

СПб

ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ

ГАЗЕТА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

ISSN 2221-5042

№4(35)

сентябрь 2013



lina

PEOPLE HAVE PRIORITY



Стерилизатор Lina демонстрирует отличное соотношение производительности, цены и способен соответствовать вашим высоким требованиям.

Вы можете рассчитывать на долговременную и ежедневную работу благодаря надежности стерилизатора Lina.

Время циклов сокращено наполовину с помощью программы Eco-B, рассчитанной на небольшие загрузки.

Представительство
в Москве:Тел.: 499/270 48 68
E-mail: info.ru@wh.com
Web-site: www.wh.com/ru_cisИмпортёры
фирмы W&H:Дентекс, Москва
Тел.: 495/974 30 30

ОМТ, Москва

Тел.: 495/223 15 60; 229 33 75

Эксподент, Москва

Тел.: 495/959 92-92; 332 03 16

Дистрибуция в Санкт-Петербурге –
Алвик-Медэкспресс:
Тел.: 812/326 29 17

Учебный центр "Аэлита" Саловой А.В.
приглашает на семинары
и мастер-классы в Санкт-Петербурге

Аэлита
стоматологический центр

28 сентября 2013 г. Авторский мастер-класс на пациенте "Применение техники "силиконового ключа" при восстановлении жевательной и фронтальной групп зубов" с телетрансляцией. Ведет Салова А.В.



17 октября 2013 г. Авторский мастер-класс на пациенте "Первичная эндодонтия" с телетрансляцией. Михаил Соломонов. Директор постдипломной программы по эндодонтии, отделение эндодонтии госпиталя Шиба, Тель Хашомер, Израиль.

19 октября 2013 г. Семинар "Неотложные состояния в стоматологической практике". Лектор – Игаль Гранот. Дипломированный специалист по медицине полости рта. Кафедра медицины полости рта стоматологического факультета Еврейского Иерусалимского университета, Хадасса.



15-16 ноября 2013 г. "Функциональная окклюзия в эстетической стоматологии".

17 ноября 2013 г. "Микропротезирование – техника восстановления зубов непрямыми адгезивными реставрациями". Пешко А.А. Специализация в области ортопедической и эстетической стоматологии. Последипломное усовершенствование в Канаде, College of Dentistry, University of Saskatchewan, Saskatoon, и клиническая стажировка Denta Care Group, Edmonton, Alberta. Врач-стоматолог, специалист в области ортопедической и эстетической стоматологии (Киев, Украина).



Полное расписание на сентябрь – декабрь 2013 г. – на сайте WWW.aelita-dent.ru
Моб. тел.: +7952-277-30-94 или тел./факс: (812) 386-11-79

R.O.C.S.
REMINERALIZING ORAL CARE SYSTEMSPRO
Professional Solutions

НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ СРЕДСТВ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ

* В СЕРДЦЕ НАУКИ
Товар сертифицирован. На правах рекламы

INSIDE THE SCIENCE*

ДВА ШАГА ДЛЯ ОСЛЕПИТЕЛЬНО БЕЛОЙ УЛЫБКИ

Шаг 1 Зубная паста R.O.C.S. PRO Деликатное отбеливание

Высокий уровень осветления и блеска зубов*, защита от кариеса и воспалительных заболеваний десен*. Эффективно поддерживает результаты профессионального отбеливания и гигиены. Подходит для ежедневного использования.

Шаг 2 Зубная паста R.O.C.S. PRO Кислородное отбеливание

Выраженный отбеливающий эффект за счет свойств активного кислорода*. Освежает дыхание и снимает воспаление десен*. Применяется как дополнение к зубной пасте R.O.C.S. PRO Деликатное отбеливание. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией.

Без фторидов, красителей, парабенов и лаурилсульфата натрия.

* Клинически подтверждено



R.O.C.S. – генеральный партнер
Профессионального общества
гигиенистов стоматологических



www.rocs.pro

МЕДИЦИНСКИЕ ТОВАРЫ Крайспроф

ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ
ООО «Крайспроф» предлагает стоматологическим клиникам
и специалистам по хирургической стоматологии:

- Коллагеновые дентальные конусы с гентамицином GENTA-COLL resorb и резорбируемые дентальные мембраны RESODONT
- Редкие и распространенные хирургические инструменты для стоматологии
- Апробированные и великолепно зарекомендовавшие себя хирургические шовные материалы RESORBA
- Современнейшие системы дентальных имплантатов DIO
- Обмен опытом в «Клубе дентальных имплантологов» Санкт-Петербурга
- Теоретическое и практическое обучение начинающих имплантологов
- А также гарантию безопасности и качества товаров, доставку товара, персональный подход к каждому заказчику

191015, СПб., ул. Шпалерная, д. 51, офис 435, бизнес-центр "Таврический"
Тел.: 313-55-22, 8 (931) 237-76-03
E-mail: kreisprof@kreisprof.ru

АМИКО-СПб
рентгенотехника

CORTEX
dental implants

Официальный дистрибьютор имплантационной системы CORTEX –
компания АМИКО-СПб приглашает посетить наш **стенд 108.1, зал №5**

Вас ждут:

- Суперпредложения от CORTEX - имплантационной системы №1 в Израиле!
- Живая музыка
- Розыгрыш iPhone 5
- Лекции по имплантологии и менеджменту в стоматологическом бизнесе

Добро пожаловать в

БУДУЩЕЕ
Дентальных Имплантатов

DENTALEXPO®
16-19 сентября 2013
Москва, Крокус Экспо

Полная электронная версия газеты
на сайте www.instom.ru

Швеция

DIRECTA
Design by Dentists

Менее травматичное удаление

Люксатор®

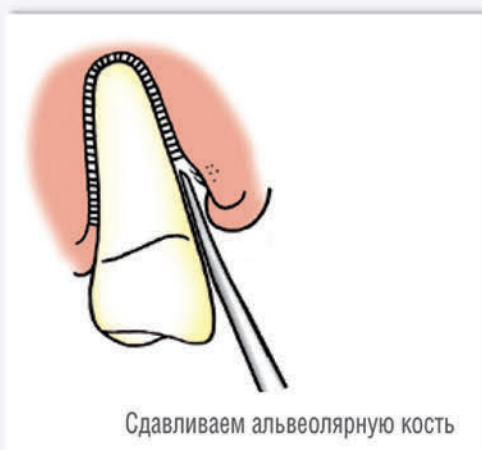
Инструменты для удаления зубов

”

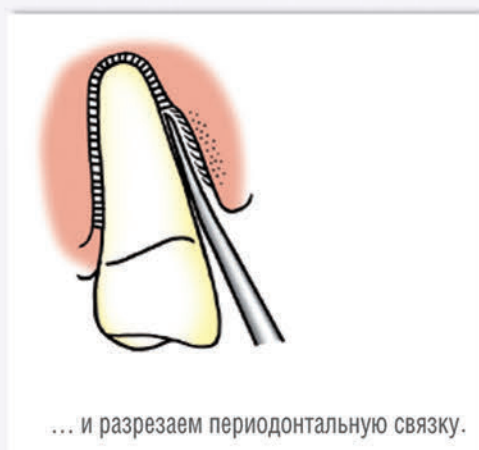
Гораздо менее
травматично
для Вас, Ваших
пациентов и их
зубов



Эргономичная ручка.



Сдавливаем альвеолярную кость



... и разрезаем периодонтальную связку.



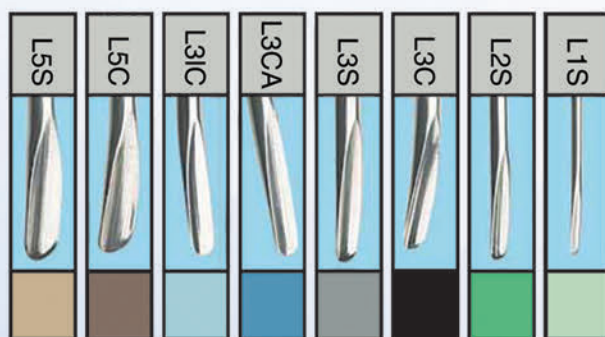
Освобождаем зуб из лунки.
Минимальное повреждение тканей.

Приглашаем посетить наш стенд G.56.3 на выставке "Дентал-Экспо", г. Москва, с 16 по 19 сентября 2013 года

Люксатор®

периотом

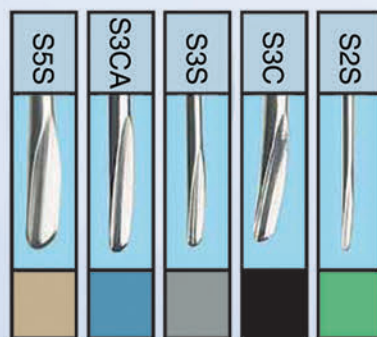
Инструменты для разрезания периодонтальной связки и сдвигания окружающей альвеолярной кости. Имеется 8 моделей различных размеров и формы для различных клинических ситуаций. Удлиненные инструменты наиболее востребованы, это знаменитые инструменты для максимального щадящего удаления зубов.



Люксатор®

короткий периотом

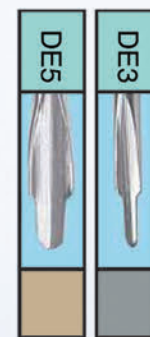
Укороченные версии люксаторов-периотомов со схожими свойствами обеспечивают более легкую работу для врачей с миниатюрными ладонями.



