



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ,
ПОСВЯЩЕННАЯ 60-ЛЕТИЮ ОСНОВАНИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА
ПСПБГМУ ИМ. АКАД. И.П. ПАВЛОВА

НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СТОМАТОЛОГИИ – ОТ ШКОЛЬНОЙ СКАМЬИ ДО ВЫСОТ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

16-17

сентября
2019 года



Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2019

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Международная научно-практическая конференция,
посвященная 60-летию основания
стоматологического факультета
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СТОМАТОЛОГИИ – ОТ ШКОЛЬНОЙ СКАМЬИ ДО ВЫСОТ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

16–17 сентября 2019 года

Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2019

УДК 616.31(063)
ББК 56.6
С23

Сборник тезисов Международной научно-практической конференции, посвященной 60-летию основания стоматологического факультета ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова «Непрерывное медицинское образование в стоматологии – от школьной скамьи до высот профессионализма». – СПб: Человек, 2019. – 76 с.

Председатель:

Ткаченко Т.Б. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии, декан стоматологического факультета ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России.

Научный комитет конференции:

Яременко А.И. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии, проректор по учебной работе ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, главный внештатный специалист-стоматолог Комитета по здравоохранению СПб, президент «Стоматологической Ассоциации СПб», президент-элект СтАР.

Орехова Л.Ю. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой стоматологии терапевтической и пародонтологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, президент РГА, вице-президент СтАР.

Трезубов В.Н. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрами ортопедической стоматологии и материаловедения с курсом ортодонтии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России и дополнительного образования по стоматологическим специальностям НовГУ им. Ярослава Мудрого, заслуженный деятель науки России, лауреат премии Правительства России.

Антонова И.Н. – д.м.н., заведующая кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний, директор НИИ стоматологии и ЧЛХ ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России.

Улитовский С.Б. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой профилактической стоматологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, заместитель директора НИИ стоматологии и ЧЛХ, полный кавалер ордена «За заслуги перед стоматологией» СтАР, Заслуженный врач России, Заслуженный стоматолог СтАР.

Исаева Е.Р. – д.психол.н., профессор, заведующая кафедрой общей и клинической психологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России.

Горбачева И.А. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней стоматологического факультета ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России.

Организатор конференции:

Стоматологический факультет ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России

Оргкомитет:

Издательство «Человек», Санкт-Петербург

Издательство ООО «Человек», СПб.
199004, Россия, Санкт-Петербург, Малый пр. В.О., 26, оф. 3.
Тел.: (812) 325-25-64. www.mirmed.ru. E-mail: zakaz@mirmed.ru.
Подписано в печать 09.09.19. Формат 60×90/16.
Гарнитура Мириад. Усл.-печ. л. 2. Тираж 500 экз.

СОДЕРЖАНИЕ

ИЗУЧЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА.....	6
Березкина И.В., Шадрина К.В.	
АППАРАТУРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ.....	7
Булычева Е.А., Булычева Д.С.	
ОСЛОЖНЕНИЯ ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	8
Васильев А.В., Галецкий Д.В.	
ПЕРВИЧНАЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ПСАФ-АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ СИСТЕМНОМ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОМ ПОДХОДЕ К ИССЛЕДОВАНИЮ БОЛЬШИХ ГЕИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	9
Горбачёва И.А., Чуркин М.А., Шабак-Спасский П.С., Титова М.В.	
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СВЕТОДИОИДНОГО АКТИВАТОРА «LED-АКТИВ 05» В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.....	10
Ермаева С.С., Демченко Т.В., Старостина М.В.	
ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	12
Жаворонкова М.Д., Суборова Т.Н., Копейкина А.А.	
АЗАРЬИ ЯКОВЛЕВИЧ КАТЦ – ОСНОВОПОЛОЖНИК ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ. 13	
Иорданишвили А.К.	
А.Т. ЗЕЛИНСКИЙ: ВОЕННЫЙ ВРАЧ, УЧЁНЫЙ, ПЕДАГОГ И ДРУГ.....	14
Иорданишвили А.К.	
ГЛАВНЫЙ СТОМАТОЛОГ ВМФ СССР ПРОФЕССОР В.М. УВАРОВ.....	16
Иорданишвили А.К.	
ЕГО НАУКА ПОМОГАЕТ ЛЕЧИТЬ И СЕГОДНЯ.....	18
Иорданишвили А.К.	
ЕКАТЕРИНА МИХАЙЛОВНА ТЕР-ПОГОСЯН: ВРАЧ, УЧЁНЫЙ, ПЕДАГОГ.....	20
Иорданишвили А.К.	
ИСТОКИ ИЗУЧЕНИЯ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ОДОНТОГЕННОЙ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЛИЦА И МЕТОДОВ ЕЁ ЛЕЧЕНИЯ.....	22
Иорданишвили А.К., Гусейнов Р.З.	
ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ... 23	
Иорданишвили А.К., Волкова Т.В.	
ОНКОСТОМАТОЛОГИЯ В РОССИИ И ЕЁ ЛЕНИНГРАДСКИЕ ИСТОКИ.....	24
Иорданишвили А.К.	
ПРОФЕССОР А.П. БОБРОВ – ЧЕЛОВЕК, ГРАЖДАНИН, ЛИЧНОСТЬ.....	25
Иорданишвили А.К.	
ПРОФЕССОР БЕРТА КОНСТАНТИНОВНА КОСТУР – УЧЁНЫЙ И ВРАЧ.....	26
Иорданишвили А.К., Комаров Ф.И.	
ПРОФЕССОР ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ КАЛИНИН И ЕГО ВКЛАД В СТОМАТОЛОГИЮ.....	30
Иорданишвили А.К.	
СРЕДСТВА ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАЦИЕНТАМИ.....	32
Иорданишвили А.К., Волкова Т.В.	
СТОМАТОЛОГИЯ ПЕТРОГРАДА (О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Г.А. ЕФРОНА И З.Б. ПИРЯТИНСКОГО).....	33
Иорданишвили А.К.	
ПРЕДИМПЛАНТАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ.....	34
Калакуцкий И.Н., Лысенко А.В.	
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ УСТРАНЕНИЯ ИЗЪЯНОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВАСКУЛЯРИЗОВАННЫМИ ЛОСКУТАМИ И РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННЫМИ ТРАНСПЛАНТАТАМИ.....	35
Калакуцкий Н.В., Петропавловская О.Ю.	
ТРЕПАН-БИОПСИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ И НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.....	36
Калакуцкий Н.В., Петропавловская О.Ю., Пахомова Н.В., Бубнова Е.В., Тюрин А.Г., Разумова А.Я., Грачев Д.И.	
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА: МОТИВАЦИЯ, ЗНАНИЯ И КАЧЕСТВО УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА.....	37
Кевлова Е.В., Зайцев В.В., Иорданишвили А.К., Головкин А.А.	

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ЖЕВАНИЯ ПОСЛЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА ..38	38
Кувшинова А.К., Иорданишвили А.К., Музыкин М.И., Сериков А.А.	
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИМПОМАТОМ ПАТОЛОГИИ И КСЕРОСТОМИЕЙ.....39	39
Лобейко В.В., Иорданишвили А.К.	
ВОЗМОЖНОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ40	40
Малахова Н.Е., Силин А.В., Падун Б.С.	
ВЫБОР АППАРАТУРЫ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ42	42
Малахова Н.Е.	
КРИТЕРИИ УСПЕШНОСТИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ОРТОДОНТА.....42	42
Малахова Н.Е., Портнова А.Г.	
ЛЕЧЕНИЕ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА43	43
Малина М.С., Иорданишвили А.К., Тютюк С.Ю.	
ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РАЗДЕЛА ПРОПЕДЕВТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ44	44
Маслов В.В., Маслова Т.В., Осипова В.А.	
НОВЫЙ ШАГ В ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДБОРЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА 45	45
Маслов В.В., Кардашенко Я.Р., Маслова Т.В., Кутергина К.А., Маслов М.В., Антонова И.Н., Ткаченко Т.Б.	
ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОВРЕМЕННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ.....46	46
Маслов В.В., Маслова Т.В., Кардашенко Я.Р.	
ЭНДОДОНТОПАРОДОНТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА47	47
Мороз П.В., Иорданишвили А.К.	
ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, ОСЛОЖНЕННАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ48	48
Нечкина М.А., Нечкин С.Б., Погосян Г.С., Лазарев Ю.В.	
ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА49	49
Орехова Л.Ю., Лобода Е.С., Яманидзе Н.	
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА.....50	50
Орехова Л.Ю., Мусаева Р.С., Силина Э.С., Гриненко Э.В.	
СООТНОШЕНИЕ МЕТРИЧЕСКОЙ ГРАДАЦИИ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКУЮ ДИНАМИКУ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА.....51	51
Орехова Л.Ю., Косова Е.В., Петров А.А., Косов С.А.	
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ САХАРНОГО ДИАБЕТА. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОСТАВЛЕНИЯ ПЛАНА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ.....52	52
Орехова Л.Ю., Мусаева Р.С., Александрова А.А., Гриненко Э.В.	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА И МЕТОДА ЛАЗЕРНОЙ ФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ДЕТЕКЦИИ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В ПАРОДОНТАЛЬНОМ КАРМАНЕ53	53
Орехова Л.Ю., Биричева О.А., Артемьев Н.А.	
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЗАНЯТОСТИ ЛЮДЕЙ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА РОССИИ НА ЭКОПАТОГЕННОМ ПРОИЗВОДСТВЕ55	55
Пирожинский В.В., Щербо А.П., Иорданишвили А.К.	
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПАХ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....56	56
Порхун Т.В., Вашнева В.Ю., Гусарова Ю.А.	
ОПЫТ ЛИЧНОСТНОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА57	57
Присяжнюк О.В., Удальцова Н.А., Иорданишвили А.К.	
ИЗУЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТИ ЦЕМЕНТА КОРНЯ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ РОТАЦИОННЫХ ИНСТРУМЕНТОВ58	58
Прохорова О.В., Буренкова Н.Э.	
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОПОРЦИЙ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ МОЛЯРОВ И ПРЕМОЛЯРОВ.....59	59
Прохорова О.В., Шефев В.Ю.	
МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ60	60
Робустова Т.Г., Иорданишвили А.К., Удальцова Н.А., Солдатова Л.Н., Волкова Т.В., Присяжнюк О.В., Музыкин М.И., Сериков А.А., Лобейко В.В., Зуйкова М.А., Салманов И.Б., Коровин Н.В., Лысков Н.В., Петров А.А.	

ПОДГОТОВКА ХИРУРГА-СТОМАТОЛОГА В 1 ЛМИ ИМ. АКАД. И.П. ПАВЛОВА (ВЗГЛЯД ЧЕРЕЗ 56 ЛЕТ).....	60
Рузин Г.П.	
ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ ЛИЧНОСТИ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНОЙ ПОЛОСТИ РТА.....	61
Тачалов В.В.	
ОЦЕНКА БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ВОЗДУШНО- АБРАЗИВНЫМ МЕТОДОМ (SANDMAN FUTURA) У ДЕТЕЙ.....	62
Ткаченко Т.Б., Савушкина Н.А., Котюрова О.Л., Карпова Л.С.	
ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ И ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ЭМАЛИ И ДЕНТИНА ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА	63
Тытюк С.Ю., Иорданишвили А.К.	
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ НА УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ О ГИГИЕНЕ РТА У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА	64
Улитовский С.Б., Шевелева Н.Ю., Гулиева А.Ю.	
ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ И ЕГО МОНИТОРИНГ В ПРОЦЕССЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	65
Улитовский С.Б., Шевцов А.В.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СКАФФОЛДОВ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.....	65
Улитовский С.Б., Антипова А.В., Юкина Г.Ю., Галибин О.В., Попрядухин П.В.	
ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ИСТИННОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА	66
Улитовский С.Б., Калинина О.В., Панкратьева Л.И.	
ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБОСНОВАНИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОГРАММ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	67
Улитовский С.Б., Калинина О.В.	
РАЗВИТИЕ ШКОЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЧЕРЕЗ МОТИВАЦИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ.....	68
Улитовский С.Б., Васянина А.А.	
ОБОСНОВАННОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПУЛЬПЫ ЗУБА	69
Шайда Л.П., Чорный Р.В., Качалов А.Б., Геталов А.В.	
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО СТРУКТУРИРОВАНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАТОВ НАНОСЕКУНДНЫМ ЛАЗЕРОМ.....	70
Яременко А.И., Зерницкая Е.А., Комиссарук Г.Б., Некаева Ю.Б.	
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ФРАКЦИОННОГО ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ В ЗОНЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.....	70
Яременко А.И., Зерницкий А.Ю., Зерницкая Е.А., Столярова А.И.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СПОСОБОВ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА	72
Анисимова Е.Н., Анисимова Н.Ю., Гасанова З.М., Рязанцев Н.А., Голикова А.М.	
ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	72
Бузина Т.С., Митерев Д.А.	
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНИКИ БЕСКОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	73
Ерилин Е.А., Анисимова Е.Н., Исаева Е.Р.	
КРИТЕРИАЛЬНАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ РЕАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ВРАЧЕЙ- СТОМАТОЛОГОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИЕЙ	74
Розов Р.А., Трезубов В.Н., Ураков А.Л., Азарин Г.С., Решетников А.П., Копылов М.В.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ К ПРОВЕДЕНИЮ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	74
Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Огарева А.А.	
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ	75
Ситкина Е.В.	
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	76

ИЗУЧЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Березкина И.В., Шадрина К.В.

*Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Введение: одной из актуальных проблем отечественного здравоохранения является высокая распространенность стоматологических заболеваний среди подростков и лиц юношеского возраста. Было проведено исследование, в котором приняли участие 100 школьников. Основой исследования являлось анкетирование. В ходе анкетирования учащиеся отвечали на вопросы о вредных привычках, кратности посещения стоматологического кабинета, знаниях о чистке зубов, средствах гигиены, а также о контроле за потреблением углеводной пищи. Среди анкет школьников получены данные об отсутствии профилактических бесед практически у половины обучающихся. Данное исследование было направлено на выявление уровня осведомленности детей о собственном стоматологическом здоровье.

Цель исследования: изучение отношения к профилактическим мероприятиям в полости рта у подростков.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 100 пациентов в возрасте 16 лет, находящихся на обучении в образовательных учреждениях. Было проведено анкетирование, в ходе которого респонденты отвечали на вопросы о наличии вредных привычек; профилактических беседах дома, в образовательных учреждениях, кабинете врача-стоматолога; кратности посещений стоматологического кабинета; разновидности средств гигиены в домашнем арсенале.

Результаты и их обсуждение: вредные привычки (курение) имеют 11% опрошенных юношей. 51% посещают врача-стоматолога лишь по нужде, 27% приходят в клинику 1 раз в год и лишь 22% молодых людей проходят профилактические осмотры 2 раза в год. Желание получить информацию о средствах личной гигиены отметили 69% респондентов, 22% иногда следовали советам врача-стоматолога, а 9% полагают, что узнают рекомендации из других источников. В кабинете врач рассказывает о средствах личной гигиены полости рта и занимается индивидуальным подбором в 66 из 100 случаев, тогда как в 34 случаях юные пациенты оставались в неведении и полагались на советы сторонних источников и СМИ. Оказалось, что почти половина опрошенных не знают и не используют дополнительные средства индивидуальной гигиены помимо зубной щетки и пасты 45%, знают, но не используют 37%, регулярно используют только 18% юношей. Из 100 проанкетированных 74% чистят регулярно зубы 2 раза в день, 25% чистят зубы только 1 раз за сутки и 1 подросток не прибегает к такому методу индивидуальной гигиены полости рта совсем. При анализе ответов о наличии и разновидности зубной щетки 81 ребенок указал мануальную щетку, 13 – электрическую щетку и 6 имеют в своем арсенале оба вида. На вопросы о частоте приема углеводной пищи (сахаросодержащие продукты) 94% юношей ответили, что в их жизни присутствует сладкое хотя бы раз в день. Большинство опрошенных школьников (95%) имели беседы о правильности ухода за полостью рта с врачом или родителями. Тогда как профилактические беседы в образовательных учреждениях развиты не столь обширно (только у 51% они проводились). На основании полученных знаний 20% юношей самостоятельно приобретают себе средства гигиены, но 56% даже не проявляют участия в покупке, полагаясь на выбор родителей. Находясь на последней ступени к взрослой жизни, 44% подростков уже сами определяют для себя необходимость посещения врача-стоматолога, 29% прислушиваются к совету родителей, 5% оставляют контроль учителям, но 22% проанкетированных остаются без внимания и сами не проявляют инициативы в необходимости регулярных посещений стоматологического кабинета.

Заключение: из проведенного нами исследования можно сделать вывод, что на сегодняшний день осведомленность подростков о своем стоматологическом здоровье и методах профилактики стоматологических заболеваний находится на достаточно низком уровне. Несмотря на попытки со стороны образовательного органа и здравоохранения привить ответственность за свое здоровье у будущего поколения, юные пациенты порой остаются без внимания и становятся безучастными к своему собственному здоровью со столь ранних лет. Необходимо развивать комплекс первичной профилактики среди школьников, мотивировать на поддержание полости рта в здоровом состоянии не только посредством лечения, но и комплекса профилактических мероприятий.

АППАРАТУРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

Булычева Е.А., Булычева Д.С.

Кафедра стоматологии ортопедической и материаловедения с курсом ортодонтии взрослых, кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

В отечественной литературе недостаточно и противоречиво рассматривается проблема аппаратурного лечения с помощью разобщающих зубные ряды аппаратов у больных с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), осложненными гипертонией жевательных мышц. Актуальность лечения с помощью капп не снижается, а наоборот, год от года растет. Это связано как с распространенностью комплексной реабилитационной системы данной категории больных, так и с отсутствием нормальных окклюзионных взаимоотношений зубов-антагонистов после ортодонтического или ортопедического лечения.

Целью исследования: изучить методы нормализации тонуса жевательных мышц у больных с дисфункцией ВНЧС, осложненной гипертонией жевательных мышц.

Было обследовано 275 больных (57 мужчин, 218 женщин) в возрасте от 16 лет до 71 года. Контрольную группу составили 53 практически здоровых человека (13 мужчин, 40 женщин) в возрасте от 16 лет до 31 года. Все больные страдали дисфункцией ВНЧС, осложненной гипертонией жевательной мускулатуры. Пациенты проходили комплексную реабилитацию, одним из этапов которой было использование капп.

При обследовании пациентов из множества болезней ВНЧС было обнаружено три их клинические формы: К07.60 Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава [синдром Костена] (139 человек); К07.61 «Щелкающая» челюсть (102 человека); М 19 Остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава (34 человека).

Необходимо отметить, что каждый из поставленных диагнозов у подавляющего большинства исследуемых пациентов (93%), был осложнен гипертонией жевательных мышц.

При обследовании пациентов мы использовали клинические (опрос, осмотр, пальпация, аускультация) и параклинические методы исследования, среди которых мионометрия и электромиография являлись ведущими.

Электромиографическое исследование проводилось у 185 пациентов (67,2%) из 275 с гипертонией жевательных мышц, которым были рекомендованы каппы и протезы с окклюзионными накладками.

Анализ результатов проведенных нами электромиографических исследований показал, что у больных с расстройством ВНЧС, осложненными мышечной гипертонией, имеются существенные функциональные нарушения жевательных мышц.

Так, в основной группе активность собственно жевательных и височных мышц при сжатии зубных рядов до лечения характеризовалась высокими показателями максимальной амплитуды (собственно жевательная мышца: справа $7,14 \pm 0,43$ мкВ; слева $6,10 \pm 0,30$ мкВ; височная мышца: справа $5,86 \pm 0,21$ мкВ; слева $5,12 \pm 0,12$ мкВ). Кроме того, наблюдалась асимметрия максимальной биоэлектрической активности в правой и левой собственно жевательных мышцах до лечения. Так, в правой собственно жевательной мышце она была на 17% больше, чем в левой. Для височной мышцы эта подобная асимметрия равнялась 15%.

После проведенного в течение 6 месяцев лечения каппами электромиографическая активность жевательных мышц достоверно уменьшилась и приблизилась к показателям контрольной группы (собственно жевательная мышца: справа $4,60 \pm 0,32$ мкВ ($t_1 = 4,68$; $p_1 < 0,01$); слева $4,40 \pm 0,24$ мкВ ($t_2 = 4,37$; $p_2 = 0,01$); височная мышца: справа $4,30 \pm 0,17$ мкВ ($t_3 = 5,53$, $p_3 < 0,001$); слева $4,10 \pm 0,10$ мкВ ($t_4 = 6,39$; $p_4 < 0,001$). Отмечена также относительная симметрия жевательных мышц как с правой, так и с левой стороны.

Большое диагностическое значение у 185 (67,2%) из 275 больных с гипертонией жевательных мышц имело изучение динамики их тонуса в процессе лечения с использованием капп. Была выявлена закономерность изменения тонуса в состоянии функционального покоя и в состоянии сжатия зубов в зависимости от времени лечения каппами. Динамика тонуса покоя в зависимости от продолжительности лечения каппами была следующей: 1-й день – период повышенного тонуса покоя до лечения; наложение каппы на окклюзионную поверхность зубного ряда; 4–5-й день – период увеличенного тонуса покоя жевательных мышц, превышающий исходные данные в 2 раза; 6–8-й день – период непродолжительного закрепления повышенного тонуса жевательных мышц; 12–14-й день – период возвращения тонуса покоя до первоначальных данных; 30-й день – период достижения нормального тонуса покоя; 180-й день – период закрепления миостатического рефлекса, тормозящего мышечный спазм; тонус покоя в норме.

Динамика тонуса сжатия жевательных мышц в зависимости от продолжительности лечения каппами выглядит следующим образом: 1-й день – период повышенного тонуса сжатия до лечения; наложение каппы на окклюзионную поверхность зубного ряда; 4–5-й день – период сниженного в два раза тонуса покоя жевательных мышц, по сравнению с первоначальными данными; 6–8-й день – период непродолжительного закрепления пониженного тонуса жевательных мышц; 12–14-й день – период возвращения тонуса сжатия до первоначальных данных; 30-й день – период достижения нормального тонуса сжатия; 180-й день – период закрепления миостатического рефлекса, тормозящего мышечный спазм; тонус сжатия в норме.

В результате полученных данных лечение гипертонии жевательных мышц должно составлять в среднем 3–4 недели. Для закрепления динамического стереотипа жевательных мышц, включающего угасание миостатического рефлекса и полную адаптацию больного к новому положению нижней челюсти – от 2 до 6 месяцев. Наши исследования подтверждают результаты исследований И.С. Рубинова (1965).

Аппаратурное лечение, как монотерапия, помогло полностью в 35,6% случаях (66 человек), помогло частично в 51,3% случаев (95 человек), оказалась бесполезным в 12,9% случаях (24 человека). Однако у оставшихся 12,9% пациентов боль в области мышц и суставов и симптомы гиперфункции жевательных мышц, хруст, щелканье после лечения каппами и протезами с окклюзионными накладками оставались. Очевидно, это связано с тяжестью поражений, а также с глубиной сопутствующих психических расстройств у этих больных.

На основании полученных результатов, мы пришли к следующим выводам:

1. Миотонметрическое исследование показало, что на момент первичного обследования тонус покоя был высоким, и в среднем равнялся $62,1 \pm 6,29$ гсм/с² справа и $61,5 \pm 6,3$ гсм/с² слева. Через 6 месяцев после лечения тонус покоя достоверно уменьшился – с правой стороны до $41,3 \pm 5,07$ гсм/с² ($t = 2,57$, $p < 0,05$), с левой – до $40,5 \pm 5,09$ гсм/с² ($t = 2,59$; $p < 0,05$) по сравнению с первоначальными результатами до лечения.

Тонус напряжения собственно жевательных мышц на момент первичного обследования был равен с правой стороны $214 \pm 5,42$ гсм/с², с левой $213,5 \pm 5,0$ гсм/с². Через 6 месяцев после лечения тонус сжатия достоверно уменьшился до $195,5 \pm 5,19$ гсм/с² ($t = 2,53$, $p < 0,05$) справа и до $194,0 \pm 5,3$ гсм/с² ($t = 2,6$; $p < 0,05$) слева по сравнению с первоначальными результатами.

2. Анализ результатов электромиографии показал, что в фазе функционального покоя у 88% больных наблюдалась произвольная активность с залпами у собственно жевательных мышц – от $1,28 \pm 0,3$ мкВ до $1,73 \pm 0,7$ мкВ, и у височных мышц – $1,19 \pm 0,4$ мкВ до $1,84 \pm 0,6$ мкВ. После аппаратурного лечения произвольная активность в фазе функционального покоя осталась лишь у 12,3% пациентов, но ее амплитуда при этом существенно уменьшилась. Показатели электрофизиологической активности собственно жевательных и височных мышц после проведенного аппаратурного лечения каппами и протезами с окклюзионными накладками во всех трех группах больных достоверно уменьшились ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичными параметрами до лечения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Васильев А.В., Галецкий Д.В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Общее количество дентальных имплантатов, ежегодно вводимых в челюстные кости пациентов после потери зубов, в настоящее время исчисляется миллионами по данным различных статистических исследований. Большая часть имплантатов выпускается с прогнозируемым сроком службы не менее 20–25 лет у 75–80% пациентов. В научной литературе постоянно обсуждаются различные варианты диагностики и лечения осложнений даже после успешно проведенной операции имплантации, завершившейся через несколько месяцев полноценной оссеоинтеграцией и протезированием. Значительное количество осложнений возникает после успешно завершеного процесса протезирования и последующего функционирования имплантатов в качестве опор для зубных протезов. Причиной таких осложнений могут стать такие факторы, как неправильная конструкция протеза зуба и перегрузка имплантата. В ряде наблюдений выявляются дистрофические процессы в костной ткани и патологические тяжи в области преддверия полости рта вблизи шеек имплантатов, ведущие к медленной потере костной ткани альвеолярных гребней и развитию в воспалительных явлений. Наименее опасной причиной осложнений становится недо-

статочной эффективной гигиеной полости рта, неполноценной очисткой зубов и зубных протезов, отложение на них и шейках имплантатов зубного налёта с развитием «мукозита» – в большинстве случаев обратимого процесса. «Перимплантит» сопровождается появлением подвижности и обнажения пришеечных зон имплантатов, перспективой их удаления. К настоящему времени очевидным стал тот факт, что данная проблема, являясь междисциплинарной, требует равного участия стоматологов-хирургов, стоматологов-ортопедов, пародонтологов.

Как показал наш собственный клинический опыт, в исключительных случаях для излечения мукозита, перимплантита или вызванного ими воспалительного процесса в области имплантата необходимо участие и других специалистов, в частности, микробиологов и микологов. Это связано с тем, что у ряда пациентов с дентальными имплантатами и по данным научной литературы, и по нашим собственным клиническим наблюдениям при диагностике длительно и вяло протекающих воспалительных процессах вблизи дентальных имплантатов выявляются такие возбудители специфической инфекции, как *Actinomyces Israeli*. В настоящее время микробиологи относят актиномицеты к группе бактерий. Микробиологами выделено и зафиксировано более 40 штаммов данных грамположительных, нитевидных, неспорообразующих, и в 90% случаев анаэробных бактерий. К этой же группе относятся нокардии или нокардиоформные актиномицеты. Несколько видов рода *Actinomyces* (*A. israelii*, *A. naeslundii*, *A. bovis*) считаются представителями нормальной микрофлоры организма человека и животных, в определенных условиях становящихся патогенными. Современные методы диагностики актиномикоза требуют участия микробиологов в связи с необходимостью профессионального приготовления нативных препаратов для прямой микробиологической диагностики с целью выявления друзей актиномицет – «тельца Боллингера» размерами до 2 мм. Одновременно используются и методы исследования биоптатов. Это связано с крайне коротким сроком жизни и сохранения формы актиномицет в присутствии кислорода, то есть в аэробной среде.

В случае подтверждения диагноза актиномикоза с применением микробиологических методик, кожно-аллергической пробы и лучевой диагностики осуществляется современный алгоритм лечения данного заболевания. Он предполагает хирургическое вмешательство с целью удаления (выскабливания) очага хронического специфического и назначение антибактериальной терапии. Параллельно осуществляется воздействие на специфический иммунитет с целью его повышения, борьба с сопутствующей гнойной инфекцией, противовоспалительная, десенсибилизирующая и симптоматическая терапия, физические методы лечения.

Схемы антибактериальной терапии в разных странах и даже в разных лечебных учреждениях одного и того же государства часто являются предметом дискуссий. Согласно научно-клиническому опыту специалистов НИИ Медицинской микологии им. П.Н. Кашкина в Санкт-Петербурге лечение актиномикотических поражений костной ткани должно включать в себя антибиотикотерапию длительностью до 9 месяцев. При более коротких сроках лечения с большой вероятностью могут возникать рецидивы этой тяжелой формы хронической инфекции полости рта.

ПЕРВИЧНАЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ПСАФ-АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ СИСТЕМНОМ БИПСИХОСОЦИАЛЬНОМ ПОДХОДЕ К ИССЛЕДОВАНИЮ БОЛЬНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Горбачёва И.А., Чуркин М.А., Шабак-Спасский П.С., Титова М.В.

*Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Введение. В наше время идеологией медицины является интегративный биопсихосоциальный подход к исследованию пациента, ориентированный на лечение «человека в целом», а не лечение конкретной болезни. Важным условием реализации такого подхода в практическом здравоохранении является получение врачом информации о психологическом статусе пациента и воздействующих на него неблагоприятных факторов социально-экономического характера. В ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова предложено пользоваться для первичной оценки психологического статуса больного понятием аутодезадаптации.

Аутодезадаптация – показатель нарушения приспособления человека к условиям внешней, внутренней среды в результате субъективной самооценки им своего психического, соматического, физического состояния и социально-экономического статуса.

*эквивалент в разговоре с пациентом – аутодискомфорт.

Разработана методика экспресс-диагностики ПСАФ-аутодезадаптации, предназначенная для использования врачами первичного звена здравоохранения.

Цель – изучить возможность использования методики экспресс-диагностики ПСАФ-аутодезадаптации у больных гериатрического профиля, оценить информативность методики.

Материалы и методы. Для оценки психосоциального компонента в целостной картине заболевания применяли методику первичной экспресс-диагностики ситуационной ПСАФ-аутодезадаптации. В качестве диагностического инструмента использовали «Лист добровольной доверительной информации врача пациентом (ЛДДИВ)».

Обследовано 35 больных, находившихся на лечении в гериатрическом отделении Клинической больницы Святого Луки. Среди больных было 15 мужчин и 20 женщин в возрасте от 65 до 87 лет. Наряду с общепринятыми схемами комплексного исследования проводилась диагностика ситуационной ПСАФ-аутодезадаптации при поступлении на отделение и спустя 9–10 суток.

При анализе заполненных ЛДДИВ жалобы распределяли по 4 кластерам: психологическому, сенсорному, анатомическому, функциональному. Рассчитывали в баллах общий показатель выраженности аутодезадаптации и её структуру.

Результаты. У всех больных была прослежена динамика выраженности и структуры ПСАФ-аутодезадаптации до начала и после проведённого лечения. Средний интегративный показатель выраженности ПСАФ-аутодезадаптации у пациентов гериатрического профиля до начала лечения составил $45,2 \pm 3,25$ балла, после – $32,4 \pm 2,23$ балла. В показателе структуры доминирующим был психологический кластер как до начала лечения, так и на 9–10-е сутки лечения.

Выводы. Анализ полученных данных показал, что учет структуры и выраженности отдельных кластеров синдрома ПСАФ-аутодезадаптации позволяет более глубоко оценить исходное состояние гериатрического больного, помогает разработать индивидуально-ориентированную программу комплексного лечения и осуществлять мониторинг состояния больного.

Диагностика ПСАФ-аутодезадаптации способствует формированию доброжелательных доверительных отношений между врачом и больным, ориентирует врача в степени выраженности отдельных симптомов, вызывающих аутодезадаптацию и позволяет выработать более эффективную тактику взаимодействия с пациентом, в том числе с привлечением психологов-психотерапевтов, облегчает междисциплинарную интеграцию между лечащим врачом, клиническим психологом, психотерапевтом и врачами-специалистами, средними медицинскими работниками, участвующими в лечении и реабилитации больного.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СВЕТОДИОИДНОГО АКТИВАТОРА «LED-АКТИВ 05» В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Ермаева С.С., Демченко Т.В., Старостина М.В.

*Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Введение. Физиотерапия является важной составляющей комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта. Светолечение – это один из методов физиотерапии, при котором на организм больного человека воздействуют дозированным, видимым излучением.

Одним из вариантов является светодиодное излучение красного цвета. (СДИЦК).

В литературе имеются многочисленные сообщения о терапевтической эффективности светодиодного излучения красного цвета при раневом процессе.

Одним из устройств, применяющихся для данных целей, является «Активатор Светодиодный «LED-актив 05», который в режиме красного света создает низкоинтенсивное импульсное излучение со следующими параметрами: длина волны – 625 нм, частота импульсной модуляции – 80 Гц, плотность мощности излучения 140 мВт/см².

Цель. Целью данного исследования является оценка клинической эффективности включения фототерапии модулированным красным излучением светодиодного активатора «LED-АКТИВ 05» в составе комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита (ХГП) легкой степени тяжести.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 26 пациентов (18 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 20–40 лет с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести. Длительность хронического заболевания составляла от 2 до 8 лет. При первоначальном осмотре пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт в области десен, отек, кровоточивость при чистке зубов и употреблении жесткой пищи, неприятный запах изо рта. Больные были разделены на две группы: основную и контрольную, сопоставимые по клиническим и клинико-лабораторным показателям.

Диагностика и лечение пациентов проводились согласно протоколам оказания стоматологической помощи, утвержденными СтАР. Лечение в обеих группах включало в себя: профессиональную гигиену и санацию полости рта.

В контрольной группе (12 пациентов) лечение проводилось только по протоколам оказания стоматологической помощи.

В основной группе (14 пациентов) к лечению по протоколам добавочно применялась фототерапия с использованием светодиодного активатора «LED-Актив 05», создающего красное излучение в импульсном режиме, со следующими параметрами: длина волны – 625 ± 10 нм, частота импульсной модуляции – 80 Гц, плотность мощности излучения 140 мВт/см². Данная процедура проводилась ежедневно, в области воспаленной десны, в течение 2 минут на один участок. Суммарное время воздействия составляло 12 минут. Курс лечения включал в себя 6 процедур.

