордмедиздат; 2006.
2. Иорданишвили А.К. История стоматологии (тестовые задания). СПб.: Человек, 2021.
3. Иорданишвили А.К., Поленс А.А. Военные стоматологи на службе Отечеству // Воен.-истор. журн. 2002; 6: 67–71.
4. Иорданишвили А.К. Военные стоматологи и челюстно-лицевые хирурги России. СПб.: Нордмедиздат; 2000.
5. Прохвятилов Г.И., Иорданишвили А.К. Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии: краткий исторический очерк. 75 лет. СПб.: Нордмедиздат; 2004.

Восемнадцать лет в строю

С.Б. Улитовский,
председатель орг. комитета конференции

25 февраля 2023 г. в Санкт-Петербурге состоялась очередная 18-я научно-практическая конференция «Февральские встречи в Петербурге». На ней были представлены следующие доклады:

«**18 лет с Вами**» – доклад посвящен вопросам организации, проведения и динамического роста конференции с изменением качественного и профессионального состава докладчиков и тематики докладов, истории проведения мероприятия. **Докладчик профессор Улитовский С.Б.**, президент Ассоциации Гигиенистов стоматологических СПб и ЛО, заместитель председателя секции «Профилактика стоматологических заболеваний» СтАР, заслуженный врач РФ, заслуженный стоматолог СтАР.

«**Комплексный подход к уходу за ртом у пародонтологических пациентов**». представлен сравнительный анализ применения различных средств оральной гигиены в состав которых входят активные компоненты обладающие противовоспалительным, кровеостанавливающим и очищающим действием, что обеспечивает их противовоспалительную, кровеостанавливающую и очищающую эффективность. Докладчик профессор **Улитовский С.Б.**, соавторы: доц. к.м.н. **Е.С. Алексеева**, доц. к.м.н. **О.В. Калинина**.

«**Роль избыточной массы тела в развитии заболеваний пародонта**». Данные эпидемиологических исследований демонстрируют тенденцию к увеличению числа пародонтологических заболеваний среди населения. Избыточная масса тела, характеризующаяся повышенным содержанием жировой ткани, и патологическое состояние пародонта находятся в тесной взаимосвязи. Авторы **Ермолаева Л.А.** д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии, Санкт-Петербургский Государст-

венный университет. **Головатова К.С.** студент 5 курс ФСиМТ, **Пеньковой Е.А.** к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии.

«**Влияние партисипативного подхода в профилактике патологии твердых тканей зубов у женщин репродуктивного возраста**». Партисипативный подход в профилактике патологических состояний твердых тканей зубов у беременных и женщин репродуктивного возраста определяется развитием профилактических мероприятий по укреплению стоматологического здоровья и играют ведущую роль в планировании персонализированных программ профилактики основных стоматологических заболеваний. Авторы **Калинина О.В.**, к.м.н., доцент кафедры стоматологии профилактической. Старший научный сотрудник НИИС и ЧЛХ ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ, **Улитовский С.Б.**, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии профилактической. Зам. директора по научной работе НИИС и ЧЛХ ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ.

«**Гигиенический стоматологический статус пациентов, проходящих ортодонтическое лечение на съемной аппаратуре**». В докладе рассматривается гигиенического состояния полости рта пациентов, проходящих ортодонтическое лечение на съемной аппаратуре (элайнерах). Отдельное внимание уделяется проблемам профилактики развития кариеса и воспалительных заболеваний пародонта, связанным с необходимостью проведения тщательной гигиенической обработки съемной аппаратуры и соблюдения режима питания. Авторы **Солдатова Л.Н.** д.м.н., доцент, профессор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, ст.

преподаватель кафедры ЧЛХ и хирургической стоматологии ВМедА им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург; **Федорова А.В.**, врач-ортодонт клиники общей стоматологии, преподаватель кафедры общей стоматологии ВМедА им. С.М. Кирова, врач-ортодонт клиники ООО «Медвед», г. Санкт-Петербург; **Лулева Ю.А.** заместитель начальника Центра стоматологического образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», Санкт-Петербург.