Люксатор®

периотом с двойной кромкой

Инновационная двойная рабочая часть для зондирования и люксации. Эти инструменты объединяют свойства периотома и элеватора. Требуют меньше усилий. Более безопасное поэтапное введение снижает риск соскальзывания. Идеально подходят для зубов с глубокими фрактурами и разрушенными корнями. Очень востребованы, получили высокую оценку стоматологов и неоднократно доказали свою функциональность.



Люксатор®

Элеватор Форте

Отличные инструменты с высокопрочной рабочей частью позволяют удалять зубы и корни без риска повреждения или отлома кончика инструмента, имеют очень удобную ручку. Представлены тремя моделями для различных клинических ситуаций.



СВАЙТ

ЗАО "СС ВАЙТ"

119071, Россия, Москва, 2-ой Донской проезд, д. 4, оф. 330

Тел.: (495) 730-51-23, 952-23-51, 952-57-04, 952-01-47; факс: (495) 952-04-80

<http://www.sswwhite.ru>

www.crosstex.ru

e-mail: info@sswhite.ru



ОДНА СИСТЕМА – ОДИН НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ – ВСЕ ПОКАЗАНИЯ



Уникальное свойство
поверхности
SLActive

ПРИОМЕД

Субдистрибьютор по Санкт-Петербургу и Северо-Западному федеральному округу
Тел./факс: 8 (812) 325-0675 | e-mail: priomed@priomed.ru | www.priomed.ru

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS

ЗУБОТЕХНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «НЕОДЕНТ» ПРИГЛАШАЕМ К СОТРУДНИЧЕСТВУ!

ВСЕ ВИДЫ ЗУБОТЕХНИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ:

- металлокерамика
- безметалловая керамика (вкладки, коронки, виниры, УЛЬТРАНИРЫ)
- конструкции любой протяженности и сложности из **диоксида циркония**, в том числе **Prettay Zirkon**
- съёмные протезы (пластиночные, бюгельные, гибкие)
- комбинированные конструкции любой сложности
- CAD/CAM (фрезерованные) конструкции
- индивидуальные абатменты на различные системы дентальных имплантатов

**ИННОВАЦИОННЫЙ ОПТИЧЕСКИЙ СКАНЕР
И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ NobelProcera™**

это возможность изготовления высокоточных фрезерованных конструкций из биосовместимых материалов с 5-летней гарантией:

- ✓ коронки, мостовидные протезы из оксида алюминия, диоксида циркония, кобальтохромового сплава
- ✓ несъёмные и условно-съёмные балочные конструкции из титана
- ✓ индивидуальные абатменты из диоксида циркония и титана на различные системы дентальных имплантатов, в том числе **Straumann** и **AstraTech**
- ✓ временные акриловые реставрации Telio® CAD

Принимаем заказы на сканирование от зуботехнических лабораторий и частнопрактикующих зубных техников (система сканирования и компьютерного моделирования NobelProcera™)

195176, Санкт-Петербург,
пр. Металлистов, 58
тел./факс: (812) 321-62-01
моб. тел.: +7 (921) 427-05-89
e-mail: adm@neodentlab.ru
www.neodentlab.ru
skype NeodentLab



ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ И ПЕРЕПОДГОТОВКА СТОМАТОЛОГОВ БЕЗ ОТРЫВА ОТ ПРАКТИКИ



ПРИГЛАШАЕМ В НОВЫЙ
ФАНТОМНЫЙ КЛАСС

(812) 324-0054; 8 (800) 333-0054

www.instom.ru



Приглашаем посетить семинары
и практические занятия в СПБИНСТОМ

Название курса	Даты	Стоимость руб.
Профессиональная переподготовка по всем стоматологическим специальностям	ежемесячно	от 25000
Повышение квалификации по всем стоматологическим специальностям	ежемесячно	от 15000
Восстановление дефектов твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов металлокерамическими зубными протезами	1-4 октября, 22-25 октября	32000
Современные технологии и материалы в практике детского стоматолога	1-2 октября, 29-30 октября	18000
КТ и МРТ в стоматологии	1 октября	5000
Современные волоконные адгезивные системы в комплексном лечении заболеваний пародонта и эстетической коррекции зубов	2 октября, 24 октября	10000
Экспертиза временной нетрудоспособности	2 октября, 23 октября	10000
Применение коффердама в терапевтической стоматологии	3 октября, 23 октября	8000
Неотложная помощь при критических состояниях у пациентов в амбулаторной стоматологической практике	3 октября	5000
Повышение эффективности стоматологической клиники за счет ее внутренних резервов	3-4 октября	11000
Уверенное поведение – условие эффективной коммуникации	3-4 октября	10000
Прямое восстановление передней группы зубов композиционными материалами с применением красок	4 октября	9000
Основы клинической гнатологии	7-8 октября, 28-29 октября	20000
Обработка корневых каналов инструментами ProTaper, K3 и Mtwo	7 октября	9000
Радиационная безопасность и противорадиационная защита персонала и пациентов при проведении рентгенодиагностических исследований в лечебно-профилактических учреждениях	7-8 октября, 28-29 октября	10000
Современные аспекты работы ассистента стоматолога-хирурга на практическом приеме	7-8 октября	7000
Пломбирование корневых каналов с использованием разогретой гуттаперчи	8 октября	9000
Повторное лечение корневых каналов	9 октября, 29 октября	9000
Бюгельные протезы с использованием кламмерных, замковых и фрезерных конструкций	9-11 октября, 30 октября- 1 ноября	22000
Цифровая и пленочная рентгенография в современной стоматологии	9-11 октября, 30 октября- 1 ноября	15000
Организация и особенности работы ассистента врача-стоматолога на амбулаторном терапевтическом приеме	9-11 октября	7000
Эстетическая стоматология: как добиться успеха в реставрации зубов	10 октября	14000
Неотложная терапия общесоматических реакций у детей на амбулаторном стоматологическом приеме	10 октября, 31 октября	5000
Цифровая рентгенография в практической стоматологии	11 октября	9000
Рентгеноцефалометрическая диагностика. Планирование и прогнозирование результатов лечения зубочелюстных аномалий	14-15 октября	16000
Безметалловые конструкции зубных протезов при нарушении эстетики, дефектах твердых тканей зубов и зубных рядов (вкладки, виниры, коронки, мостовидные протезы)	14-17 октября	32000
Эффективные технологии эндодонтического лечения, гарантирующие успех. Как быстро овладеть и избежать ошибок	15-17 октября	23000
Основы медицинского менеджмента	15-16 октября	10000
Особенности исправления зубочелюстных аномалий у взрослых. Аппаратурно-хирургическое лечение	16-17 октября	16000
Амбулаторная хирургическая стоматология в повседневной практике	17-18 октября	12000
Организация стоматологической помощи	17-18 октября	10000
Современные несъемные ортодонтические аппараты. Диагностика зубочелюстных аномалий	18 октября	8000

(812) 324-0054; 8 (800) 333-0054

www.instom.ru

АППАРАТУРНО-ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО СО СЛОЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ АНОМАЛИИ

С.О. Чикунов

• к.м.н., DMD, PhD,
клиника «АРТ ОРАЛЬ»
Адрес: 105062, г. Москва,
ул. Жуковского, 2
Тел.: 8 (495) 623-74-03
E-mail: info@8micron.ru

Резюме. Положительный исход устранения зубочелюстной аномалии со сложной клинической картиной по-настоящему зависит только от эффективного взаимодействия врачей различных специализаций (ортопед, имплантолог, ортодонт) и зубных техников-лаборантов. Это сотрудничество включает в себя и пациента, который совместно с врачом и зубным техником-лаборантом составляет «Триаду успеха».

Summary. The positive outcome of any treatment of dento-maxillary anomalies with a severe clinical picture really depends on how efficient is the cooperation between physicians of various fields of specialty (orthopedist, implant surgeon, orthodontist) and dental laboratory technicians. This cooperation includes the patient who on a par with the physician and the dental technician becomes a part of the «triad of success».