Для оценки состояния тканей пародонта использовались следующие индексы: проба Шиллера-Писарева, индекс РМА в модификации Parma (1960), индекс гингивита GI (Loe H., Silness J., 1963), а также проводилось рентгенологическое обследование.

Результаты и обсуждения. Перед началом лечения, было проведено объективное обследование пациентов обеих групп, по результатам которого были выявлены неудовлетворительная гигиена полости рта, над и поддесневые зубные отложения, кровоточивость десен при легком зондировании, гиперемия и отек.

В контрольной группе пациентов клинические признаки заболевания начинали уменьшаться на 3–7-й день после начала лечения.

В основной группе после 2–3 сеансов светолечения отмечалось снижение болевого синдрома, уменьшение отека и гиперемии десны.

Таким образом, более выраженный клинический эффект наблюдался у больных основной группы исследования, где в состав комплексной терапии было включено применение фототерапии.

Эффективность данной процедуры подтверждалась не только клиническими показателями, но и индексной оценкой состояния пародонта.

До лечения проба Шиллера–Писарева была положительной у пациентов основной и контрольной групп, индекс гингивита Silness-Loe составлял не более 2,1; индекс РМА – в среднем 50–60%

После лечения в основной группе проба Шиллера–Писарева была отрицательной, индекс гингивита Silness-Loe был не более 0,7, индекс РМА – в пределах 20–30%.

В контрольной группе после лечения проба Шиллера–Писарева была отрицательной или слабоположительной, индекс гингивита Silness-Loe не превышал 1,0, индекс РМА – в среднем 35%.

Исходя из данных исследования можно сделать вывод, что использование фототерапии модулированным красным излучением светодиодного активатора является эффективным дополнением в комплексной терапии заболеваний пародонта.

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Жаворонкова М.Д., Суборова Т.Н., Копейкина А.А.

*Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ,
НИЦ ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

Введение. В настоящее время доля пациентов с сопутствующей соматической патологией, обращающихся за стоматологической помощью, постепенно возрастает. Наиболее часто встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и дыхательной системы.

Цель. На основании литературных и собственных данных оптимизировать условия оказания стоматологической помощи пациентам с сопутствующей соматической патологией.

Материалы и методы. Проанализированы особенности стоматологического лечения 31 пациента, в том числе десяти человек с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, двенадцати – опорно-двигательного аппарата и девяти – с патологией дыхательной системы.

Результаты. Стоматологическая помощь обычно оказывается в положении «лежа». Однако в таком положении не рекомендуется лечить пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и дыхательной системы. Так, у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в результате стресса повышается секреция адреналина, что может спровоцировать гипертонический криз. При наличии у пациента хронической сердечно-сосудистой недостаточности при длительном горизонтальном положении может возникнуть обострение гипертонической болезни. У пациентов, принимающих антигипертензивные препараты, увеличивается риск развития ортостатического коллапса, при приеме сердечных гликозидов существует риск возникновения аритмии. При лечении таких пациентов мы предотвращали длительное ожидание приема, уделяли внимание психоэмоциональной коррекции состояния пациента. Убеждались в том, что пациент перед приемом принял препараты, назначенные лечащим врачом для коррекции соматической патологии. Прием проводили в положении пациента «полулежа» в кресле, медленно поднимали пациента после приема, сокращали время приема и увеличивали количество посещений. Соблюдение этих условий позволило избежать нежелательных реакций при оказании стоматологической помощи десяти пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Неудобное положение головы при наличии у пациента остеохондроза шейного отдела позвоночника может привести к обострению гипертонической болезни. Кроме того, пациенты с остеохондрозом шейного отдела позвоночника могут потерять сознание при запрокидывании головы вследствие пережатия позвоночных артерий. Поэтому таким пациентам стоматологическую помощь оказывали при нахождении в положении лежа с полусогнутыми ногами, при этом позвонки оставались в более физиологичном для них положении, ось головы соответствовала оси туловища. Пациенты в стоматологическом кресле предлагали подушку, специализированные валики под шею и поясницу или специальный ортопедический матрац, позволяющие облегчить проведение стоматологических процедур. Кроме того, сокращали время приема и увеличивали количество посещений. При выполнении данных рекомендаций не отмечено нежелательных реакций при лечении двенадцати пациентов с остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Следует помнить, что пациенты с затрудненным носовым дыханием (отек слизистой, анатомические нарушения, разрастание мягких тканей) дышат ртом и возрастает риск случайной аспирации инородных тел. У пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и хроническим бронхитом в положении лежа происходит застой в легких, что вызывает усиление одышки и возникновение кашля. В связи с этим пациентам, страдающим заболеваниями дыхательной системы, следует принять препараты, назначенные пульмонологом, а при необходимости провести премедикацию успокаивающими средствами и бронхолитиками. При затруднении носового дыхания, обусловленного отеком слизистой, рекомендуется закапывать в нос капли с адrenomimetиком, назначенные врачом-оториноларингологом. Таким пациентам перед приемом предлагали стакан теплой воды, чтобы избежать возникновения сухости в полости рта, а в процессе лечения в профилактических целях орошали водой полость рта. Также затруднение носового дыхания является противопоказанием к применению коффердама в клинической практике врача-стоматолога. Соблюдение этих условий позволило избежать нежелательных реакций при оказании стоматологической помощи девяти пациентам с сопутствующей патологией дыхательной системы.

Выводы. 1. Для успешного оказания стоматологической помощи пациенты с сопутствующей соматической патологией перед приемом должны принять препараты, назначенные лечащим врачом.

2. Врачу-стоматологу следует обеспечить пациенту с сопутствующей соматической патологией непродолжительное время ожидания и коррекцию психоэмоционального состояния, сокращать время приема и увеличивать количество посещений.

3. Необходимо регулировать параметры подголовника и спинки кресла в зависимости от особенностей состояния здоровья пациента, использовать специальные ортопедические приспособления.

АЗАРИЙ ЯКОВЛЕВИЧ КАТЦ – ОСНОВОПОЛОЖНИК ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Иорданишвили А.К.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

В юбилейный дни для Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова просто необходимо вспомнить о профессиональной деятельности профессора А.Я. Катца, одного из виднейших представителей советской стоматологической науки, явившегося основоположником отечественной ортопедической стоматологии. Он начал трудовую деятельность зубным техником, в последующем работал зубным врачом, мечтал о высшем медицинском образовании. Реализовал эту мечту лишь в 36-летнем возрасте (1918), после Великой Октябрьской социалистической революции. Он поступил и в возрасте 42 лет успешно окончил Военно-медицинскую академию, став дипломированным врачом. Вся его последующая деятельность в основном протекала в Ленинградском научно-практическом стоматологическом институте и в открытом на базе этого института вузе. Он превратил ортопедическую стоматологию из ремесла в научную дисциплину, разрабатывая вопросы функциональной анатомии жевательного аппарата, что нашло свое отражение в его докторской диссертации на тему: «Архитектура нижней челюсти» (1935). С 1936 г. до конца своей жизни он возглавлял кафедру ортопедической стоматологии Ленинградского медицинского стоматологического института.

Необходимо подчеркнуть, что в период зимней (советско-финской) и Великой Отечественной войн он трудился в госпиталях, отдавал, как все граждане СССР, силы, знания, врачебный опыт делу оказания помощи раненым воинам. В этот период им был предложен простой и оригинальный аппарат для исправления неправильного положения отломков при переломах нижней челюсти.

Научные труды А.Я. Катца имели философский стержень. Он подверг критике господствовавшие в стоматологической литературе тех лет отсталые механические взгляды по вопросам физиологии и патофизиологии жевательного аппарата, его функции. В целом А.Я. Катц разработал новые принципы функциональной диагностики и лечения ортопедической стоматологии и ортодонтии. Именно на основе них возникла советская профилактическая ортопедическая стоматология, явившаяся системой простых и доступных в клинической практике мероприятий, предотвращающих развитие стойких деформаций. Кроме этого, он является автором нового и простого метода оперативного вмешательства при аномалиях прикуса тяжелой степени у взрослых.

Уже будучи тяжело больным, А.Я. Катц сделал на XII научной сессии института интересное сообщение о лечении так называемого «щелкающего» нижнечелюстного сустава ортопедическими методами на основе изменения функции сустава. А.Я. Катц напечатал и доложил свыше 60 работ, в том числе являлся соавтором первого в стране учебника «Ортопедическая стоматология» (1940), а также несколько монографий.

Будучи заведующим кафедрой, А.Я. Катц много сил и энергии отдал своему любимому делу – делу подготовки специалистов по ортопедической стоматологии. Его ученики отмечали, что в глубоких по содержанию лекциях он



Рис. Профессор А.Я. Катц

излагал материал простым и понятным для студентов языком, причем не только тот, который был предусмотрен программой по ортопедической стоматологии, но и рассказывал о новых достижениях нашей специальности.

А.Я. Катц подготовил большое число врачей стоматологов-ортопедов, а также научных работников и преподавателей, был научным руководителем ряда кандидатских диссертаций.

Необходимо отметить, что идеи А.Я. Катца существенно повлияли на дальнейшее развитие ортопедической стоматологии как науки, так и учебной дисциплины. Он имел заслуженный высокий авторитет среди научных и практических работников стоматологии всей страны. На протяжении четверти века он являлся членом правления Ленинградского научного общества стоматологов и около 20 лет возглавлял секцию ортопедической стоматологии.

29 октября 1952 г. на 70-м году жизни скончался заведующий кафедрой ортопедической стоматологии Ленинградского медицинского стоматологического института, доктор медицинских наук, профессор А.Я. Катц. Интересно отметить, что умер А.Я. Катц в отделении 1 Военно-морского госпиталя, которым руководил муж одной из учениц А.Я. Катца.

А.Я. Катц был выдающимся ученым, олицетворял лучшие черты человека высокой культуры. Он был чуток к чужим просьбам, являлся демократичным и доступным руководителем, опытным клиницистом, а также настоящим патриотом советской родины. Правительство высоко оценило заслуги А.Я. Катца перед родиной, наградив его орденом Трудового Красного Знамени.

А.Т. ЗЕЛИНСКИЙ: ВОЕННЫЙ ВРАЧ, УЧЁНЫЙ, ПЕДАГОГ И ДРУГ

Иорданишвили А.К.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

Вспоминая студенческие годы, Первый Ленинградский медицинский институт, первые тёплые слова о кафедре ортопедической стоматологии, об искусстве врачевания многие выпускники стоматологического факультета обращали внимание именно к нему – Анатолию Терентьевичу Зелинскому (рис. 1). За свою долгую жизнь он впитал самое лучшее, что стремились передать своим воспитанникам Ленинградские корифеи нашей специальности – А.Я. Катц, И.С. Рубинов, М.В. Мухин, Б.Д. Кабаков, В.А. Дунаевский и многие другие челюстно-лицевые хирурги и стоматологи.



Рис. 1. Майор медицинской службы, кандидат медицинских наук А.Т. Зелинский

Врачом и педагогом А.Т. Зелинский решил стать ещё в далёком 1934 г. будучи студентом зубоучебного отделения Ростовского-на-Дону медицинского техникума, куда он поступил по окончании седьмого класса Раково-Таврической школы колхозной молодёжи. Тогда он хотел быть похож на руководителя зубоучебного отделения этого техникума корифея стоматологии Н.И. Агпова. Но случай не позволил стать зубным техником. А.Т. Зелинский, ещё не приступив к учебным занятиям, заболел малярией, а после выздоровления (в 1935 г.) был переведён на фельдшерское отделение, которое успешно закончил через четыре года и стал работать по специальности в районной амбулатории посёлка Глубокая Ростовской области. Работая фельдшером, Анатолий Терентьевич получил хорошие практические навыки терапевта и хирурга, развил своё клиническое мышление. И это всего за один год, так как в 1940 г. он был призван в Красную Армию, где проходил воинскую службу по специальности в Северо-Кавказском и Прибалтийском особом военных округах.

А.Т. Зелинский всегда с тревогой вспоминал начало Великой Отечественной войны, участником которой он был с первого её дня. Война застала его в Прибалтике. В первый день (22.06.1941) он не только оказывал медицинскую помощь раненым пограничникам, но и с винтовкой в руках защищал границу СССР. Пройдя по дорогам войны в составе войск Северо-Западного, Калининского, 1-го Прибалтийского и 3-го Белорусского фронтов, участвуя во многих военных операциях, он достойно пронёс звание военного медика и это было высоко оценено правительством: орденом Отечественной войны I степе-

ни, два ордена Красной звезды, две медали «За боевые заслуги», медали за освобождение многих городов. После окончания войны А.Т. Зелинский не оставил Вооружённые силы, а продолжил воинскую службу. В 1948–1951 гг. он учился и с отличием окончил Военно-медицинское училище им. Щорса (при ВМедА), а после его окончания последовательно проходил службу в должности зубного врача в Дальневосточном военном округе, заведующего стоматологическим отделением 204-го ППГ 85 стрелкового корпуса, дислоцировавшегося на острове Итугур Курильской гряды. Эти годы своей жизни он вспоминал с особой теплотой. За давностью лет, как всегда, забылись сложности службы и быта, а сохранилась добрая память о друзьях, интересной работе, близких людях. За год до ухода в запас (1955) майор медицинской службы А.Т. Зелинский служил в г. Грозном. С болью в сердце он воспринимал всё то, что видел из Чечни по телевидению в последнее десятилетие.

С 1956 г. Анатолий Терентьевич работал стоматологом-ортопедом 1-й городской стоматологической поликлиники Ленинграда, затем стоматологической поликлиники 4-го Управления Горздравотдела (2-я Кремлёвская больница), а с 1957 г. – заведующим стоматологическим кабинетом Суворовского военного училища Погранвойск КГБ, где он умело и быстро организовал плановую санацию полости рта воспитанникам.

Быстрое развитие специальности в послевоенные годы привело к тому, что А.Т. Зелинский в 1959 г. поступил на заочное отделение ММСИ имени Н.А. Семашко, а на следующий год был переведён на стоматологический факультет 1-го Ленинградского медицинского института им. академика И.П. Павлова, успешно закончив который в 1964 г., вновь стал работать стоматологом-ортопедом в 1-й городской стоматологической поликлинике Ленинграда.

В январе 1969 г. А.Т. Зелинский был избран ассистентом на кафедру ортопедической стоматологии 1 ЛМИ имени академика И.П. Павлова, куда его пригласил заведующий этой кафедрой тогда ещё доцент Леонид Матвеевич Перзашкевич (рис. 2).

В прошлом боевому офицеру Л.М. Перзашкевичу Анатолий Терентьевич пришёлся по душе (ещё в 1956 г., когда Л.М. Перзашкевич работал главным врачом 1-й городской стоматологической поликлиники Ленгорздравотдела), дружеские отношения у них сохранились до кончины Л.М. Перзашкевича (20.01.1992). У них было много общего главным образом – прошлое, война... На кафедре Анатолий Терентьевич сразу хорошо зарекомендовал себя, быстро проявил свои незаурядные организаторские способности.

Л.М. Перзашкевич часто любя называл его «мой завхоз». И это правда. А.Т. Зелинский был не только хорошим врачом и педагогом, но и отличным хозяйственником.

На протяжении более 30 лет А.Т. Зелинский вёл научную работу, особое внимание уделяя изобретательской и рационализаторской работе. 18 февраля 1974 г. под руководством доцента Л.М. Перзашкевича он успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Особенности ортопедического лечения больных при патологической стираемости твёрдых тканей зубов, осложнённой снижением высоты прикуса». Им была разработана рабочая схема классификации патологической стираемости твёрдых тканей зубов, показано, что трудности ортопедического лечения больных с этой патологией определяются не только видом и степенью стираемости, но и сопутствующими деформациями зубных рядов, изменением характера прикуса и снижением его высоты, а также изменением рефлекторных связей в жевательном аппарате. Им было доказано, что перестройку миостатических рефлексов жевательных мышц следует рассматривать как основной метод предварительной подготовки полости рта к рациональному зубному протезированию, сроки которой переменны и зависят от возраста и индивидуальных особенностей больного.

А.Т. Зелинский в своей научно-исследовательской работе много внимания уделял вопросам ортопедического лечения при патологии тканей пародонта, аномалиях и деформациях прикуса, профилактике и лечению осложнений зубного протезирования. Он был «от бога» изобретателем и рационализатором. Многие разработанные им устройства и приборы экспонировались на ВДНХ СССР и неоднократно удостоивались различных медалей. Им предложен состав гипса повышенной прочности (А.с. № 1404074-1988, в соавторстве), лечебный зубной протез с источником постоянного магнитного поля, для терапии парестезий слизистой оболочки полости рта (А.с. № 1602506-1990, в соавторстве), конструкция мионометра устройство для определения плотности (тонуса) мышц (1972), конструкция зубного протеза для больного акромегалией (1972), стандартный штифт с пластмассовой головкой для культевых коронок (1972), ИОН-1-устройство для омрагнивания воды, зубных протезов и стоматологических материалов,



Рис. 2. Профессор Леонид Матвеевич Перзашкевич

аппарат для выгибания многозвеньевых кламмеров, конструкция шины с многозвеньевым кламмером при заболеваниях пародонта и многое, многое другое. Эти устройства, материалы и аппараты широко применялись в практической стоматологии, облегчая труд врачей и зубных техников и делая производимые ими конструкции зубных протезов и шин более современными, эффективными и эстетичными. Всего А.Т. Зелинский опубликовал около 100 научных работ, внедрил в практику более 50 рационализаторских предложений.

В 2003 г. А.Т. Зелинский закончил свой жизненный путь. Медицинская общественность и коллеги знали его как хорошего клинициста и педагога, доброжелательного, скромного и отзывчивого человека и друга. Таким он останется в нашей памяти по сей день.

ГЛАВНЫЙ СТОМАТОЛОГ ВМФ СССР ПРОФЕССОР В.М. УВАРОВ Иорданишвили А.К.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

В 2018 году медицинская общественность страны отмечает 125-летие со дня рождения выдающегося деятеля отечественной военной медицины и гражданского здравоохранения, доктора медицинских наук, профессора, полковника медицинской службы Владимира Михайловича Уварова, внесшего весомый вклад в становление и развитие стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в СССР, а также в Вооружённых Силах и особенно на Военно-Морском Флоте Советского Союза. Будучи блестящим педагогом, он создал большую школу высококвалифицированных врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов, работающих по сей день на всей территории России и в странах ближнего зарубежья.

В.М. Уваров родился 9 апреля 1893 года в г. Симферополе, где и окончил гимназию. Получение медицинского образования Владимир Михайлович начал в 1911 году в Санкт-Петербургской медико-хирургической академии. Однако, в знак протеста против ношения слушателями военной формы и оружия в 1913 г. он оставил стены академии и перешёл для продолжения учёбы на медицинский факультет Юрьевского университета (г. Тарту), а затем – медицинский факультет Московского университета, где в 1915 году завершил своё высшее образование, после чего сразу отправился на фронт младшим врачом Кирасирского Подольского полка. С 1918 года на протяжении пяти лет он работает в Крыму: сначала врачом в Севастопольской городской больнице, в Симферопольском госпитале, а затем ассистентом кафедр физиологии, потом факультетской хирургии Крымского университета. В 1923 г. В.М. Уваров уезжает на самостоятельную работу в г. Шлиссельбург (ныне Петрокрепость), где становится заведующим хирургическим отделением городской больницы. В это время он знакомится с заведующим кафедрой стоматологии Петроградского медицинского института (ныне Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова) профессором П.П. Львовым. В 1924 г. Владимир Михайлович по приглашению профессора П.П. Львова занимает должность старшего ассистента на руководимой П.П. Львовым кафедре стоматологии, где начинает свою научную деятельность.

Первые научные труды В. М. Уварова носили разноплановый характер, касались различных аспектов новой для него специальности и в основном являлись клиническими наблюдениями. Уже в 1925 году им были опубликованы четыре научные работы: «Абсцесс мозга зубного происхождения», «Два случая первичного рака челюстей и вопрос о ранней диагностике рака», «Дезинфекция рук водным раствором танина» и «Кровоснабжение твёрдого нёба в связи с пластическими операциями на нём».

В 1925 г. В.М. Уваров занимается вопросами местного обезболивания в стоматологии, предлагает новую методику внеротовой мандибулярной анестезии и способ обезболивания зоны лица, иннервируемой третьей ветвью тройничного нерва.

С 1927 г. Владимир Михайлович сосредоточивает своё внимание на основной проблеме стоматологии того времени – одонтогенном остеомиелите челюстей и продолжает научные исследования по теме «Кровоснабжение нёба». Широко используя рентгенологические методы исследования для проверки анатомически данных, он приступает к изучению кровоснабжения челюстей в лаборатории Ленинградского рентгенологического института, чему посвящает 8 лет кропотливого труда. Результаты этих анатомо-рентгенологических исследований были опу-

бликованы в статье «Кровоснабжение челюстей» (Вестник хирургии, 1934 и Zeitschrift fur Stomatologie, 1935). За эту работу автор получил 2-ю премию на институтском конкурсе. Именно эти научные исследования в последующем легли в основу его докторской диссертации.

В 1936 г. В.М. Уваров проводит большое исследование, направленное на изучение показаний и противопоказаний к удалению зубов при одонтогенном остеомиелите челюстей и на основании более чем 2 тысяч наблюдений в статье «Массовые экстракции зубов при одонтогенном остеомиелите» обосновал целесообразность раннего удаления «причинного» зуба. В этом же году Владимиру Михайловичу присваивают учёную степень кандидата медицинских наук без защиты диссертации, и он начинает чтение приват-доцентского курса по травматологии в 1 ЛМИ.

В.М. Уваров много сделал для пропаганды научных трудов советских стоматологов за рубежом. Будучи на протяжении 4 лет (1935–1938) референтом научного журнала «Monaschrift fur Zahnheilkunde» он напечатал на его страницах свыше 100 рефератов работ советских авторов.

Докторская диссертация В.М. Уварова «Кровоснабжение челюстей и типы некрозов при одонтогенном остеомиелите» блестяще защищённая им в 1939 г. была первой докторской диссертацией, выполненной на кафедре хирургической стоматологии 1 ЛМИ. В.М. Уваров выявил ранее неизвестные источники кровоснабжения и детально изучил сосудистую архитектуру челюстей. Так, на верхней челюсти он обнаружил многочисленные анастомозы между большой нёбной и резцовой артериями, выявил богатую сосудистую сеть в межальвеолярных пространствах и в области бугра челюсти, а также обнаружил богатую периостальную сосудистую сеть в области собачьей ямки.

В.М. Уваров установил, что кроме нижней альвеолярной артерии в кровоснабжении нижней челюсти принимает участие по крайней мере ещё семь крупных артерий, причём эти сосуды широко анастомозируют между собой. Он показал, что образование и форма секвестров отдельных участков нижней челюсти находится в прямой зависимости от нарушения кровоснабжения в отдельных питающих сосудах за счёт тромбоза, рефлекторного спазма или же сдавления сосуда образующимся экссудатом.

В 1940 году В.М. Уварова приглашают в Военно-морскую медицинскую академию на должность начальника только что открытого курса стоматологии, а с 1943 г. – кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Ему присваивается учёное звание профессора и воинское звание полковника медицинской службы. В годы Великой Отечественной войны он возглавляет стоматологическую службу Военно-морского флота и руководит челюстно-лицевым госпиталем в г. Кирове, имевшем в 1943 г. около 1000 коек и являвшимся базой кафедры.

На протяжении 15 лет В.М. Уваров, являясь главным стоматологом Военно-морского флота, а в 1951–1953 гг. – главным стоматологом Министерства обороны СССР, проявил себя умелым организатором стоматологической службы в Армии и на Советском Флоте в мирное время и годы войны. Он впервые создал стройную лечебно-эвакуационную систему стоматологической помощи раненым на флоте. Работы В.М. Уварова «Инструкция по оказанию помощи при ранениях челюстей на кораблях и частях Военно-морского флота» (1940), «Инструкция по протезированию на флоте» (1940), книга «Лечение челюстно-лицевых повреждений в тыловых госпиталях» (1942), статьи «Пластика огнестрельных ранений мягких тканей лица» (1946), «Огнестрельные остеомиелеты» (1951), «Очерки развития отечественной стоматологии на ВМФ» (1952) и многие другие, написанные с использованием накопившегося клинического материала за период Финской и Великой Отечественной войн, легли в основу организации стоматологического обеспечения на ВМФ.

Благодаря стараниям Главного стоматолога ВС СССР генерал-майора медицинской службы Д.А. Энтина и Главного стоматолога ВМФ СССР В.М. Уварова стоматологическая помощь вошла в план целого ряда оздоровительных мероприятий, проводимых в армии и на флоте. Обращалось особое внимание на профилактику заболеваний зубов. С этой целью в обязательном порядке проводились профилактические осмотры, пополнения и периодические осмотры всего личного состава, намечались планы и последовательность санационных мероприятий. При этом часы приёма, меры для проведения санации согласовывались с командирами воинских частей, дабы лечебно-профилактические стоматологические мероприятия не нарушали повседневную работу личного состава. Для профилактики кариеса обращалось очень большое внимание на санитарно-просветительную работу: питание, курение, уход за полостью рта и т.п. (В.М. Уваров, 1957).



Рис. Профессор полковник медицинской службы В.М. Уваров

Важно подчеркнуть, что стоматологическая работа на флотах находилась в тесном контакте с гражданскими стоматологическими учреждениями. Этот контакт выражался во взаимных консультациях по лечебным и теоретическим вопросам, во взаимной помощи в лечебных мероприятиях. Отрадно, что в настоящее время эти традиции сохраняются.

В 1956 году в связи с реорганизацией Военно-морской медицинской академии профессор В.М. Уваров переходит на кафедру челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, где продолжает служить до 1960 года. За этот период выходит в свет монография В.М. Уварова «Клиника и лечение одонтогенных остеомиелитов челюстей» (1956), а также «Учебник стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» (1957).

С 1960 по 1971 гг. профессор В.М. Уваров возглавлял кафедру терапевтической стоматологии I Ленинградского медицинского института имени академика И.П. Павлова. Он активно занимался разработкой новых методик лечения пульпитов и верхушечных периодонтитов с применением диатермокоагуляции, хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и языка, а также изучал изменения органов и тканей полости рта при заболевании крови. В это же время им были подготовлены к изданию монографии «Одонтогенный гайморит» (1962), «Одонтогенные воспалительные процессы» (1962 и 1971), «Изменения органов полости рта при болезни крови» (1975), в соавторстве с М.К. Русак и В.И. Калининым). 17 января 1982 года профессор В.М. Уваров закончил свой жизненный путь.

Нет раздела стоматологии, которому В.М. Уваров не уделил бы внимания. Под его руководством успешно защищено около 30 кандидатских и докторских диссертаций. Его перу принадлежит более 150 научных работ, среди них 6 монографий и 1 учебник. Он был автором главы о наркозе и местной анестезии, написанной для руководства «Хирургическая стоматология» (1938), изданного под редакцией А.А. Лимберга и П.П. Львова.

Владимир Михайлович был прекрасным педагогом, щедро делился своим научным, врачебным и педагогическим опытом со студентами, курсантами, слушателями и преподавателями. Он вёл большую лечебную и консультативную работу.

Научно-педагогическая деятельность В.М. Уварова неразрывно сочеталась с многогранной общественной работой. На протяжении многих лет он являлся председателем и членом правления Научного общества стоматологов г. Ленинграда и Ленинградской области, членом лечебно-контрольной и аттестационной комиссий при Главном управлении здравоохранения Ленгорисполкома, членом редакционного совета журнала «Стоматология». За заслуги перед советским народом он награждён многими орденами и медалями СССР.

И сегодня ученики, последователи Владимира Михайловича Уварова хранят о нём память как о выдающемся организаторе военного и гражданского здравоохранения, клиницисте, учёном и педагоге, эталоне Человека и человечности.

ЕГО НАУКА ПОМОГАЕТ ЛЕЧИТЬ И СЕГОДНЯ

Иорданишвили А.К.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

Имя выдающегося отечественного стоматолога основоположника физиологического направления в стоматологии Иосифа Соломоновича Рубинова до сих пор широко известно стоматологической общественности России, стран ближнего и дальнего зарубежья. Научное наследие профессора И.С. Рубинова является ценным вкладом в развитие медицинской науки, всех разделов стоматологии. Особенно много он сделал в области изучения сложных вопросов физиологии и патофизиологии жевательного аппарата.

Иосиф Соломонович родился в местечке Карниловке в Белоруссии в семье кустара-кузнеца 1 января 1907 г. В 1924 г. он окончил школу II ступени, а с 1924 по 1928 г. учился и работал зубным техником в зубоврачебных кабинетах страхкасы городов Жлобина и Рогачева БССР. В 1928 г. И.С. Рубинов успешно сдал экзамены и заочно получил звание зубного техника в Ленинградском зуботехническом техникуме.

В 1929 г. И.С. Рубинов был призван в Красную Армию, где проходил службу по специальности – работал зубным техником в Ленинградском центральном Красноармейском госпитале. В 1930–1933 гг. Иосиф Соломонович работал преподавателем по лабораторному зубопротезированию в Ленинградском зубопротезном техникуме, а после его реорганизации в Зубоврачебный Институт с 1934 по 1936 гг. продолжил работать в нем ассистентом-преподавателем по клиническому зубопротезированию. После реорганизации Ленинградского зубоврачебного института в Стоматологический институт И.С. Рубинов с 1937 г. по июнь 1941 г. работал в нем ассистентом кафедры ортопедической стоматологии.

Необходимо отметить, что в 1932 г. без отрыва от производства И.С. Рубинов в Ленинградском научно-практическом стоматологическом институте получил звание зубного врача, а с 1933 г. без отрыва от работы учился в 1-м Ленинградском медицинском институте, который окончил с отличием в 1938 году. Именно с этого года И.С. Рубинов одновременно с лечебной и преподавательской деятельностью стал вести научно-исследовательскую работу.

С июня 1941 г. по март 1946 г. Иосиф Соломонович Рубинов находился в действующей армии и на многих фронтах в годы Великой Отечественной войны принимал непосредственное участие в оказании специализированной помощи челюстно-лицевым раненым. Во время Великой Отечественной войны И.С. Рубинов был награжден орденами «Красной Звезды», «Отечественной войны II степени», медалями «За оборону Советского Заполярья», «За победу над Германией», «За победу над Японией». Важно подчеркнуть, что и в суровые годы войны Иосиф Соломонович не прекратил научно-исследовательской работы и в декабре 1944 г. успешно защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Проведенные И.С. Рубиновым экспериментальные исследования функций жевательного аппарата на собаках путем применения классических методов И.П. Павлова – многого кормления и условных рефлексов – дали возможность установить ряд закономерностей в рефлекторных движениях нижней челюсти, взаимодействия рефлексов жевания и глотания, а также изучить их безусловно- и условнорефлекторные влияния на двигательную функцию желудка, двенадцатиперстной кишки и дыхания.

Расширение представлений о механизмах акта глотания в норме и патологии позволило И.С. Рубинову разработать более рациональные научно-обоснованные и физиологические методы кормления челюстно-лицевых раненых, стоматологических и ЛОР-больных. Большинство предложений И.С. Рубинова по кормлению челюстно-лицевых раненых и больных были проведены в практике военно-медицинских учреждений в годы Великой Отечественной войны, когда Иосиф Соломонович серьезно занимался научно-исследовательской работой, находясь в действующей армии.

После демобилизации из рядов Советской Армии И.С. Рубинов вновь вернулся в Ленинград и работал на кафедре ортопедической стоматологии Ленинградского медицинского стоматологического института вначале в должности ассистента, затем – доцента и заведующим кафедрой ортопедической стоматологии.

В декабре 1952 г. Иосиф Соломонович блестяще защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: «Клинико-физиологические исследования актов жевания и глотания в норме и патологии». Основные положения этой крупной научно-исследовательской работы, имеющей до сих пор не только научное, но и важное прикладное значение, неоднократно публиковались на страницах серьезных научных изданий. В последующем работа нового направления в стоматологии, а именно физиологии и патофизиологии жевания и глотания, нервно-рефлекторной координации жевательного аппарата, были обобщены И.С. Рубиновым в монографиях, которые до сих пор являются настольными книгами врачей-стоматологов и преподавателей стоматологических факультетов вузов, и золотым фондом вошли в список фундаментальных медицинских изданий.

В ходе проводимой научно-исследовательской работы И.С. Рубиновым были предложены новые объективные методы оценки в клинике стоматологии состояния жевательного аппарата.

В 1957 г. И.С. Рубинов получил авторское свидетельство Комитета по делам изобретений и открытий при Совете Министров СССР на изобретение «Искусственные жевательные зубы с самозатачивающейся жевательной поверхностью». На протяжении 12 лет он являлся специалистом-консультантом на Ленинградском заводе зубопротезных материалов. Именно при участии И.С. Рубинова были созданы условия для внедрения в широкую клиническую практику наиболее рациональных конструкций опирающихся зубных протезов. В 1961 г. на Ленинградском заводе зубопротезных материалов был освоен в промышленному выпуску кобальто-хромовый сплав, а в 1964 г. – огнеупорная масса силикам и дубликатная масса гелин для изготовления цельнолитых зубных протезов.

И.С. Рубиновым было подготовлено 16 кандидатов медицинских наук, опубликовано более 100 научных работ, а также около 100 рукописей и докладов, проделана большая работа в области подготовки молодых врачей-стоматологов и усовершенствования врачей-стоматологов-ортопедов, в деле подготовки высококвалифицированных науч-

ных работников и педагогических кадров. И.С. Рубинов рано ушел из жизни (рис.), но он оставил богатое научное наследие, которое стало весомым вкладом в развитие основ стоматологии.