«Актуальные вопросы преподавания и клинической практики местного обезболивания». В докладе рассматриваются особенности подготовки студентов стоматологического факультета по вопросам местного обезболивания (методик выполнения анестезии на челюстях, знаний местных анестетиков и их свойств), а также сравнительная оценка эффективности некоторых методов местного обезболивания у подбородочного отверстия. Авторы **Иорданишвили А.К.** д.м.н., проф., профессор кафедры ЧЛХ и хирургической стоматологии ВМедА им. С.М. Кирова. **Терешко А.Г.** студент СПбМСИ.

«Обзор нормативной базы по проведению профилактики в детской стоматологии». Работа посвящена рассмотрению нормативных документов, регулирующих осуществление стоматологической профилактической работы с детским населением в Российской Федерации. Приведены основные законы, приказы, постановления, мето-

дические указания и программы государственного регулирования детской стоматологической службы. Авторы **Ермолаева Л.А.**, д.м.н., проф., зав. кафедрой терапевтической стоматологии СПбГУ, **Николаева М.О.**, аспирант кафедры терапевтической стоматологии СПбГУ; **Седнева Я.Ю.**, ассистент кафедры стоматологии СПбГУ.

«Некоторые аспекты составления индивидуальных программ оральной профилактики у пациентов с зубочелюстными аномалиями». В докладе рассмотрены некоторые аспекты составления индивидуальных гигиенических программ для профилактики основных стоматологических заболеваний у пациентов с зубочелюстными аномалиями. Также будут расставлены акценты при подборе средств личной гигиены полости рта и порядок их применения у ортодонтических пациентов в зависимости сложившейся ситуации во рту пациента. Авторы **Шевцов А.В.**, к.м.н., ассистент кафедры стоматологии профилактической ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, **Улитовский С.Б.**, профессор, д.м.н., зав. кафедрой, зам. директора по научной работе НИИС и ЧЛХ ПСПбГМУ, заслуженный врач РФ, заслуженный стоматолог СтАР.

«Критический анализ назначения лучевых методов диагностики в амбулаторной стоматологии». Рентгенологическое исследование в стоматологии является важным дополнительным методом исследования, позволяющим объективно оценить со-

Рис. 1. Открытие 18-й научно-практической конференции «Февральские встречи в Петербурге»

Рис. 2. Участники конференции



стояние твердых тканей челюстно-лицевой области. Актуальным является вопрос о преимущественности в назначении рентгенологического исследования тканей челюстно-лицевой области с целью оптимизации процессов диагностики, планирования и лечения пациентов. Освещение вопросов маршрутизации пациента по методу лучевого обследования является важным компонентом персонализированной медицины, в частности — стоматологии. Авторы **Чибисова М.А.** д.м.н., профессор СЗГМУ им. И. И. Мечникова», г. Санкт-Петербург, Россия, **Павлов А.В.** аспирант кафедры терапевтической стоматологии, СПбГУ, врач-стоматолог СП №15, г. Санкт-Петербург, Россия, **Ермолаева Л.А.** д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии СПбГУ, г. Санкт-Петербург, Россия.

«**Постковидные проявления в полости рта в детском возрасте**». Новая коронавирусная инфекция COVID–19 приобретает все большее распространение среди детей, так же участились и случаи проявления данного заболевания на слизистой оболочке рта. И несмотря на то, что дети как правило в более легкой форме, переносят заболевания, вызванные SARS-CoV-2, однако от 10% до 20% переболевших в течении 12 недель могут испытывать различные проявления на слизистой оболочке рта. Поэтому становится актуальным своевременная диагностика, выявление и рациональное лечения для снижения риска утяжеления заболева-

ния. Авторы **Гулиева А.Ю.** ассистент кафедры стоматологии профилактической ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, **Шевелева Н.Ю.** к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

«**Изменение макро- и микроэлементного состава ротовой жидкости при использовании профилактической зубной пасты, обогащенной ионами железа, меди и цинка**». В докладе представлена оценка динамики стоматологического статуса и элементного состава ротовой жидкости в результате использования биоактивной зубной пасты нового состава. Авторы **Матвеева Е.В.** мл.н.с. отдела современных стоматологических технологий НИИ стоматологии и ЧЛХ, **Антонова И.Н.** д.м.н., профессор, директор НИИ стоматологии и ЧЛХ ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