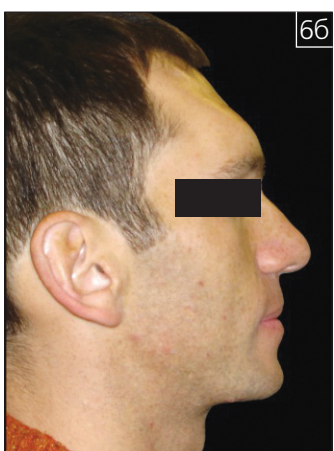
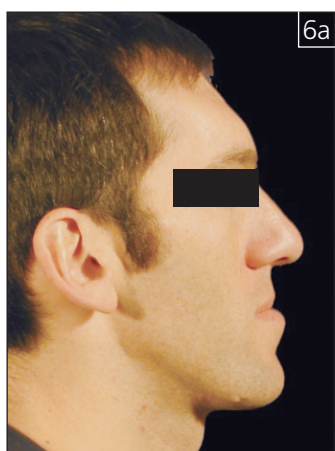
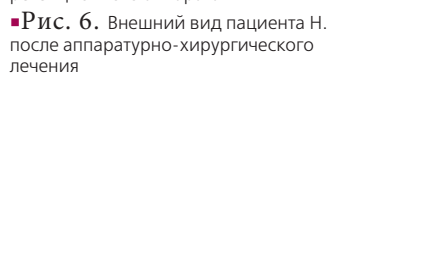
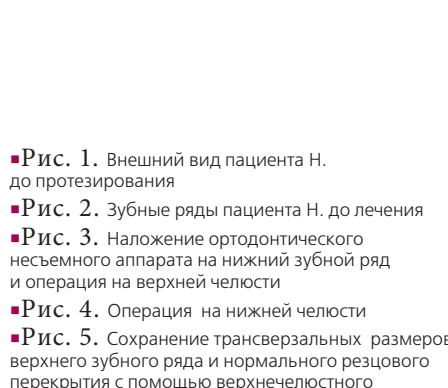
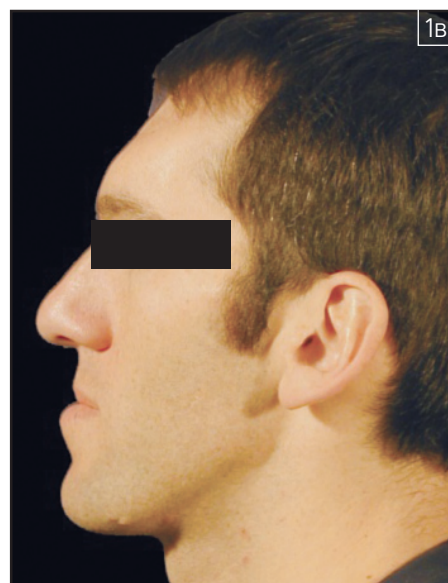
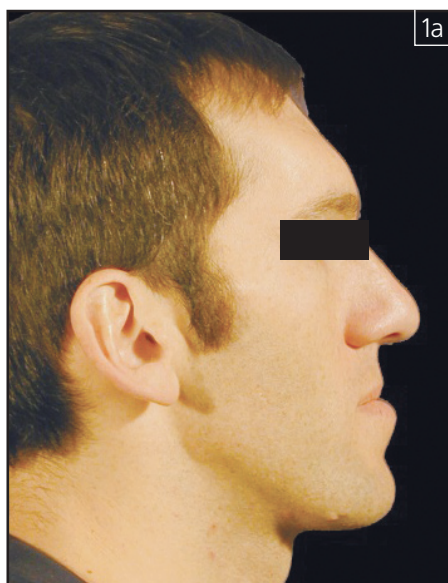
Ключевые слова: аппаратурно-хирургическое лечение, зубочелюстные аномалии.

Key words: hardware-based surgical treatment, dento-maxillary anomalies.

Современные подходы в восстановительной стоматологии предполагают принцип минимальной инвазии за счет пользования адгезионными керамическими зубными протезами. Эти конструкции полностью восстанавливают эстетику и функцию жевания.

Результат лечения во многом зависит от выбранного подхода, основной задачей которого должно быть предохранение оставшегося тонкого слоя эмали.

Диагностический этап включает получение восковой модели и разработку соответствующего плана лечения, который оценивается совместно пациентом и врачом.



■Рис. 1. Внешний вид пациента Н. до протезирования

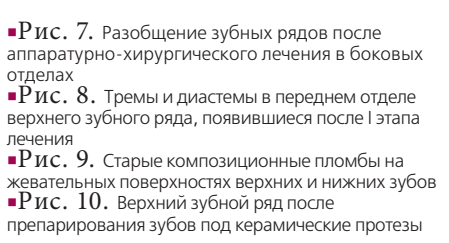
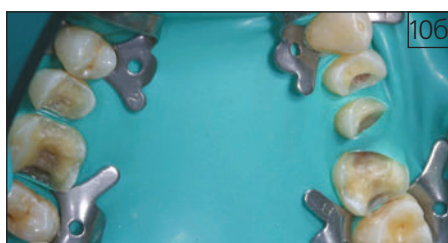
■Рис. 2. Зубные ряды пациента Н. до лечения

■Рис. 3. Наложение ортодонтического несъемного аппарата на нижний зубной ряд и операция на верхней челюсти

■Рис. 4. Операция на нижней челюсти

■Рис. 5. Сохранение трансверсальных размеров верхнего зубного ряда и нормального резцового перекрытия с помощью верхнечелюстного ретенционного аппарата

■Рис. 6. Внешний вид пациента Н. после аппаратурно-хирургического лечения



- Рис. 7. Разобщение зубных рядов после аппаратно-хирургического лечения в боковых отделах
- Рис. 8. Тремы и диастемы в переднем отделе верхнего зубного ряда, появившиеся после I этапа лечения
- Рис. 9. Старые композиционные пломбы на жевательных поверхностях верхних и нижних зубов
- Рис. 10. Верхний зубной ряд после препарирования зубов под керамические протезы

- Рис. 11. Восстановление верхнего зубного ряда керамическими вкладками и вкладками с накладками в боковых отделах (а); б) вид с окклюзионной поверхности; в) вид справа, спереди и слева
- Рис. 12. Зубные ряды после протезирования: а) вид спереди; б) вид справа; в) вид слева
- Рис. 13. Внешний вид пациента Н. после комплексного стоматологического лечения

готовка: устранение протрузии, диастемы и трем передних зубов. После этого было выполнено аппаратно-хирургическое расширение верхнего зубного ряда до нормальных соотношений его с нижним.

Параллельно на этом же хирургическом этапе с целью устранения прогении проведена редуцирующая гениопластика. Достигнутые трансверзальные размеры верхней челюсти до выполнения основного этапа реконструктивной операции были сохранены применением верхнечелюстного ретенционного аппарата. На этом этапе правильное окклюзионное взаимоотношение не было получено. В результате проведенной двухчелюстной хирургической операции были достигнуты правильные окклюзионные соотношения и адекватные, эстетически правильные и планируемые параметры лица (хирургические этапы — рис. 2-6).

Заканчивается ли на этом лечение при такой клинической картине? Конечно, вновь созданные окклюзионные взаимоотношения, несмотря на достижение I класса по Энгля, не гарантируют полноценный функциональный результат и уж тем более не отвечают эстетическим требованиям. Но именно правильный окклюзионный контакт предвещает дальнейшие действия, так как достижение нормальных окклюзии и артикуляции является следующей задачей стоматолога.

После реконструкции челюстей образовалось разобщение между зубами-антагонистами в боковых отделах (рис. 7). Пациент также высказал пожелание устранить тремы, образовавшиеся в области 12 и 22 зубов (рис. 8).

После предварительного анализа и диагностического воскового моделирования было принято решение о дальнейшей реставрации зубных рядов для создания множественных фиссуробугорковых контактов в боковых отделах методом замены старых композиционных пломб (рис. 9) на керамические вкладки и вкладки с накладками (рис. 11), а устранение трем посредством наложения полукоронки без предварительного препарирования (неинвазивный метод) на дистальную поверхность 11 и 21 зубов и вестибулярную поверхность 12 и 22 зубов (рис. 10, 11).

В результате протезирования созданы правильные межчелюстные и межзуб-



Результат во многом зависит только от эффективной совместной деятельности врача и зубного техника. Это сотрудничество распространяется также на пациента, который включается в «триаду успеха».

Ортопед-стоматолог является заключительным звеном в деятельности коллектива стоматологов, включающего терапевта, пародонтолога, ортодонта, хирурга.

Выписка из истории болезни

Пациент Н. явился в клинику ART ORAL с жалобами на массивный, выступающий подбородок, выдвижение нижней челюсти вперед.

При внешнем осмотре лица определяется сильная развитость и выдвижение нижней челюсти вперед, западение верхней губы, опущение углов рта.

При осмотре полости рта определяется мезиальное соотношение зубных рядов. На нижней челюсти в переднем отделе имеются тремы и диастемы между зубами. Отсутствует 46 зуб. Имеют место наклоны 47 и 45 зубов в области дефекта.

Диагноз: *нижнечелюстные макрогнатия и прогнатия (III класс по Энгля), сужение верхнего зубного ряда, частичная потеря*

зубов (включенный дефект нижнего зубного ряда), осложненная деформацией окклюзионной поверхности зубных рядов, диастема и тремы в области передних нижних зубов (рис. 1).

Развитие аномалии обусловлено эндокринной патологией, наступившей после аденомы гипофиза (акромегалия), которая была устранена эндоскопически до нашего вмешательства в нейрохирургическом стационаре, что открыло нам возможность для проведения стабильного комплексного лечения. Затем осуществлялась ортодонтическая под-

ные соотношения, множественные фиссуробугорковые контакты в центральном соотношении, достигнуты нормальное резцовое перекрытие, клыковое ведение, хороший эстетический результат, увенчавший столь трудоемкое и сложное лечение.