Рис. Профессор И.С. Рубинов; его могила на Еврейском кладбище Санкт-Петербурга (июнь, 2019)

Фундаментальные труды И.С. Рубинова актуальны по сей день и широко используются в научно-практической деятельности военных стоматологов. На кафедре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии в настоящее время проводится углубленная клинико-функциональная оценка состояния жевательного аппарата у различных профессиональных групп военнослужащих, чья работа связана с естественными или искусственно созданными экстремальными факторами внешней среды. Знание врачами-стоматологами войскового звена и военно-медицинских учреждений выявленных сотрудниками ВМедА физиологических особенностей жевательного аппарата у различных категорий военнослужащих уже позволило улучшить раннюю диагностику основных стоматологических заболеваний, способствует правильному пониманию и интерпретации объективных данных, получаемых при дополнительных методах

обследования военнослужащих, чья профессиональная деятельность связана с большими физическими и психоэмоциональными нагрузками.

Хочется отметить, что И.С. Рубинов, будучи беспартийным, вел и большую общественную работу. С 1927 г. он член профсоюза медсантруда. До Великой Отечественной войны в течение 10 лет был председателем Местного Комитета научно-практического стоматологического института. С 1946 г. являлся членом правления Ленинградского научного общества стоматологов, выполнял обязанности секретаря правления, заместителя председателя правления, а с 1952 г. бессменно руководил секцией ортопедической стоматологии. Он также неоднократно избирался членом правления Всесоюзного и Всероссийского научных стоматологических обществ, членом редакционного совета журнала «Стоматология».

За хорошую производственную и общественную работу И.С. Рубинов неоднократно получал благодарности от Наркомздрава СССР, Наркомздрава РСФСР, грамоту ЦК Союза медсантруд, именные часы от Наркома здравоохранения СССР за отличное окончание медицинского стоматологического института, ряд благодарностей и поощрений от дирекции этого института. В августе 1948 г. он был награжден Министерством здравоохранения СССР значком «Отличнику здравоохранения», а в 1957 г. ему вручена медаль «В память 250-летия Ленинграда».

ЕКАТЕРИНА МИХАЙЛОВНА ТЕР-ПОГОСЯН: ВРАЧ, УЧЁНЫЙ, ПЕДАГОГ Иорданишвили А.К.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

В когорте известных отечественных стоматологов XX века видное место принадлежит участнику Великой Отечественной войны кандидату медицинских наук Екатерине Михайловне Тер-Погосян. За свою почти 50-летнюю педагогическую деятельность она подготовила большую школу высококвалифицированных врачей-стоматологов, работающих по сей день на всей территории бывшего СССР и за рубежом. Научная деятельность Е.М. Тер-Погосян коснулась главным образом вопросов ортопедической и детской стоматологии. Наиболее известны для научно-педагогических стоматологических кадров и практикующих врачей-стоматологов её исследования в области онтогенеза жевательной функции у детей, а также профилактики и лечения осложнений зубного протезирования.

Родилась Е.М. Тер-Погосян (Королёва) 2 декабря 1922 г. в деревне Юркино Кесово-Горского района Тверской области. В 1941 г. она поступила в Ленинградский государственный стоматологический институт (ЛГСИ), но в связи с неблагоприятным для СССР ходом Великой Отечественной войны курс обучения в институте был сокращён с 4 до 2

лет. В этот год учиться в августе-октябре приходилось во время обеденных перерывов от строительных работ по обороне Ленинграда от фашистских захватчиков. В середине октября резко похолодало, пришла холодная и голодная зима и занятия в институте продолжались уже в аудиториях. Сдача экзаменов за 1-й курс проходила уже в зимнюю сессию. После экзаменов студентов осталось мало, занятия прекратились, институт был эвакуирован в Железноводск, а Екатерина Михайловна осталась в блокадном Ленинграде и стала работать санитаркой в военном госпитале № 89, который приравнялся к действующей армии. После прорыва блокады Ленинграда она была по Дороге жизни эвакуирована и мобилизована на работу на торфопредприятие в Калининской области.

В 1944 г. Екатерина Михайловна возвратилась в Ленинград и вновь поступила на стоматологический факультет 2-го Медицинского института. Окончив его (Ленинградский государственный стоматологический институт) в 1948 г. она в течение двух лет работала врачом-стоматологом в Кировской области, а в 1950 г. закончила курсы усовершенствования врачей по челюстно-лицевой хирургии при Лен. ГИДУВе и в этом же году поступила в клиническую ординатуру на кафедру ортопедической стоматологии Ленинградского медицинского стоматологического института (ЛМСИ), которую в те годы возглавлял профессор Азарий Яковлевич Катц, по праву признанный основоположником отечественной ортопедической стоматологии.

Екатерина Михайловна часто добрыми словами вспоминала своих учителей: В.Ф. Горбачёву, Е.Д. Волову, Л.В. Горбанёву, А.В. Высоцкую, Л.М. Рожкову и других. Е.Д. Волова преподавала ей клинику зубного протезирования, В.Ф. Горбачёва – основы ортодонтии, Л.В. Горбанёва (Тимофеева) – сложное (зубочелюстнолицевое) протезирование. У них же Екатерина Михайловна училась не только врачебному премудростям, но и мастерству педагога. Для этого она часто посещала практические занятия и семинары, которые проводили Л.М. Рожкова, А.В. Высоцкая, Е.И. Каган со студентами.

В 1953 г. сразу после окончания клинической ординатуры Е.М. Королёва работала на этой же кафедре в должности и.о. ассистента, неоднократно принимала участие в качестве докладчика на научных конференциях, проходящих в институте. После перевода института в Калинин, Екатерина Михайловна в 1955–1956 гг. работала ассистентом кафедры ортопедической стоматологии Калининского мединститута, а в 1957 г. возвратилась в Ленинград и до 1961 г. работала ортопедом-стоматологом поликлиники № 3 Академии Наук Союза ССР.

В 1945 г. завершилась реэвакуация ЛГСИ, и осуществили перевод стоматологического факультета 2-го Медицинского института в ЛГСИ.

В 1960 г. под руководством профессора Иосифа Соломоновича Рубинова Екатериной Михайловной было завершено большое клиническое исследование по изучению функциональной нормы жевательного аппарата детей и исследованию у них онтогенеза жевательной функции. На Учёном Совете Института физиологии им. акад. И.П. Павлова А.Н. СССР во время процедуры защиты кандидатской диссертации на тему: «Исследование онтогенеза жевательной функции у детей оппонента Е.М. Тер-Погосян (Королёвой)» корифеи медицины профессора А.Д. Слоним и М.В. Мухин высоко оценили это клиническое исследование. Они говорили, что многие поднятые в этой работе вопросы имеют в виду дальнейшую их разработку из-за того, что ряд установленных фактов пока не поддаётся теоретическому анализу, а сама диссертация Екатерины Михайловны первый фундаментальный шаг на пути изучения функции жевания у детей.

Результаты диссертационной работы Е.М. Тер-Погосян актуальны по сей день. Они цитируются во многих научных и учебных изданиях для врачей-стоматологов в том числе «Ортодонтическом атласе» М.А. Нападава (Киев, 1967), учебнике «Ортопедическая стоматология» С.И. Криштаба (Киев, 1986).

В 1961 г. Е.М. Тер-Погосян была по конкурсу избрана на должность ассистента кафедры ортопедической стоматологии 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И.П. Павлова, где она проработает в этой должности почти 40 лет. Широкий кругозор, отличная общеклиническая подготовка, тщательное отношение к анализируемому материалу выдвинули Екатерину Михайловну в ряды уважаемых и авторитетных учёных-стоматологов.

Она обладала нестандартным мышлением, была чужда «модных» теорий, умела находить в ряду событий и фактов основное, необходимое и достаточное.

Основными направлениями научной деятельности Е.М. Тер-Погосян являлись изучение развития функции жевания у детей дошкольного возраста, ортопедическое лечение при заболеваниях слизистой оболочки полости рта, профилактика и лечение осложнений зубного протезирования (парестезия, гальванизм, протезные стоматиты) с



Рис. Кандидат медицинских наук Е.М. Тер-Погосян

применением методов неспецифической терапии-гипербарической оксигенации, лазеротерапии, иглокальвания, магнитотерапии, магниторефлексотерапии и др. Она соавтор классификации парестезий слизистой оболочки полости, а также изобретений «Состав для зуботехнических работ» и «Съёмный зубной протез».

Она всегда активно, вместе со своими учениками, занималась научно-исследовательской работой. Ею опубликовано более 100 научных работ, в том числе в периодической печати (труды ЛСГМИ, 1 ЛМИ им. акад. И.П. Павлова, журналах «Стоматология», «Здравоохранение Туркменистана», материалах всесоюзных и республиканских съездов стоматологов и др.), внедрено в клинику более 30 рационализаторских предложений.

В 1969 г. Е.М. Тер-Погосян было присвоено звание «Ударник коммунистического труда, в 1990 г. – ветеран труда. Она очень любила клиническую работу. Больные чувствовали это, тянулись к ней, а она часто повторяла ученикам: «Лишь в сердце рождённое слово путь находит к сердцу другого». Знаю, что у Е.М. Тер-Погосян была счастливой и семейная жизнь – она была любима мужем, дочерью и внучкой. Дочь и внучка Екатерины Михайловны, кандидаты медицинских наук, также продолжают семейную стоматологическую династию.

Жизненный и творческий путь Е.М. Тер-Погосян – достойный пример самоотверженного служения людям и избранной профессии. За заслуги перед страной она была награждена орденом Отечественной войны II степени и многими медалями. Время жизни течёт неумолимо. Уходят из жизни люди. Некоторых быстро забывают, других помнят. Екатерину Михайловну буду помнить долго ученики, коллеги, пациенты, как прекрасного клинициста и учёного, внимательного педагога, обаятельного доброжелательного, очень скромного и всегда объективного человека с необыкновенно добрым чувством юмора, как профессионала первой величины. Она без остатка отдала себя тому делу, которому служила, и оставила о себе светлую память.

ИСТОКИ ИЗУЧЕНИЯ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ОДОНТОГЕННОЙ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЛИЦА И МЕТОДОВ ЕЁ ЛЕЧЕНИЯ

Иорданишвили А.К., Гусейнов Р.З.

*СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29»,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

В настоящее время по-прежнему не редко встречаются ошибки при диагностике вяло протекающих хронических воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области одонтогенного происхождения. Особенно такие погрешности диагностики встречаются при обследовании пациентов, страдающих одонтогенной подкожной гранулёмой лица (мигрирующая гранулёма лица), клинические проявления которой весьма близки к клинической картине хронического одонтогенного остеомиелита челюстей, специфических поражений костной ткани челюстей, а также эозинофильной гранулеме, специфических поражений челюстей (актиномикоз, туберкулез, сифилис), а также злокачественных новообразований лица и челюстей (рак, саркома). По нашим данным, среди пациентов, проходящих лечение в специализированном стационаре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии многопрофильного госпиталя больные, страдающие одонтогенной подкожной гранулёмой лица, встречаются не часто и составляют 0,15–0,22% больных, проходящих лечение на таком отделении, в том числе 1,2% от больных, страдающих одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Однако на этапе амбулаторно-поликлинической помощи дефекты первичной диагностики одонтогенной подкожной гранулемы лица выявляются более чем в 73% случаев.

Еще в 1912 году был описан особый щечный свищ, исходящий от зубов, а в последующие годы при изучении этой нозологической формы воспалительной патологии челюстно-лицевой области её стали описывать под разными названиями, а именно: «ползучая гранулёма», «подкожная мигрирующая гранулёма», «мигрирующий абсцесс». Только в последующие годы было показано, что при одонтогенной подкожной гранулёмой лица отсутствует истинная миграция воспалительного процесса в мягких окологлазничных тканях. Именно поэтому данное заболевание стали называть одонтогенной подкожной гранулёмой лица. Не имея ничего общего с истинной миграцией (перемещением) воспалительного процесса многолетними клиническими наблюдениями был исследован этиопатогенез этой патологии и разработан алгоритм её лечения. Интересной для клиницистов по проблеме одонтогенной подкожной гранулемы лица стала кандидатская диссертация С.П. Барышевой (Москва, 1965), которая указывала в работе, что тер-

мин «одонтогенная подкожная гранулема лица» является собирательным, включающим в себя в одних случаях хронический гнойный неспецифический лимфаденит, в других – подкожную форму актиномикоза. Это в определенной мере способствовало «неразберихе» в диагностике и лечении больных одонтогенной подкожной гранулёмой в 60–80-е годы прошлого века. Даже в руководстве профессора Ю.И. Бернадского для врачей-стоматологов «Основы хирургической стоматологии» (Киев, 1970) описание одонтогенной подкожной гранулёмы представлено в разделе хронические лимфадениты, что в последствии критиковалось рядом рецензентов. Лишь с появлением монографии Л.М. Рабиновича «Одонтогенная подкожная гранулёма лица» (Ленинград, 1967) достаточно детально была описана этиология этого заболевания, а именно хронические инфекционные гранулирующие периапикальные воспалительные процессы зубов, разработана клиническая классификация различных форм этой патологии (начальная, стационарная, ползучая и абсцедирующая), выделены два периода заболевания (скрытый период и период кожных проявлений), представлена дифференциальная диагностика одонтогенной подкожной гранулёмы с одонтогенным хроническим остеомиелитом челюстей и подкожно-межмышечной формой актиномикоза, описана тактика лечения больных с различными клиническими формами заболевания, которая в обязательном порядке заключалась не только в выскабливании грануляций из полости гранулёмы и по всему свищевому ходу, но и в удалении первичного очага. В кандидатской диссертации Л.М. Рабиновича (1965) было высказано предположение, что по своей сути одонтогенная подкожная гранулема лица является аутоиммунным заболеванием, при котором развитие воспалительного процесса в подкожной жировой клетчатке лица вызывается продуктами распада тканей периодонта и пародонта, поступающими в околочелюстные мягкие ткани по лимфатическим сосудам или в результате диффузии, а также в связи с тем, что при бактериологическом исследовании в патологическом очаге самой гранулёмы, часто исследуемый материал оказывался стерильным.

Анализ современного состояния проблемы диагностики и лечения одонтогенной подкожной гранулёмы лица показывает, что алгоритм её лечения, который был предложен ещё в шестидесятых годах XX века, сохраняется по своей сути по настоящее время без существенных изменений.



Рис. Монография Л.М. Рабиновича «Одонтогенная подкожная гранулема лица» (1967) и учебное пособие (2018)

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Иорданишвили А.К., Волкова Т.В.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29»,
ФГБОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

При неблагоприятных анатомо-физиологических условиях протезного ложа и при отсутствии желания пациента использовать фиксацию протезов на денальных или мини-имплантатах, широко используются различные средства для фиксации зубных протезов, как отечественных, так и зарубежных производителей. Для изучения эффективности их применения проведено настоящее исследование.

Под наблюдением находилось 62 пациента (23 мужчины и 39 женщин) с полной утратой зубов в возрасте от 61 до 72 лет. Пациентам, по общепринятой методике, были изготовлены полные акриловые съемные зубные протезы. В период адаптации 27 пациентов не использовали никаких средств для улучшения фиксации зубных протезов (1-я группа), а 35 чел. (2-я группа) с первого дня пользования протезами применяли крем для фиксации протезов КОРЕГА. Группы по возрасту и полу не отличались. Для объективизации оценки эффективности применения средства для фиксации зубных протезов «Корега» использовали методику гнатодинамометрии, которую выполняли с помощью электронного гнатодинамометра «Визир-Э» (Санкт-Петербург, Россия). Датчик прибора размещали на уровне цен-

тральных резцов и вторых премоляров челюстей. Оценку силы максимального сжатия челюстей в протезах проводили непосредственно после наложения протезов, а также на 15 и 30 сутки адаптационного периода.

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан на ПК с использованием специализированного пакета для статистического анализа – «Statistica for Windows, v.6.0». Для суждения о достоверности различий встречаемости частоты явлений использовали критерий χ^2 Пирсона, а также точный критерий Фишера для малых выборок. Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$.

В ходе исследования установлено, что у лиц, использовавших в период адаптации к полным съемным зубным протезам крем для их фиксации «Корега», показатели были выше, чем у лиц его не применявших. Так, у протезоносителей 1-й и 2-й группы на уровне резцов и вторых премоляров показатели гнатодинамометрии сразу после наложения протезов составили, соответственно, 96,4Н и 102,6Н; 123,5Н и 132,8Н ($p \leq 0,05$). Аналогичные данные были получены на 15-е и 30-е сутки адаптационного периода: у пациентов 1-й группы, соответственно, 103,9Н и 120,1Н; 104,1Н и 122,8Н; у пациентов 2-й группы, соответственно: 138,6Н и 143,2Н; 137,5Н и 144,9Н. При этом у пациентов 2-й группы отмечалось раннее завершение адаптационного периода, на 5–15 суток, чем у пациентов 1-й группы.

Исследование показало, что высокие адгезивные свойства крема для фиксации зубных протезов «Корега» позволяют увеличить силу максимального сжатия челюстей при пользовании полными съемными акриловыми протезами, что положительно влияет на функцию жевания, а также сократить продолжительность адаптационного периода.

ОНКОСТОМАТОЛОГИЯ В РОССИИ И ЕЁ ЛЕНИНГРАДСКИЕ ИСТОКИ

Иорданишвили А.К.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
ФГБОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

В области головы и шеи на небольшом объеме анатомических структур встречаются образования различного тканевого генеза при разной степени организации тканей и разном уровне дифференциации клеточных элементов. Все это долгие годы обуславливало определенные трудности в вопросах понимания генеза опухолей, их диагностики и комбинированного лечения не только в нашей стране, но и за рубежом. Углубленное изучение опухолей головы и шеи стало возможным после того, как онкостоматологические бельные начали концентрироваться в специализированных стоматологических стационарах. Впервые специализированный стоматологический стационар был открыт при Военно-медицинской академии в Петрограде, а затем аналогичные отделения были открыты в этом же городе в Физиохирургическом институте и при 1-м медицинском институте, а также институте травматологии и ортопедии. Так, в Ленинграде с 1928 по 1940 год, работал специализированный стоматологический стационар на базе стоматологической поликлиники (Невский пр., дом 46), который был переведен в лечебное объединение и перепрофилирован в городской специализированный стационар на 60 коек, а на прежнем месте по сей день функционирует 1-я городская стоматологическая поликлиника Санкт-Петербурга. В то же время в эти годы на всей территории СССР сохранялась распыленность онкостоматологических больных по различным хирургическим стационарам. Только в 1965 г. в Москве на базе Всесоюзного онкологического научного центра (ВОНЦ) АМН СССР было создано клиническое отделение по изучению опухолей головы и шеи. Следует отметить важную роль в развитии онкостоматологии также сотрудников Московского научно-исследовательского онкологического института (МНИ-ОИ) им. П.А. Герцена. Успешная работа сотрудников клинического отделения по изучению опухолей головы и шеи ВОНЦ АМН СССР послужила отправным моментом для Приказа министра здравоохранения СССР № 425 от 1976 г., который предусматривал создание отделений для лечения онкостоматологических больных в составе крупных онкологических диспансеров. Интересно отметить, в г. Ленинграде в 1966 г. состоялась 6-я Научная конференция врачей-стоматологов города и области, в решениях которой было записано, что наиболее перспективные пути в решении вопросов диагностики и лечения онкологических больных стоматологического профиля возможны при тесном сотрудничестве между стоматологической и онкологической службами города. В качестве конкретной рекомендации Городскому отделу здравоохранения Исполкома Ленсовета рекомендовано создать в городе специализированный онкостоматологический стационар, который одновременно являлся бы и организационно-методическим центром в системе онкологической службы. Инициаторами такого стационара являлись проф. М.В. Мухин, В.В. Кабаков, В.А. Ду-

наевский, Н.М. Александров и др. В марте 1969 г. на базе Ленинградской городской онкологической больницы было создано стоматологическое отделение. Специальным приказом по Горздравотделу руководство вновь созданного отделения было поручено проф. В.А. Дунаевскому. Таким образом, создание специализированных онкостоматологических отделений в Москве и Ленинграде не заставило ждать результатов. В научном, клиническом и методическом плане особо следует отметить выход в свет руководства «Опухоли головы и шеи» (А.И. Пачес; Москва, 1971), а также сборников научных трудов «Опухоли челюстно-лицевой области» (под ред. проф. В.А. Дунаевского; Ленинград, 1974) и «Опухоли челюстно-лицевой локализации» (под ред. проф. М.М. Соловьева; Ленинград, 1982). Большое значение также имели монографии «Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области» (Б.Д. Кабаков, И.И. Ермолаев, Ю.И. Воробьев, Н.М. Александров, Л.: Медицина, 1978) и «Онкологические аспекты в стоматологии» (М.М. Соловьев; Москва: Медицина, 1983). Таким образом, только в середине прошлого века в нашей стране наметилась тенденция постепенной специализации в онкологии и создание современного самостоятельного раздела медицины онкостоматологии.

ПРОФЕССОР А.П. БОБРОВ – ЧЕЛОВЕК, ГРАЖДАНИН, ЛИЧНОСТЬ

Иорданишвили А.К.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

Доктор медицинских наук, профессор Анатолий Петрович Бобров – известный учёный и педагог, первый заведующий кафедрой пропедевтики стоматологической заболеваемости Первого Санкт-Петербургского государственного университета им. акад. И.П. Павлова. Многие выпускники университета его знали хорошо, так как часто обращались к нему не только за помощью по учебе или клинической работе, но и часто за простым житейским советом. Будучи студентом 1-го Ленинградского ОТКЗМИ им. акад. И.П. Павлова я у него учился. В те годы А.П. Бобров был ассистентом кафедры ортопедической стоматологии. Удалось видеть его общение с пациентами. В те годы было не просто. Не было дентальных имплантатов, нейлоновых протезов, металлокерамики и т.п. Но необходимо было удовлетворить пациента, и это у А.П. Боброва отлично получалось. Он всегда прислушивался к просьбам пациентов, старался пойти им навстречу, порой нарушая каноны ортопедической стоматологии и классики зубного протезирования, беря ответственность за выполненную работу исключительно на себя.

Раньше в медицине не измеряли показатель удовлетворенности населения оказанной медицинской помощью. Но среди множества пациентов А.П. Боброва, уверен, этот показатель был бы самым высоким.

А.П. Бобров был отличным учеником. Будучи старостой научного кружка студентов на кафедре ортопедической стоматологии (1983–1984) видел, как внимательно А.П. Бобров относился к старшим товарищам, с уважением, почтением, искренней доброжелательностью, всегда старался исполнить их просьбы. Такие просьбы были, в том числе от заведующего кафедрой ортопедической стоматологии доктора медицинских наук профессора Л.М. Перзашкевича, а также от известных сотрудников кафедры: кандидата медицинских наук доцента Э.П. Карелиной, кандидатов медицинских наук ассистентов И.М. Стрекаловой, Е.М. Тер-Погосян, А.Т. Зелинского и др. Он выполнял эти просьбы с желанием и очень искренне.

А.П. Боброва любили коллеги и ученики, не смотря на его требовательность, которую он предъявлял как декан стоматологического факультета. Он был очень авторитетен. При этом всегда шел на помощь с открытым сердцем и душой к коллегам по университету, а также студентам и врачам-стоматологам. Он старался совмещать многогранную научно-педагогическую деятельность с руководящей работой декана стоматологического факультета, что было не сложно. При этом для него приоритетной была именно клиническая, общественная и педагогическая работа. Своей научной работой он занимался в свободное время, которого у него было мало. Но, несмотря на это, его научная работа получила общественное признание. Он успешно защитил докторскую диссертацию, являлся автором научных открытий, ряда учебных и учебно-методических пособий.

Все, кто окружал А.П. Боброва, ценили его за неиссякаемую энергию, доброжелательность и отзывчивость, умение принимать решение и решать многие проблемы бесконфликтно, *с кажущейся легкостью*. Также ценили его за умение работать с удовольствием, привлекая к себе людей с самыми разными характерами и способностями. Его

бережное отношение к учителям и коллегам может являться эталоном в современном обществе. Он считал главным своим делом сохранение и преумножение традиций ленинградской стоматологической школы.

Общение с А.П. Бобровым доставляло искреннее удовольствие. На его примере можно видеть, чего может достичь человек своим трудом, способностями, честным и ответственным отношением к жизни и своим обязанностям. Он был отличным клиницистом. Его выступления отличались логичностью, доступностью для слушающих его коллег, знанием обсуждаемой темы, высоким уровнем клинического мышления.

А.П. Бобров всегда спешил на помощь ближнему. Будучи удивительно обаятельным человеком, всегда стремился помочь окружающим в их сложной жизненной ситуации. Он не только лечил пациентов, помогал многим в их социальных проблемах... Энергии и жизнелюбия ему всегда хватало.

А.П. Боброву удалось создать прекрасную кафедру, в которой были представлены врачи-стоматологи разных специальностей (терапевты, хирурги, ортопеды). Наблюдая за становлением и развитием этой кафедры, убеждался в том, что сформировался дружный, высоко профессиональный коллектив, со своими хорошими традициями. Эти традиции сегодня продолжает нынешний заведующий кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний, доктор медицинских наук, профессор Ирина Николаевна Антонова, являющаяся также директором научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, а также декан стоматологического факультета, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Борисовна Ткаченко – ученица А.П. Боброва. Традиции и научная школа профессора А.П. Боброва продолжают свое развитие...

ПРОФЕССОР БЕРТА КОНСТАНТИНОВНА КОСТУР – УЧЁНЫЙ И ВРАЧ

Иорданишвили А.К., Комаров Ф.И.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург,
ФГАОУ ВО ПИМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва*

В ряду видных стоматологов нашей страны достойное место по праву принадлежит доктору медицинских наук профессору Берте Константиновне Костур. Будучи блестящим педагогом, она создала большую школу высококвалифицированных врачей-стоматологов, работающих, по сей день, на всей территории Российской Федерации, а также в странах ближнего и дальнего зарубежья. Научная деятельность проф. Б.К. Костур коснулась всех разделов стоматологии и многих смежных специальностей. Она была новатором не только в ортопедической стоматологии, но и в стоматологии детского возраста, онкостоматологии, стоматологической артрологии.

Б.К. Костур родилась 17 марта 1930 г. в Кронштадте. После окончания средней школы она поступила, а в 1952 г. с отличием окончила Ленинградский медицинский стоматологический институт (ЛМСИ). Будучи студенткой ЛМСИ её всегда отличали высокая сосредоточенность, активная жизненная позиция. Она не гнушалась никакой работы: много раз с товарищами дежурила по ночам в терапевтических и хирургических клиниках института (конечно, бесплатно), а в свободное время любила бывать в ленинградских театрах и концертных залах.

После окончания института, работая врачом стоматологом-ортопедом в лечебно-профилактических учреждениях Ленинграда, она под научным руководством проф. Иосифа Соломоновича Рубинова в течение 11 лет изучала состояние функции жевания в динамике её перестройки в период смены молочных зубов постоянными зубами. Результаты этой работы были обобщены её в кандидатской диссертации «Характеристика функции жевания в период смены молочного прикуса постоянным», успешная защита которой состоялась в 1965 г. Б.К. Костур было показано, что в период сменного прикуса функция жевания заметно снижается, нередко вырабатывается односторонний тип жевания, и эта привычка впоследствии закрепляется. Поэтому она обращала самое серьёзное внимание на воспитание двустороннего жевания уже в детском возрасте при проведении плановой санации органов полости рта. Став в 1967 г. ассистентом кафедры ортопедической стоматологии 1-го Ленинградского медицинского института им. академика И.П. Павлова (1 ЛМИ), которой в те годы заведовал выдающийся стоматолог современности профессор И.С. Рубинов, она не изменяет себе и уделяет основное внимание наиболее сложным и трудоёмким аспектам стоматологии, развивая физиологическое направление в стоматологии. В монографии «Функциональные особенности жевательного аппарата у детей» (Л.: Медицина, 1972) Б.К. Костур изложила и теоретически обосновала положения

нового направления возрастной физиологии и патофизиологии жевательного аппарата. Она детально изучила онтогенез функции жевательного аппарата у детей и подростков, дала разностороннюю характеристику функции сосания, жевания, глотания и деятельности жевательных и мимических мышц при нормальном росте и развитии человека от рождения до 22 лет. Большое внимание в работе ею было уделено функциональным расстройствам жевательного аппарата при различных заболеваниях и патологических процессах (кариес зубов и его осложнения, болезни слизистой оболочки полости рта, аномалии прикуса, врождённые дефекты нёба и др.) и степени их восстановления после стоматологической реабилитации.

В 1975 г. Б.К. Костур обобщила свои многолетние клинко-физиологические исследования и защитила докторскую диссертацию «Возрастная характеристика функции жевательного аппарата и её клиническое значение». Ценность этих фундаментальных исследований состоит в том, что характер функций жевательного аппарата ею изучался не только групповыми методами. Она проследила динамику изменения разных функций жевательного аппарата на протяжении 10–17 лет. Особый практический интерес представляет трактовка Б.К. Костур анатомических и функциональных нарушений, развивающихся при затруднённом прорезывании нижних зубов мудрости, и предложенные методы ортодонтического лечения указанной патологии. Важными для клинической стоматологии явились её исследования об особенностях восстановления функции жевательного аппарата у детей и подростков после проведенного зубного протезирования, ортодонтического лечения и изготовления obtурирующих протезов. Эти исследования были высоко оценены академиком АМН СССР профессором А.И. Рыбаковым, член-корреспондентами АМН СССР профессорами В.Н. Копейкиным и Б.Д. Кабаковым, профессорами В.Ю. Курляндским, Л.В. Ильиной-Маркосян, А.И. Дойниковым, Е.И. Гавриловым, Т.Ф. Виноградовой, М.В. Мухиным, В.А. Дунаевским, М.М. Соловьевым, Ю.И. Бернадским, А.Г. Шаргородским и многими другими выдающимися учёными стоматологами и челюстно-лицевыми хирургами нашей страны.

Большое научно-практическое значение имеют клинко-физиологические исследования Б.К. Костур, посвященные изучению возрастной физиологической нормы соответственно периодам формирования жевательного аппарата и степени её изменения при возникновении разных заболеваний зубочелюстной системы. До сих пор, подготовленные Б.К. Костур, методические рекомендации «Возрастные показания к выбору комплекса методов исследования функции жевательного аппарата» (Л.: Медицина, 1978), являются наиболее полными по этой проблематике и используемыми в практической работе врачами-стоматологами.

Весьма значителен вклад Б.К. Костур в онкостоматологию. Она много сделала для совершенствования системы медико-социального обеспечения и реабилитации онкостоматологических больных, детально изучив функцию жевания и глотания у больных с опухолями органов и тканей челюстно-лицевой области после радикальных хирургических вмешательств. С целью углубленного обследования выраженности функциональных расстройств двигательного компонента пищеварительного тракта, она впервые, в общем комплексе специальных исследований, предложила и реализовала в клинической практике методы рентгенокинематографии и рентгенотелевидения, разработала приборы и методики эзофагиоманометрии и эзофагиографии, что позволило существенно усовершенствовать методики кормления больных при различных патологических состояниях челюстно-лицевой области и ЛОР-органов. Этим вопросам была посвящена монография «Конструкция ортопедических аппаратов и методика кормления челюстно-лицевых и ЛОР-больных» (Л.: Медицина, 1979), написанная в соавторстве с выдающимся отечественным клиницистом и челюстно-лицевым хирургом профессором Л.Р. Баллоном. Б.К. Костур удалось сконструировать ряд специальных приспособлений и аппаратов, обеспечивающих кормление естественным путем больных с обширными дефектами глотки и шейного отдела пищевода. Важно подчеркнуть, что применение этих функционально действующих obtурирующих протезов при зияющих дефектах шейного отдела пищевода и глотки позволяло восстановить у больных некоторые элементы речи. Она доказала необходимость комплексного хирургического и ортопедического лечения онкостоматологических больных, начиная с дооперационного периода. На многих клинических случаях ею показано, что согласование действий хирурга и ортопеда-стоматолога на ранних этапах лечения позволяют обеспечить сохранившемуся нервно-мышечному аппарату челюстно-лицевой области и шеи онкостоматологических больных оптимальные условия для развития и проявления его резервных возможностей и восстановить функции жевания, глотания и речи.

Интересно отметить, что результаты работ Б.К. Костур по вопросам кормления челюстно-лицевых и ЛОР-больных, позволили её мужу – кандидату медицинских наук, полковнику медицинской службы Константину Николаевичу Костуру, начальнику гастроэнтерологического отделения – ведущему терапевту 1-го ордена Ленина Военно-морского госпиталя (Ленинградская Военно-морская база) ВМФ страны, провести ряд новых экспериментально-клинических

исследований и стать пионером в мировой медицинской практике в изучении нарушений двигательного компонента акта еды при острой лучевой болезни (ОЛБ), а также в вопросах кормления пострадавших, страдающих ОЛБ. Им впервые предложены рациональный режим, методика кормления и специальные диеты, которые были использованы для питания военных моряков при различных степенях и периодах ОЛБ. Разработка К.Н. Костуром этой сложной клинической проблемы позволила осуществить кормление пострадавших естественно-физиологическим путем (через рот) даже при тяжелых степенях ОЛБ, в том числе в период разгара заболевания при наличии в полости рта язвенно-некротических процессов слизистой оболочки полости рта и языка.

Проблеме ортопедического лечения больных с врожденными и приобретенными дефектами органов и тканей челюстно-лицевой области Б.К. Костур посвятила монографии «Челюстно-лицевое протезирование» (Л.: Медицина, 1985; в соавт. с доц. В.А. Миняевой) и «Возмещение дефектов челюстно-лицевой области и органов шеи» (Л.: Медицина, 1989; в соавт. с проф. Л.Р. Балоном). В этой работе предложена классификация приобретенных дефектов челюсти, описан алгоритм и особенности изготовления зубочелюстных и экзопротезов при разных дефектах и деформациях лица и челюстей, а также при сочетанной патологии лица, челюстей и зияющих дефектах глотки и шейного отдела пищевода.

Большой интерес представляют работы проф. Б.К. Костур по профилактике и комплексному лечению заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Ею разработаны классификация заболеваний ВНЧС с учетом этиологии, морфологических изменений в жевательном аппарате, кинематики нижней челюсти и общего состояния организма, а также методы их ортопедического и функционального лечения наиболее полно представлены, в том числе методика повторного протезирования. Последняя методика позволила решить вопросы воспроизведения конструктивных особенностей съемных протезов при одновременном устранении недостатков, имеющих место в старых протезах, что оптимизировало сроки адаптации к новым протезам за счет сохранения у протезоносителей выработанного стереотипа жевания, глотания и речи в период освоения новых зубных протезов.