«**Аутотрансплантация зубов: современный подход и результаты**». В докладе, наряду с историей развития вопроса и эволюции метода аутотрансплантации зубов рассматриваются особенности современного подхода, отсроченные результаты, оценка эффективности данной методики в клинической практике, частота встречаемости осложнений после проведения аутотрансплантации зубов, факторы, влияющие на исход операции и современные рекомендации проведения операции. Авторы **Музыкин М.И.** преподаватель кафедры ЧЛХ и хирургической стоматологии ВМедА им. С.М. Ки-

Рис. 3. Выступление с докладом проф. С.Б. Улитовского

Рис. 4. Вручение сертификатов и подарков докладчикам конференции



рова, к.м.н., доцент, **Федорова А.В.**, врач-ортодонт клиники общей стоматологии, преподаватель кафедры общей стоматологии ВМедА им. С.М. Кирова, врач-ортодонт клиники ООО «Медвед», г. Санкт-Петербург.

«Мотивация как основополагающий фактор успешности ортодонтического лечения». Для достижения оптимальных результатов ортодонтического лечения в подростковом возрасте крайне важна хорошая кооперация с пациентом, врачу-ортоденту также необходимо учитывать готовность подростка к началу лечения и психологические аспекты возраста. Это повышает успех ортодонтического лечения, предотвращает возможные осложнения и благоприятно влияет на психоэмоциональный статус подростка. Авторы **Сачиян Ю.В.** врач-ортодонт стоматологической клиники «Альфа-Дент», г. Санкт-Петербург, **Солдатова Л.Н.** д.м.н., доцент, профессор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, **Прохорова В.В.** ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

«Психологическая готовность пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта к началу лечения». Доклад посвящен вопросам психологической готовности пациентов к восприятию пародонтологического лечения, что сказывается на эффективности и результативности проводимых лечебных мероприятий, включая хирургическое лечение. Авторы **Соловьева Е.С.** ассистент кафедры стоматологии профилактической ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, **Улитовский С.Б.**, профессор, д.м.н., зав. кафедрой, зам. директора по научной работе НИИС и ЧЛХ ПСПбГМУ, заслуженный врач РФ, заслуженный стоматолог СтАР.

«Стоматологическое здоровье людей старших возрастных групп и пути оптимизации пользования съёмными зубными протезами». В докладе представлены показатели стоматологического здоровья людей пожилого и старческого возраста, проживающих в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, характеристика потери естественных зубов и нуждаемость их в протезировании, а также особенности

применения и эффективность нового отечественного крема для фиксации съёмных зубных протезов. Авторы **Керимханов К.А.** главный врач ООО «МедИс», **Беделов Н.Н.** – врач-стоматолог ООО «МедИс», **Иорданишвили А.К.** д.м.н., проф., профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ВМедА им. С.М. Кирова. **«Состояние полости рта у детей с патологией органов зрения».** В докладе рассматриваются особенности стоматологического статуса детей с патологией органов зрения, а также анализ происходящих процессов обучения данных детей. Представлена специальная программа обучения, основанная на комплексном подходе в профилактике различной стоматологической патологии. Авторы **Лунева Ю.А.** зам. начальника Центра стоматологического образования СПбМСИ, **Коробочкин Д.П.** клинический ординатор СПбМСИ, врач-стоматолог СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №32», **Иорданишвили А.К.** – д.м.н., профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ВМедА им. С.М. Кирова.

«Преподавание хирургической стоматологии: взгляд преподавателя и студента». В рамках исследования произведен сбор и анализ оценок качества теоретической и практической подготовки студентами факультета стоматологии. На основании полученных данных выявлены вопросы по теоретической и практической подготовке по хирургической стоматологии, требующие контроля. Авторы **Цициашвили А.М.** д.м.н., проф. кафедры пропедевтики и хирургической стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, **Краснопевцев М.К.** студент ВМедА им. С.М. Кирова, **Иорданишвили А.К.** д.м.н., проф. кафедры ЧЛХ и хирургической стоматологии ВМедА им. С.М. Кирова.