Кроме того, результат стабилен в долгосрочной перспективе, что говорит о правильности выбранных подходов. На рис. 12, 13 приводятся отдаленные результаты через 6 лет после окончания протезирования, которые удовлетворили и пациента, и врача.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С ГОРИЗОНТАЛЬНЫМ ТИПОМ РОСТА ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Р.А.Фадеев

• д.м.н., профессор, ректор, зав. кафедрой ортодонтии, СПбИНСТОМ; профессор кафедры стоматологии, НовГУ; профессор кафедры детской стоматологии с курсом челюстно-лицевой хирургии, СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова
Адрес: 195176, Санкт-Петербург, пр. Металлистов, д. 58
Тел.: 8 (812) 324-00-44
E-mail: Doc375@medi.spb.ru

К.Ю.Галевская

• ассистент кафедры ортодонтии, СПбИНСТОМ
Адрес: 195176, Санкт-Петербург, пр. Металлистов, д. 58
Тел.: 8 (812) 324-00-00
E-mail: doc478@emedi.ru

Резюме. Исследованы особенности строения лица у пациентов с горизонтальным типом роста, обратившихся за ортодонтической помощью. Выявлено, что наиболее часто горизонтальный тип роста характеризовался дистальным соотношением зубных рядов. У пациентов с горизонтальным типом роста было выявлено статистически значимое уменьшение межчелюстного угла. У всех пациентов с горизонтальным типом роста было определено уменьшение передней нижней высоты лица, которое сочеталось с уменьшением задней высоты лица или нормальным значением задней высоты лица.

Ключевые слова: горизонтальный тип роста лица, зубочелюстные аномалии, особенности строения лица.

Peculiarities of facial structure in patients with a horizontal grows pattern.

Summary. Peculiarities of the facial structure in orthodontic patients with a horizontal growth pattern was under study. It was found, that in most cases horizontal type of growth was combined with malocclusion class II. The value of interjaw angle in patients with a horizontal type of growth was significantly decreased. All patients with a horizontal grows pattern were characterized by the decrease of the anterior lower face height, which was combined with a decreased posterior face height, increased posterior face height or the normal value of the posterior face height.

Key words: facial horizontal grows pattern, malocclusion, peculiarities of facial structure.

ВВЕДЕНИЕ

Важным условием успешного лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями на этапах активной терапии и в период ретенции является оценка типа роста лицевого отдела черепа. Сведения о распространенности горизонтального типа роста немногочисленны. Так, в Китае (С.Н. Liao et al., 2010) из 163 пациентов с нормальным прикусом у 26% был выявлен горизонтальный тип роста, у 15% — вертикальный и у 59% — нейтральный тип роста. Есть данные, подтверждающие взаимосвязь горизонтального типа роста с некоторыми аномалиями. Так, австрийские исследователи (O. Breik, D. Grubor, 2008) установили связь между горизонтальным типом роста и частотой ретенции третьих моляров.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью настоящей работы является повышение качества диагностики и лечения зубочелюстных аномалий у пациентов с горизонтальным типом роста лицевого отдела черепа. Для ее достижения были поставлены следующие задачи:

- 1) определить частоту встречаемости горизонтального типа роста лицевого отдела черепа у пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью;
- 2) выявить характерные формы зубочелюстных аномалий при горизонтальном типе роста лица;
- 3) оценить особенности строения лица у пациентов с горизонтальным типом роста.

Характеристика обследованных пациентов и методов исследования. Обследовано 575 пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью, из которых были отобраны пациенты с горизонтальным типом роста в количестве 64 человек (27 мужчин и 37 женщин). Возраст пациентов в этой группе варьировал от 14 до 45 лет. Средний возраст обследованных составлял

28±10 лет. Было проведено клиническое обследование пациентов, оно включало: опрос, осмотр лица, полости рта, зубных рядов, ВНЧС. Наряду с клиническим обследованием пациентам были выполнены профильные телерентгенограммы головы и ортопантомограммы. Анализ профильных телерентгенограмм проводился с использованием компьютерной диагностической программы RCM-тест, в основу которой положена методика расфигурки профильных телерентгенограмм, предложенная Р.А.Фадеевым и А.В.Кузачковой (2009 г.). Для выявления пациентов с горизонтальным типом роста лицевого скелета оцени-

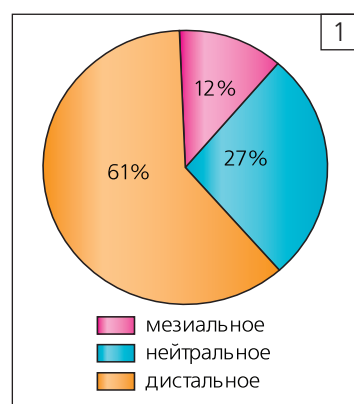
лились значения углов $n-s-gn$ и Pm/Pb . Далее пациенты, у которых был определен горизонтальный тип роста, были разделены на группы с нейтральным, мезиальным и дистальным соотношением зубных рядов. Нами были выявлены зубочелюстные аномалии и особенности строения лица, характерные для каждой группы.

У пациентов с сочетанием горизонтального типа роста лицевого скелета с нейтральным соотношением зубных рядов был выявлен следующий спектр величины и положения челюстей в черепе (рис. 4): верхняя и нижняя микрогнатия (23%), верхняя и нижняя ретрогнатия (18%), верхняя и нижняя прогнатия (18%). У 41% обследованных пациентов с нейтральным соотношением челюстей и горизонтальным типом роста, аномалии величины и положения челюстей в черепе выявлены не были.

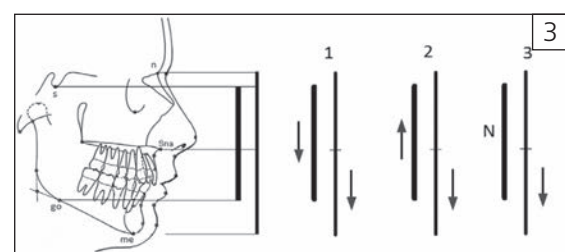
У 67% обследованных было выявлено уменьшение высоты ветви нижней челюсти, а у 28% —

блюдений угол развернутости нижней челюсти был увеличен. Уменьшение значений этого угла было выявлено лишь у 13% пациентов. У 63% обследованных с мезиальным соотношением зубных рядов было отмечено уменьшение межчелюстного угла. Были выделены следующие соотношения передней и задней высоты лица:

- 1) уменьшение задней высоты лица с уменьшенной передней нижней высотой (62%);
- 2) уменьшение передней нижней высоты лица и нормальным значением задней высоты (38%). Выделенные группы представлены на рис. 7.



■Рис. 1. Распределение мезиального, дистального и нейтрального соотношения зубных рядов у пациентов с горизонтальным типом роста лица



■Рис. 2. Варианты зубочелюстных аномалий у пациентов с горизонтальным типом роста лица и дистальным соотношением зубных рядов

■Рис. 3. Схематичное представление вариантов передней и задней высоты лица у пациентов с горизонтальным типом роста лица и дистальным соотношением зубных рядов

валились значения углов $n-s-gn$ и Pm/Pb . Далее пациенты, у которых был определен горизонтальный тип роста, были разделены на группы с нейтральным, мезиальным и дистальным соотношением зубных рядов. Нами были выявлены зубочелюстные аномалии и особенности строения лица, характерные для каждой группы.

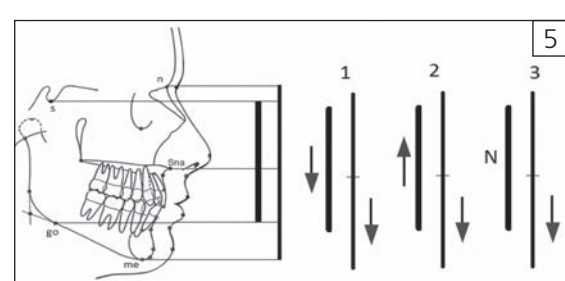
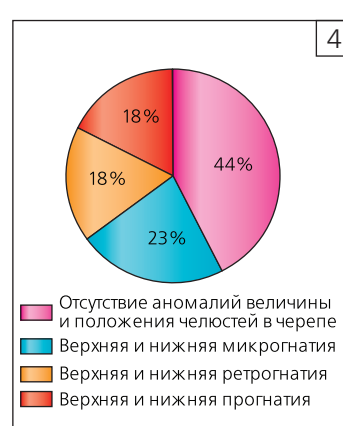
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ боковых телерентгенограмм головы 575 пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью, показал наличие горизонтального типа роста лицевого скелета у 12% обследованных. В группе этих пациентов наиболее часто отмечалось дистальное соотношение зубных рядов. Встречаемость данной аномалии достигала 61%. Нейтральное соотношение зубных рядов и челюстей было отмечено у 27%, а их мезиальное соотношение — у 12% обследованных (рис. 1).

В наиболее многочисленной группе пациентов с сочетанием горизонтального типа роста лицевого отдела черепа с дистальным соотношением зубных рядов, нижняя микрогнатия определялась у 55% обследованных, нижняя микро- и ретрогнатия — у 15% пациентов, верхняя макрогнатия — у 8%; у 5% верхняя и нижняя ретрогнатия сочеталась с нижней микрогнатией, у 7% обследованных было выявлено сочетание верхней и нижней прогнатии с нижней микрогнатией; у 2% обследованных наблюдалась верхняя и нижняя микрогнатия, остальные пациенты не имели аномалий величины и положения челюстей в черепе (рис. 2).