В 1984 г. в Ленинградском государственном институте усовершенствования врачей им. С.М. Кирова была организована кафедра ортопедической стоматологии. Проф. Б.К. Костур была избрана первым заведующим этой кафедрой. Нет раздела ортопедической стоматологии, которому Берта Константиновна не уделила бы внимания. Она всегда требовала от своих учеников придавать стоматологическим вопросам большее значение в общемедицинском плане. Обмен информацией, использование знаний смежных областей науки позволили Б.К. Костур выйти за пределы сложившейся системы понятий в ортопедической стоматологии и способствовали рождению новых идей. Результатом такого подхода явились исследования по конструированию фонетически оптимальных протезов в клинике ортопедической стоматологии.

Хорошо владея пером, Б.К. Костур писала легко, быстро, часто сразу набело, но при этом была чрезвычайно требовательна к содержанию научной работы, к последовательности изложения, литературно форме и техническому оформлению как своих, так и всех редактируемых ею работ. И не случайно, когда член-корреспондента РАМН профессора Вадима Николаевича Копейкина издательство «Медицина» утвердило титульным редактором «Руководства по ортопедической стоматологии», его выбор для написания раздела «Челюстно-лицевая ортопедия» пал на БERTУ Константиновну.



Рис. Профессор Берта Константиновна Костур; могила Б.К. Костур и её мужа – К.Н. Костур на Северном кладбище Санкт-Петербурга (май, 2019)

24 декабря 1987 г. Б.К. Костур закончила свой жизненный путь. Она похоронена на Северном кладбище Санкт-Петербурга. За свою жизнь она подготовила более 100 научных, учебных и учебно-методических работ, в том числе 4 монографии и руководство для врачей-стоматологов.

Хорошее знание отечественной и зарубежной литературы по стоматологии, высокая эрудиция в вопросах физиологии и патофизиологии жевательного аппарата насыщали её лекции богатым содержанием и новейшими сведениями. Берта Константиновна была прекрасным педагогом, щедро делилась своим научным, врачебным и педагогическим опытом со студентами, врачами и преподавателями. Она вела большую лечебную и консультативную работу. Научно-практическая деятельность Б.К. Костур неразрывно сочеталась с многогранной общественной работой. На протяжении многих

лет она являлась членом правления Научного общества стоматологов г. Ленинграда и Ленинградской области, председателем секции ортопедической стоматологии этого общества, членом лечебно-контрольной и аттестационной комиссий при Главном управлении здравоохранения Исполкома Ленсовета.

Талантливый и высоко эрудированный ученый, прекрасный клиницист, заботливый и внимательный учитель-педагог, необыкновенно обаятельный, доброжелательный, скромный и отзывчивый, большой культуры человек – такой помнят её коллеги и ученики.

16 марта 2004 года, в день 20-летнего юбилея кафедры ортопедической стоматологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (ранее ЛенГИДУВ, ныне – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова), базирующейся в стенах городской стоматологической поликлиники № 20 г. Санкт-Петербурга, была открыта мемориальная доска памяти Б.К. Костур с надписью «*Основателю кафедры ортопедической стоматологии профессору КОСТУР БЕРТЕ КОНСТАНТИНОВНЕ 1930–1987*» (рис. 2).



Рис. 2. Памятная доска профессору Б.К. Костур

Следует заметить, что мужу Б.К. Костур – Константину Николаевичу Костуру (рис. 3), также в День Победы 9 мая 2003 года, в 1-м Военно-морском госпитале Ленинградской Военно-морской базы ВМФ РФ была открыта мемориальная доска: «*Кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы Костур Константин Николаевич в период с 1968 по 1980 гг. возглавлял впервые открытое гастроэнтерологическое отделение 1-го Военно-морского ордена Ленина госпиталя*», которая в настоящее время, к сожалению, утеряна при «реформировании» Вооруженных Сил страны (рис. 4).



Рис. 3. Кандидат медицинских наук полковник медицинской службы К.Н. Костур осматривает пациента



Рис. 4. Памятная доска полковнику медицинской службы К.Н. Костур

Полагаем, знакомясь с биографией и научными трудами проф. Б.К. Костур, можно найти не только интересные факты из истории отечественной стоматологии и медицины, но и аналогии с современностью, ответы на многие клинические проблемы лечения заболеваний органов и тканей жевательного аппарата человека, а также медицины и организации здравоохранения сегодняшнего дня.

ПРОФЕССОР ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ КАЛИНИН И ЕГО ВКЛАД В СТОМАТОЛОГИЮ

Иорданишвили А.К.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

Профессор Владимир Иванович Калинин – видный учёный, клиницист и педагог, Заслуженный работник Высшей школы Российской Федерации, член-корреспондент Международной академии наук Высшей школы, имя которого неразрывно связано с Санкт-Петербургской стоматологической школой. Будучи деканом стоматологического факультета (1987–2000) и заведующим кафедрой терапевтической стоматологии (1983–2000) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, прекрасным клиницистом, хорошим педагогом, организатором здравоохранения, он подготовил много высококвалифицированных врачей-стоматологов, работающих на всей территории России и ближнего зарубежья.

Владимир Иванович родился 30 января 1941 г. в г. Ленинграде. Говоря о детстве В.И. Калинина, следует сказать, что он был первенцем в потомственной рабочей семье Калинина Ивана Васильевича и Елизаветы Васильевны, работавших много лет на Государственном оптико-механическом заводе (ГОМЗ). Отец был слесарем-инструментальщиком и много занимался общественной работой. Мать работала учетчицей. Жили они на Стремянной улице, а позже получили 2-комнатную квартиру на Выборгской стороне на проспекте Карла Маркса. Лето семья проводила в деревне Торковичи, где жили родственники по материнской линии. Следует отметить, что спустя некоторое время после рождения В.И. Калинин был эвакуирован вместе с родителями в г. Казань, где проживал до 1945 г. Война и короткий блокадный период несколько отразились на развитии, он до 2 лет не ходил, был худеньким мальчиком. Получив медаль «Житель блокадного города», очень гордился ею. По возвращении в Ленинград появились и другие братья – Миша и Коля, который сейчас на пенсии. Он один пошел по стопам отца и был уникальным слесарем-инструментальщиком.

В 1948 г. Володя пошел в среднюю школу. У него было много школьных друзей, с которыми он всегда поддерживал хорошие отношения. Сейчас они тоже ушли из жизни. В школьные годы Владимир Иванович интересовался спортом: футболом, волейболом, в более старшие годы – музыкой, играл на трубе, гитаре. Из музыкальных увлечений на первом месте был и оставался всю жизнь джаз. У Владимира Ивановича была уникальная по тем годам коллекция джазовых композиций, которые зачастую добывались с большим трудом. Окончание школы в 1959 г. и поступление на стоматологический факультет Санитарно-гигиенического института были следующей вехой его жизни. В 1960 г. весь факультет был переведен в 1-й Ленинградский медицинский институт имени академика И.П. Павлова. Кроме учебы ему были интересны капустники, стройотряды. В те годы была организована концертная бригада, и они ездили по колхозам и совхозам с концертами. Впоследствии, став преподавателем, он уже в качестве мэтра-арбитра оценивал творческую деятельность студентов.

В 1963 г. В.И. Калинин закончил институт, был принят в аспирантуру с условием 3-летней практики в г. Рубцовске Алтайского края, где работал врачом-стоматологом и совмещал на полставки врачом-инфекционистом. По возвращении он активно включился в научную работу. Выполнялась работа на двух кафедрах – терапевтической стоматологии под руководством профессора В.М. Уварова и на кафедре пропедевтики внутренних болезней под руководством профессора А.Я. Ярошевского, хотя неофициальным руководителем научных исследований В.И. Калинина был М.М. Щерба, который выполнял докторскую диссертацию по железодефицитной анемии. Наряду с клинической работой В.И. Калининым было проведено экспериментальное исследование и успешно создана модель железодефицитной анемии у крыс.

В 1969 г. была успешно защищена кандидатская диссертация «Изменения полости рта при железодефицитных состояниях организма (клинико-морфологическое и экспериментальное исследование)». В качестве оппонентов выступили Заслуженный деятель науки РСФСР профессор В.А. Бейер и профессор Л.Р. Балон. В работе В.И. Калинин показал, что у всех пациентов, страдающих железодефицитной анемией, обнаруживаются изменения слизистой оболочки полости рта (СОПР) и зубов, а клинический синдром складывается из понижения или извращения вкусовой чувствительности, бледности, сухости, атрофии и парестезий СОПР, значительного поражения зубов кариесом. При этом степень выраженности клинических и морфологических изменений СОПР при указанной анемии находится в тесной зависимости от уровня сывороточного железа и не связана с длительностью и тяжестью малокровия,

а дистрофические и атрофические процессы СОПР находятся в тесной зависимости от концентрации железа и сидерофилина в сыворотке крови. При этом изменения СОПР и зубов при железодефицитных состояниях организма не зависят от недостатка витаминов, а являются следствием тканевого дефицита железа. Интересно отметить, что В.И. Калининым были выявлены клинико-биохимические проявления скрытого дефицита железа у 40 % профессиональных доноров.

В 1975 г. Владимиром Ивановичем, совместно с В.М. Уваровым и М.К. Русак, была опубликована монография «Органы полости рта при болезнях крови», где представлены результаты собственных наблюдений, отечественных и зарубежных авторов по изменению слизистой оболочки полости рта при патологии крови. С 1968 г. В.И. Калинин стал работать ассистентом кафедры терапевтической стоматологии 1 ЛМИ им. акад. И.П. Павлова. Он был ярким преподавателем, любил студентов, активно проводил занятия, используя свой опыт практической работы и отличные теоретические знания, старался использовать новаторские методы в преподавании, для лекций вручную рисовал различные схемы, разрабатывал алгоритмы. С 1973 г. он доцент кафедры терапевтической стоматологии и начал активно заниматься общественной жизнью, особенно после вступления в коммунистическую партию. Будучи ассистентом, в летний период ездил со стройотрядом на Целину.

В институте был ответственным за воспитательную работу, был деканом по работе с иностранными учащимися, а затем был избран деканом стоматологического факультета.

Одновременно началась работа над докторской диссертацией, которая была посвящена изменениям пародонта, слизистой оболочки и слюнных желез при лучевой терапии больных с опухолями челюстно-лицевой локализации, которую защитил в 1985 г. В этой работе («Изменения пародонта, слизистой оболочки и слюнных желез при лучевой терапии больных с опухолями челюстно-лицевой локализации», Ленинград, 1984) В.И. Калининым была изучена степень лучевых повреждений твёрдых тканей зуба, пульпы зуба, пародонта и тканей пародонта, слюнных желёз и СОПР, с помощью морфологических методов уточнена последовательность развития радиационного поражения отдельных компонентов тканей слюнных желёз и СОПР на этапах лучевой терапии. Кроме того, было исследовано состояние тканевого и секреторного иммунитета у онкостоматологических больных, выяснена роль изменений иммунного статуса в развитии клинических проявлений лучевых повреждений.



а)



б)



в)

Рис. Профессор В.И. Калинин (а), автореферат его докторской диссертации (б) и монография о нём, изданная в серии «Корифеи стоматологии» (в)

Также в докторской диссертации В.И. Калинина было проведено изучение скрытых лучевых повреждений в отдалённые сроки после завершения телегамматерапии и определены возможности и степень постлучевых репаративных процессов в тканях и органах жевательного аппарата. На основании комплекса клинических, биохимических и морфологических исследований В.И. Калинину удалось разработать оптимальные схемы профилактики и лечения лучевых повреждений тканей и органов жевательного аппарата у онкостоматологических больных на различных этапах лучевой терапии. В 1983 г. он был избран на должность заведующего кафедрой терапевтической стоматологии. На эту должность его рекомендовал профессор В.М. Уваров, который на всю жизнь остался любимым учителем и кумиром для Владимира Ивановича. Владимир Михайлович и его жена Нина Сергеевна к Владимиру Ивановичу всегда относились по-отечески, как к своему сыну. Руководящая работа на кафедре состояла в продолжении своих идей учениками, совершенствовании образовательного процесса.

Владимир Иванович был активным руководителем, умел правильно оценить неординарную ситуацию и принять верное решение, чувствовал перспективные направления, понимал людей. Активно участвовал вместе с коллективом в создании новых стоматологических материалов, оказывал большую помощь практическому здравоохранению. К 100-летию университета В.И. Калинину было присвоено почетное звание «Заслуженный работник Высшей школы Российской Федерации», он был членом-корреспондентом Международной академии наук Высшей школы, удостоен звания лауреата «Золотой книги» Санкт-Петербурга. Под его научным руководством выполнено большое число докторских и кандидатских диссертаций, весьма разноплановые научно-исследовательские работы (функциональная диагностика, иммунология, гомеопатия, фармакотерапия в стоматологии, стоматологическое материаловедение и т.п.). Он являлся научным редактором одного из солидных периодических изданий научно-практического журнала «Пародонтология». Многие из его учеников стали крупными специалистами в стоматологии и возглавили стоматологические кафедры (проф. Л.Ю. Орехова, проф. Б.Т. Мороз, проф. С.Б. Улитовский, д.м.н., доц. Л.А. Ермолаева), крупные стоматологические учреждения (проф. Т.В. Кудрявцева) и научно-исследовательские подразделения (д.м.н. В.Н. Грисимов). О вкладе профессора В.И. Калинина можно найти сведения в журнале «Пародонтология» (2000. – № 4. – С. 3–4) и книге Л.Ю. Ореховой и соавторов «Владимирская эпоха. Часть III. Владимир Иванович Калинин» (СПб, 2009. – 63 с.).

В.И. Калинин был женат, имел сына. Супругу Владимира Ивановича Маргариту Григорьевну Рыбакову хорошо знают челюстно-лицевые хирурги и врачи-стоматологи как выдающегося учёного, педагога и специалиста-патоморфолога, которая долгие годы является главным специалистом патологоанатомом г. Санкт-Петербурга и заведует кафедрой патологической анатомии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, а также по её научным работам, в частности кандидатской диссертации «Смешанные опухоли слюнных желёз» (Ленинград, 1969) и докторской диссертации «Функциональная морфология больших слюнных желёз в норме и при патологии эндокринной системы» (Ленинград, 1984).

3 сентября 2000 г. в возрасте 59 лет Владимир Иванович Калинин закончил свой жизненный путь, он похоронен на Ковалевском кладбище. Ученики до сих пор помнят и чтят память о профессоре В.И. Калинине. В 2009 г., в 50-летний юбилей кафедры терапевтической стоматологии стоматологического факультета Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, в серии «Корифеи стоматологии», проект которой в 2000 г. был основан доктором медицинских наук, профессором Людмилой Юрьевной Ореховой, приемником профессора В.И. Калинина по кафедре терапевтической стоматологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, была издана книга «Владимирская эпоха. Часть III. Владимир Иванович Калинин», в которой авторы (Л.Ю. Орехова, В.Б. Лампусова, М.Г. Рыбакова и А.В. Акулович) не только познакомили читателей с историей большого периода жизни кафедры терапевтической стоматологии (1959–2000), но и посвятили её жизни, профессиональной, общественной и творческой деятельности профессора Владимира Ивановича Калинина, а также представили воспоминания родственников, коллег и друзей профессора В.И. Калинина (Заслуженный работник Высшей школы Российской Федерации, д.м.н., проф. М.Г. Рыбакова, И.Н. Рыбакова, Заслуженный врач РФ, д.м.н., проф. Г.А. Хацкевич, академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., проф. Н.А. Яицкий, Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., проф. М.М. Соловьёв, Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., проф. В.Н. Трезубов, д.м.н., доцент М.А. Смирнова).

СРЕДСТВА ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАЦИЕНТАМИ

Иорданишвили А.К., Волкова Т.В.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29»; ФГБОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ,
Санкт-Петербург*

С увеличением продолжительности жизни возрастает утрата естественных зубов. Лица пожилого и старческого возраста из-за экономических соображений не всегда могут позволить себе протезирование современными несъемными конструкциями зубных протезов, в том числе на дентальных и скуловых имплантатах. Используя

съемные зубных протезы различных конструкций, пациенты стремятся улучшить их функционирование, для чего созданы специальные кремы (гели) для фиксации зубных протезов. В то же время не проводились клинико-социологические исследования об их потреблении пациентами разных возрастных групп, а также влияние этих средств на слизистую оболочку протезного ложа.

Целью исследования являлось изучить потребляемость средств для фиксации зубных протезов.

Для этого проведено клинико-социологическое исследование, в котором участвовали 282 (130 мужчин и 153 женщин) протезоносителей в возрасте от 39 до 92 лет, на предмет потребляемости ими средств для фиксации зубных протезов, а также оценки состояния слизистой оболочки протезного ложа и поля, полноценности съемных зубных протезов. У всех пациентов были акриловыми съемными зубными протезами на одну или обе челюсти. При наличии у пациентов жалоб на недостаточную фиксацию протезов им рекомендовали к ежедневному использованию крем для фиксации протезов. Спустя 14 суток пациентов осматривали повторно и оценивали динамику жалоб на фиксацию съемных зубных протезов, а также изменения со стороны слизистой оболочки протезного ложа.

Установлено, что не зависимо от пола и возрастной группы пациенты, пользующиеся частичными и полными съемными зубными протезами редко, в 4,3% случаев, используют различные средства-кремы для фиксации зубных протезов, хотя у 40,8% отмечается неудовлетворительная фиксация и (или) стабилизация съемных акриловых частичных и полных зубных протезов, а также в 51,9% случаев выявляются воспалительные изменения со стороны слизистой оболочки протезного ложа. Коррекция съемных протезов, а также ежедневное использование крема для фиксации зубных протезов позволило в течение двух недель сократить на 72,5% жалоб пациентов на неудовлетворительную фиксацию и (или) стабилизацию съемных зубных протезов, а также у 86,4% пациентов устранить имеющиеся воспалительные изменения тканей протезного ложа.

СТОМАТОЛОГИЯ ПЕТРОГРАДА (О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Г.А. ЕФРОНА И З.Б. ПИРЯТИНСКОГО)

Иорданишвили А.К.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

В 1919 г. в нашем городе был создан и открыт Институт Общественного зубопротезирования (директор Е.Н. Андерсен), в котором повысили свою квалификацию, в том числе и по зубопротезированию, сотни зубных врачей. Весною 1920 г. при этом институте, с разрешения Наркомпроса, была создана Комиссия по выработке программы зуботехнического образования, в которую вошли Е.Н. Андерсен, член Совета Института Г.А. Ефрон, профессора Р.Р. Вреден и С.С. Гирголов, М.Г. Гринберг. Членами этой комиссии был разработан план, реализация которого привела к открытию при Институте Общественного зубопротезирования в начале лета 1920 г. зуботехнических курсов, руководить которыми стал М.Г. Гринберг. В течение трех лет (6 семестров) слушатели должны были пройти как теоретический курс, так и практические занятия. Важно отметить, что кроме общеобразовательных и специальных дисциплин, в программу обучения были включены: рисование (1 семестр), металлургия (1 семестр), инструментоведение и материаловедение (2 семестра), рисование и лепка (3–4-й семестр). Среди специальных дисциплин преподавались: протезная техника (1–4-й семестр), дентиатрия (4-й семестр), сложное протезирование и ортодонтия (5–6-й семестр). Спустя несколько месяцев после открытия зубопротезных курсов, ввиду острой нужды в зубных техниках, Совет Института Общественного зубопротезирования принял решение о сокращении срока обучения на курсах до 2,5 лет. В кратком отчете о деятельности этих курсов отмечается, что по всем предметам преподавателям удавалось вести занятия на курсах «... с неуклонной правильностью и систематичностью, несмотря на исключительные трудности, создаваемыми общими условиями жизни и работы» (М.Г. Гринберг, 1921).

Особое внимание на становление и развитие ортопедической стоматологии в Петрограде оказал Григорий Абрамович Ефрон – один из первых «челюстно-лицевых ортопедов» России, который подготовил большую школу учеников, являлся блестящим клиницистом и специалистом в области зубного протезирования, ортодонтии, челюстно-лицевого протезирования. Современники Г.А. Ефрона относили его к когорте людей выдающегося таланта и эрудиции.

Будучи старшим зубным врачом первого в России челюстного лазарета при Петербургской Троицкой Общине, потом Союза Городов, Г.А. Ефрон создал свою школу челюстно-лицевых ортопедов, внес много интересного, оригинального и нового в челюстно-лицевое протезирование, что было хорошо продемонстрировано ещё в 1916 г. в Петербурге на «ортопедической» выставке. К сожалению не все из его научных трудов, методов и клинических наблюдений опубликованы по сей день. Присущие Г.А. Ефрону литературное дарование, хорошая эрудиция во всех разделах медицины, отличные знания своей специальности стали причиной избрания его Советом Института Общественного зубопротезирования редактором «Вестника зубопротезирования».

Необходимо заметить, что большое значение и важную роль в развитии помощи населению по зубному протезированию сыграла первая конференция зубных врачей и техников г. Петрограда и его губернии, которая состоялась 6–7 ноября 1920 г. в актовом зале Дворца Труда, где присутствовало 111 делегатов, из них 95 по Петрограду и 12 по губернии.

Много сил и энергии положил Захар Борисович Пирятинский на организацию первой зубопротезической амбулатории, которая открыла свои двери в 1924 г. в помещении Института Общественного зубопротезирования (Невский пр., д. 46), а в 1925 г. была реорганизована в центральную зубопротезическую поликлинику. Учитывая, что в Петрограде-Ленинграде организация государственных зубных амбулаторий и общественных зубопротезических кабинетов шла весьма успешно, а их число к 1926 г. по городу и области достигло 143, Павел Георгиевич Дауге в своей монографии «Социальные основы Советской стоматологии» (М., 1933) отметил, что «... немало энергии и упорной борьбы стоил произведенный в Ленинграде переворот, в результате которого Ленинград в настоящее время со своими грандиозными районными амбулаториями, включенными в единую систему лечсанпрофобъединения по ширине размаха и по превосходному техническому оборудованию занимает в деле общественного зубопротезирования первое место не только в Союзе, но и на всем континенте».

ПРЕДИМПЛАНТАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Калакуцкий И.Н., Лысенко А.В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность. Дентальная имплантация широко внедрилась в ежедневную практику врачей-стоматологов как эффективный метод восстановления зубных рядов. Атрофия костной ткани челюсти в области имплантации требует проведения предварительных подготовительных мероприятий.

Цель. Изучить современные техники и алгоритмы предимплантационной подготовки костной ткани челюстей у пациентов с выраженной атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты, проходившие лечение в клинике челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова с 2015 по 2018 годы с односторонними и двусторонними дефектами верхней и нижней челюсти. Пациентам выполнены различные виды костно-пластических операций с использованием ксеногенных и аутогенных костных материалов.

Результаты. Произведен сравнительный анализ эффективности проведения аугментации верхней и нижней челюсти с использованием ксеногенных материалов и аутогенной костной ткани из интраоральных и внеоральных источников.

Выводы. Успешное лечение больных с атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти зависит от точного определения степени резорбции костной ткани, характера и размеров костного дефекта, а его результаты – от индивидуального подхода к выбору метода реконструкции и материала, а также от контроля над регенерацией костной ткани.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ УСТРАНЕНИЯ ИЗЪЯНОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫМИ ЛОСКУТАМИ И РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫМИ ТРАНСПЛАНТАТАМИ

Калакуцкий Н.В., Петропавловская О.Ю.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова МЗ РФ, онкологическое отделение №8 клиники челюстно-лицевой хирургии НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Санкт-Петербург

Введение: в настоящее время разработаны методики моделирования костных трансплантатов с целью достижения оптимальных результатов реабилитации больных с обширными изъянами челюстно-лицевой области. Однако существуют возможности оптимизации обследования и лечения больных.

Цель работы: представить основные принципы планирования и проведения реконструктивных оперативных вмешательств у больных с обширными дефектами челюстно-лицевой области васкуляризированными лоскутами и реваскуляризированными трансплантатами, разработанные в онкологическом отделении №8 (челюстно-лицевой хирургии) клиники челюстно-лицевой хирургии НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.

Материалы и методы: в рамках открытого, нерандомизированного, ретроспективного исследования проведен анализ результатов реконструктивных оперативных вмешательств 175 больных (мужчин 51,3 %, женщин 48,7 %, средний возраст 45 лет) с обширными изъянами челюстно-лицевой области с 2005 по 2019 годы с применением микрохирургической техники. Дефекты нижней челюсти после резекции по поводу доброкачественного новообразования были у 78 пациентов, злокачественных опухолей у 80 больных, посттравматические - у 10 человек. Дефекты верхней челюсти посттравматического генеза устраняли 7 больным. Первичную костную пластику проводили у 53,1 % больных, вторичную у 46,9 % пациентов с применением реваскуляризированных трансплантатов: малоберцовый (39), латеральный край лопатки (60), реберный трансплантат (14), лучевой (4), костных трансплантатов в составе мягкотканно-костных лоскутов на сосудистой ножке: торакодорсальный лоскут (ТДЛ) с включением фрагмента X или XI ребра в его составе (46), префабрицированный реберный трансплантат в составе ТДЛ (12). На 2-м этапе оперативного лечения у 45 % больных выполняли реконструкцию отсутствующего альвеолярного отростка челюсти свободным костным трансплантатом (из гребня подвздошной кости, латерального края лопатки, ребра, культи малоберцовой кости) и «вестибулопластику» у 19 человек с использованием свободных кожных (8) или слизистых (11) ауто трансплантатов. Для планирования всех этапов лечения и реабилитации больных применяли разработанную в клинике методику с использованием стереолитографических моделей и операционных шаблонов, изготовленных на основе 3D-КТ-исследования. В предоперационном периоде проводили комплексное обследование и подготовку больных для оценки и коррекции основных параметров гомеостаза, состояния органов и систем, трофологического статуса (рекомендации ESPEN и Северо-Западной ассоциации парентерального и энтерального питания). По результатам составляли план ведения в послеоперационном периоде с акцентом на коррекцию эритропоэза и белково-энергетической недостаточности питания, профилактики развития тромбозэмболических и гнойно-септических осложнений. Статистическую обработку проводили методами описательной статистики с использованием пакета программного обеспечения Statistica 8 (StatSoft Inc., США).

Результаты: на базе онкологического отделения №8 (челюстно-лицевой хирургии) клиники челюстно-лицевой хирургии НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России за 2005–2019 годы при выполнении реконструктивных оперативных вмешательствах у больных с онкологической, травматологической и врожденной патологией ЧЛО (обширные дефекты костей лицевого скелета, врожденные пороки развития) необходимо соблюдать несколько важных принципов: 1) разработка и объективизация составленного коллегиально (командой специалистов: челюстно-лицевой хирург, ортопед-стоматолог, ортодонт по показаниям, специалист по лучевой диагностике и прототипированию) единого плана лечения; 2) при выполнении компьютерной томографии костных структур ЧЛО применение разработанных способов опосредованного рентгено-контрастирования поверхности мягких тканей полости рта в функциональном состоянии для изготовления моделей-аналогов костных структур и искусственной десны методами быстрого прототипирования, 3) выбор оптимального костного васкуляризированного трансплантата по разработанному нами алгоритму, учитывающему локализацию и протяженность костного дефекта, объем мягкотканого изъяна околочелюстных тканей, анатомические параметры известных костных ауто трансплантатов, особенности этапов реабилитации, результаты предоперацион-

ного обследования пациента с оценкой общесоматического статуса; 4) при планировании и в ходе выполнения операции применение современных методик прототипирования путем изготовления и использования хирургических шаблонов для оптимального расположения сформированного костного аутотрансплантата сложной конфигурации в пространстве воспринимающего ложа; 5) с целью уменьшения времени аноксии костного лоскута моделирование костного трансплантата в донорской зоне по форме естественных изгибов утраченного фрагмента нижней челюсти на сохранённом кровотоке с использованием расчетной таблицы для быстрого определения величины клиновидной резекции донорской кости; 6) в предоперационном периоде проведение комплексного обследования и подготовки больных (оценка всех параметров гомеостаза, трофологического статуса).

Выводы: при планировании реконструкции костных структур ЧЛО для достижения полноценной эстетической и функциональной реабилитации, улучшения качества жизни больного пациента следует обязательно создавать оптимальные условия для зубного протезирования. С этой целью нами разработаны несколько принципов, алгоритмы обследования, стандарты предоперационной подготовки и терапии больных при выполнении оперативных вмешательств с применением микрохирургических технологий.

ТРЕПАН-БИОПСИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ И НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Калакуцкий Н.В., Петропавловская О.Ю., Пахомова Н.В., Бубнова Е.В.,
Тюрин А.Г., Разумова А.Я., Грачев Д.И.

*Кафедра стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии, кафедра рентгенологии и радиационной медицины, кафедра патологической анатомии с патологоанатомическим отделением
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Введение. Заболевания околоушных и поднижнечелюстных слюнных желез в клинической практике челюстно-лицевого хирурга встречаются довольно часто. Диагностика опухолей и неопухолевых заболеваний больших слюнных желез бывает затруднена по причине неточности результатов цитологического исследования, материал для которого в большинстве случаев получают путем проведения тонкоигольной аспирационной биопсии. В зарубежной научной литературе в течение последних 20 лет активно публикуются результаты многоцентровых исследований по применению метода биопсии тканей слюнных желез толстой иглой («core-needle biopsy»), в то время как в доступной нам отечественной литературе не встречается упоминаний об использовании данного метода применительно к диагностике заболеваний больших слюнных желез.

Цель работы: оценка значимости метода получения биологического материала при заболеваниях слюнных желез опухолевой и неопухолевой природы с применением полуавтоматической иглы для мягкотканной биопсии (трепан-биопсии).

Материалы и методы. В рамках открытого, нерандомизированного проспективного исследования проведен анализ гистологических результатов 27 трепан-биопсий пациентов с опухолевыми и неопухолевыми заболеваниями больших слюнных желез, обратившихся для лечения в клинику челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России с июля 2018 по май 2019 г. Для получения биоптата тканей применялась сверхлегкая полуавтоматическая игла для мягкотканной биопсии «Light-Cut» (ООО «Актимед Плюс»), включающая стилет с пирамидальным кончиком (заточка типа «трокар») в наборе с коаксиальной иглой (интродьюсером). Забор образца тканей осуществлялся под сонографическим контролем, подтверждающим пенетрацию инструмента в зону интереса. Игла приводилась в заряженное положение, после первого спуска выдвигался стилет, а вторым движением спускалась канюля. Материал извлекался в виде «столбика» и в дальнейшем, по стандартной методике, фиксировался в 10% нейтральном формалине. Полученный материал обрабатывался в патогистологической лаборатории по протоколу биопсии, а не по протоколу обработки операционного материала.

Результаты. Всего произведено 27 трепан-биопсий больших слюнных желез. Биопсия по поводу опухолей больших слюнных желез выполнялась в 20 случаях, в связи с неопухолевыми и дистрофическими изменениями больших слюнных желез – в 7 случаях. Проведенный анализ результатов патоморфологического исследования биоптатов больших слюнных желез выявил следующее: в 25 случаях из 27 (92,6%) предоперационный диагноз совпадал с

результатами послеоперационного гистологического исследования. В 2 случаях из 27 (7,4%) диагностический материал оказался неинформативным, что можно объяснить техническими погрешностями при отработке методики в начале исследования. Среди доброкачественных опухолей околоушных слюнных желез встречались аденолимфома (опухоль Уртина), онкоцитомы и плеоморфная аденома (смешанноклеточная опухоль). Среди неопухолевых заболеваний больших слюнных желез диагностированы хронический сиалоаденит и такое редкое заболевание как склерозирующий поликистозный аденоз. Следует отметить, что полученный при проведении трепан-биопсии объем материала позволяет проводить современные дополнительные морфологические исследования, включая иммуногистохимию (Ki-67 – маркер пролиферации, E-cadherin – маркер адгезии, широкий спектр антител к цитокератинам и базальным клеткам – р63 и др.).

Выводы. Данная работа демонстрирует первый опыт применения полуавтоматической иглы для мягкотканной биопсии при заболеваниях больших слюнных желез у пациентов клиники ФГБОУ ВО СПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России. Проведенный анализ свидетельствует, что качество и количество материала, полученного из тканей больших слюнных желез, в большинстве исследований расценивалось патологоанатомами как адекватное и пригодное для постановки первичного диагноза. Трепан-биопсия по данной методике является минимально инвазивной, что крайне важно при вмешательствах в челюстно-лицевой области. Сроки работы морфологов сократились почти в 2 раза, по сравнению с инцизионной биопсией. Таким образом, высокоточная, быстрая и минимально травматичная предоперационная верификация диагноза позволяет челюстно-лицевому хирургу оптимизировать маршрутизацию пациента и облегчить планирование операции. Учитывая вышеизложенное, мы рекомендуем применять полуавтоматическую иглу для мягкотканной биопсии при первичной диагностике опухолей и неопухолевых заболеваний больших слюнных желез.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА: МОТИВАЦИЯ, ЗНАНИЯ И КАЧЕСТВО УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА

Кевлова Е.В., Зайцев В.В., Иорданишвили А.К., Головки А.А.

Поликлиника № 1 МСЧ МВД по СПб и Ленинградской области, Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы, ФГБОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург

В профилактике возникновения, рецидивирования и успешного лечения основных стоматологических заболеваний важную роль играет качественно выполняемая индивидуальная гигиена полости рта. Поэтому в государственных и муниципальных стоматологических лечебно-профилактических учреждениях, а также частных клиниках и кабинетах врачи-стоматологи стали больше внимания уделять санитарно-просветительной работе, наряду с выполнением мероприятий профессиональной гигиены полости рта (ПГПР), что важно для закрепления результатов стоматологической реабилитации пациентов любого возраста. В литературе появилось понятие о безупречной гигиене полости рта. Поэтому для организации и выполнения ПГПР, а также санитарно-просветительной работы необходимо иметь представление о мотивации, знаниях и умении ухаживать за полостью рта у лиц, находящихся у врачей-стоматологов под динамическим наблюдением. Эти вопросы у аттестованных сотрудников органов внутренних дел до настоящего времени не изучались.

Цель работы – изучить мотивацию, дать оценку знаниям и навыкам по уходу за полостью рта у аттестованных сотрудников органов внутренних дел по Санкт-Петербургу и Ленинградской области.

Материал и методы исследования. Мотивация, знания и навыки по индивидуальному уходу за полостью рта были изучены у 480 аттестованных сотрудников органов внутренних дел по Санкт-Петербургу и Ленинградской области в возрасте от 19 до 57 лет, которые с учётом возраста были разделены на 2 группы исследования: 1) 240 чел. молодого (19–39 лет) и 2) 240 чел. среднего (40–57 лет) возраста.

Результаты исследования. Установлено, что индивидуальную гигиену полости рта осуществляют регулярно 57,92%, при этом не менее 2 раз в сутки уход за зубами и полостью рта осуществляют 76,67% из обследованных. Необходимые и достаточные знания по методике и средствам для индивидуального ухода за полостью рта имеют 44,16%, а надлежащие мануальные навыки по уходу за полостью рта из них лишь 10,62%, что свидетельствует о

необходимости проведения с ними занятий по правилам ухода за полостью рта в рамках проводимой диспансеризации и санации полости рта.

Заключение. Для повышения эффективности и качества санации полости рта аттестованным сотрудникам органов внутренних дел на базе стоматологических отделений ведомственных амбулаторных лечебно-профилактических учреждений необходимо создание кабинетов стоматологической профилактики со своим штатом, включающим ставки гигиениста стоматологического со средним медицинским образованием, количество которых должно определяться числом прикрепленного контингента. При проведении плановой санации полости рта аттестованным сотрудникам органов внутренних дел врачи-стоматологи (при отсутствии кабинета стоматологической профилактики) должны давать рекомендации и разъяснения по правилам и технике чистки зубов, методике ухода за полостью рта, в том числе тканями пародонта, а также по выбору средств для индивидуальной гигиены полости рта.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ЖЕВАНИЯ ПОСЛЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

Кувшинова А.К., Иорданишвили А.К., Музыкин М.И., Сериков А.А.

*Лечебно-реабилитационный клинический центр МО РФ, Москва,
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, ФГБВОУ ВО ВмедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

Огнестрельные ранения челюстно-лицевой области средней и тяжелой степени тяжести, как правило, сопровождаются утратой 4–8 зубов, что требует для стоматологической ортопедической реабилитации таких раненых использовать съемные зубные или зубочелюстные протезы, которые восстанавливают функцию жевания не более 25–35% от физиологической. Поэтому вопросы оптимизации стоматологической реабилитации взрослых людей с последствиями огнестрельных ранений челюстно-лицевой области актуальны для современного здравоохранения. Результативность стоматологической реабилитации существенно возрастает, если врач-стоматолог имеет не только необходимые теоретические знания и мануальные навыки по своей специальности, но и владеет методикой получения от пациента информации о соматических и психических проявлениях заболевания, а также о самооценке пациентом выраженности каждого из этих проявлений.

Цель исследования: изучить особенности психологической дезадаптации взрослых людей при последствиях огнестрельных ранений челюстно-лицевой области и их удовлетворенность результатами стоматологической реабилитации.

Проведена сравнительная оценка эффективности ортопедической стоматологической реабилитации и её удовлетворенностью у 61 мужчины в возрасте от 29 до 47 лет с последствиями огнестрельной травмы челюстно-лицевой области. В 1-й группе (39 чел.), для стоматологической реабилитации использовали съемные зубные и зубочелюстные протезы с удерживающими (или опорно-удерживающими) кламмерами, которые изготавливали общепринятым способом; во 2-й группе (22 чел.) применяли несъемные или условно-съемные зубные протезы на искусственных опорах. Для оценки особенности психологической дезадаптации у лиц с последствиями огнестрельных ранений челюстно-лицевой области и её изменении после стоматологической реабилитации была использована сравнительно новая методика анализа структуры и выраженности внутренней картины болезни с использованием «Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» (СПСАФД), предложенного М.М. Соловьевым и соавт. (2005).

Установлено, что взрослые с последствиями огнестрельных ранений челюстно-лицевой области испытывают серьезные физические и психические страдания из-за утраты зубов и нарушения функции жевания, которые не позволяют им чувствовать себя здоровыми людьми. Реабилитация таких пациентов с помощью различных общепринятых конструкций съёмных зубных протезов не позволяет в должной мере добиться полной удовлетворенности её результатами, на которую указывают лишь 23,1%. Применение для стоматологической реабилитации современных конструкций несъемных или условно-съемных зубных протезов на искусственных опорах позволило добиться полной удовлетворенности её результатами у 81,8% пациентов. Это свидетельствует о необходимости более широкого применения зубных протезов на искусственных опорах при стоматологической реабилитации раненых в челюстно-лицевую область. Следует отметить, что не зависимо от используемых технологий для стоматологической

реабилитации 29,5% пациентов указали на недостатки в обеспечении лечебно-диагностического процесса, причины возникновения которых, по мнению пациентов, как по вине медицинского персонала, так и зависели от особенностей повседневной деятельности лечебно-профилактического учреждения, что указывает на необходимость осуществления внутреннего контроля качества медицинской помощи. Предложено внести изменения в статью 16 Федерального Закона от 27.05 1998г. № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 22, ст. 2331; 2000, № 33, ст. 3348; 2001, № 53 (ч. 1), ст. 5030; 2002, № 19, ст. 1794; № 26, ст. 2521; 2003, № 46, ст. 4437; № 52 (часть I), ст. 5038; 2004, № 30, ст. 3089; № 35, ст. 3607; 2006, № 1, ст. 2; № 19, ст. 2062, 2067; № 29, ст. 3122; 2007, № 50, ст. 6237; 2008, № 30, ст. 3616; № 49, ст. 5723; 2009, № 7, ст. 769; № 30, ст. 3739; № 52, ст. 6415; 2010, № 50, ст. 6600; 2011, № 46, ст. 6407; № 51, ст. 7448; 2012, № 25, ст. 3270; № 26, ст. 3443; 2013, № 27, ст. 3477; № 43, ст. 5447; № 44, ст. 5636, 5637; № 48, ст. 6165; № 53, ст. 7613; 2014, № 48, ст. 6641; № 23, ст. 2930), дополнив ее пунктом 2.3 следующего содержания: «2.3. Военнослужащие и граждане, призванные на военные сборы, получившие при исполнении обязанностей военной службы увечья (ранения, травмы, контузии) либо заболевания, явившиеся следствием военной травмы и повлиявшие дефекты зубных рядов, имеют право на бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов из дорогостоящих материалов (за исключением протезов из драгоценных металлов).

Перечень показаний к изготовлению и ремонту зубных протезов из дорогостоящих материалов, перечень категорий военнослужащих и других лиц, получивших увечья (ранение, травму, контузию) при исполнении ими обязанностей военной службы, и требующих при наличии указанных показаний зубного протезирования с применением дорогостоящих материалов, порядок и места проведения зубного протезирования, перечень дорогостоящих материалов, используемых при изготовлении и ремонте зубных протезов данной категории пострадавших определяет МО РФ (иной федеральный орган исполнительной власти и федеральный государственный орган, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба)». Финансирование расходов на предусмотренное пунктом 2.3 настоящей статьи изготовление и ремонт зубных протезов из дорогостоящих материалов (за исключением протезов из драгоценных металлов) производится за счет средств, выделяемых МО РФ (иному федеральному органу исполнительной власти, в котором федеральным законом предусмотрена военная служба) из федерального бюджета в соответствии с федеральным законом о федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период, в порядке, установленном пунктом 7 статьи 16 настоящего Федерального закона.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИАЛОДЕНОПАТИЯМИ И КСЕРОСТОМИЕЙ

Лобейко В.В., Иорданишвили А.К.

Институт биорегуляции и геронтологии, Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы, ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург

В настоящее время в связи с постарением населения Российской Федерации проблема своевременной диагностики и лечения, а также профилактики рецидивирования заболеваний органов и тканей жевательного аппарата у людей пожилого и старческого возраста является весьма актуальной и важной для здравоохранения (В.Х. Хавинсон, 2013; В.Н. Анисимов, 2014; Г.А. Рыжак, 2014). На протяжении последних лет специалисты отдела возрастной клинической патологии Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии решают научно-прикладные вопросы по стоматологической реабилитации пожилых и старых людей, в том числе в связи с патологией слюнных желез, которые весьма широко распространены и крайне плохо поддаются лечению, несмотря на внедрение в амбулаторно-поликлинические учреждения современной диагностической и лечебной аппаратуры (Д.А. Максютя, В.В. Лобейко, 2012). Это обусловлено, главным образом, коморбидной психосоматической патологией, которая характерна для людей пожилого и старческого возраста (В.В. Никитенко, 2013; В.В. Бабич, 2014).

Пациенты пожилого и старческого возраста часто страдают ксеростомией, или сухостью полости рта, которая возникает из-за патологии слюнных желез (33%), общих заболеваний организма, чаще сахарного диабета (23%) или в результате комбинированного лечения злокачественных новообразований орофарингеальной зоны (54%), после которого развиваются лучевые или медикаментозные сиалоденопатии (В.В. Лобейко, А.К. Иорданишвили, 2014). В таких случаях случаев комплексное лечение ксеростомии, направленное на улучшение функции слюнных желез, нормализации в них гемомикроциркуляции, а также раздражающего действия на клетки выделительного

эпителия, дает выраженный положительный клинический эффект (Е.В. Филиппова, 2013). Однако часто добиться желаемого эффекта при ксеростомии не удастся, и пациентам приходится рекомендовать при симптомах «сухого рта» пользоваться заменителями слюны.

В последнее время на отечественном рынке медицинских препаратов появилось удобное в применении в домашних условиях, эффективное и сравнительно не дорогое средство «Гипосаликс», производимое фирмой «ЛаборатуарШемино» (Франция), которое на российском рынке изделий медицинского назначения представляет ООО «Бимокдекс». Следует отметить удобство пользования данным средством, так как оно выпускается в устройстве для орошения полости рта. А само средство «Гипосаликс» вводится в полость рта через распылитель, присоединяемый к клапану баллона.

Клиническое применение данного средства у людей старших возрастных групп, перенесших комбинированное лечение злокачественных новообразований ротоглотки и страдающих лучевыми и медикаментозными слюноаденопатиями, показало целесообразность включения средства «Гипосаликс» в комплексную терапию таких заболеваний слюнных желез одновременно с препаратами, улучшающими гемомикроциркуляцию («Везуген»), а также выделительную функцию слюнных желез («Йод-элам, Альгиклам, Кламин и др.). Раствор «Гипосаликс», содержащийся в устройстве, является искусственной слюной и при ежедневном использовании по 6–8 раз в день, путем нанесения на внутреннюю поверхность каждой щеки в виде распыления (до 1 сек.), позволяет существенно улучшить самочувствие людей пожилого и старческого возраста, страдающих синдромом «сухого рта» (ксеростомией), снизить уровень их психофизиологической тревожности и тем самым, повысить качество их жизни.

ВОЗМОЖНОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

Малахова Н.Е., Силин А.В., Падун Б.С.

*Кафедра стоматологии общей практики ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ,
кафедра технологии приборостроения ФГАОУ ВО СПбНИУ ИТМО, Санкт-Петербург*

Актуальность. Возможность врача-ортодонта оперативно принимать решения по планированию и лечению зубочелюстных аномалий с учетом всех особенностей жизнедеятельности пациента и течения его заболевания является актуальной задачей. В настоящее время, планируя ортодонтическое лечение, врач сталкивается со следующими задачами: прогноз времени лечения, предсказуемость результата, вероятность применения дополнительной аппаратуры, эффективность выбранного плана лечения. И все это происходит на фоне постоянно меняющихся факторов, которые оказывают влияние не только на развитие организма, но и на ответную реакцию со стороны организма. В последних исследованиях, посвященных причинам этиопатогенеза зубочелюстных аномалий, подчеркивается, что даже сроки прорезывания постоянных зубов в настоящее время отличаются от установленных ранее, не говоря уже о вариабельности цефалометрической диагностики черепа и тем более прогнозируя развитие воспалительных реакций. Все эти факторы ортодонт должен не только учитывать у каждого пациента, но и своевременно принимать необходимые меры.

Проблемам гигиенического состояния полости рта, особенно во время ортодонтического лечения до сих пор уделяется много внимания, так как проблема остается острой. Такие распространенные факторы, как наличие в полости рта высоких титров патогенной микрофлоры, низкая резистентность эмали, плохая индивидуальная гигиена полости рта и выраженный кариесогенный налет в той или иной комбинации значительно снижают положительный эффект от ортодонтической аппаратуры (Старовойтова Е.Л., Антонова А.А., Стрельникова Н.В., 2017). Особенно острой эта проблема становится в случаях длительного использования ортодонтической аппаратуры у детей, когда лечение длится иногда 3 и 4 года, а один ортодонтический аппарат сменяет последовательно другой.

Материалы и методы. Проведено обследование 48 пациентов (10 мальчиков и 38 девочек) в возрасте от 9,2 до 14,4 лет. На протяжении 12 месяцев лечения оценивались изменения в уровне интенсивности хронического гингивита с использованием индекса гингивита GI. Оценка индекса проводилась зондом в области вестибулярного, дистального, мезиального и язычного/небного участка десны изучаемых зубов (16, 12, 24/64, 36, 32, 44/84) по сле-

дующим критериям: 0,1–1,0 – легкая степень гингивита; от 1,1 до 2,0 – средняя степень гингивита; 2,1–3,0 – тяжелая степень гингивита.

Восстановление функции, определенной на заданном интервале, определялось методом линейной интерполяции математиком программистом.

Результаты исследования. До начала лечения уровень гингивита соответствовал пограничным значениям – легкой и средней степени тяжести, что объясняется возможно недостаточной индивидуальной гигиеной полости рта из-за дистопии зубов. Однако через 1 месяц после фиксации брекет-системы индекс гингивита увеличился. Через 4 месяца после начала лечения у пациентов 12–14 лет состояние пародонта по оценочному индексу соответствовало тяжелой степени тяжести, а у пациентов 9–10 лет на 5–6-й месяц наблюдения практически достигло исходного уровня – легкой степени тяжести. На протяжении дальнейшего исследования в группе детей 12–14 индекс гингивита так же соответствовал средней и тяжелой степени тяжести, и его значения лет были в пределах 1,95–2,3. У детей 9–10 лет на 12-й месяц исследования индекс гингивита остался таким же, как вначале, однако наблюдались небольшие колебания значений.

Зависимости показателей индекса гингивита у детей от времени, начиная с момента лечения, может быть также представлена в виде выражений. Для группы пациентов 9–10 лет:

$$f_{9-10} = \begin{cases} -8x^2 + 20x + 12, & \text{если } x \leq 2 \\ 12,0, & \text{если } x \geq 3 \end{cases}$$

Для группы пациентов 12–14 лет соответствует следующая формула:

$$f_{12-14} = \begin{cases} -3,5x^2 + 25,5x + 15, & \text{если } x \leq 5 \\ 52,0, & \text{если } x \geq 6 \end{cases}$$

Но самое главное, что на этапе восстановления функции получено расхождение в точке $x = 9$ на рисунке 2 и в точке $x = 11$ и $x = 12$ на рисунке. С позиции математического моделирования это является проявлением каких-то дополнительных факторов, которые повлияли на полученные данные, однако не были учтены врачом-ортодонтом при проведении исследования, что подчеркивает значимость компьютерных технологий в планировании длительного лечения.

Организм человека и, в том числе, зубочелюстной аппарат – это многокомпонентные и сложноорганизованные системы, и даже малозначимый фактор может принципиально изменить прогноз заболевания и ход лечения. Преимуществом использования искусственного интеллекта, чем является программная система, позволяет не только возможность учитывать большое количество факторов из анамнеза, но и значительно быстрее точно установить диагноз.

Выводы:

1. Установлено соответствие использования аппарата функций восстановления при прогнозировании результатов лечения, а также возможность моделирования таких прогнозов альтернативными методами, как экспертные системы, нейронные сети и другие средства модельного прогнозирования, что увеличивает объем информации об этиологических факторах, а также точность прогноза.

2. Комплексная оценка лечения, включая математические методы изучения, на протяжении всего периода ортодонтического лечения создает условия не только для рациональной и предсказуемой стоматологической реабилитации, но и для своевременной коррекции объема ортодонтических мероприятий в соответствии с индивидуальными особенностями.

ВЫБОР АППАРАТУРЫ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Малахова Н.Е.

Кафедра стоматологии общей практики ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность темы обусловлена сложностью в практическом применении всех данных диагностики, а в ряде случаев нерациональном применении ортодонтической аппаратуры.

Противоречивость взглядов на время использования той или иной аппаратуры также вводит в заблуждение, особенно молодого специалиста. Ф.Я. Хорошилкина (2001), О.И. Арсенина (2005), Г.Б. Оспанова (1990, 2006), Т.М. Graber (1994, 2008), W.R. Proffit (1999), R.M. Ricketts (2000); S.E. Bishara (2001); W.J. Clark (2002), L.L. Fogle (2004), C. Dolce (2007) рекомендуют начинать лечение в период временного и сменного прикуса для нормализации роста и получения в дальнейшем стабильного результата. В этом возрасте, по данным Ю.А. Ивановой (2009), О.И. Арсениной (2009), эффективность лечебных мероприятий при использовании частичной брекет-системы достигает 62,3%. Исследования В.М. Sarver (2007) показали, что важно начинать лечение непосредственно перед пубертатным скачком. При этом многие специалисты в период сменного прикуса отдают предпочтение использованию именно съёмных аппаратов (Персин Л.С., 2004; Митчелл Л., 2010; Ricketts R., 2000; O'Brien K., 2003).

Мнение о целесообразности проводить ортодонтическое лечение детей в возрасте не ранее 12–14 лет – обусловлено высоким риском возникновения воспалительных процессов в пародонте, активным течением кариозных процессов, отсутствием рационального ухода за полостью рта в случаях применения несъемной аппаратуры в более раннем возрасте.

А при выборе съёмного аппарата рекомендуют также учитывать возможность кооперации с пациентом (Данилова М.А., 2009), так как именно от этого фактора зависит эффективность применения аппарата и достижение необходимого результата.

В докладе представлены принципы принятия решения для выбора метода лечения на основании данных диагностики и представлены практические рекомендации по объему диагностики в период сменного прикуса.

КРИТЕРИИ УСПЕШНОСТИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ОРТОДОНТА

Малахова Н.Е., Портнова А.Г.

Кафедра стоматологии общей практики, кафедра общей медицинской психологии и педагогики ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность. Жесткая конкуренция в профессиональной сфере, постоянное появление новых методик и философий в подходах к лечению создают нелегкие условия для специалиста. Современный врач вынужден быть успешным в профессиональной деятельности. Однако не у каждого есть ресурс и этому не учат в университете. При этом высокая эмоционально-психологическая нагрузка, которая сопровождает весь клинический прием врача-ортодонта, что связано с большим потоком пациентов разнородной возрастной группы, способствует профессиональной деформации и эмоциональному выгоранию в более ранние сроки, а также может влиять на личную жизнь. Все это влияет на качество и эффективность профессиональной деятельности и принятых решений.

Цель исследования: выделить современные критерии успешности в профессиональной деятельности врача-ортодонта.

Материалы и методы. Использовался метод экспертной оценки: в исследовании приняло участие 33 врача-стоматолога в возрасте от 34 до 53 лет ($41,0 \pm 1,8$). Основанием для включения в группу экспертов выступили следующие характеристики профессионального статуса – работа в качестве врача не менее 3 раз в неделю, должностной статус – главный врач, директор, собственник стоматологического бизнеса. В качестве инструмента разработана анкета с закрытыми и открытыми вопросами, позволяющая выявить мнение эксперта о показателях успешности в профессиональной деятельности врачей разных стоматологических специальностей.

Результаты исследования. По данным анкетирования наибольшее значение получили следующие характеристики.

1. Для работы врачом-ортодонтом требуются: эмоциональная устойчивость, готовность к работе с непредсказуемыми ситуациями, возможность длительного взаимодействия с изменчивостью этиопатогенеза в развитии заболевания, «стратегический план мышления».

2. Для успеха с позиции особенности психики требуется: полинезависимость, гибкость в поведении, высокая мотивация, коммуникабельность.

3. Большинство экспертов (67%) отдали предпочтение поддержанию хорошего эмоционального состояния и степени самореализации, а также личной оценке достигнутых результатов (79%), нежели социальному статусу. Это подчеркивает полинезависимость экспертов, что является ресурсностью в профессиональном развитии с позиции психологического здоровья.

4. Среди 22 отличительных качеств успешного специалиста наиболее количество испытуемых отметило важность внедрения новых технологий, повышение квалификации и эмоциональную устойчивость. При этом утверждение о стремлении к высокому статусу было исключено. А доброта, альтруизм, материальная обеспеченность, благополучие в личной жизни оказались вторичными по значимости.

5. Внешней характеристикой успешности является востребованность у пациентов (25%) и хорошая оценка профессиональных качеств коллегами (17%). При этом в 84% важно красиво преподнести результат.

6. Важно, что в 63% эксперты обладают понятием тайм-менеджмента и организованностью. Однако в 23% приходится выполнять работу в нерабочее время, что может способствовать эмоциональному выгоранию и усталости.

7. В 41% случаев эксперты повышают свою квалификацию 5–6 раз в год, что является предельно допустимой нормой. По оценке психолога – для максимального усваивания новой информации с целью ее практического применения в профессиональной деятельности рекомендуется посещение учебных мероприятий не более 3–4 раз в год.

Выводы.

1. К психологическим характеристикам, наиболее значимым для достижения успеха, относятся эмоциональная устойчивость и самостоятельность.

2. Необходимо найти узкую специализацию для достижения максимальной компетенции в данной теме, которая позволит находиться на высоком профессиональном уровне без ущерба для психического здоровья.

ЛЕЧЕНИЕ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Малина М.С., Иорданишвили А.К., Тютюк С.Ю.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
Медико-социальный институт, ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

Одним из стоматологических заболеваний, неблагоприятно влияющих на психоэмоциональное состояние пациента, является гиперестезия твёрдых тканей зубов, или повышенная чувствительность зубов, которая в наши дни является распространённой патологией жевательного аппарата среди взрослых людей и встречается у каждого пятого жителя планеты. В работе представлены результаты исследования эффективности применения лечебно-профилактической зубной пасты, содержащей фторид олова, для лечения и профилактики рецидивирования повышенной чувствительности зубов у людей пожилого и старческого возраста, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом. В исследовании приняли участие 67 (42 женщины и 25 мужчин) человек в возрасте от 61 до 77 лет, которые страдали повышенной чувствительностью зубов и хроническим генерализованным пародонтитом. Пациентам 1-й контрольной группы, которая состояла из 31 человека, после стоматологического обследования и проведения профессиональной гигиены полости рта, рекомендовалось пользоваться зубной пастой «Parodontax с фтором». Пациентам 2-й основной группы, которую составили 36 человек, после обследования и проведения профессиональной гигиены полости рта у врача-стоматолога, рекомендовалось использовать лечебно-профилактическую пасту «Sensodyne мгновенный эффект», содержащую фторид олова. Для оценки эффективности лечения повышенной чувствительности зубов в течение месяца использовался индекс чувствительности зубов. Проведён-

ное исследование показало высокую клиническую эффективность лечебно-профилактической пасты с фторидом олова, которая резко снижала или купировала повышенную чувствительность зубов на вторые сутки от начала её применения. Зубная паста «Parodontax с фтором» также оказывала положительный лечебный эффект при повышенной чувствительности зубов, однако наибольший эффект от её применения в ходе индивидуального ухода за полостью рта наблюдался на 7-е сутки. При постоянном применении указанных зубных паст рецидива повышенной чувствительности зубов не отмечалось в обеих группах исследования на протяжении всего периода наблюдения за пациентами.

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РАЗДЕЛА ПРОПЕДЕВТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Маслов В.В., Маслова Т.В., Осипова В.А.

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность. При изучении раздела пропедевтика стоматологических заболеваний огромное значение имеет правильное понимание того, что происходит в тканях зуба при их разрушении кариозным процессом и каких результатов необходимо достичь с помощью современных инструментов при лечении кариеса и его осложнений. В настоящее время в учебной литературе имеется большое количество схем, описывающих патологические процессы и методики инструментальной обработки твёрдых тканей зуба, они не всегда точно отражают реальность происходящих процессов, а иногда и противоречат реальной картине. В связи с этим очень важно искать новые возможности для более наглядного представления характера распространения патологических процессов в твердых тканях зуба и результатов механической обработки корневых каналов современными инструментами.

Цели. Создать модели демонстрирующие распространение кариозного процесса в твердых тканях зуба и процесса механической обработки каналов зуба с помощью эндодонтических инструментов.

Материалы и методы. Для моделирования процесса распространения кариеса в эмали и дентине зуба за основу взяты результаты исследований оптических свойств твёрдых тканей зуба д.м.н. Грисимова В.Н. Из удаленных по медицинским показаниям зубов делались шлифы. Лазерной указкой создавался световой луч, проходящий через эмаль и дентин. Проводилось фотографирование результатов эксперимента, и фотографии в электронном виде вводились в компьютер, где на мониторе при большом увеличении можно было изучать строение тканей зуба и характер распространения света в различных участках зуба. Для создания компьютерной модели по изучению результатов механической обработки каналов и создания апикального уступа с помощью эндодонтических инструментов, проводилась фоторегистрация эндодонтических инструментов различных размеров на фоне миллиметровой линейки. В электронном виде фотографии переносились в компьютер и с помощью компьютерной программы проводилось последовательное наложение фотографий эндодонтических инструментов, таким образом моделировали механическую обработку корневых каналов зубов и формирование апикального уступа, получая реальную картинку, возможную при проведении механической обработки корневых каналов.

Для создания объёмной модели по изучению результатов механической обработки каналов и создания апикального уступа использовались К-файлы различных размеров, пластилиновый блок, миллиметровая линейка, цифровой фотоаппарат. К пластилиновому блоку с прикреплённой миллиметровой линейкой, последовательно прикладывали инструменты по методике формирования апикального уступа, с шагом 1 размер 1 мм. Что позволило получить 3D-модель обработки корневого канала. Все этапы фото документировали.

Результаты исследования. С помощью оптической модели распространения кариозного процесса в твердых тканях зуба видно, что в любом участке эмали зуба световой пучок распространяется по ходу эмалевых призм, что соответствует характеру распространения кариозного процесса при всех классах локализации по G.V. Black. В дентине световой луч распространяется по ходу дентинных трубочек в соответствии с их гистологическим строением.

Компьютерная модель и объёмная 3D-модель эндодонтической обработки зуба и формирования апикального уступа показали, что при последовательном применении эндодонтических инструментов (с соблюдением шага 1 размер 1 мм) по методике формирования апикального уступа получился уступ в области верхушки корня с боковы-

ми слабо изогнутыми линиями с тупыми углами, обращенными внутрь полости корневого канала зуба, что видно только при большом увеличении. Полученные результаты не соответствуют схемам, которые представлены в учебной литературе, где процесс механической обработки корневых каналов иллюстрирован в виде «телескопа» с ярко выраженными ступеньками.

Выводы:

- Предлагаемые модели являются наглядными методическими пособиями для формирования правильных компетенций у студентов.
- Модели достаточно просты для их самостоятельного исполнения студентами, что было апробировано на студентах 1-х, 5-х курсов стоматологического факультета.
- Модели для их воспроизведения не требуют дополнительных материальных затрат и могут быть внедрены в учебный процесс, а при дальнейшей модификации могут быть распространены и на другие разделы изучения стоматологии.

НОВЫЙ ШАГ В ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДБОРЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА

Маслов В.В., Кардашенко Я.Р., Маслова Т.В., Кутергина К.А., Маслов М.В., Антонова И.Н., Ткаченко Т.Б.

Кафедра протопедантики стоматологических заболеваний, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность. Средства профилактики заболеваний полости рта широко представлены мировыми производителями средств гигиены, тратятся огромные средства для их рекламирования. В данной ситуации трудно отдать предпочтение какому-нибудь из них, и понять их эффективность можно только после длительного применения, что тоже весьма относительно, так как микрофлора полости рта адаптируется к компонентам средств гигиены.

Особенно важно знать эффективность средств профилактики кариеса у лиц в период минерализации эмали и при состояниях (беременность, эндокринные заболевания, климактерический период и других), когда фосфорно-кальциевый обмен может меняться.

Критериями эффективности противокариозного эффекта средства могут быть время образования зубной бляшки и степень минерализация эмали.

Цель. Создать способ индивидуального подбора средств гигиены полости рта для профилактики кариеса.

Материалы и методы. Исследовались зубные пасты «Новый жемчуг» с кальцием, «Новый жемчуг» с монофторфосфатом натрия, «Новый жемчуг» с фторидом натрия. В пробирку собирали ротовую жидкость пациента. Зубы очищали механически без использования зубной пасты, после чего производили измерение гидрофобности эмали зубов пациента по методу «сидячей капли». Из «банка зубов» подбирали зубы, удаленные по медицинским показаниям, гидрофобность эмали которых соответствовала гидрофобности эмали зубов пациента. В течение 20 секунд зубы очищали зубной щеткой средней жесткости с использованием исследуемого средства гигиены полости рта. В качестве контроля использовали зуб, без очищения средством гигиены. Зубы погружали в ротовую жидкость пациента, и помещали в термостат при температуре 37 градусов. С интервалом исследования 1 час: определяли время появления зубной бляшки с помощью окрашивания раствором Шиллера-Писарева, поверхность зуба очищали от бляшки и производили оценку гидрофобности эмали зубов методом «сидячей капли».

Результаты. Начало роста зубной бляшки на зубе, без очищения средством гигиены, наблюдалось через 2 часа. Гидрофобность эмали под зубной бляшкой в среднем уменьшалась на 191 % от исходного значения.

При использовании зубной пасты «Новый жемчуг» с кальцием, начало роста зубной бляшки было зарегистрировано через 3 часа. Гидрофобность уменьшалась в среднем на 186 %.

При использовании зубной пасты «Новый жемчуг» с монофторфосфатом натрия, начало роста зубной бляшки определялось через 3 часа после чистки исследуемого зуба. Гидрофобность эмали уменьшалась в среднем на 160 %.

При использовании зубной пасты «Новый жемчуг» с фторидом натрия, начало роста зубной бляшки определялось через 3 часа после чистки исследуемого зуба. Гидрофобность эмали уменьшалась в среднем на 84 %.

Данные пасты замедляли скорость образования зубной бляшки с одинаковой эффективностью – на 50%.

Зубная паста, содержащая кальций, увеличивала гидрофобность всего на 5%, по сравнению с гидрофобностью, на зубе, без очищения зубной пастой. Зубная паста, содержащая монофторфосфат натрия, увеличивала гидрофобность на 31%. Зубная паста, содержащая фторид натрия, увеличивала гидрофобность более чем в два раза – на 107%.

Зубная паста, содержащая фторид натрия в большей степени увеличивала резистентность эмали к действию кислоты.

Выводы. По полученным результатам необходимая кратность чистки зубов составила 4 раза в сутки (после каждого приёма пищи), а более эффективным противокариозным средством оказалась паста, содержащая фторид натрия.

Данный метод исследования средств гигиены полости рта позволяет проводить оценку противокариозной эффективности средств гигиены полости рта, как с целью научных исследований, так и в клинике для индивидуально-го подбора средств гигиены.

Метод позволяет динамично контролировать эффективность применяемых средств гигиены и при появлении признаков адаптации микроорганизмов ротовой жидкости к компонентам средств гигиены своевременно поменять его на более эффективные.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОВРЕМЕННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Маслов В.В., Маслова Т.В., Кардашенко Я.Р.

Кафедра протезтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность. Современными стоматологическими материалами проводят высококачественную реставрацию зубов. Знания физико-химических свойств этих материалов позволяют врачу избежать ошибок, приводящих к снижению качества реставраций и неприятных осложнений со стороны пульпы зуба. Технология работы с современными пломбирочными материалами базируется на их физико-химических свойствах и подробно описана в учебной литературе, но своими глазами увидеть проявление этих свойств на практических занятиях невозможно.

Цели. Создать модель, позволяющую объективизировать адгезивные свойства современных пломбирочных стоматологических материалов и модель для визуализации гидрофильных свойств стеклоиономерных цемента.

Материалы и методы. Для создания модели по объективизации адгезивных свойств современных материалов использовали адгезивную систему для композиционного материала, протравливающий гель, поликарбоную кислоту СИЦ, кондиционер, краситель, зубы, удаленные по медицинским показаниям, фотоаппарат (цифровой), компьютер и секундомер.

Для изучения механической адгезии эмаль удаленного зуба подвергалась травлению кислотным гелем в течении 30 секунд и 60 секунд, после удаления геля водой на протравленную эмаль двукратно наносили аппликатором bond с красителем на 10 секунд, и проводилась полимеризация под воздействием световой лампы. Для изучения химической адгезии поверхность эмали обрабатывали кондиционером, по рекомендованной технологии, и наносили жидкость СИЦ с красителем. Bond и жидкость СИЦ наносили на разные поверхности одного зуба. Далее проводили распил, проходящий по середине площади нанесенного адгезива, и фотографировали шлифы зуба с последующим перенесением фотографии в компьютер, где при максимальном увеличении картинки, измеряли толщину адгезивного слоя в пикселях и проводили их сравнение в зависимости от времени травления эмали и вида адгезии.

Для создания модели по объективизации гидрофильных свойств СИЦ. В удаленных зубах формировали полости 1-го класса по G.V. Black различной глубины. После обработки кондиционером полости пломбировали СИЦ, шлифовали и полировали поверхность пломб (всё по рекомендациям производителя материала). Зуб на трое суток погружали в раствор красителя, после чего проводили продольный распил зуба и фотографировали шлифы с переносом фотографий в компьютер, где при большом увеличении изучали проникновение красителя в толщу СИЦ, как с поверхности пломбы, так и со стороны дентина.

Результаты. На модели, предлагаемой для изучения адгезивных свойств материалов, наглядно видна разница по глубине проникновения красителя в эмаль в зависимости от времени травления эмали кислотным гелем и типа адгезии (механическая/химическая), объективизация результатов измерения толщины адгезивного слоя в пикселях позволяет проводить математические расчёты и анализировать полученные результаты. При 30 секундах травления bond проники в эмаль глубже в 2–6 раз, по сравнению с травлением в течении 60 секунд, проникновение жидкости СИЦ в эмаль незначительное.