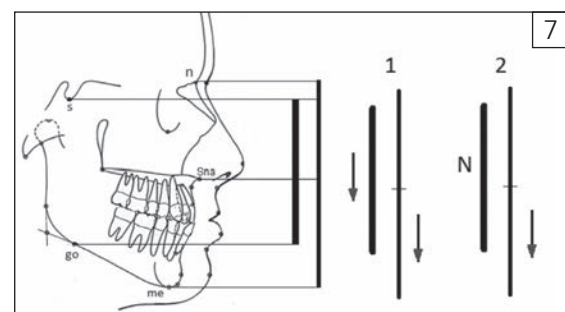
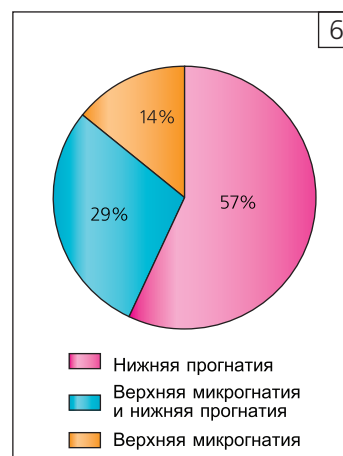
У пациентов с горизонтальным типом роста и дистальным соотношением зубных рядов было выявлено уменьшение высоты ветви нижней челюсти (в 56% случаев), которое сопровождалось уменьшением или нормальным значением задней высоты лица. Увеличение высоты ветви нижней челюсти было выявлено в данной группе у 7% обследованных, которое сочеталось с увеличением задней высоты лица. У остальных пациентов этой группы высота ветви нижней челюсти соответствовала норме. У 73% пациентов с сочетанием горизонтального типа роста и дистальным соотношением зубных рядов наблюдалось уменьшение величины межчелюстного угла. Уменьшение угла развернутости нижней челюсти отмечалось у 63% обследованных, а его увеличение — у 7%. Были выявлены следующие варианты соотношения передней и задней высоты лица:

- 1) уменьшение задней высоты лица и уменьшение передней нижней высоты лица (32% пациентов);
- 2) увеличение задней высоты лица в сочетании с уменьшением передней нижней высоты (28%);
- 3) уменьшение передней нижней высоты и нормальное значение задней высоты лица (44%). Выделенные группы представлены на рис. 3.



■Рис. 4. Варианты зубочелюстных аномалий у пациентов с горизонтальным типом роста лица и нейтральным соотношением зубных рядов

■Рис. 5. Схематичное представление вариантов передней и задней высоты лица у пациентов с горизонтальным типом роста лица и нейтральным соотношением зубных рядов



■Рис. 6. Варианты зубочелюстных аномалий у пациентов с горизонтальным типом роста лица и мезиальным соотношением зубных рядов

■Рис. 7. Схематичное представление вариантов передней и задней высоты лица у пациентов с горизонтальным типом роста лица и мезиальным соотношением зубных рядов

уменьшение угла развернутости нижней челюсти. Увеличение угла развернутости нижней челюсти отмечалось у 22% обследованных. Уменьшение межчелюстного угла — у 72%. У пациентов с нейтральным соотношением зубных рядов и горизонтальным типом роста были выявлены следующие варианты соотношений передней и задней высоты лица:

- 1) уменьшение задней высоты лица в сочетании с уменьшением передней нижней высоты (39%);
- 2) увеличение задней высоты лица в сочетании с уменьшением передней нижней высоты (22%);
- 3) нормальная задняя высота лица и уменьшенная передняя нижняя высота (39%). Выделенные группы представлены на рис. 5.

У пациентов с сочетанием горизонтального типа роста лица с мезиальным соотношением зубных рядов, нижняя прогнатия была выявлена в 57% наблюдений; верхняя микрогнатия — в 14%; сочетание верхней микрогнатии и нижней прогнатии — в 29%.

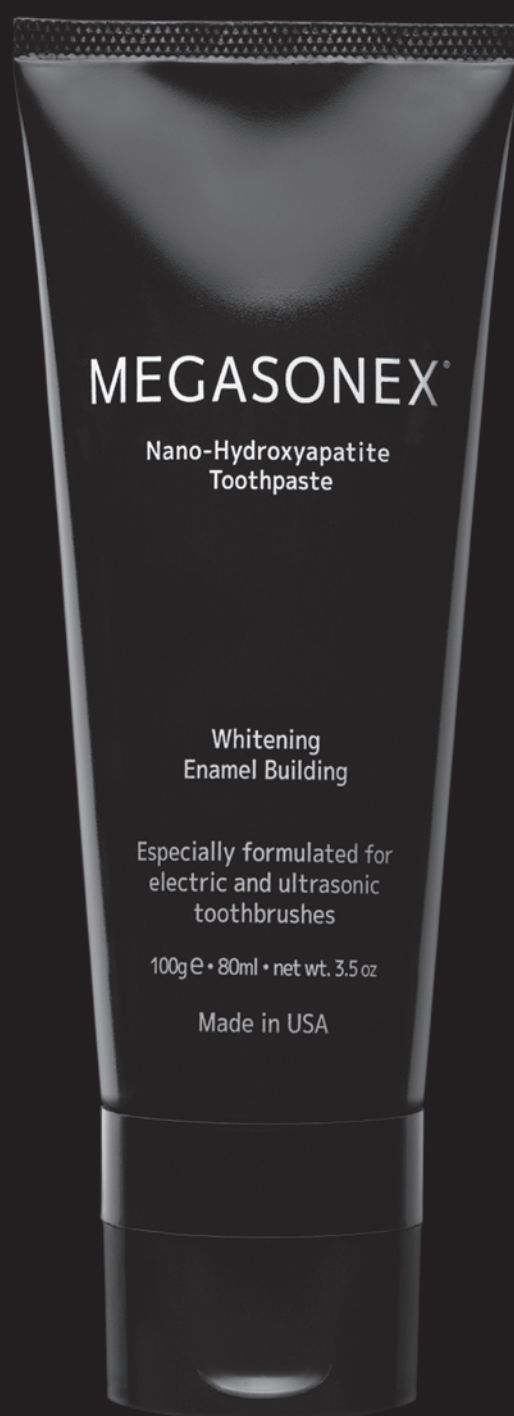
Уменьшение высоты ветви нижней челюсти встречалось у 63% обследованных. В 50% на-

ВЫВОДЫ

- 1) Встречаемость горизонтального типа роста у пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью, составила 12%. При этом горизонтальный тип роста лица наиболее часто (61%) характеризовался дистальным соотношением зубных рядов. Нейтральное соотношение челюстей было выявлено у 27% обследованных, а мезиальное — у 12%.
- 2) У пациентов с горизонтальным типом роста было выявлено статистически значимое уменьшение межчелюстного угла ($p < 0,01$), что можно считать характерной особенностью данной аномалии.
- 3) Выявлена средняя отрицательная корреляционная связь между величиной угла развернутости нижней челюсти и величиной $wits$ параметра ($r = -0,43$).
- 4) У всех пациентов с горизонтальным типом роста было определено уменьшение передней нижней высоты лица, которое сочеталось с уменьшением задней высоты лица (22-28%); с нормальным значением задней высоты лица (39-44%).

MEGASONEX[®]

Зубная паста с нано-гидроксиапатитом



Специально разработана для электрических
и ультразвуковых зубных щёток

Продается пациентам в лидирующих стоматологических клиниках страны
www.megasonex.com

Чтобы найти ближайшего поставщика MEGASONEX,
звоните по телефону (495) 775-8530

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИКРОФОКУСНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

А.С.Селягина

• зам. главного врача клиники «МЕДИ на Покровском», аспирант кафедры детской терапевтической стоматологии, МГМСУ
Адрес: Москва, Покровский б-р, 4/17, стр. 10
Тел.: 8 (495) 363-63-60
E-mail: doc254@emedi.ru

Л.П.Кисельникова

• д.м.н., профессор, зав. кафедрой детской терапевтической стоматологии, МГМСУ
Адрес: Москва, ул. Вучетича, д. 9 а
Тел.: 8 (495) 611-50-44
E-mail: LPKiselnikova@mail.ru

В.Г.Алпатова

• к.м.н., главный врач клиники «МЕДИ на Покровском», доцент кафедры терапевтической стоматологии, СПБИНСТОМ
Адрес: Москва, Покровский б-р, 4/17, стр. 10
Тел.: 8 (495) 363-63-60
E-mail: doc299@emedi.ru

В.В.Петровская

• к.м.н., ст. лаборант кафедры лучевой диагностики, МГМСУ
Адрес: Москва, ул. Вучетича, д. 9 а
Тел.: 8 (495) 611-01-77
E-mail: kld@msmsu.ru

Резюме. Существует очевидная необходимость снижения дозы лучевой нагрузки при стоматологическом обследовании пациентов, что особенно актуально в детском возрасте. При этом качество диагностической информативности рентгенограмм не должно снижаться. Внедрение в широкую практику цифровой микрофокусной рентгенографии позволило расширить возможности исследования на стоматологическом приеме детей, благодаря снижению дозы лучевой нагрузки при исследовании. На клиническом приеме было обследовано 34 пациента в возрасте от 4 до 18 лет и проведен анализ 100 рентгенограмм по поводу кариеса и его осложнений. Результат статистического анализа эффективности применения микрофокусной рентгенографии на детском стоматологическом приеме показал, что данный метод может быть рекомендован как метод дополнительного обследования в практической деятельности детского стоматолога.

Ключевые слова: микрофокусная рентгенография, детский возраст.

Prospects for the use of microfocus X-ray in pediatric dentistry (A.S.Selyagina, L.P.Kiselnikova, V.G.Alpatova, V.V.Petrovskaya).