Модель для изучения гидрофобных свойств СИЦ позволяет увидеть процесс проникновения жидкости в материал во время прохождения в нём химических реакций. Так, на фотографии шлифа зуба видно, что краситель проникает в материал как с поверхности пломбы, так и со стороны дентина через дентинные трубочки, которые также покрашены. Толщину окрашивания СИЦ с поверхности и со стороны дентина измеряли и проводили сравнительную оценку. Было установлено, что иногда глубина проникновения со стороны дентина была больше, чем с поверхности пломбы, в 1,5–2 раза.

Выводы. Модель для изучения адгезии в эмали даёт наглядное представление о механической и химической адгезии, показывает зависимость проникновения адгезива в эмаль от времени травления и позволяет обучающимся лучше понимать физико-химические свойства современных стоматологических материалов.

Модель для изучения гидрофильных свойств СИЦ позволяет увидеть, как во время химической реакции отверждения материала (СИЦ) жидкость проникает в него с любой поверхности, где только она есть.

Созданные модели просты в применении и могут быть использованы в учебном процессе при изучении раздела материаловедения. Они полностью соответствуют бюджету финансирования учебного процесса. Апробация проведена на студентах 2,5 курсов стоматологического факультета.

ЭНДОДОНТОПАРОДОНТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Мороз П.В., Иорданишвили А.К.

ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ, Ростов-на-Дону, ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург

Сочетание заболеваний эндодонта (пульпит, периодонтит) и пародонта у взрослых людей неуклонно возрастает, что существенно усложняет проведение стоматологических лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий. Однако до настоящего времени специалистами не изучен вопрос о частоте встречаемости эндодонтопародонтальных поражений (ЭПП) у взрослых людей с учётом региона их проживания. Знание этого вопроса имеет прикладное значение в связи с необходимостью проведения у таких пациентов, не зависимо от их возраста, расширенных стоматологических лечебно-профилактических мероприятий при санации полости рта и перед зубным протезированием. Это особенно важно в аспекте о сохраняющихся в практической стоматологии проблемах качестваного пломбирования корневых каналом зубов при эндодонтическом лечении осложненных форм кариеса зубов, а также существующих дефектах оказания пародонтологической помощи.

Целью исследования являлось изучить частоту встречаемости эндодонтопародонтальных поражений челюстей у взрослых жителей России с учётом региона их проживания.

Проведено клинко-рентгенологическое обследование 1525 (843 (55,28%) мужчин и 682 (44,72%) женщин) взрослых людей разных возрастных групп, проживающих в Северо-Западном и Южном федеральных округах Российской Федерации для выявления частоты встречаемости ЭПП челюстей. Среди обследованных было 456 человек молодого, 523 – среднего, 329 – пожилого и 217 человек старческого возраста.

На основании проведённого клинко-рентгенологического обследования установлена частота встречаемости эндодонтопародонтальных поражений (ЭПП) челюстей, которая не зависела от региона проживания, а определялась возрастом и полом обследуемых. В работе показано, что частота встречаемости ЭПП у взрослых людей различных возрастных групп составляет 24,13% и увеличивается с возрастом. У лиц молодого и среднего возраста ЭПП диагностировались, соответственно, в 1,97 и 18,74% случаев, а у лиц пожилого и старческого возраста частота встречаемости ЭПП достигала, соответственно, 34,35 и 68,2% в соответствующих возрастных группах. Показано, что не зависимо от возраста частота встречаемости ЭПП выше у мужчин. Отмечается, что в молодом и среднем возрас-

те ЭПП протекают на фоне удовлетворительного индивидуального ухода за полостью рта при лёгкой или средней степени тяжести патологии пародонта. В старших возрастных группах, не зависимо от пола, ЭПП протекают на фоне неудовлетворительного индивидуального ухода за полостью рта при тяжёлой степени тяжести патологии пародонта. Подчёркивается, что высокая частота встречаемости ЭПП у лиц среднего возраста, а также у людей старших возрастных групп обуславливает необходимость руководителям и заведующим отделениями терапевтической и хирургической стоматологии стоматологических лечебно-профилактических учреждений, предусмотреть возможность выполнения расширенных стоматологических лечебно-профилактических мероприятий при проведении им санации полости рта, а также перед зубным протезированием.

ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, ОСЛОЖНЕННАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ

Нечкина М.А., Нечкин С.Б., Погосян Г.С., Лазарев Ю.В.

*Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ,
НИИ стоматологии и ЧЛХ, Санкт-Петербург*

Актуальность. По данным статистики ВОЗ расстройств височно-нижнечелюстных являются третьими по распространенности стоматологическими заболеваниями и встречаются почти у трети населения. Кроме того, существуют определенные трудности в диагностике и лечении, применяются различные методики, но клинических рекомендаций и утвержденных стандартов лечения не существует.

Цель исследования. Провести статистический анализ результатов обследования и лечения пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, оценить вариабельность этиологических факторов и клинической картины при заболеваниях ВНЧС.

Материалы и методы. На базе НИИ стоматологии и ЧЛХ был произведен анализ историй болезни 235 пациентов, поступивших с жалобами на проблемы в области ВНЧС (K07.60; K07.61; S03.0; F45.8; M19) в течение 3 лет (с 2016 по 2018 включительно). В ходе работы были использованы аналитический, сравнительный и математико-статистический методы исследования. Анкета-опросник включала в себя данные о наличии симптомов, внешних и внутренних признаков заболевания ВНЧС, а также данные КТ и МРТ исследований.

Результаты. Из 235 пациентов: 51% поступили по направлению врачей челюстно-лицевого стационара, 20% врачей стоматологов-ортодонт, 13% от врачей стоматологов ортопедов, 12% от стоматологов других специальностей и в 4% случаев пациенты пришли для консультации самостоятельно. После первичного осмотра и консультации продолжили комплексное лечение 38% пациентов.

Именно эти 89 человек, продолжившие лечение в клинике, и стали предметом исследования. По возрасту выявлено равномерное распределение по 3 группам: 25–35, 36–50 и более 51 года. При этом лица женского пола составили 83%.

Постановка диагноза производилась по результатам клинического обследования с использованием данных МРТ-исследования. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава диагностировалась в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ), используя следующие коды: K07.60 - синдром болевой дисфункции ВНЧС; K07.61 – «щёлкающая» челюсть; F45.8 - бруксизм; M19 - артрозы; S03.0 - вывих челюсти. Было выявлено преобладание синдрома болевой дисфункции - 90% и «щёлкающая» челюсть - 76%. Необходимо отметить, что у 75% пациентов наблюдалась сочная патология.

Исследуемая группа пациентов главным образом предъявляли жалобы на боли в области сустава и шумы, по 79%. Регулярные головные боли, от нескольких раз в неделю, до постоянных отмечали 63% больных.

При внешнем осмотре было выявлено нарушение соотношения третьей лица (30%); наличие ассиметрии (28%); присутствие дефлексии/девиации у 24%. Необходимо отметить, что у 30% контрольной группы в анамнезе имело место ортодонтическое лечение, у 61% мы наблюдали не рациональное протезирование и у всех этих пациентов наблюдались признаки патологической окклюзии.

На этапе диагностики и при лечении проводились антропометрические измерения лица, и на диагностических моделях данные фиксировались. Всем 89 пациентам проводилась электронейромиорелаксация с использованием

ультразвукочастотного миомонитора J-5 TENS (фирмы Miotronics). Затем регистрировали физиологическое положение нижней челюсти для создания окклюзионной лечебной каппы на нижнюю.

Оценка результатов лечения проводилась через неделю, месяц, полгода, год, полтора и два года. 9 пациентов (10%) после адаптации к каппе и перестройки миостатического рефлекса (в среднем через 3 месяца) было решено направить на кафедру челюстно-лицевой хирургии, поскольку по результатам МРТ были выявлены серьезные органические изменения в ВНЧС. После осмотра с каппой через неделю и месяц, несмотря на полученную положительную динамику, 22% пациентов не явились для продолжения лечения и оценки результатов. Положительных результатов лечения удалось добиться в 75% случаев.

Выводы:

1. При выявлении жалоб пациентов боли в области височно-нижнечелюстного сустава и нарушения его функции 75% случаев наблюдалась сочная патология с преобладанием K07.61 и K07.63.

2. У 91% обратившихся за помощью пациентов наблюдались признаки патологической окклюзии, что можно считать одной из основных причин развития дисфункции ВНЧС.

3. Консервативные методы лечения с использованием окклюзионных лечебных капп на нижнюю челюсть оказались эффективными у большинства пациентов (75%).

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Орехова Л.Ю., Лобода Е.С., Яманидзе Н.

*Кафедра терапевтической стоматологии и пародонтологии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Введение. В связи с высокой распространенностью, воспалительные заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест среди заболеваний полости рта. Ухудшение микроциркуляции является важным звеном в цепи патогенеза воспалительных заболеваний пародонта. Изменения, происходящие в микроциркуляторном русле при воспалении, регистрируют еще на доклиническом этапе. Центральным звеном в развитии микроциркуляторных нарушений является расстройство капиллярного кровотока, которое начинается со снижения его интенсивности и заканчивается развитием капиллярного стаза в нутритивном звене.

Сложность патогенеза этих нарушений требует применения достаточно чувствительных методов диагностики.

Одним из современных функциональных методов исследования является ультразвуковая доплерография.

Цель. На основании клинико-функциональных наблюдений изучить эффективность диагностики микроциркуляторных показателей в динамике анализа эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта.

Материалы и методы. На базе Городского пародонтологического центра «ПАКС» были обследованы 42 пациента с диагнозом «хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести» (МКБ-10), в возрасте от 25 до 52 лет, из них 23 женщины и 19 мужчин, которые в последующем были разделены на две равные группы: контрольную и основную. Всем пациентам проводилось стандартное стоматологическое обследование и профессиональная гигиена полости рта. Пациентам основной группы дополнительно проводилась обработка пародонтальных карманов газовой озоно-кислородной смесью. Стоматологическое обследование каждого пациента перед проведением лечения включало: опрос, внешний осмотр, осмотр полости рта, оценка состояния слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта, а также дополнительные методы обследования: рентгенологическое исследование, с целью возможности оценки как степени поражения костной ткани, так и характера, стадии и тяжести патологического процесса, определение пародонтальных (РМА, ВОР, СРITN, PI) и гигиенических индексов (ОHI-s, ИГФВ, Silness-Loe). Исследование микроциркуляции тканей пародонта проводилось на всех этапах: до лечения, непосредственно после, через 1 неделю и через 1 месяц.

Российская компания Minimax New Medical Hightech занимается разработкой новых медицинских технологий в различных направлениях медицины, производством и внедрением в клиническую практику врачей высокочастотной ультразвуковой доплерографии.

Интересным представляется разработка портативной модели аппарата Минимакс-Допплер-К (ММ-Д-К) модель НБ.

Измерения проводили в симметричных областях верхней и нижней челюстей. Состояние кровотока в сосудах определяли по данным спектрального анализа доплеровского сигнала.

Результат. Модифицированный индекс гигиены ОНI-S у пациентов основной группы после проведенного лечения составил $0,3 \pm 0,1$, а контрольной группы $0,9 \pm 0,3$. На этапе baseline индекс РМА в основной группе составил $20 \pm 4,5\%$, а в контрольной $18,5 \pm 2,5\%$. Через 2 недели после лечения РМА в основной группе составил $6 \pm 1,5\%$, а в контрольной $10,7 \pm 2\%$. В результате обработки доплерограмм получены данные о линейных скоростях кровотока, индексы Пурсело (RI) и Гослинга (PI). Для исключения ошибок, возникших при компьютерной обработке данных, была проведена ручная коррекция измерений.

Наиболее значимым диагностическим критерием микроциркуляторных расстройств в тканях пародонта по данным корреляционных взаимосвязей, является параметр гемодинамики (Средняя линейная скорость кровотока (Vam)). Показатель (Vam) в основной группе через неделю после лечения составил $0,7802 \pm 0,1301$ при исходном $0,5301 \pm 0,2172$ см/сек, тогда как в контрольной при исходном $0,5241 \pm 0,2432$ см/сек после лечения аналогичный индекс составил $0,6102 \pm 0,1421$ см/сек.

Выводы. Метод ультразвуковой доплерографии позволяет оценить состояние микроциркуляторного русла при динамическом наблюдении. После проведении озонотерапии состояние микроциркуляции пародонта, по данным ультразвуковой доплерографии, улучшилось более чем на 30%, что доказывает ее положительное влияние на гемодинамику.

Для оценки гемодинамики целесообразно использовать скоростные характеристики тканевого кровотока: линейные и объемные скорости, что позволяет объективно проводить диагностику гемодинамических сдвигов в тканях пародонта.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Орехова Л.Ю., Мусаева Р.С., Силина Э.С., Гриненко Э.В.

*Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Введение. Известно, что сахарный диабет (СД) почти в 100% случаев приводит к возникновению воспалительных заболеваний пародонта, что связано в первую очередь с изменением pH слюны в кислую сторону, нарушением иммунного статуса и снижением репаративной функции сосудистой стенки. Со временем компенсаторные возможности организма истощаются, что усугубляет процесс разрушения тканей пародонта и ведет к потере зубов в более позднем возрасте, а это в свою очередь ухудшает гликемический контроль у пациентов с СД. Таким образом, возникает прочная взаимосвязь между СД и воспалительными заболеваниями пародонта, что требует не только контроля со стороны врачей-эндокринологов, но и помощи стоматологов.

Цель исследования. Изучить эффективность комплекса профессиональной гигиены полости рта у пациентов с СД 1-го типа и хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Нами было обследовано 40 пациентов с СД 1-го типа и диагнозом хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести в возрасте от 20 до 30 лет. Диагноз СД был установлен врачами-эндокринологами Санкт-Петербургского Территориального диабетологического центра. Участие пациентов было добровольным.

В комплекс обследования входили: анкетирование, стоматологический осмотр с определением основных гигиенических и пародонтальных индексов (упрощенный индекс гигиены Грина Вермилльона ОНI-S, индекс налета апроксимальных поверхностей API, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс РМА, проба на кровоточивость ВОР), определение глубины пародонтальных карманов, pH-метрия ротовой жидкости и ортопантомография.

Далее пациенты были разделены случайным образом на 2 группы по 20 человек. 1-й группе пациентов проводился комплекс профессиональной гигиены полости рта, включающий в себя снятие над- и поддесневых зубных отложений, полировку зубов, обучение и коррекцию индивидуальной гигиены полости рта, назначение лечебно-профилактической зубной пасты и ополаскивателя для полости рта для использования в течение месяца.

Во 2-й группе также проводился комплекс вышеперечисленных мероприятий, а в дополнение была выполнена Vector- терапия аппаратом Vector Paro (Durr Dental, Германия). Через 4 недели пациенты были повторно обследованы по указанной выше схеме.

Результаты исследования. Результаты первичного анкетирования показали, что у половины пациентов (47,5%) имеются жалобы на состояние полости рта. Так, 40% опрошенных указали на повышенную кровоточивость десен при чистке зубов, а 57,5% жаловались на гиперестезию твердых тканей зубов от холодного.

Упрощенный индекс гигиены Грина-Вермилльона у пациентов с сахарным диабетом в целом находился на удовлетворительном уровне, однако индекс налета на апроксимальных поверхностях зубов был достаточно высоким. Пародонтальные индексы также показали наличие средней степени воспаления десневого края. Глубина зондирования пародонтальных карманов не превышала 4 мм, а на ортопантограмме выявлялась резорбция костной ткани не более чем на 1/3 вершины межзубных перегородок, что соответствует установленному диагнозу хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести. pH ротовой жидкости в среднем был ниже 7 единиц.

Через месяц после проведения комплекса профессиональной гигиены полости рта в 1-й группе пациентов выявлено улучшение гигиенического и пародонтологического статуса (снизились значения индексов: OHI-S, API, PMA, BOP). pH ротовой жидкости увеличился. Жалобы на кровоточивость остались лишь у 10% пациентов, а чувствительность зубов от холодного сохранилась у 30%. Около 70% пациентов отметили улучшение состояния зубов и десен через 4 недели после проведенных мероприятий. Однако результаты повторного обследования во 2-й группе пациентов оказались более значимыми. Так, значения всех используемых индексов значительно снизились, что говорит о более выраженном улучшении гигиены полости рта и состояния пародонта при использовании аппарата Vector. pH ротовой жидкости изменился в щелочную сторону. При этом жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов и гиперестезию сохранились всего у 30% опрошенных. В целом, улучшение состояния полости рта было заметно 90% пациентов

Выводы. У пациентов с СД 1-го типа и хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести в целом наблюдается неудовлетворительное состояние гигиены полости рта и выраженные признаки воспаления тканей пародонта). Однако после проведенного этапа профессиональной гигиены полости рта отмечается улучшение гигиенического и пародонтологического статуса в данной группе. Наибольшую эффективность показало применение аппарата Vector Paro в комплексе консервативного лечения пародонтита, что подтверждается более выраженными изменениями стоматологических индексов в лучшую сторону и снижением жалоб пациентов.

СООТНОШЕНИЕ МЕТРИЧЕСКОЙ ГРАДАЦИИ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКУЮ ДИНАМИКУ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА

Орехова Л.Ю., Косова Е.В., Петров А.А., Косов С.А.

*Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Введение. Заболевания пародонта являются наиболее распространенными стоматологическими заболеваниями, процент которых неуклонно прогрессирует (Jin et al., 2016; Kassebaum et al., 2014; Marcenes et al., 2013). В данном исследовании рассмотрено влияние местного фактора на изменение показателей микроциркуляции тканей пародонта в областях прикрепления уздечки.

Цель исследования. Соотнести метрическую градацию уздечки верхней губы на гемодинамическую динамику в тканях пародонта.

Материалы и методы. Проведено обследование 40 пациентов в возрасте от 18 до 25 лет, не состоящих на диспансерном учете у врачей интернистов. В ходе исследования всем пациентам проводился ряд диагностических методик: определение гигиенических (OHI-S, индекс зубного налета Loe-Silness) и пародонтологических индексов

(РМА, индекс кровоточивости SBI), лучевая диагностика (панорамная рентгенография), вакуумная проба по В.И. Кулаженко, ультразвуковая доплерография пародонта, а также метрическое определение характеристик уздечки.

Результаты. Индексная оценка пациентов составляла: OHI-S – $1,42 \pm 0,05$; индекс зубного налета Loe-Silness – $1,6 \pm 0,22$; РМА – $16,76 \pm 0,29$; индекс кровоточивости SBI – $0,86 \pm 0,01$; вакуумная проба по В.И. Кулаженко – $22,38 \pm 0,35$. В зависимости от прикрепления уздечки верхней губы проведена градация пациентов на исследуемые группы: прикрепление уздечки в области середины прикрепленной десны ($n = 26$) или в области межзубного сосочка ($n = 14$). В свою очередь, обе группы были разделены по длине уздечки (укороченная, средняя и удлинённая). Основываясь на результаты ультразвуковой доплерографии, исходная максимальная систолическая (Vas) скорость кровотока преобладала у пациентов с укороченной уздечкой, прикрепленной в области середины прикрепленной десны ($6,09 \pm 0,71$), а наименьшая скорость кровотока – у пациентов с удлинённой уздечкой, прикрепленной в области середины прикрепленной десны ($4,60 \pm 0,82$). При натяжении уздечки наибольшее изменение скорости кровотока зафиксировано у пациентов с уздечкой средней длины, прикрепленной в области межзубного сосочка (изменение скорости кровотока от состояния покоя ($5,56 \pm 0,50$) до состояния натяжения ($8,03 \pm 0,30$) составило 44%). Проведение функциональных проб с помощью непрямого действия тепла и холода позволило определить различные типы реакций в исследуемых группах, что свидетельствует об изменении реактивности сосудов микроциркуляторного русла в области прикрепления уздечки верхней губы. При использовании оригинальной тактильной пробы наиболее раздражающее действие на состояние микроциркуляторного русла наблюдается у пациентов с укороченной уздечкой, прикрепленной в области межзубного сосочка (изменение скорости кровотока от состояния покоя ($5,32 \pm 0,38$) до состояния раздражения ($8,43 \pm 0,61$) составило 58%).

Выводы: В ходе исследования проведена градация длины и прикрепления уздечки верхней губы. Наибольшая скорость кровотока в состоянии покоя наблюдается у пациентов с короткой уздечкой, прикрепленной в области середины прикрепленной десны. Угол натяжения уздечки зависит от длины и прикрепления уздечки – чем длиннее уздечка, тем больше угол натяжения и меньший процент изменения скорости кровотока. Во всех исследуемых группах зарегистрировано снижение реактивности сосудов при проведении функциональных проб.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ САХАРНОГО ДИАБЕТА. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОСТАВЛЕНИЯ ПЛАНА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ

Орехова Л.Ю., Мусаева Р.С., Александрова А.А., Гриненко Э.В.

*Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

В современной медицине всё больше развивается концепция полиморбидности всех заболеваний. Давно доказано, что сахарный диабет (СД) поражает все органы и системы организма. На сегодняшний день имеется множество публикаций, описывающих, что наличие очагов воспаления в ротовой полости являются провокационными факторами к развитию и осложнению течения некоторых типов сахарного диабета.

В совокупности с беременностью СД может провоцировать осложнения сопутствующих заболеваний, а также течение самой беременности, вплоть до неблагоприятных её исходов.

В работе описан стоматологический статус 80 беременных женщин при трёх типах СД: сахарный диабет 1-го типа (СД1), сахарный диабет 2-го типа (СД2) и гестационный сахарный диабет (ГСД), а также 27 беременных без СД, составивших контрольную группу (КГ). По результатам клинического исследования, определения индексов (КПУ, OHI-S, Silness-Loe, РМА, Muhlemann и ВОР), а также проведения ТЭР-теста по В.Р.Окушко, пробы ФСК по В.И. Кулаженко, измерению рН слюны и определению наличия конкрементов методом лазерной флуоресцентной спектроскопии аппаратом Diagnostodent были поставлены следующие диагнозы: множественный кариес – во всех группах СД (88%), в группе СД1 преобладал хронический генерализованный пародонтит (ХГП) лёгкой степени тяжести (64%), в группе ГСД (72%) и СД2 (79%) – ХГП средней степени тяжести, в группе беременных женщин без СД – в 33% – ХГП и гипертрофический гингивит и в 16% случаев – ХГП лёгкой степени тяжести.

По результатам микробиологического исследования, в содержимом пародонтального пространства у беременных с ГСД существенно чаще встречались *Enterobacteriaceae spp.*, *Streptococcus spp.* и грибы рода *Candida* ($p < 0,05$). *Streptococcus spp.* в сумме преобладали во всех группах СД по сравнению с КГ. В группе СД1 выявлено значительно большее количество облигатных анаэробов, особенно *Neisseria flavescens* (+++) ($p < 0,01$). Представители нормофлоры выявлялись в незначительных количествах во всех обследованных группах, однако в группах ГСД и СД1 их выявлено больше, чем у остальных обследованных.

В результате опроса у беременных женщин с СД был выявлен неудовлетворительный уровень гигиенических знаний по уходу за полостью рта: 33% женщин не уделяют внимания выбору зубной щётки и 60% выбору зубной пасты. Более 40% женщин не пользуются дополнительными средствами гигиены полости рта и в 90% случаев не обращают внимание на время чистки зубов.

На втором этапе исследования все беременные с СД были разделены на три группы по 25 человек: пациенткам 1-й и 2-й группы был предложен комплекс индивидуальной гигиены полости рта (ИГПР), разработанный на основании определения уровня знаний по проведению индивидуальной гигиены полости рта, гигиенических и пародонтальных индексов, водородного показателя смешанной слюны, микробиологическом исследовании состава микрофлоры пародонтальных карманов или пространств. В зависимости от полученных деформируемых формировалась схема обучения индивидуальной гигиене полости рта (подбор зубной щётки, пасты, дополнительных средств) и регистрировались результаты проведённых мероприятий. 1-й группе пациенток было предложено использовать зубную пасту, имеющую в своём составе растительные экстракты (R.O.C.S./Bionica). 2-й группе – зубную пасту, имеющую в составе экстракты и отвары трав, а также бикарбонат натрия и фторид натрия (Paradontax/ExtraFresh (GlaxoSmithKline, Великобритания)). 3-я группа продолжила уход за полостью рта по своему усмотрению.

В результате проведённых мероприятий и полученных результатов нами были сделаны следующие выводы. Включение в комплекс ИГПР лечебно-профилактической зубной пасты R.O.C.S./Bionica с целью профилактики воспалительных заболеваний пародонта привёл к улучшению гигиенического состояния полости рта и снижению чувствительности зубов на термические и химические раздражители (отмечено у 72% обследованных), что подтвердилось снижением показателей гигиенических индексов (ИГ(OHI-S) от $1,36 \pm 0,63$ до $1,04 \pm 0,47$, Silness-Loe – от $1,23 \pm 0,49$ до $1,03 \pm 0,47$) и роста патогенных микроорганизмов в пародонтальном пространстве, в частности стрептококков, стафилококков и энтеробактерий.

Включение в комплекс ИГПР зубной пасты Paradontax/ExtraFresh (GlaxoSmithKline) с целью лечения и предупреждения осложнений воспалительных заболеваний пародонта привело к улучшению общего состояния полости рта, снижению кровоточивости и степени воспаления слизистой оболочки десны, что подтвердилось снижением показателей гигиенических индексов (OHI-S от $1,44 \pm 0,63$ до $1,44 \pm 0,63$; Silness-Loe – от $1,12 \pm 0,39$ до $0,65 \pm 0,24$), индекса кровоточивости Muhlemann (от $1,44 \pm 0,56$ до $0,77 \pm 0,39$) индекса PMA (от $45,56 \pm 15,91$ до $30,13 \pm 4,45$), а также изменением уровня pH слюны в щелочную сторону (от $6,59 \pm 0,49$ до $7,04 \pm 0,71$) и роста патогенных микроорганизмов, в том числе грибов рода *Candida* ($p < 0,05$) (*C.albicans* (> 105) от $9,8 \pm 3,1$ до $0,0 \pm 0,0$ ЕЭ/мл).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА И МЕТОДА ЛАЗЕРНОЙ ФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ДЕТЕКЦИИ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В ПАРОДОНТАЛЬНОМ КАРМАНЕ

Орехова Л.Ю., Биричева О.А., Артемьев Н.А.

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность. Внедрение в практику врача-пародонтолога методики детекции зубных отложений в пародонтальном кармане в процессе профессиональной гигиены расширяет возможности консервативного лечения воспалительных заболеваний пародонта. Появление эндоскопической методики позволило провести сравнительный анализ с ранее существующей методикой (лазерной флюоресценцией).

Цель. Провести сравнительный анализ контроля качества детекции поддесневых зубных отложений эндоскопическим методом и методом лазерной флюоресценции с диагностической целью и в процессе консервативного пародонтологического лечения.

Задачи:

- проанализировать контроль качества диагностики детекции твердых зубных отложений эндоскопическим методом и методом лазерной флюоресценции;
- оценить полученные результаты.

Материалы и методы. Работа проводится на кафедре терапевтической стоматологии ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова, НПЦ стоматологии ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова и в «городском пародонтологическом центре Пакс». Для исследования отобраны 20 пациентов, которым поставили диагноз хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. Пациенты обследованы с помощью двух методов визуализации твердых зубных отложений: эндоскопической (Perioscopy) и лазерной флюоресценции (DIAGNOdent pen 2190) с целью диагностики и после профессиональной гигиены ультразвуковым методом с целью контроля качества. Оценка визуализации проводилась по четырем поверхностям корня: вестибулярная, медиальная, оральная и дистальная. Для удобства сравнения результаты исследования переведены в баллы.

Результаты. Сравнительная оценка полученных результатов показала выраженное различие между методиками. По данным прибора DIAGNOdent pen визуализация пародонтального кармана и эффективности обработки корня на медиальной поверхности наибольшее количество баллов $2,2 \pm 0,4$. На дистальной и вестибулярной чуть ниже и составляет $1,8 \pm 0,05$ баллов с различной погрешностью. На оральной поверхности количество баллов было $1,6 \pm 0,2$, что является наименьшим показателем.

По данным прибора Perioscopy визуализация пародонтального кармана и эффективности обработки корня на медиальной поверхности наибольшее количество баллов $2,8 \pm 0,01$. На дистальной чуть ниже и составляет $2,7 \pm 0,1$ баллов. Оральная поверхность имеют значение $2,3 \pm 0,05$ балла. Вестибулярная поверхность имеет наименьшее количество баллов – $2,1 \pm 0,05$.

На вестибулярной поверхности показатели диагностики поддесневого зубного камня на эндоскопе на несколько единиц выше, чем на DIAGNOdent pen и составляет $2,1 \pm 0,05$ балла и $1,8 \pm 0,05$ балла соответственно. На медиальной поверхности обнаружение поддесневого зубного камня при эндоскопической диагностике значимо больше – $2,8 \pm 0,01$ в сравнении с лазерной флюоресценцией – $2,2 \pm 0,4$. Такая же картина наблюдается и на оральной поверхности. Показатели лазерной флюоресценции составляют $1,6 \pm 0,2$ балла, а при эндоскопическом исследовании $2,3 \pm 0,05$ балла, что говорит об эффективности методики. Сравнительная оценка полученных результатов на дистальной поверхности корня выявила, что обнаружение зубного камня при эндоскопическом контроле ($2,7 \pm 0,1$ балла) значительно превышает аналогичные значения при контроле лазерной техники ($2,1 \pm 0,4$ балла).

Выводы:

1. По сравнению с Perioscopy, DIAGNOdent pen 2190 на вестибулярной, медиальной и оральной поверхностях выявил зубных отложений на 27% меньше.
2. Эндоскопический метод позволяет более качественно оценить наличие и объем зубных отложений на всех поверхностях корня зуба.
3. Визуализация поддесневых зубных отложений повышает качество пародонтального скейлинга при проведении профессиональной гигиены.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЗАНЯТОСТИ ЛЮДЕЙ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА РОССИИ НА ЭКОПАТОГЕННОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

Пирожинский В.В., Щербо А.П., Иорданишвили А.К.

ООО «ВВПстом», Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы, ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург

Производство синтетических моющих средств является экопатогенным и неблагоприятно влияет на состояние органов и тканей полости рта. Поэтому в настоящей работе было изучено стоматологическое здоровье рабочих занятых на производстве синтетических моющих средств и проживающих в Северо-Западном Федеральном округе Российской Федерации.

При оценке распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний у лиц, работающих на различных этапах производства СМС установлено, что среди различных групп лиц, работающих в ОАО «ЭРА», распространенность кариеса зубов в основном не имела существенных отличий и составляла, соответственно, 94,12–97,3% и КПУ от 11,3 до 13,5. Вместе с тем, у лиц, имеющих непосредственный контакт с компонентами СМС и готовой продукцией, кариозный процесс протекал интенсивнее, а в структуре элементов, составляющих КПУ, в обеих возрастных группах преобладали кариозные зубы, а у работников ОАО «Эра», не имеющих прямого контакта с СМС и его компонентами в обеих возрастных группах преобладали пломбированные зубы ($p < 0,05$). Следует отметить, что из-за условий производственной среды у людей занятых на производстве СМС спустя 13-16 месяцев от начала работы, при непосредственном контакте с СМС и его компонентами, создавались условия к тому, что некариозные поражения, из-за присоединения и быстрого прогрессирования кариеса, диагностировать не удавалось.

Лица, работающие в непосредственном контакте с СМС и его компонентами в большей степени нуждались в проведении санационных мероприятий по лечению патологии твердых тканей зубов и осложненного кариеса, а именно в 69,3% случаев. У лиц, в процессе своей работы имеющих контакт с СМС и его компонентами отмечена плохая гигиена полости рта, индекс гигиены был равен 3,67, они имели более тяжелые генерализованные воспалительные процессы в тканях пародонта (индекс КПИ в возрастной группе от 21 до 35 лет составлял 2,35, а в группе лиц от 36 до 52 лет – 3,52), сопровождающиеся обильными над- и поддесневыми зубными отложениями, прогрессирующей деструкцией периодонта и кости альвеолярных отростков челюстей, патологической подвижностью естественных зубов, впряженной кровоточивостью десны и обильным гноетечением из зубодесневых карманов. Кроме того, у лиц, чья профессиональная деятельность связана с непосредственным контактом с СМС, мы не встречали дистрофических поражений пародонта, в то время как у работников ОАО «Эра», не имеющих контакта с СМС и его компонентами, пародонтоз диагностировали в возрастной группе от 21 до 35 лет – в 0,6%, а в возрасте от 36 до 52 лет – в 1,7%. Это согласуется с аналогичным показателям, полученным при эпидемиологическом обследовании в этом и смежном районе – городе Тосно-2 и Красносельском районе.

Степень тяжести воспалительных заболеваний пародонта у обследованных лиц, имеющих в процессе своей профессиональной деятельности непосредственный контакт с СМС и его компонентами, прямо пропорционально и отчетливо зависела от их профессиональной группы ($r = 0,676$), продолжительности работы в условиях наличия профессиональной вредности ($r = 0,709$), возраста ($r = 0,573$). Все сказанное убедительно указывает на неблагоприятное действие факторов производственной среды при производстве СМС на зубы и околозубные ткани.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПАХ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Порхун Т.В., Вашнева В.Ю., Гусарова Ю.А.

*Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Ключевые слова: рентгенологическое обследование; эндодонтическое лечение; компьютерная томография, радиовизиография.

Введение. Значение рентгенологического обследования в современной практике врача-стоматолога неуклонно растёт. Особую роль данный вид обследования играет при диагностике, лечении, динамическом наблюдении осложнённого кариеса (пульпиты, периодонтиты). Осложнённый кариес встречается у 30% населения, при этом после проведенного эндодонтического лечения часто обнаруживаются рентгенологические признаки верхушечного периодонтита.

Одной из причин неудовлетворительного эндодонтического лечения может являться неправильная трактовка данных рентгенологического обследования пациентов или вовсе отказ от данного метода на некоторых этапах лечения.

Цель исследования. Провести анализ методов и частоты использования рентгенологического обследования пациентов на этапах эндодонтического лечения.

Материалы и методы. Социологический метод: проведено анкетирование практикующих стоматологов-терапевтов (70 человек), анкета состояла из 10 вопросов, которые позволяли выявить наиболее распространенные методы рентгенографии на этапах эндодонтического лечения, а также определить, на каких именно этапах врачи проводят рентгенологическое обследование. В результате был проведен рефлексивный анализ.

Результаты. По результатам анкетирования стоматологов-терапевтов 100% опрошенных обязательно при планировании эндодонтического лечения проводят рентгенологическое обследование пациентов: 81,8% предпочитают компьютерную томографию, 18,2% – радиовизиографию. При определении рабочей длины корневых каналов 63,6% врачей дополняют электрометрический метод рентгенологическим, 36,4% измеряют рабочую длину только по апекслокатору. Рентгенографию с мастер-файлами всегда применяют 45,5% опрошенных, остальные 54,5% пренебрегают ею.

После пломбирования корневых каналов контрольную рентгенографию применяют 90,9% опрошенных. Спустя 6, 12 месяцев после лечения 63,6% врачей проводят контрольное рентгенологическое обследование.

Рентгенологическое обследование пациентов для выявления ошибок и осложнений эндодонтического лечения, применяют 100% опрошенных.

Выводы:

1. Рентгенологическое обследование пациента значительно повышает качество эндодонтического лечения и снижает риск возникновения ошибок и осложнений.

2. Стоматологи-терапевты применяют рентгенологическое обследование пациента на этапе диагностики осложнённого кариеса, после пломбирования корневых каналов и для выявления ошибок и осложнений эндодонтического лечения.

3. Наиболее часто используемым методом рентгенологического обследования при планировании и проведении эндодонтического лечения является компьютерная томография.

4. При планировании повторного эндодонтического лечения в основном применяется компьютерная томография.

5. Стоматологи-терапевты отказываются от рентгенографии при определении рабочей длины, от снимков с мастер-файлами и мастер-штифтами, а также контрольной рентгенографии спустя 6 и 12 месяцев после лечения.

ОПЫТ ЛИЧНОСТНОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА

Присяжнюк О.В., Удальцова Н.А., Иорданишвили А.К.

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29», ФГБВОУ ВО ВмедА им. С.М. Кирова МО РФ, Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы, Санкт-Петербург

Целью настоящего клинического исследования являлась оценка особенностей личностного реагирования у лиц, страдающих сахарным диабетом 2-го типа и повышенной чувствительностью твёрдых тканей зубов (ПЧЗ), которые использовали для индивидуальной гигиены полости рта зубную пасту, содержащую в своём составе компоненты, способные изоморфно встраиваться в кристаллическую структуру биогенного апатита твёрдых тканей зуба, купируя проявления их гиперестезии.

Проведена оценка эффективности использования для индивидуальной гигиены полости рта отечественной зубной пасты «Асепта plus реминерализация» (АО «Вертекс», Россия) у 46 (9 мужчин и 37 женщин) человек в возрасте от 37 до 59 лет, страдающих ПЧЗ на фоне сахарного диабета 2-го типа. Следует отметить, что все пациенты были психически здоровы, а в связи с сахарным диабетом 2-го типа находились на диспансерном наблюдении и проходили лечение у врача-эндокринолога районной поликлиники. Эндокринологическая патология протекала в компенсированной форме.

Для изучения особенностей личностного реагирования на ПЧУ в процессе её лечения применена методика анализа структуры и выраженности внутренней картины болезни с использованием «Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» (СПСАФД), предложенного М.М. Соловьевым и соавт. (2005). Согласно этой методике, все проявления внутренней картины заболевания распределяются по 4 кластерам: «П» – психологический (психический), «С» – сенсорный, «А» – анатомический и «Ф» – функциональный. Особенностью СПСАФД является то, что оценку выраженности отдельных симптомов, ощущений, вызывающих дезадаптацию, дают сами пациенты. Для этого используется единая аналогово-балльная шкала самооценки пациентами выраженности отдельных проявлений заболевания от 1 до 9 баллов: от «не беспокоит» (1 балл) и до «чрезвычайно сильно» (9 баллов) беспокоит. Оценку личностного реагирования у пациентов при ПЧЗ осуществляли до начала лечения, а также на 1-е, 3-и, 5-е и 7-е сутки от начала применения зубной пасты «Асепта plus реминерализация».

Анализ анкет, заполненных пациентами, показал, что основные их жалобы относились к кластерам «П» (тревога за результат лечения, волнение за исход заболевания, переживания в связи с нарушением приёма пищи и др.), «С» (боли, повышенная чувствительность зубов к различным раздражителям и др.) и «Ф» (нарушение приёма пищи, особенно холодной и горячей). К кластеру «А» были отнесены жалобы на наличие единичных дефектов зуба, которые обычно имели некариозную природу (клиновидный дефект, эрозия твёрдых тканей зуба) и не требовали пломбирования или ортопедического стоматологического лечения.

При исследовании СПСАФД до проведения пациентам ПКГПР, значения интегрального показателя S у пациентов составило 22,81 балла. При таком значении показателя S считали, что у пациентов, из-за имеющейся ПЧЗ, имеется состояние дезадаптации. То есть у пациентов имеющаяся ПЧЗ существенно нарушала их приспособляемость к условиям существования. При анализе структуры СПСАФД у пациентов до лечения на первый план выходили жалобы связанные с болевым синдромом при ПЧЗ (кластер «С»), их психоэмоциональным состоянием (кластер «П»), а также функциональными нарушениями, обусловленными сложностями приёма пищи из-за гиперестезии твёрдых тканей зубов (кластер «Ф»).

На первые и третьи сутки лечения существенной положительной динамики в течении ПЧЗ не отмечено ($p \geq 0,05$), как по интегральному показателю S, так и по полученным показателям в кластерах «П», «С», «Ф» ($p \geq 0,05$). В этот период, при значении интегрального показателя S равно, соответственно, 22,6 и 21,06 балла, и отсутствии существенной динамики в структуре СПСАФД у пациентов, из-за наличия клинических симптомов ПЧЗ, сохранялось состояние дезадаптации.

Достоверные изменения в личностном реагировании отмечены на 5-е и 7-е сутки наблюдения за пациентами. Так, на 5-е и 7-е сутки от начала лечения у пациентов значение интегрального показателя S достоверно снизилось, соответственно, до 14,03 и 9,9 баллов ($p \leq 0,01$). Положительная динамика в значении интегрального показателя S в эти сроки клинического наблюдения за пациентами произошла за счёт достоверных ($p \leq 0,05$) изменений показателя

телей в кластерах «П», «С», «Ф», положительная динамика которых наиболее отмечена в эти сроки наблюдения за пациентами.

Таким образом, только к 7-м суткам исследования, когда значение интегрального показателя уменьшилось до 9,9 баллов, а также отмечалась положительная динамика полученных значений в кластерах «П», «С», «Ф», можно было свидетельствовать о том, что, несмотря на наличие остаточной клинической симптоматики ПЧЗ пациенты были адаптированы к условиям существования. Следует отметить, что на протяжении исследования существенных изменений в показателях кластера «А» не выявлено ($p \geq 0,05$), так как имеющиеся у пациентов единичные клиновидные дефекты и эрозии твёрдых тканей зуба компенсированной формы не требовали пломбирования или ортопедического стоматологического лечения.

Таким образом, оценка особенностей личностного реагирования у лиц, страдающих сахарным диабетом 2-го типа и повышенной чувствительность твёрдых тканей зубов, которые использовали для индивидуальной гигиены полости рта отечественную зубную пасту «Асепта plus реминерализация», содержащую в своём составе компоненты, способные изоморфно встраиваться в кристаллическую структуру биогенного апатита зубов и купировать проявления их гиперестезии, показала, что положительная динамика в личностном реагировании на болезнз отмечена к 5-м суткам лечения. В этот срок, несмотря на улучшение показателей личностного реагирования, всё же сохранившиеся симптомы ПЧЗ нарушали их приспособляемость к условиям существования. На 7-е сутки наблюдения, по оценке личностного реагирования, можно было констатировать, что пациенты были адаптированы к условиям существования, хотя остаточные проявления повышенной чувствительности зубов у некоторых пациентов сохранялись. Очевидно, для устранения повышенной чувствительности зубов у лиц, страдающих сахарным диабетом 2-го типа, целесообразно длительное применение отечественной зубной пасты «Асепта plus реминерализация», что важно учитывать при комплексном лечении рассматриваемой стоматологической патологии для обеспечения психологического равновесия, качества жизни, восстановления жевательной функции и удовлетворённости лечением таких пациентов.

ИЗУЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТИ ЦЕМЕНТА КОРНЯ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ РОТАЦИОННЫХ ИНСТРУМЕНТОВ

Прохорова О.В., Буренкова Н.Э.

*Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Введение. На сегодняшний день существует большой спектр инструментов для обработки поверхности цемента корня во время проведения профессиональной гигиены полости рта. В настоящее время пародонтологические боры достаточно часто используются при проведении процедур Scaling and Root planning. Однако их применение, эффективность и возможность комбинации вызывает некоторые вопросы у практикующих врачей.

Цель. Изучить поверхность цемента корня после применения ротационных инструментов для удаления поддесневых зубных отложений.

Материалы и методы. Для исследования были использованы 35 зубов, удаленные по пародонтологическим показаниям, на цемента корня которых были обнаружены твердые зубные отложения. Зубы были разделены на 5 экспериментальных групп. В каждой группе для обработки поверхностей цемента корня были использованы: пародонтологические алмазные боры мелкой и ультрамелкой зернистости, пародонтологический твердосплавный восьмигранный бор, а также различные их сочетания. Все очищенные поверхности цемента корня были изучены под дендральным микроскопом. Для оценки результатов использовалась разработанная шкала баллов. В процессе эксперимента также было определено время, затраченное на обработку в каждой группе.

Результаты исследования. По результатам исследования был проведен анализ поверхности цемента корня после обработки различными ротационными инструментами, а также времени, затраченного на обработку. Наилучший результат по данным критериям показало использование твердосплавных боров. Близким по эффективности оказалось сочетание при обработке цемента корня алмазных боров мелкой зернистости и твердосплавных боров, а

также комбинация алмазных боров различной зернистости. Однако при использовании боров возникли трудности в обработке анатомически сложных областей корневых фуркаций.

Выводы. Применение ротационных инструментов для удаления поддесневых зубных отложений является достаточно эффективным. Особенно оптимальных результатов обработки можно добиться при их сочетанном последовательном использовании, а также подбором инструментов с учетом сложной анатомии корней зубов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОПОРЦИЙ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ МОЛЯРОВ И ПРЕМОЛЯРОВ

Прохорова О.В., Шефов В.Ю.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность. Высокая распространенность кариеса проксимальных поверхностей моляров и премоляров, а также взаимосвязь ошибок реставрации контактного пункта с рецидивом кариеса и локализованными заболеваниями пародонта требуют от врача-стоматолога знаний точных числовых пропорций контактной поверхности зуба, с целью проведения качественного гарантированного лечения.

Цель исследования. Провести замеры и анализ пропорций коронок зубов боковой группы и составить формулу, позволяющую стоматологу спрогнозировать высоту восстановления контакта между зубами.

Материалы и методы. Исследование состояло из доклинического и клинического этапов. На доклиническом этапе был проведен анализ 50 компьютерных томограмм пациентов, проживающих в городе Санкт-Петербурге. Критерии включения в исследование:

- интактные зубы боковой группы;
- отсутствие повышенной стираемости;
- отсутствие патологических форм прикуса или ортодонтического лечения в анамнезе;
- возраст от 18 до 25 лет.

С использованием программного обеспечения томографа были измерены контактные поверхности коронок жевательных зубов. Полученные 1600 значений были статистически обработаны в пакете программ Microsoft Office 365 (Word 365, Excel 365), были определены среднее значение выборки, стандартная ошибка среднего, среднеквадратичное отклонение и 95 % доверительный интервал.

В ходе клинического этапа был проведен замер вестибуло-оральных размеров коронок жевательной группы зубов с использованием ортодонтического штангенциркуля.

Результаты. На основании полученных пропорций коронок жевательных зубов была составлена формула взаимосвязи вестибуло-оральной ширины коронки и высоты контактного пункта, а также его размера.

Выводы. Полученную формулу врач-стоматолог может применять для реставрации анатомически и функционально правильного контакта между зубами боковой группы, предупреждая развитие осложнений после лечения.

МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Робустова Т.Г., Иорданишвили А.К., Удальцова Н.А., Солдатова Л.Н.,
Волкова Т.В., Присяжнюк О.В., Музыкин М.И., Сериков А.А., Лобейко В.В.,
Зуйкова М.А., Салманов И.Б., Коровин Н.В., Лысков Н.В., Петров А.А.**

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва,

*СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29», Международная академия наук экологии, безопасности
человека и природы, ФГБОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург,*

ФГБОУ ВО РосГМУ МЗ РФ, Ростов-на-Дону

В настоящее время большое внимание органами здравоохранения уделяется изучению качества стоматологического здоровья не только детского населения и подростков, но и взрослого населения, в том числе и к качеству оказываемой им стоматологической помощи. Поэтому имеет большое прикладное значение исследование и разработка методологии этой проблемы.

С целью облегчения выполнения задач по изучению стоматологического здоровья и качества стоматологической помощи реализован мониторинг, методология которого основана на изучении объективных показателей со стороны органов и тканей жевательного аппарата в при динамическом стоматологическом наблюдении. Методика предусматривает изучение распространённости и интенсивности течения основных стоматологических заболеваний, оценку интенсивности течения кариеса по индексу КПУ, определение индекса уровня стоматологической помощи (УСП), а также гигиеническое состояние полости рта по общепринятым методикам. Кроме того, при реализации данной методики предусмотрена оценка патологических изменений в пародонте с помощью проб, выявляющих воспаление в десне или предраковые заболевания, кровоточивость десен, а также характеристику пародонтальных заболеваний (включая перимплантит) и некариозной патологии твердых тканей зубов. Определяется в группах исследования комплексный периодонтальный индекс. Также в процессе реализации мониторинга выявляются предрасполагающие факторы к возникновению или рецидивированию основных стоматологических заболеваний: мягкий налёт, твёрдые над- и поддесневые зубные отложения (зубной камень) и т.п. Проведение мониторинга позволяет комплексно оценить состояние органов и тканей жевательного аппарата, то есть стоматологическое здоровье различных групп населения, а также качество оказанной стоматологической помощи.

ПОДГОТОВКА ХИРУРГА-СТОМАТОЛОГА В 1 ЛМИ ИМ. АКАД. И.П. ПАВЛОВА (ВЗГЛЯД ЧЕРЕЗ 56 ЛЕТ)

Рузин Г.П.

ХНМУ, Харьков, Украина

Заключив 2-й курс стоматологического факультета в санитарно-гигиеническом медицинском институте (ЛСГМИ), студенты с 1 сентября 1960 г. были переведены для дальнейшего обучения в 1-й Медицинский институт им. акад. И.П. Павлова (1 ЛМИ), где, в свою очередь, был организован сегодняшний стоматологический факультет.

На третьем курсе уже начиналось изучение специальных профильных дисциплин, клиническими базами для которых ЛСГМИ не располагал.

Т.к. моя лечебная, научная и педагогическая работа связана с хирургической стоматологией, которой я и некоторые мои сокурсники (Г.А. Хацкевич, Г.Г. Шаронова, В.А. Кураев и некоторые другие) заинтересовались с первых дней в новом институте, естественно, мои оценки уровня и качества подготовки студентов, то есть нас, будут касаться именно этой дисциплины.

Лекции читал худощавый профессор А.А. Кьяндский. Читал высоким громким голосом, очень понятно и интересно. Перед ним лежала толстая, похожая на амбарную книгу, тетрадь, которой он никогда не пользовался, как, кстати, и другие лекторы своими записями.

Начало хирургической стоматологии было посвящено изучению фантомного курса, который включал в себя изучение техники местной анестезии, алгоритм и технику применения щипцов для удаления зубов. Занятия контролировались очень жёстко и требовательно. Многократно и многократно повторялись и заучивались действия, пока ассистент, в будущем профессор Б.Л. Павлов, или клинический ординатор А.Э. Гуцан, в будущем профессор, заведующий кафедрой Кишиневского мед. института, не выражали своё удовлетворение.

Но уже весной большинство из нас «уверенно», под контролем и консультациями, самостоятельно удаляли, преимущественно, «пародонтитные» зубы. На занятии, практически каждый студент мог удалить 1–2 зуба. Заканчивалось занятие подробным анализом всех действий. Большую роль сыграла врачебная практика, во время которой полагалось удалить не менее 50–55 зубов с оформлением соответствующей документации. Обман и фальсификация подлежали строгому наказанию, но я не помню таких случаев.

На 4-м и 5-м курсе большая часть занятий проходила в стационаре. Как раз в это время Б.Л. Павлов разрабатывал свои рамки а В.М. Магарилл предлагал пластмассу для остеосинтеза. Доцент Л.Р. Балон, наш любимый декан, совершенствовал возможности применения филатовского стебля, т.к. было много больных с последствиями системной волчанки. Шли и другие исследования Р.К. Колтуна, Протасевича и других. Всё это разворачивалось перед нашими глазами. Мы активно участвовали в обходах, присутствовали, по возможности, на операциях, перевязках; обязательно проводились клинические разборы тематических больных.

Очень интересно, хотя и требовательно, проводила занятия доцент Е.Н. Кривоуцкая, разбирая сложные проблемы заболеваний слюнных желез или невралгий.

Большое значение имела защита академической истории болезни как апофеоз завершения обучения. Защищали её перед доцентами Л.Р. Балоном и Е.Н. Кривоуцкой, а это была трудная и ответственная задача.

Активно работал студенческий научный кружок, которым руководил пришедший после окончания лечебного факультета очень обязательный, невероятно трудолюбивый и доброжелательный клинический ординатор М.М. Соловьёв, будущий профессор и многолетний заведующий кафедрой.

Ограниченный объём тезисов не позволяет охватить все аспекты подготовки будущего хирурга, назвать преподавателей, сохранившихся в благодарной памяти.

Могу с уверенностью сказать, что тогдашний выпускник, как хирург-стоматолог, вполне был, в большинстве своём, подготовлен для рутинной амбулаторной хирургической деятельности, а тогда ведь не было интернатуры. Говорю это не только на основании своей постинститутской двухгодичной работы на Сахалине (1963–1965), но и своего 50-летнего опыта преподавания и, соответственно, знания уровня и качества подготовки сегодняшних выпускников по хирургической стоматологии в пяти вузах России и Украины, где мне довелось преподавать.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ ЛИЧНОСТИ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНОЙ ПОЛОСТИ РТА

Тачалов В.В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность. Различные нарушения стоматологического здоровья имеют почти 100% населения планеты. Исследования доказывают, что приверженность лечению, индивидуальная гигиена полости рта и отношение к своему здоровью тесно связаны с особенностями личности пациентов.

Цель: изучить взаимосвязь психологических характеристик пациентов и уровня индивидуальной гигиены полости рта.

Методы. Обследовано 99 человек (62 женщин, 37 мужчин) в возрасте от 19 до 67 лет. Использовались психодиагностические методики: 1. Характерологический опросник Леонгарда-Шмишека (взрослый вариант); 2. Индивидуально-типологический опросник Собчик Л.Н. (ИТО). Определялся индекс гигиены Green-Vermilion в начале и конце периода исследования (через 1 месяц), по которому группа обследованных пациентов была разделена на две подгруппы: с отрицательной и положительной динамикой индивидуальной гигиены в период лечения. В первую группу вошли пациенты с отрицательной динамикой индекса Грин-Вермилён (у кого он в конце исследования

увеличился), т.е. состояние гигиены полости рта ухудшилось. Во вторую группу вошли пациенты с положительной динамикой индекса Грин-Вермилон, т.е. у них гигиеническое состояние улучшилось.

Между 1-й и 2-й группой обнаружилось статистически значимые различия в вопросе частоты замены зубных щеток. В группе 1 пациенты реже производили замену зубных щеток ($0,94 \pm 0,42$), по сравнению со 2-й группой ($1,34 \pm 0,66$).

Между 1-й и 2-й группой обнаружилось статистически значимые различия в вопросе замечает ли пациент кровоточивость десен. Пациенты 1-й группы отмечали кровоточивость десен в большей мере ($0,82 \pm 0,39$), во 2-й группе количество пациентов с кровоточивостью меньше ($0,28 \pm 0,45$), что можно связать со снижением уровня гигиены полости рта в 1-й группе.

В 1-й группе отмечался более высокий уровень тревожности, связанный с необходимостью протезирования ($0,17 \pm 0,72$), во 2-й группе уровень тревожности был минимален (0 ± 0). Это можно связать с тем, что 1-я группа не соблюдает рекомендации врача и хуже выполняет гигиенические процедуры полости рта, соответственно у них чаще может возникать потребность в протезировании, нежели во 2-й группе.

Статистически значимые различия регистрировались между группой 1 и 2 по уровню эмоциональной лабильности (неуравновешенности): в 1-й группе аффективно-экзальтированный тип характера регистрировался в большей степени ($19,05 \pm 4,85$), нежели во 2-й группе ($13,30 \pm 6,07$).

Статистически значимые результаты регистрировались. Между 1-й и 2-й группой по параметру гипертимный тип характера: в 1-й группе прослеживался более высокий уровень данного показателя ($16,05 \pm 3,17$), во 2-й группе в меньшей степени ($12,44 \pm 6,0$).

В группе 1 также чаще встречались пациенты с циклотимным типом характера ($16,4 \pm 6,19$) по сравнению со 2-й группой пациентов ($12,3 \pm 4,9$).

Статистически значимые различия регистрировались между 1-й и 2-й группой по шкале Экстраверсия: в 1-й группе регистрировалось максимальное значение ($6,5 \pm 1,8$), минимальное значение отмечалось во 2-й группе ($4,7 \pm 2,4$), т.е. в 1-й группе встречались более общительные экстравертированные пациенты, чем во второй.

Заключение: исследование показало, что такие психологические параметры, как эмоциональная уравновешенность, интровертированность, высокая эмоциональная саморегуляция поведения и тревога (обеспокоенность) за результаты лечения, взаимосвязаны с соблюдением индивидуальной гигиены рта. Такой тип пациентов более привержен стоматологическому лечению и выполнению рекомендаций врача и правил гигиены.

ОЦЕНКА БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ВОЗДУШНО-АБРАЗИВНЫМ МЕТОДОМ (SANDMAN FUTURA) У ДЕТЕЙ

Ткаченко Т.Б., Савушкина Н.А., Котюрова О.Л., Карпова Л.С.

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Резюме. Одной из основных проблем в детской стоматологии является выбор метода лечения зубов, который позволит качественно и эффективно, а также минимальным переживанием стресса для ребенка провести это лечение.

Ключевые слова: минимально-инвазивные, воздушно-абразивный, гипоплазия, кариес.

Цель: выявить степень болевой чувствительности зубов при обработке воздушно-абразивным методом (Sandman Futura датская компания 2001 год), по сравнению с классическим методом препарирования твердых тканей зубов бормашиной на детском терапевтическом приеме.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 20 детей в возрасте от 6 до 10 лет, которые до этого уже проходили классическое лечение при помощи бормашины. Всем пациентам проводилось лечение твердых тканей постоянных зубов воздушно-абразивным методом Sandman Futura по поводу фиссурного кариеса эмали (8 зубов) и дентина (7 зубов) первых моляров, а также гипоплазии эмали гладких поверхностей резцов (5 зубов). Воздушно-абразивное препарирование твердых тканей зубов осуществлялось последовательным использованием двух видов

порошка оксида алюминия с величиной частиц 45 и 29 мкм. Лечение проводилось без проведения местной анестезии. Оценка субъективных болевых ощущений во время лечения проводилась с помощью ответов на вопросы.

Результаты: после завершения процедуры лечения пациенты проходили анкетирование, в котором отвечали на пять вопросов. Учитывая юный возраст пациентов, мы предлагали ответы выражать выбором одного из пяти «смайликов», характеризующих определенное эмоциональное отношение. При анализе ответов на вопросы анкеты мы получили следующие результаты: так на вопрос: «Нравилось ли тебе лечить зубы раньше?» только один ребенок (5%) ответил «да». При том, что на вопрос «Понравилось ли тебе лечить зубы сегодня?» все опрошенные пациенты (100%) ответили, что обязательно хотят продолжить лечение воздушно-абразивной методикой и порекомендуют данный метод лечения зубов своим друзьям. На главный вопрос анкеты: «Было ли тебе больно при лечении аппаратом?» 17 анкетиремых (85%) ответили, что не испытывали никакой болевой чувствительности, а 3 детей (15%) отметили – незначительные неприятные ощущения.

Выводы: для детского стоматолога основным, а порой и ключевым вопросом стоит выбора метода лечения, который будет безболезненно воспринят ребенком. Наше исследование показало, что альтернативная методика классическому препарированию, такая как применение воздушно-абразивного аппарата Sandman Futura, вполне может занять достойное место на детском терапевтическом приеме.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ И ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ЭМАЛИ И ДЕНТИНА ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Тытюк С.Ю., Иорданишвили А.К.

*Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы,
Медико-социальный институт, ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург*

На основании проведённого рентгеноспектрального микрозондового анализа определены макро- и микроэлементный химический состав и уровни минерализации твердых тканей зуба у взрослых людей, страдающих хроническим неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона в сравнении со здоровыми с помощью электронно-микроскопического исследования и рентгеноспектрального микрозондового анализа, выполненных на электронном микроскопе АТВ-55 (Япония) с микрозондовой приставкой LINK AN 10000/S85 (Англия). Установлено, что морфологические изменения твёрдых тканей зуба у лиц, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями кишечника, и в контрольной группе существенно не различаются, соответствуют возрастным особенностям и определяются патологическими изменениями зубов кариозного и некариозного происхождения. У больных с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника наблюдается достоверное понижение уровня минерализации эмали, особенно в её поверхностных слоях (89,95 мас. %), по сравнению с контрольной группой (90,75 мас. %), что, очевидно, обуславливает частую встречаемость у них кариозных и некариозных поражений, по сравнению со здоровыми людьми. Рекомендуется, для профилактики возникновения и прогрессирования поражений твердых тканей зуба кариозного и некариозного происхождения, на фоне сниженного адаптационного ресурса организма у больных с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника, проводить специальные лечебно-профилактические мероприятия направленные на реминерализацию твёрдых тканей зуба, а при индивидуальном уходе рекомендовать им к использованию средства сочетанного действия, а именно, уменьшающие воспалительные процессы в пародонте, слизистой оболочке полости рта и повышающие реминерализацию твёрдых тканей зуба.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ НА УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ О ГИГИЕНЕ РТА У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

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

Кафедра стоматологии профилактической ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Введение. Ведущая роль в профилактике основных стоматологических заболеваний принадлежит обучению гигиене рта, которое наиболее актуально в детском возрасте, когда происходит формирование и привитие здоровых навыков на всю жизнь. Учитывая особенности развития младших школьников с нарушением слуха: отставание в психофизическом развитии в среднем на 1–3 года, низкая двигательная активность, замедлены скорости выполнения отдельных движений и темп двигательной деятельности в целом, нарушение координации движений и ориентации в пространстве, базирование запоминания на зрительных образах, замедленный процесс усвоения информации, трудности в общении со сверстниками и окружающими людьми, необходимым условием формирования у данного контингента, правильных действий по уходу за ртом является личный пример в семье и показ элементов гигиены рта учителями и медперсоналом образовательных учреждений.

Целью нашего исследования стало выявить у детей с нарушением слуха, их родителей и преподавателей школы-интерната уровень знаний по гигиене рта ребенка и профилактике основных стоматологических заболеваний.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 94 ребенка младшего школьного возраста (7–8 лет): 46 детей – дети с нейросенсорной тугоухостью, вторичная. Общее недоразвитие речи I степени (ОНР I), с кохлеарными имплантатами; 48 детей – с нейросенсорной тугоухостью вторичная ОНР I без имплантатов. Исследование проходило на базе ГБОУ школа-интернат № 31 и СПбГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 13»

На первом этапе, с целью выявления знаний, навыков и умений по уходу за ртом ребенка, проведено анкетирование родителей и педагогов с использованием специально разработанных совместно с кафедрой педагогики ПСПбГМУ форм «Анкета для родителей», «Анкета для преподавателей» и анкеты-опросника по определению уровня гигиенических знаний и навыков у стоматологических пациентов (Улитовский С.Б., 1993) На втором этапе применялись психолого-педагогический метод диагностики, включавший в себя беседу-интервью совместную с сурдопедагогом, обеспечивающим контакт с детьми и дублирующим вопросы врача-стоматолога. Целью беседы-интервью являлось выявление представления об уходе за зубами и наличии гигиенических навыков по уходу за ртом.

Результаты. В ходе исследования нами было установлено, что, по мнению родителей (94 респондента) они владеют достаточными знаниями и навыками по гигиене рта ребенка, однако анализ полученных данных показал низкий уровень индекса гигиенических знаний С.Б. Улитовского у родителей, так у 81 % родителей индекс составил 1,96, что свидетельствует о низком уровне гигиенических знаний, у 19 % – индекс составил 2,06, что свидетельствует об удовлетворительном уровне гигиенических знаний, хорошего уровня гигиенических знаний не было выявлено ни у одного родителя. Педагоги (18 респондентов) напротив сами отмечали недостаточность своих знаний о гигиене рта детей, при этом показатели индекса у 65 % свидетельствовали об удовлетворительном уровне гигиенических знаний и составил 2,65, а у 35 % – 3,02, что говорит о хорошем уровне гигиенических знаний.

При проведении беседы – интервью с детьми 100 % опрошенных детей ответили, что знают о необходимости ухаживать за ртом и чистят зубы до еды, используя щетку и пасту, но ни один из опрошиваемых детей не смог продемонстрировать движения, характерные для стандартной чистки зубов, все показанные детьми движения были не последовательными и хаотичными. На вопрос «Кто показывал тебе, как нужно чистить зубы?»: 89,5 % опрошенных детей ответили родители, 10,5 % указали, что их никто не учил чистить зубы.

Выводы. Проведенное исследование, выявило дефицит знаний и навыков гигиены рта у детей, родителей и преподавателей. При этом родители считали, что они обладают достаточными знаниями и владеют этими навыками. Развить у ребенка позитивное отношение к здоровому образу жизни и сохранению своего стоматологического здоровья можно только совместными усилиями детских стоматологов, педагогов и родителей, используя различные формы санитарно-просветительской работы.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ И ЕГО МОНИТОРИНГ В ПРОЦЕССЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Улитовский С.Б., Шевцов А.В.

Кафедра стоматологии профилактической ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

В наши дни стоматологическая наука бурно развивается. В связи с появлением новых технологий, стоматологических материалов, методов исследования, диагностики и лечения зубочелюстных аномалий, ортодонтическое лечение с помощью несъемных аппаратов в виде брекет-систем становится более доступным для широких масс населения. Но вместе с тем ощущается нехватка в санитарно-просветительской работе среди данных пациентов. Отсюда проблема мониторинга и изучения гигиенических знаний остается особенно актуальной.

Целью данного исследования являлось изучение уровня гигиенических знаний у ортодонтических пациентов с несъемной аппаратурой. В исследовании приняло участие 63 пациента, которых разделили на 4 группы. В исследуемых группах был проведен опрос с использованием анкеты-опросника по определению уровня гигиенических знаний и навыков у ортодонтических пациентов (Улитовский С.Б., 1993), после пациентам давались рекомендации по правильной гигиене рта. Анкетирование проводилось при первичном осмотре и при последующих посещениях.

В результате исследования было выявлено, что уровень гигиенических знаний среди ортодонтических пациентов был неудовлетворительным во всех исследуемых группах. Через 4 недели наблюдалось увеличение данного показателя с последующим его снижением при дальнейшем обследовании.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СКАФФОЛДОВ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

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

Кафедра стоматологии профилактической ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, лаборатория патоморфологии НИЦ, отдел биотехнологии института детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, лаборатория механики полимеров и композиционных материалов ФГБУН «Институт высокомолекулярных соединений РАН», Санкт-Петербург

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

В лечении воспалительных заболеваний пародонта особое место занимают хирургические методы, в частности метод направленной тканевой регенерации, широко применяющийся в пародонтологии. Принцип данной методики заключается в использовании мембраны, разобщающей различные клеточные популяции, которые заполняют костный пародонтальный дефект.

Целью совместной работы кафедры стоматологии профилактической с отделом биотехнологии ИДОГИТ им. Р.М. Горбачевой и Институтом Высокомолекулярных Соединений РАН является создание и внедрение новой методики хирургического лечения воспалительных заболеваний пародонта с применением нового материала – скаффолда на основе хитозана (пористая хитозановая матрица).

Материал и методы. Экспериментальную часть работы по определению поведения пористых хитозановых матриц *in vivo* проводили на подопытных животных. Все операции на животных проходили в идентичных условиях.

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

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

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

Результаты исследования. При исследовании гистологических препаратов десны ротовой полости животных через 3 месяца не было обнаружено патологических изменений в слизистой оболочке, многослойный плоский неороговевающий эпителий и подлежащая соединительная ткань без признаков воспалительного процесса.

В ходе морфологического исследования костной ткани с искусственно созданным дефектом и внедренным в него материалом на границе имплантационно-костного блока выявлены многокомпонентные процессы, охватывающие костную ткань и пористую матрицу. При морфологическом анализе границы матрицы и кости обнаружено, что через 30 суток после операции на месте дефекта кости находится большое количество остеокластов. Между пористой матрицей и костью происходит формирование волокнистой соединительной ткани, пронизанной кровеносными сосудами. В формирующейся надкостнице отсутствуют признаки воспалительной реакции. Вместе с сосудами в надкостницу врастают периваскулярные клетки. В течение 3 месяцев эксперимента грубоволокнистая костная ткань разрастается, полностью закрывая дефект кости. На 4-й месяц эксперимента в процессе регенерационного остеогенеза полностью формируется грубоволокнистая костная ткань и соединительнотканная надкостница. На 6-й месяц наблюдений грубоволокнистая костная ткань подвергается перестройке и замещается пластинчатой костной тканью.