Summary. There is a clear need to reduce the dose of radiation exposure in the dental examination of patients, which is especially important in children. The quality of diagnostic informative radiographs should not decrease. The introduction of a wide practice of digital microfocus X-ray made it possible to expand research opportunities for dental examination of children by reducing the dose of radiation exposure in the study. At the clinical admission were examined 34 patients aged 4 to 18 years, and the analysis of 100 radiographs about caries and its complications. The result of statistical analysis of the effectiveness of microfocus X-ray on children's dental examination showed that this method can be recommended as a method of additional examination in the practice of pediatric dentist.

Key words: microfocus X-ray, child.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Для постановки диагноза и принятия дальнейшей тактики лечения данных стандартных клинических методов исследования и диагностики на терапевтическом стоматологическом приеме детей и подростков недостаточно. Особенно эта проблема актуальна при полном отсутствии клинических проявлений стоматологических заболеваний в детском возрасте [5]. Рентгенография остается одним из основных и наиболее информативным методом инструментальной диагностики кариозных поражений зубов у детей (кариес, пульпит, периодонтит). Данный метод позволяет получить около 80% всех диагностических показателей при кариесе и его осложнениях. Кариес аппроксимальных поверхностей, не достигший эмалево-цементной границы, рентгенологически выявляется в 92 %

случаев [6, 9]. Рентгенологическое исследование позволяет определить истинную глубину кариозной полости, ее топографические взаимоотношения с полостью зуба, что особенно важно в зубах с несформированными корнями [8]. Рентгенологическое обследование обязательно при проведении диагностики пульпита временных зубов, так как в 57-80% случаев при данной патологии выявляются изменения в периодонте [4]. На современном этапе развития рентгенодиагностики при выборе методики исследования не стоит забывать о возможности снижения дозы лучевой нагрузки на пациента и персонал. Стоматологам рекомендовано использовать средства защиты для врача и пациента и делать выбор в пользу оборудования с наименьшей дозой облучения [2, 10]. Российскими специалистами разработана и успешно применяется методика микрофокусной рентгенографии — метод получения рентгеновского изображения на аппаратах с размером фокусного пятна менее 0,1 мм [3]. Чем меньше размер фокусного пятна, тем выше разрешение рентгеновского изображения, выше визуализация мелких и малозаметных деталей изображения [1]. Доза лучевой нагрузки при микрофокусной рентгенографии в несколько раз ниже, чем при радиовизиографии [7]. В связи с этим весьма перспективно применение данного метода в детском возрасте, где особенно актуален вопрос безопасности лечения.

Цель — повышение эффективности диагностики и оценки качества лечения заболеваний зубов у детей путем внедрения микрофокусной рентгенографии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На клиническом приеме было обследовано 34 пациента в возрасте от 4 до 18 лет и проведено 100 исследований методом микрофокусной рентгенографии. Рентгенограммы выполняли как на первичном приеме пациентов, так и при проведении плановых диагностических осмотров и лечебных мероприятий. Использовали рентгенодиагностический комплекс «Пардус-Стома». Технические характеристики: напряжение на трубке — от 50 кВ до 65 кВ, размер фокусного пятна — не более 0,1 мм, ток трубки — 150 мА, разрешающая способность датчика — 10 мкм. Рентгенограммы выполняли, соблюдая методики рентгеновских исследований, правила укладки и технику безопасности, используя средства защиты. Для получения качественных снимков соблюдали правило перпендикулярности датчика по отношению к трубе излучателя. Цифровой датчик фиксировали на позиционер. В исследовании методику микрофокусной рентгенографии применяли при следующих стоматологических заболеваниях:

- кариес аппроксимальных поверхностей зубов;
- осложнение кариеса зубов;
- патология периодонта;
- оценка состояния зачатка постоянного зуба;
- оценка результатов лечения.

Рентгенограммы оценивали на отсутствие или наличие патологических изменений в коронке, корне зуба и в окружающих костных структурах. При выявлении кариозного дефекта исследовали глубину поражения в эмали и дентине, его положение относительно полости зуба, наличие дентин-лей. Диагностировали состояние тканей корня, их целостность, степень формирования верхушки корня, количество корневых каналов и апексов, качество корневых пломб и наличие инородных тел в корневом канале. В периодонте выявляли наличие очагов деструкции костной ткани с локализацией в апикальной зоне или в зоне фуркации, с определением степени активности очагов деструктивного процесса: размеров очага, формы и четкости контуров. Рентгенологическое исследование зачатков постоянных зубов оценивали по состоянию компактной замыкательной пластинки фолликула постоянного зуба и зоне бифуркации временных зубов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Методику микрофокусной рентгенографии применяли на детском терапевтическом приеме, благодаря возможности проводить исследование непосредственно у кресла пациента, низкой дозе лучевой нагрузки за одно исследование. Средняя доза за один снимок составила 0,0003 мЗв, что почти в 9 раз ниже в сравнении с цифровой внутриротовой контактной рентгенографией. Данный факт положительно принимался родителями пациентов и мотивировал на проведение процедуры. Благодаря малому размеру фокусного пятна, хорошо визуализировались мелкие детали

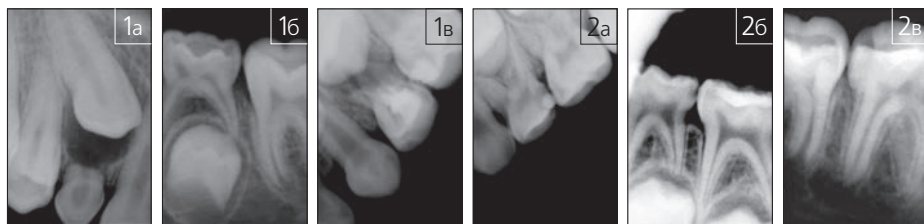


Рис. 1. Цифровая микрофокусная рентгенография зубов верхней и нижней челюстей при физиологической резорбции корней временных зубов 5-3 (а); 7-5 (б) и патологической резорбции зуба 6-4 (в). Диагноз: патологическая резорбция зубов (K03.3); степень сохранности компактной замыкательной пластинки зачатков постоянных зубов 2-3(а); 2-4 (в); 3-5(б)

Рис. 2. Цифровые микрофокусные рентгенограммы зубов верхней и нижней челюстей 6-4; 6-5(а); 7-4; 7-5(б); 3-6; 3-7 (в), кариозные полости на аппроксимальных поверхностях. Диагноз: кариес зубов (K02)

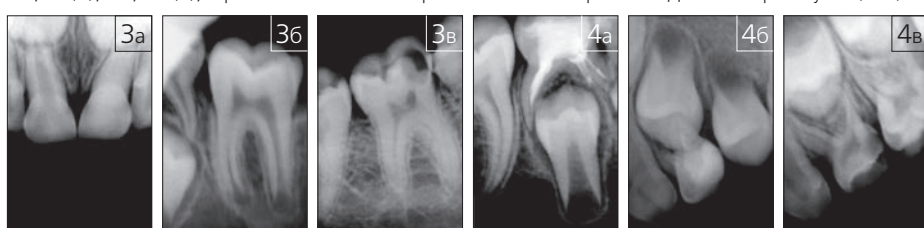


Рис. 3. Цифровые микрофокусные рентгенограммы зубов верхней и нижней челюстей при анализе формирования корней временных (а) и постоянных зубов (б, в). Стадия несформированной верхушки корня зуба 3-6 (б), стадия незакрытой верхушки, кариозная полость в пределах глубоких слоев дентина зуба 4-6 (в). Диагноз: кариес зубов (K02)

Рис. 4. Цифровые микрофокусные рентгенограммы зубов нижней и верхней челюстей: оценка качества эндодонтического лечения временных зубов 7-5 методом пульпотомии (а) и зубов 6-4(б); 6-4(в) методом пульпотомии. Оценка состояния периапикальных тканей в области корней временных зубов 7-5; 6-4 и степень сохранности компактной замыкательной пластинки зачатков постоянных зубов 4-5; 2-4. Диагноз: хронический апикальный периодонтит (K04.5)

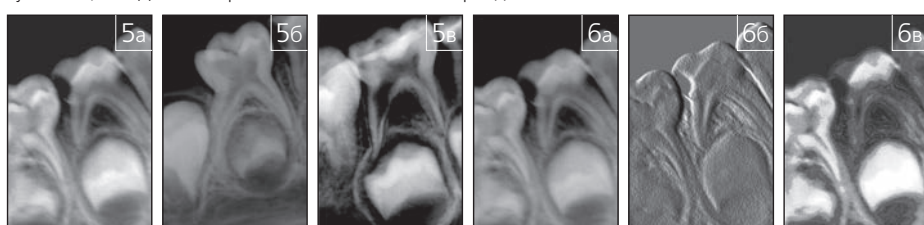


Рис. 5. Цифровые микрофокусные рентгенограммы зубов нижней челюсти 8-4 (а); 8-5(б); 8-5 (в). Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит (K04.5). Патологическая резорбция кости в зоне бифуркации временных зубов 8-4 (а); 8-5 (б, в), внутренняя резорбция корня зуба 8-5 (в). Диагноз: патологическая резорбция зубов (K03.3)

Рис. 6. Цифровая микрофокусная рентгенограмма верхней челюсти в области зуба 8-4(а). Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит (K04.5). Цифровая микрофокусная рентгенограмма зуба 8-4 после обработки изображения (б, в), включение фильтра «Псевдорельеф» (б), «Псевдоцвет» (в)

Таблица 1. Результаты клинического подтверждения предварительного рентгенологического диагноза при использовании рентгенодиагностического комплекса «Пардус-Стома» (n / %)

Результат	Истинно положительный результат	Истинно отрицательный результат	Ложноположительный результат	Ложноотрицательный результат	n / %
Диагноз					
Кариес	35	20	5	12	72 / 72
Пульпит	11	-	-	4	15 / 72
Периодонтит	12	1	-	-	13 / 13
n / %	58 / 58	21 / 21	5 / 5	16 / 16	100 / 100

Таблица 2. Анализ эффективности применения микрофокусной рентгенографии на детском стоматологическом приеме, в %

Статистические показатели				
Чувствительность (Se)	Специфичность (Sp)	Точность (Ac)	Прогностичность положительного результата (PVP)	Прогностичность отрицательного результата (PVN)
78,37	80,76	79	92,06	43,24

изображения, границы замыкательных пластинок фолликулов и границы деструктивных изменений в периодонте и корнях зубов (рис. 1), кариес аппроксимальных поверхностей зубов, границы кариозной полости (рис. 2, 5). Методика позволила выполнять исследования даже у самых маленьких пациентов, при этом отсутствовали искажения изображения при незначительных движениях головы во время съемки. На микрофокусных снимках хорошо визуализировались различно удаленные от приемника излучения объекты изображения, корни временных зубов, периапикальная зона на фоне зачатков постоянных зубов (рис. 3 а), что было особенно важно для диагностики деструктивного периодонтита временных моляров верхней челюсти (рис. 4). Возможность обработки изображения цифровых микрофокусных рентгенограмм, изменение контрастности, яркости и резкости изображения, а также включение специальных фильтров («Псевдорельеф» и «Псевдоцвет») облегчало восприятие изображения и повышало качество диагностики (рис. 6). При определении эффективности применения методики микрофокусной рентгенографии на детском стоматологическом приеме, сопоставля-

ли клинические проявления в полости рта и рентгенологическую картину заболевания. Клинический диагноз подтверждал или опровергал рентгенологический диагноз. В наше исследование входило изучение зубов и рентгенограмм по поводу кариеса (n=72), пульпита (n=15) и периодонтита (n=13); результат представлен в табл. 1.

В каждом из этих случаев рентгенологический метод, в частности МР, являлся необходимой частью диагностического исследования. За истинно положительный и отрицательный результат принимали случаи положительного или отрицательного совпадения клинического и рентгенологического диагноза. Случаи, не соответствующие клиническому диагнозу, рассматривали как ложноположительные или ложноотрицательные.

В ходе клинического применения портативного микрофокусного аппарата «Пардус-Стома» на детском стоматологическом приеме получены данные по клиническому подтверждению предварительного рентгенологического диагноза, представленные в табл. 2.

Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают, что микрофокусная рентгенография может быть рекомендована к использованию как метод дополнительного обследования в практической деятельности детского стоматолога.

Обоснованием к широкому внедрению данного метода в детской терапевтической стоматологии может быть снижение дозы лучевой нагрузки для пациента при исследовании и высокая диагностическая эффективность метода.

(Список литературы находится в редакции).

ПЕРВЫЙ ФОРУМ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СЕВЕРО-ЗАПАДА РОССИИ

30-31 октября 2013 года, Санкт-Петербург

Уважаемые коллеги!

30-31 октября 2013 года в Санкт-Петербурге состоится Первый Форум частных медицинских организаций Северо-Запада России. В работе Форума примут участие более 100 представителей частных медицинских организаций Северо-Западного региона России. Форум проводится в преддверии 2-го Национального Конгресса частных медицинских организаций, который пройдет в Москве 21-21 ноября 2013 года.

Тема Форума: «Саморегулирование — необходимое условие для развития частной системы здравоохранения и гарант обеспечения качества и безопасности медицинских услуг».

Цель Форума: консолидация предпринимательского сообщества, работающего в сфере оказания медицинских услуг, через развитие добровольного саморегулирования в России.

Задачи Форума:

- привлечь внимание власти к проблемам здравоохранения и роли частной медицины в нем;
- поддержать идею саморегулирования предпринимательских сообществ в регионах и создать профессиональное врачебное сообщество;
- предложить концепцию развития саморегулирования по предпринимательскому типу, а также системные механизмы самоконтроля внутри СРО для обеспечения безопасности пациентов и реформы системы государственного надзора.

К участию в Форуме приглашаются:

- руководители и собственники частных медицинских организаций и индивидуальные предприниматели, руководители региональных, республиканских, краевых и областных некоммерческих партнерств, ассоциаций, гильдий и иных объединений частного здравоохранения;
- в качестве наблюдателей — руководители государственных ЛПУ, региональных профессиональных медицинских объединений.

На Форум в качестве гостей приглашены:

- **Измайлов А.Ф.** — руководитель Управления Росздравнадзора по Санкт-Петербургу и Ленинградской области.
- **Казанская О.А.** — вице-губернатор Санкт-Петербурга.
- **Калабутин В.М.** — председатель Комитета по здравоохранению.
- **Кротов А.Н.** — руководитель государственной инспекции труда в Санкт-Петербурге.
- **Ракитин И.А.** — руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Форум создывается по инициативе региональных объединений частной системы здравоохранения, руководителей частных медицинских организаций Северо-Запада России и Национального союза региональных объединений частной системы здравоохранения.

Организаторами Форума являются:

- Саморегулируемая организация Некоммерческое партнерство содействия развитию здравоохранения и медицины «Медицинская палата Санкт-Петербурга».
- Ассоциация частных клиник Санкт-Петербурга и Северо-Запада.
- Некоммерческое партнерство «Национальный союз региональных объединений частной системы здравоохранения» (Москва).
- Негосударственное образовательное учреждение «Санкт-Петербургский институт стоматологии последипломного образования» (СПБИНСТОМ).
- Общество с ограниченной ответственностью «ПРИМЭКСПО».

Оргкомитет Форума:

- **Председатель оргкомитета: Мchedлидзе Тамаз Шалвович** (д.м.н., председатель правления СРО НП «Медицинская палата Санкт-Петербурга»)
- **Сопредседатель оргкомитета: Мисюлин Сергей Сергеевич** (к.м.н., председатель правления НП «Национальный союз региональных объединений частной системы здравоохранения», председатель правления НП СРО «Объединение частных медицинских клиник и центров», Москва)
- **Заместитель председателя оргкомитета: Остренко Светлана Юрьевна** (исполнительный директор СРО НП «Медицинская палата Санкт-Петербурга»)
- **Ответственный секретарь оргкомитета: Васильева Оксана Сергеевна** (секретарь СРО НП «Медицинская палата Санкт-Петербурга»)
- **Председатель редакционного комитета: Лазарев Сергей Владимирович** (к.м.н., исполнительный директор НП СРО «Объединение частных медицинских клиник и центров», член правления НП «Национальный союз региональных объединений частной системы здравоохранения», Москва).

Члены оргкомитета:

- **Виноградов Роман Михайлович** (генеральный директор ООО «Уни Дент»)
- **Суслова Альбина Сергеевна** (генеральный директор ООО «Пандент»)
- **Ступин Максим Геннадьевич** (проректор по коммерческой деятельности НОУ СПБИНСТОМ)
- **Сидоренко Ирина Александровна** (руководитель проекта Дентал-Экспо Санкт-Петербург)
- **Солонин Александр Владиславович** (генеральный директор Ассоциации частных клиник Санкт-Петербурга и Северо-Запада).

ПРОГРАММА ФОРУМА

30 октября 2013 года	
1-й день	
09.00-10.00	Регистрация участников
10.00-10.50	Приветствия участникам
10.50-11.30	Состояние российского здравоохранения в 2013 году
11.30-11.50	Развитие частного здравоохранения Северо-Запада России, достижения и проблемы
11.50-12.00	Принятие регламента работы Форума
12.00-12.30	Кофе-брейк
12.30-13.30	Выступления региональных представителей объединений частных медицинских организаций
13.30-14.00	Значение и перспективы развития саморегулирования в России
14.00-15.00	Обед
15.00-15.20	Экономические проблемы развития частного здравоохранения. Формирование благоприятной предпринимательской среды
15.20-16.20	Обсуждение 1-го раздела проекта Резолюции Форума и внесение поправок
16.20-16.40	Цели и задачи формирования медицинского предпринимательского сообщества
16.40-17.20	Обсуждение 2-го раздела проекта Резолюции Форума и внесение поправок
31 октября 2013 года	
2-й день	
09.00-10.00	Регистрация участников
10.00-11.00	Усиление государственного контроля как фактор сдерживания развития медицинского бизнеса
11.00-11.50	Обсуждение 3-го раздела проекта Резолюции Форума и внесение поправок
11.50-12.20	Кофе-брейк
12.20-12.40	Саморегулирование — необходимое условие эффективного развития частной системы здравоохранения
12.40-13.40	Обсуждение 4-го раздела проекта Резолюции и внесение поправок
13.40-14.00	Принятие итоговой Резолюции Форума
14.00-15.00	Обед
15.00-17.00	Итоги работы Форума и обмен мнениями