Выводы. В процессе экспериментального исследования скаффолд на основе хитозана показал себя как биосовместимый, биоинертный и биорезорбируемый материал. Данные свойства придают материалу уникальный характер, и дают возможности для применения в различных областях медицины, в частности в стоматологии при хирургическом методе лечения воспалительных заболеваний пародонта.

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ИСТИННОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА

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

Кафедра стоматологии профилактической ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Введение. Неприятный запах изо рта может послужить основой для ограничения коммуникации, приводя к обособленности. Данный факт провоцирует пристальное внимание исследователей к проблеме орального галитоза. В то же время, в связи с разнообразием существующих методов профилактики истинного патологического орального галитоза, особое значение приобретает проблема обоснования применения данных методов.

Целью настоящего исследования являлась оценка динамики дезодорирующего действия средств гигиены рта для выявления эффективности профилактических мероприятий у населения.

Материалы и методы. Настоящее исследование было выполнено на кафедре стоматологии профилактической ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава РФ. В исследовании приняло участие 102 пробанта. Диагностическое исследование галитоза было основано на индексной оценке определения дезодорирующего действия С.Б. Улитовского, который позволял проследить изменение состояния ротового дыхания под действием индивидуальной гигиены полости рта, провести мониторинг их дезодорирующего действия, а при однократном определении до применения средств гигиены определить уровень ротового дыхания. С целью выявления эффективности профилактических мероприятий определялась динамика стоматодисодии с помощью галитометра Breath Checker HC-212S.

Результаты. Установлено положительное влияние дезодорирующего действия средств гигиены рта и снижение интенсивности стоматодисодии, его эффективность составила $39,54 \pm 4,37\%$, а контрольная группа достигла лишь $18,23 \pm 2,29\%$. Анализ эффективности антигалитозных средств по показателям галитометра Breath Checker HC-212S показал улучшение состояния в полости рта среди лиц, которым была составлена программа профилактики. Проведенная оценка дезодорирующего действия показала повышение дезодорирующей эффективности в 1-й группе до $75,21 \pm 4,55\%$, в отличие от контрольной – $50,68 \pm 2,85\%$.

Выводы. Учитывая механизм развития стоматодисодии и низкую эффективность ее самостоятельного устранения, возрастает роль выявления истинной причины распространения галитоза среди населения. Стоматодисодия является мотивацией к комплексному стоматологическому обследованию и гигиеническому обучению пациента правилам индивидуальной гигиены рта, что представляет собой основную составляющую санитарно-просветительской работы врача-стоматолога. Проведение санитарно-просветительской работы о путях и методах дезодорирования полости рта, способствует ослаблению симптома стоматодисодии, мотивируя пациента к радикальному устранению неприятного запаха изо рта, что, в свою очередь, связано с ликвидацией ведущего заболевания.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБОСНОВАНИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОГРАММ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Улитовский С.Б., Калинина О.В.

Кафедра стоматологии профилактической ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Введение. Актуальность изучения этиопатогенетических и диагностических аспектов стоматологической патологии у беременных определяется не только высокой распространенностью стоматологических заболеваний, но и их клинической значимостью, в частности негативным влиянием на течение беременности и повышенным риском перинатальных осложнений.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей медицинского планирования стоматологических программ среди беременных женщин.

Материалы и методы. Настоящее исследование было выполнено на кафедре стоматологии профилактической ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава РФ. В исследовании приняло участие 119 беременных. Проведено клиническое обследование твердых тканей зубов у женщин в период беременности, которое включало результаты опроса, визуального и инструментального осмотра. Для изучения состояния гигиены полости рта использовали гигиенический индекс Грина-Вермиллиона. Определяли вязкость ротовой жидкости с помощью вискозиметра ВПЖ-4; концентрацию водородных показателей ионов ротовой жидкости, измерялась с помощью pH-метра фирмы HANNA. Определение эффективности десенситивного действия изменение состояния чувствительности зубов среди беременных изучалось по показателям индекса чувствительности зубов Л.Ю. Ореховой – С.Б. Улитовского во всех исследуемых группах.

Результаты. Выявлено увеличение показателей с максимальным эффектом при проведении у беременных женщин «Профилактической программы» с сочетанным использованием средств гигиены рта на основе экстрактов листьев грецкого ореха и лакричного дерева, витаминов С, РР и Е, а также лактопероксидазы и лактоферрина. Их применение в течение месяца увеличило очищающую эффективность до $70,5 \pm 3,94\%$, кислотно-основную эффективность ротовой жидкости у беременных до $3,21 \pm 0,33\%$, регистрировались высокие значения эффекта вязкости ротовой жидкости, которые достигли $44,12 \pm 2,79\%$, а эффективность десенситивного действия составила $53,88 \pm 4,31\%$, что значительно снизило чувствительность зубов у изучаемого контингента.

Выводы. Установлено положительное влияние на изменение кислотно-основного состояния ротовой жидкости, его сдвиг в щелочную сторону у женщин в период беременности в результате проведения «Программы профилактики». Положительная динамика эффекта вязкости ротовой жидкости ($24,83 \pm 1,67\%$) наблюдается у беременных уже через 2 недели проведения «Профилактической программы», а в контрольной группе, применявшей традиционную гигиену полости рта, отмечается незначительный рост показателя эффекта вязкости ротовой жидкости – $2,73 \pm 0,35\%$. Определено положительное влияние «Профилактической программы» и в отношении уровня индивидуальной гигиены полости рта по индексу Грина-Вермиллиона. Анализ десенситивного действия средств гигиены рта на чувствительность зубов у беременных показал значительное снижение чувствительности зубов к концу исследования у женщин, выполнявших предложенную им «Профилактическую программу». Полученные данные свидетельствуют об актуальности проблемы медицинского планирования стоматологических программ у беременных женщин.

РАЗВИТИЕ ШКОЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЧЕРЕЗ МОТИВАЦИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Улитовский С.Б., Васянина А.А.

*Кафедра стоматологии профилактической
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Здоровье населения признается Правительством РФ стратегическим потенциалом, поэтому декларируется важность понимания, внедрения и развития профилактических подходов в медицине и стоматологии (Прохончук А.А., 2014). Основой эффективности здравоохранения при ограниченных ресурсах финансирования является профилактика, когда минимальные затраты труда и средств дают максимальный эффект (Леонтьев В.К., Авраамова О.Г., 2006; Леус П.А., 2007; Леонтьев В.К., 2008). Существующая в нашей стране система профилактики стоматологических заболеваний не учитывает все возможные факторы риска, не решает вопросы преемственности и непрерывности профилактики в течение всего периода детства и не имеет модели семейной профилактики (Хамадеева А.М., 2000; Леус П.А., 2006, 2007; Яновский Л.М., 2006; Леонтьев В.К., 2007). Для большинства стоматологов мероприятия первичной профилактики не являются осознанной необходимостью: большинство стоматологов общей практики не мотивированы к формированию привычек здорового образа жизни в семьях у своих пациентов.

Первичная профилактика кариеса зубов у детей остается актуальной проблемой, доказано, что профилактика стоматологических заболеваний является одним из эффективных методов, позволяющим снизить уровень распространенности основных стоматологических заболеваний (Хамадеева А.М., 2000; Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н., 2006; Кузьмина Э.М., 2006; Леус П.А., 2008). Во всех развитых странах мира профилактическая работа осуществляется силами специального персонала со средним медицинским образованием — гигиениста стоматологического (Шевченко О.В., 2004).

В России в 2001 г. была введена в номенклатуру медицинских специальностей новая специальность «Стоматология профилактическая» с квалификацией специалиста «гигиенист стоматологический». Местом работы гигиениста являются: стоматологические амбулаторно-поликлинические учреждения для детей и взрослых – стоматологические отделения и кабинеты лечебно-профилактических учреждений – учреждения социальной защиты населения и образования – санаторно-курортные учреждения (приказ МЗ РФ № 33, 2001). Главная задача гигиениста – организация и проведение под руководством врача-стоматолога и самостоятельно в рамках своих компетенций мероприятий направленных на выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний у пациентов различных возрастных групп и их профилактику.

Максимально эффективной является работа гигиениста стоматологического в организованных детских коллективах, так как проводимые им групповые методы профилактики стоматологических заболеваний наиболее широко охватывают население. Однако до настоящего времени конкретные функциональные обязанности для гигиениста стоматологического, работающего в организованных детских коллективах, и его взаимодействие с врачом-стоматологом не разработаны. Определены вероятная эффективность работы гигиениста, круг его обязанностей и ответственности в школьном стоматологическом кабинете (ШСК) (Хоцевская И.А., Кисельникова Л. П., и соавт., 2003, Западаева С.В., 2009).

На нашей кафедре проходят обучения гигиенисты стоматологические. В стандарт подготовки специалистов среднего звена введены обязательное проведение уроков гигиены в начальных классах гимназии. В этом году студентами гигиенистами было подготовлено 15 презентаций, около 20 санитарных бюллетеней и памяток по вопросам профилактики стоматологических заболеваний для разных возрастных групп школьников и подростков. Гигиенист стоматологический работая в школе, мог бы взять на себя: анализ знаний детей и их родителей по вопросам профилактики основных стоматологических заболеваний и обучение гигиене полости рта, проведение контролируемой чистке зубов школьников. Заниматься стоматологическим просвещением, оценивать гигиену полости рта, заниматься вопросами оценки и профилактики кариеса и заболеваний пародонта, давать рекомендации по питанию.

Анализ доступных источников литературы и действительное положение организации стоматологической службы России в современных условиях показывают, что проблема внедрения и роль специальности гигиенист стоматологический в реализации профилактических программ в организованных детских коллективах актуальна и нуждается в разработке.

Для успешного существования «школьной стоматологии» необходимо, чтобы была сформирована система преемственности и последовательности оказания стоматологической помощи детям школьного возраста между специализированной детской стоматологической поликлиникой и школьным стоматологическим кабинетом, между врачом-стоматологом и гигиенистом стоматологическим.

Гигиениста стоматологического мы можем рассматривать как основного исполнителя при реализации программ профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах на основе клинической доказательности их эффективности.

ОБОСНОВАННОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПУЛЬПЫ ЗУБА

Шайда Л.П., Чорный Р.В., Качалов А.Б., Геталов А.В.

*Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Введение. Стоматологические вмешательства ввиду возможных болевых ощущений могут вызывать у пациентов стресс и дискомфорт. В связи с этим многие пациенты обращаются за стоматологической помощью на стадии, когда боль становится невыносимой. Выраженные болевые ощущения зачастую могут быть связаны с различными воспалительными процессами в тканях пульпы зуба. Нередко до момента обращения к врачу пациенты пытаются купировать болевой синдром самостоятельно при помощи обезболивающих средств. Однако, по мере прогрессирования воспалительного процесса и перехода серозной стадии в гнойную, действие обезболивающих препаратов ослабевает, что в итоге вынуждает пациента явиться на прием. Очевидно, что при оказании неотложной стоматологической помощи пациентам с заболеваниями пульпы зуба сохраняет актуальность вопрос назначения препаратов обезболивающего действия, в том числе нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Ввиду возможного наличия у больных сопутствующей соматической патологии назначаемые врачом-стоматологом НПВС в значительной степени должны быть безопасными для организма.

Цель. Оценить предпочтения врачей-стоматологов при назначении НПВС пациентам с заболеваниями пульпы зуба, проанализировать используемые препараты с точки зрения безопасности, дать рекомендации по применению НПВС в практике врача-стоматолога с учетом клинической ситуации и соматической патологии.

Материалы и методы. Обзор и анализ научной литературы по исследуемому вопросу; анкетирование 25 врачей-стоматологов в городе Санкт-Петербурге в 14 медицинских учреждениях; анализ полученных данных; составление практических рекомендаций.

Результаты. По результатам обзора литературы было выявлено, что для обезболивания пациентам со стоматологической патологией в сочетании с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) наиболее часто рекомендуют препараты «Целекоксиб», «Нимесил», «Ибупрофен». При этом последние 2 препарата не являются высокоселективно действующими на циклооксигеназу-2, поэтому рекомендовано их сочетание с гастропротекторами («Омез», «Квамател»). Анкетирование врачей-стоматологов выявило, что 84% врачей при назначении НПВС учитывают сопутствующие соматические заболевания пациента. 76% стоматологов отмечают, что пациенты до приема самостоятельно применяют НПВС с превышением разовой либо суточной дозы препарата, к тому же не учитывают его влияние на слизистую желудка.

Выводы. В связи с выраженным болевым синдромом, имеющим место при пульпите, сохраняется необходимость назначения НПВС в комплексной терапии при оказании неотложной помощи. Наличие соматической патологии у пациента диктует необходимость избирательного назначения НПВС для предупреждения осложнений общего характера. При наличии заболеваний ЖКТ нужно учитывать целесообразность применения НПВС в комбинации с гастропротекторами.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО СТРУКТУРИРОВАНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАТОВ НАНОСЕКУНДНЫМ ЛАЗЕРОМ

Яременко А.И., Зерницкая Е.А., Комиссарук Г.Б., Некаева Ю.Б.

*Кафедра стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

В настоящее время титан и его сплавы являются наиболее популярными материалами для производства дентальных имплантатов. Дизайн поверхности, химический состав, антибактериальные и другие поверхностные характеристики титана продолжают совершенствоваться различными способами для улучшения биосовместимости и выживаемости имплантатов.

По данным литературных источников существует несколько технологий создания шероховатой поверхности на дентальных имплантатах – кислотное травление, пескоструйная обработка, SLA («Sand-blasted, Large grit, Acid-etched», крупнозернистая пескоструйная обработка и травление кислотой) и лазерное структурирование.

Лазерная обработка может производить большое количество воздействий на единицу поверхности дентального имплантата и, следовательно, является одним из наиболее перспективных методов обработки имплантатов. С помощью данной обработки можно произвести контролируемое формирование рельефа на поверхности имплантата, кроме того, она позволяет произвести структурирование с наименьшим остаточным загрязнением на поверхности имплантата.

Цель. Сравнить остеоинтеграцию 4 различных поверхностей дентальных имплантатов, структурированных с помощью наносекундного лазера с длиной волны 1064 нм.

Материалы и методы. Наносекундным лазером с длиной волны 1064 нм созданы 3 типа поверхности дентальных имплантатов: сетчатая, с параллельными канавками и аperiодичная. Для сравнения также в эксперимент был включен полированный дентальный имплантат (без лазерного структурирования поверхности).

Исследование производилось на 15 лабораторных животных (кролики массой 3,5–4 кг, самцы). Установка имплантатов производилась в большеберцовые кости. Каждому кролику установлены имплантаты со всеми четырьмя типа поверхности единого диаметра и длины.

Результаты. Лабораторные животные выводились из эксперимента на сроке в 1,5 и 3 месяца после операции.

Для оценки стабильности имплантатов был применен метод RFA (Resonance Frequency Analysis), основанный на регистрации резонансных электромагнитных колебаний имплантата и окружающей кости при воздействии на них электромагнитного поля (Osstell ISQ). Также было произведено гистологическое исследование не декальцированных костных блоков на лазерном сканирующем конфокальном микроскопе (Carl Zeiss LSM 780) и проведена гистоморфометрия (VIC-индекс, Bone implant contact). Костные блоки подготавливались по специальной методике – пропитка и заливка исследуемого материала в пластмассы и синтетические смолы. Все образцы перед заливкой в полимер подвергали последовательной дегидратации с использованием последовательного повышения концентрации этанола. Из полученных блоков получали срезы толщиной 40–50 мкм и окрашивали красителем Ниссля (толудиновый синий).

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ФРАКЦИОННОГО ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СЛИЗИстую оболочку В ЗОНЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Яременко А.И., Зерницкий А.Ю., Зерницкая Е.А., Столярова А.И.

*Кафедра стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Введение. Важными факторами в долговременном и стабильном исходе дентальной имплантации являются наличие достаточного объема костной ткани и прикрепленной кератинизированной десны. В основном недостаток этих факторов приводит к дополнительным болезненным хирургическим вмешательствам и к увеличению сроков

реабилитации пациентов несъемными протезами с опорой на дентальные имплантаты. Существует много исследований, которые показывают, что лазерное излучение способно воздействовать на регенерацию и модификацию эпителиальных тканей.

Лазерная точечная микрокоагуляция (Laser Patterned Microcoagulation technology) – микрохирургический метод локальной деструкции ткани инфракрасным лазерным излучением.

Технология заключается в том, что лазерным излучением ближнего или среднего инфракрасного диапазона на участок ткани наносится матрица из точечных термических зон повреждения, окруженных участками жизнеспособной ткани. В результате воздействия в каждой зоне теплового повреждения происходит разрушение эпителия и коагуляция соединительной ткани.

Цель исследования: оценить в клинических условиях эффективность неабляционной фракционной обработки лазером с длиной волны излучения $\lambda = 1,55$ мкм в зоне дентальной имплантации с одновременной пластикой десны.

Материалы и методы. Критерии включения:

1. Пациенты возрастом от 18 до 65 лет.
2. Пациенты, имеющие зону вторичной адентии, содержащую 2 или более отсутствующих зубов.
3. Пациенты, имеющие зоны вторичной адентии, в которых наблюдается дефицит прикрепленной кератинизированной десны: ширина десны 2 мм и менее, либо ширина прикрепленной кератинизированной десны меньше ширины, характерной для данного пациента.
4. Пациенты с достаточным объемом костной ткани в зоне планируемой имплантации и не требующие дополнительной костной пластики.

До хирургической операции производилось фотографирование областей лечения со стандартным шаблоном, производился roll-test для оценки исходной ширины мягких тканей в зоне вторичной адентии.

Каждому пациенту было установлено необходимое количество дентальных имплантатов и проведена одновременная мягкотканная пластика.

Пациенты были разделены на 2 группы.

В первой группе – одному и тому же пациенту производилась мягкотканная пластика с использованием единой донорской зоны (либо соединительнотканый трансплантат с бугра верхней челюсти, либо дезэпителизированный трансплантат с неба) как на контрольной области, так в области последующей лазерной обработки.

Во второй группе – пациентам производилась мягкотканная пластика с использованием донорской зоны (либо соединительнотканый трансплантат с бугра верхней челюсти, либо дезэпителизированный трансплантат с неба) на контрольной области. В области лазерной обработки не проводилась мягкотканная пластика.

Во время операции проводился фотопротокол со стандартным шаблоном, проводились измерения толщины исходной слизистой оболочки в области имплантации и пересаживаемого мягкотканного трансплантата.

В послеоперационном периоде пациентам производилась терапия при помощи лазерного излучения с длиной волны $\lambda = 1,55$ мкм при установке максимальной энергии, которую пациент способен терпеть. Было сформировано по 4–8 микрокоагуляционных колонн на участке 1 мм². Лазерная терапия проводилась в количестве 4 сеансов, один раз в 2 недели.

По результатам доплерографии и измерениям ширины прикрепленной кератинизированной десны в зоне дентальной имплантации были оценены сроки модификации трансплантата в собственные ткани после проведения лазерной обработки и в контрольной области.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СПОСОБОВ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА

**Анисимова Е.Н., Анисимова Н.Ю., Гасанова З.М., Рязанцев Н.А.,
Голикова А.М.**

Кафедра обезболивания в стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ, кафедра терапевтической стоматологии РУДН, Москва

Волнение, напряжение, переходящее в страх перед врачом-стоматологом, сильнее, чем перед врачами других специальностей. По данным различных авторов, около 72% пациентов ощущают тревожность и настороженность перед визитом к стоматологу, а в 5% случаев испытывают сильнейший страх. По мере усиления чувства страха увеличивается и чувствительность к боли, что приводит к изменению функции центральной и вегетативной нервной систем, а также активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. В связи с этим может проявиться активное потоотделение, двигательное возбуждение, изменение сердечного ритма, повышение кровяного давления, приводящее к ишемии миокарда, нарушению мозгового кровообращения и т.д. Особенно остро на подобные изменения реагируют пациенты с соответствующей сопутствующей патологией в анамнезе, поэтому коррекция дистресса у таких пациентов необходима. Нами разработаны психологические способы коррекции эмоционального состояния пациентов, предусматривающие их использование при наличии специальных навыков у врача-стоматолога. Диагностику дистресса проводили как аппаратными методами с использованием программно-аппаратного комплекса «Пульс-Антистресс» с регистрацией и анализом параметров пульсовой волны, а также определением уровня стресса по показателям альфа-амилазы в слюне прибором «Cогосо metr», так и тестированием по шкале Кораха на выявление стоматофобии и шкале Спилбергера-Ханина на определение ситуативной и личностной тревожности пациента. Высокую эффективность коррекции тревожности пациентов на стоматологическом приеме продемонстрировали: способы поведенческой психотерапии (патент на изобретение №2455032, 2014), способ коррекции эмоционального состояния беременной при проведении стоматологических вмешательств (патент на изобретение № 2571323, 2015), способ мотивационного интервьюирования стоматологических больных в амбулаторной стоматологической практике (патент на изобретение № 2515749, 2015). Психологические методы снижения напряжения могут активно применяться в условиях амбулаторного стоматологического приема, что значительно подавляет риск неотложных состояний пациента.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Бузина Т.С., Митерев Д.А.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ, Москва

Приверженность стоматологической профилактике и лечению больных сахарным диабетом не только снижает серьезные осложнения для здоровья со стороны ротовой полости, но также позволяет сохранить высокий уровень качества жизни пациентов и снижает материальные и физические затраты при оказании им медицинской помощи.

Целью исследования было изучение психологических факторов приверженности стоматологическому лечению пациентов с сахарным диабетом 2-го типа.

Всего было исследовано 50 пациентов с сахарным диабетом 2-го типа в возрасте от 25 до 50 лет, находящихся на стационарном лечении методиками: оригинальная анкета приверженности стоматологическому лечению, опросник «Уровень комплаентности» (Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А.), тест жизнестойкости (Леонтьев Д.А., Расказова Е.И.), тест смысловых ориентаций (Леонтьев Д.А.).

Результаты исследования показали, что пациенты, страдающие сахарным диабетом, имеют средние и низкие показатели приверженности стоматологическому лечению. При этом отсутствуют гендерные различия.

Большинство пациентов с сахарным диабетом недооценивают свое основное заболевание как фактор риска развития стоматологической патологии.

Уровень комплаентности в отношении лечения сахарного диабета у большинства пациентов соответствует среднему, что характеризует их как людей с неопределенной позицией по отношению к лечению. Они действуют по ситуации, их комплаентность зависит в основном от конкретной мотивации и личной выгоды.

Показатели осмысленности жизни и жизнестойкости у пациентов с сахарным диабетом в целом снижены. Корреляционный анализ показал, что при развитых навыках по преодолению жизненных трудностей и проблем пациенты с сахарным диабетом уделяют недостаточно внимания дополнительным факторам угрозы своему здоровью, в том числе и со стороны стоматологических проблем; высокие показатели локуса контроля жизнь связаны с высокими показателями социальной и поведенческой комплаентности.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНИКИ БЕСКОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ерилин Е.А., Анисимова Е.Н., Исаева Е.Р.

*Кафедра обезболивания в стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ, Москва;
кафедра общей и клинической психологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

В сфере общения почти каждого человека есть люди, которые страдают теми или иными психоэмоциональными расстройствами, но большинство из нас не замечает проявлений этих заболеваний. Отсутствие диагностики врачами-стоматологами пациентов с психоэмоциональными нарушениями ведёт к построению неправильного общения с пациентом, что может спровоцировать развитие конфликтной ситуации. Таким образом, повышение качества стоматологической помощи пациентам с учётом психоэмоционального статуса в условиях амбулаторного приёма подразумевает развитие междисциплинарного сотрудничества между врачами-стоматологами и клиническими психологами в соответствии с правовыми и организационными принципами оказания медицинской помощи, основываясь на Федеральном законе (ФЗ) № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Целью работы явилась разработка способа взаимодействия «врач-стоматолог – пациент с психоэмоциональными нарушениями». Всего в исследовании приняло участие 430 человек обоих полов в возрасте от 18 до 70 лет. Перед проведением стоматологического лечения пациентам было предложено определение их типов отношения к болезни и лечению по методике ТООБОЛ, предназначенной для использования в клинике без привлечения клинических психологов и психоневрологов, поскольку она позволяет восполнить недостаток опыта у врачей в личностной диагностике больных и их психического состояния. В соответствии с ведущими шкалами по методике ТООБОЛ и основными характерологическими особенностями 236 (54,9%) пациентов с выявленными нарушениями психоэмоционального состояния были распределены на группы исследования. На основании различных техник межличностного взаимодействия в ходе исследования нами предложена техника бесконфликтного общения с пациентами, которая строится в зависимости от агрессивности пациента, его склонности к конфликтам, отношения к предстоящему лечению и чувства страха.

КРИТЕРИАЛЬНАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ РЕАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИЕЙ

Розов Р.А., Трезубов В.Н., Ураков А.Л., Азарин Г.С., Решетников А.П., Копылов М.В.

*ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург;
ФГБОУ ВО НовГУ им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород; ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ, Ижевск*

Цель работы: разработка критериальной системы оценки реальных компетенций молодых специалистов-стоматологов, занимающихся дентальной имплантологией, вскоре после окончания ими клинической ординатуры. В пилотном исследовании приняла участие группа экспертов-стоматологов из 15 человек в возрасте от 35 до 47 лет со средним стажем в дентальной имплантологии 15 лет. Было выработано 10 критериев для оценки клинического портфолио врачей-стоматологов и проведена согласительная методическая конференция экспертов для унификации подходов к оценке. По аналогии с балльно-рейтинговой системой, применяемой при непрерывном образовании в медицинском вузе, осуществлено баллирование. Проведена оценка 43 клинических портфолио молодых врачей-стоматологов с ближайшими и отдаленными результатами имплантационного протезирования с использованием имплантатов «Нобель Байокер» и протезов, полученных с использованием технологии компьютерного моделирования и фрезерования (CAD/CAM) «Procera». Было показано, что врачи-стоматологи, занимающиеся дентальной имплантологией, обладают хорошими мануальными навыками и клиническими компетенциями при стаже работы от 1 года до 7 лет, что позволяет им достигать положительных исходов лечения. Одновременно с этим в большинстве своем они не владеют в достаточной мере реальными навыками диагностики, неправильно используют параклинические методы обследования, не прогнозируют риски клинических осложнений, тем самым перекладывая ответственность за них на пациента. В то же время, широко используются методы компьютерного моделирования на всех этапах реализации плана лечения (диагностика, хирургический шаблон, каркас окончательного протеза). Реальные компетенции врачей-стоматологов не зависят от их пола. Женщины и мужчины, занимающиеся дентальной имплантологией, обладают сходными клиническими компетенциями.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ К ПРОВЕДЕНИЮ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Огарева А.А.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

Одной из самых важных проблем профилактики стоматологических заболеваний является проблема мотивации ребёнка и его родителей на ежедневную гигиену полости рта.

Цель исследования: изучить роль мотивационного интервьюирования на формирование мотивации ребёнка к ежедневным гигиеническим процедурам.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие 25 детей в возрасте 7–12 лет. В ходе исследования проводились: контролируемая чистка зубов, определение индекса гигиены ОНI-S, беседа с ребёнком и его родителями в формате мотивационного интервьюирования.

Результаты: значение индекса ОНI-S до начала исследования – 1,9, через месяц – 1,0, что говорит об улучшении состояния гигиены полости рта. Показатели по шкале «серьёзность проблемы полости рта» улучшились на 35%. На 29% увеличилось восприятие важности проблем здоровья полости рта. Барьеры для визита к стоматологу снизились на 33%. На 28% повысилась мотивация на лечение. На 34% улучшилось представление о полезности профилактических действий. На 30% увеличилось понимание полезности контроля налёта на зубах, на 37% улучшилось представление об эффективности стоматолога. Стоматологическая самоэффективность и воспринимаемость компетентности повысилась на 34%.

Заключение: проведенное исследование показало высокую значимость мотивационного интервьюирования в практике врача-стоматолога детского. Применение психологических методик на стоматологическом приеме оказывает положительное влияние на уровень гигиены полости рта.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ

Ситкина Е.В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Изменение парадигмы оказания медицинской помощи на оказание медицинских услуг повлекло за собой множество изменений в системе отношений медицинской организации и пациента. Стал актуальным вопрос о качестве оказания медицинской помощи и способах улучшения сервиса медицинских услуг. В стратегии развития здравоохранения РФ до 2025 года отмечается, что в 2017 г. уровень удовлетворенности граждан полученными медицинскими услугами составил всего 39,9%.

Качество медицинской помощи (КМП) – это общая совокупность всех характеристик, которые подтверждают соответствие действий оказания медицинской помощи необходимым потребностям населения, современным технологиям, медицинской науке, ожиданиям пациента (Ю.М. Комаров, 1997). Среди основных задач развития здравоохранения в РФ до 2025 г. на первом месте стоит повышение КМП.

В приказе №787-н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» (28.11.2014) отмечается важность доброжелательности и вежливости работников медицинской организации. Эти показатели отражают уровень коммуникативной компетентности и клиентоориентированности медицинских работников, что и является психологическими компонентами их работы. Рассеивая медицинскую помощь как услугу, пациенты чаще обращают внимание на качество и содержание общения с врачом, на психологический комфорт во время консультации, готовность врача ответить на все вопросы, обсудить с пациентом ожидания от предстоящего лечения и трудности, с которыми он может столкнуться в процессе терапии. Таким образом, для пациентов стало важным именно качество общения и ориентированность врачей на совместное обсуждение заболевания и лечения. Развитие этих навыков у врачей позволит повысить КМП и снизить частоту возникновения конфликтов.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Азарин Г.С.....	74	Калинина О.В.....	66-67	Порхун Т.В.....	56
Александрова А.А.....	52	Кардашенко Я.Р.....	45-46	Присяжнюк О.В.....	57, 60
Анисимова Е.Н.....	72-73	Карпова Л.С.....	62	Прохорова О.В.....	58-59
Анисимова Н.Ю.....	72	Качалов А.Б.....	69	Разумова А.А.....	36
Антипова А.В.....	65	Кевлова Е.В.....	37	Решетников А.П.....	74
Антонова И.Н.....	45	Комаров Ф.И.....	26	Робустова Т.Г.....	60
Артемьев Н.А.....	53	Комиссарук Г.Б.....	70	Розов Р.А.....	74
Березкина И.В.....	6	Копейкина А.А.....	12	Рузин Г.П.....	60
Биричева О.А.....	53	Копылов М.В.....	74	Рязанцев Н.А.....	72
Бубнова Е.В.....	36	Коровин Н.В.....	60	Савушкина Н.А.....	62
Бузина Т.С.....	72	Косова Е.В.....	51	Салманов И.Б.....	60
Булычева Д.С.....	7	Косов С.А.....	51	Сериков А.А.....	38, 60
Булычева Е.А.....	7	Котурова О.Л.....	62	Силин А.В.....	40
Буренкова Н.Э.....	58	Кувшинова А.К.....	38	Силина Э.С.....	50
Васильев А.В.....	8	Кутергина К.А.....	45	Сирота Н.А.....	74
Васянина А.А.....	68	Лазарев Ю.В.....	48	Ситкина Е.В.....	75
Вашнева В.Ю.....	56	Лобейко В.В.....	39, 60	Солдатова Л.Н.....	60
Волкова Т.В.....	23, 32, 60	Лобода Е.С.....	49	Старостина М.В.....	10
Галецкий Д.В.....	8	Лысенко А.В.....	34	Столярова А.И.....	70
Галибин О.В.....	65	Лысков Н.В.....	60	Суборова Т.Н.....	12
Гасанова З.М.....	72	Малахова Н.Е.....	40, 42	Тачалов В.В.....	61
Геталов А.В.....	69	Малина М.С.....	43	Титова М.В.....	9
Голикова А.М.....	72	Маслова Т.В.....	44-46	Ткаченко Т.Б.....	45, 62
Головко А.А.....	37	Маслов В.В.....	44-46	Трезубов В.Н.....	74
Горбачёва И.А.....	9	Маслов М.В.....	45	Тытюк С.Ю.....	43, 63
Грачев Д.И.....	36	Митерев Д.А.....	72	Тюрин А.Г.....	36
Гриненко Э.В.....	50, 52	Мороз П.В.....	47	Удалцова Н.А.....	57, 60
Гулиева А.Ю.....	64	Музыкин М.И.....	38, 60	Улитовский С.Б.....	64-68
Гусарова Ю.А.....	56	Мусаева Р.С.....	50, 52	Ураков А.Л.....	74
Гусейнов Р.З.....	22	Некаева Ю.Б.....	70	Чорный Р.В.....	69
Демченко Т.В.....	10	Нечкина М.А.....	48	Чуркин М.А.....	9
Ерилин Е.А.....	73	Нечкин С.Б.....	48	Шабак-Спасский П.С.....	9
Ермаева С.С.....	10	Огарева А.А.....	74	Шадрина К.В.....	6
Жаворонкова М.Д.....	12	Орехова Л.Ю.....	49-53	Шайда Л.П.....	69
Зайцев В.В.....	37	Осипова В.А.....	44	Шевелева Н.Ю.....	64
Зерницкая Е.А.....	70	Падун Б.С.....	40	Шевцов А.В.....	65
Зерницкий А.Ю.....	70	Панкратьева Л.И.....	66	Шефов В.Ю.....	59
Зуйкова М.А.....	60	Пахомова Н.В.....	36	Щербо А.П.....	55
Иорданишвили А.К. 13-14, 16, 18, 20, 22-26, 30, 32-33, 37-39, 43, 47, 55, 57, 60, 63		Петров А.А.....	51, 60	Юкина Г.Ю.....	65
Исаева Е.Р.....	73	Петропавловская О.Ю.....	35-36	Ялтонский В.М.....	74
Калакуцкий И.Н.....	34	Пирожинский В.В.....	55	Яманидзе Н.....	49
Калакуцкий Н.В.....	35-36	Погосян Г.С.....	48	Яременко А.И.....	70
		Попрядухин П.В.....	65		
		Портнова А.Г.....	42		

Тезисы издаются в редакции авторов и не исправляются. За достоверность данных и научное содержание работы несет ответственность автор и его научный руководитель. Предоставление тезисов в оргкомитет означает, что авторы работы дают разрешение на публикацию тезисов и берут на себя ответственность за то, что содержание тезисов не нарушает авторских прав третьих лиц и не подпадает под действующие законодательные ограничения на распространение информации. Обязанность оформления других необходимых разрешительных документов лежит на авторах работы.