**Первый Форум
частных медицинских организаций Северо-Запада России
30-31 октября 2013 года**
Место проведения: СПб., Васильевский остров, Большой пр., 103,
комплекс Ленэкспо, павильон №6, конференц-зал 6.2

Условия участия и регистрации участников на сайтах: www.medpalata.spb.ru; www.dental-expo.primexpo.ru/ru/1st_Forum

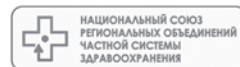


ООО "Примэкспо"
Тел./факс: +7 (812) 380-60-05/13
E-mail: conference@primexpo.ru
Контактные лица: Белова Ирина,
Козина Яна



МЕДИЦИНСКАЯ
ПАЛАТА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

СРО НП "Медпалата Санкт-Петербурга"
Тел./факс: +7 (812) 275-00-59
E-mail: medpalata@medpalata.spb.ru
Контактное лицо:
Васильева Оксана



ПЕРВЫЙ ФОРУМ
ЧАСТНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ
СЕВЕРО-ЗАПАДА
РОССИИ 2013
Санкт-Петербург

ВЛИЯНИЕ КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

И.М.Расулов

• д.м.н., зав. кафедрой ортопедической стоматологии, ДГМА
Адрес: 367000, г. Махачкала, ул. Ленина, 1
E-mail: dgma@list.ru

Т.А.Абакаров

• к.м.н., ассистент кафедры ортопедической стоматологии, ДГМА
Адрес: 367000, г. Махачкала, ул. Ленина, 1
Тел.: (8928) 584-29-82
E-mail: dgma@list.ru

М.Г.Будайчиев

• к.м.н., ассистент кафедры ортопедической стоматологии, ДГМА
Адрес: 367000, г. Махачкала, ул. Ленина, 1
E-mail: dgma@list.ru

Резюме. В статье рассматриваются вопросы организации кадровой службы стоматологических учреждений, а также влияние менеджмента на совершенствование стоматологического лечебно-профилактического учреждения. Рассмотрены организационные механизмы маркетинга в совершенствовании управления и повышения эффективности стоматологических учреждений в условиях функционирования рыночных механизмов регулирования.

Ключевые слова: кадровый менеджмент, управление здравоохранением, подбор кадров, управление персоналом.

The impact of human resource management on rubber-stamped the work of dental organizations (I.M.Rasulov, T.A.Abakarov, M.G.Budaychiev).

Summary. In article are considered questions of organization personnel service of the dental institutions, as well as the impact of the management on improvement of dental treatment-and-prophylactic institution. The organizational mechanisms of marketing for improving the management and improve the efficiency of dental institutions in the conditions of the functioning of market mechanisms of regulation.

Key words: human resources management, health management, personnel selection, personnel management.

Управление персоналом — целенаправленная деятельность руководящего состава стоматологического учреждения, а также руководителей и специалистов подразделений системы управления персоналом, которая включает разработку концепции и стратегии кадровой политики и методов управления персоналом. Эта деятельность заключается в формировании системы управления персоналом, планировании кадровой политики, проведении маркетинга персонала, определении кадрового потенциала и потребности организации в персонале. Технология управления персоналом стоматологической организации охватывает широкий спектр функций от приема до увольнения кадров. Она предусматривает информационное, медицинское, нормативно-методическое, правовое и делопроизводительское обеспечение системы управления персоналом. Руководители и работники подразделений системы управления персоналом стоматологической организации решают также вопросы оценки деятельности подразделений системы управления организацией, определяют экологическую и социальную эффективность совершенствования управления персоналом [1].

До недавнего времени само понятие «управление персоналом» в нашей управленческой практике отсутствовало. Правда, система управления каждой организации имела функциональную подсистему управления кадрами и социального развития коллектива, но большую часть объема работы по управлению кадрами выполняли местные руководители подразделений [2].

Основным структурным подразделением по управлению кадрами в медицинском уч-

реждении является отдел кадров, на который возложены функции по приему и увольнению медицинских работников, а также по организации обучения, повышения квалификации и подготовки кадров. При этом отдел кадров не является ни методическим, ни информационным, ни координационным центром кадровой работы.

Служба управления персоналом, как правило, имеет низкий организационный статус, является слабой в профессиональном отношении. В силу этого она не решает целого ряда задач по управлению персоналом и обеспечению нормальных условий его работы. Важнейшими из этих задач являются: социально-психологическая диагностика, анализ и регулирование групповых и личных взаимоотношений, информационное обеспечение системы кадрового управления; анализ кадрового потенциала и потребности в персонале; маркетинг кадров; планирование и контроль деловой карьеры; профессиональная адаптация работников; управление трудовой мотивацией; правовые вопросы трудовых отношений; эргономика и эстетика труда. Если в условиях административно-командной системы эти задачи рассматривались как второстепенные, то при переходе к рынку они выдвигаются на первый план и в их решении заинтересована каждая стоматологическая организация.

Концепция управления персоналом — система теоретико-методологических взглядов на понимание и определении сущности, содержания, целей, задач, критериев, принципов и методов управления персоналом, а также организационно-практических подходов к формированию механизма ее реализации в конкретных условиях функционирования медицинского учреждения. Она включает разработку методологии управления персоналом, а также кадровую политику всей организации (рис. 1).

В новых экономических условиях важнейшим аспектом организации стоматологической службы является кадровый менеджмент. Он является одним из основных звеньев теории и практики управления здравоохранением. Особое значение кадровый вопрос приобретает в стоматологии, поскольку в данной отрасли медицины наиболее активно осуществляются процессы разгосударствления и приватизации [3, 10].

Современные экономические условия предъявляют к кадрам совершенно иные требования, чем централизованно управляемая экономика. Медицинские учреждения (в том числе стоматологические), производящие услуги, должны продемонстрировать свою конкурентоспособность. В этих условиях первостепенную важность приобретает правильный подбор кадров, в чем и должно проявляться профессиональное чутье руководителя [4]. Как известно, в настоящее время ни одна из государственных и даже частных стоматологических структур не проводит подготовку организаторов стоматологической службы для работы в условиях рыночной экономики. Фактически все главные врачи, возглавляющие стоматологические учреждения Российской Федерации, не получили соответствующего образования, а являются лишь стоматологами-выдвиженцами, которые, по мнению вышестоящей администрации, наиболее подходили для этой роли.

Никакого специального усовершенствования и тестирования они не проходили. В результате, в настоящее время многие стоматологические учреждения испытывают серьезные трудности в плане руководства, что отрицательно сказывается на их финансово-хозяйственной деятельности.

Анализируя стратегию российского здравоохранения XXI в., американские ученые Дж.Райс и К.Клиэлэнд подчеркивают, что для врачей, занимающихся административной деятельностью, очень важно приобрести коммерческие навыки для того, чтобы заниматься изучением рынка и обеспечивать экономическую эффективность функционирования своих предприятий. «Более того, — отмечают авторы, — государственные производители медицинских услуг будут просто вынуждены искать пути повышения своей эффективности, учитывая растущую конкуренцию со стороны частных компаний» [5]. Чтобы выжить в современных условиях, руководители должны уметь принимать решения, основанные на фактах и анализе ситуаций, а не продиктованные идеологическими соображениями.

Характерным для современности является изменение источников влияния, к которым может прибегнуть руководитель. Если раньше превалировало использование формальных источников статуса, компетентности, основанных на образовании и практическом опыте, то для современного руководителя основными качествами, с помощью которых можно достичь успеха в управлении, являются: творческая позиция, умение сотрудничать, искусство стратегического управления, хорошая физическая и психологическая форма, чувство ответственности, умение адаптироваться к изменениям и использовать их.

Требование «руководство медицинскими учреждениями должно быть профессиональным» подразумевает доведение каждой рациональной идеи до практического воплощения. Если врач-стоматолог хочет иметь конкурентоспособную клинику, он должен быть одновременно и врачом, и менеджером.

Несмотря на сходство понятий «стоматолог-выдвиженец» и «стоматолог-управленец» и несмотря на то, что зачастую эти функции выполняются одним и тем же лицом, в них есть и свои отличительные особенности. Выдвиженец (лидер) морально поднимает планку достижений. Ему доверяют, к его мнению прислушиваются, его действия служат примером для подражания. Сочетание этих качеств позволяет ему рационально менять направленность и темпы деятельности стоматологического учреждения. Управленец обеспечивает выполнение заданий. Он планирует ход работы учреждения, организует всю деятельность, подбирает исполнителей, руководит ходом выполнения заданий, контролирует производительность и эффективность работы стоматологического учреждения. В условиях радикальных изменений от него требуется обеспечение внедрения новых методов работы и постановки новых задач на всех уровнях и по всем участкам работы.

Российской стоматологии необходимы современные менеджеры, способные эффективно управлять, и менеджеры, способные эффективно исполнять. По мере перехода к рыночной экономике, что обеспечивается новой ролью государственных органов управления, конкурентоспособностью деятельности государственных стоматологических учреждений и мотивациями активно формирующегося частного сектора, потребность в таких специалистах будет возрастать [6].

Профессионализм в противовес привычному администрированию принципиально от-

личает менеджера от руководителя (главного врача и др.) прежней формации. Традиционный руководитель — врач, наделенный властными полномочиями, — сравнительно успешно справляется с управлением лишь собственным персоналом. В современных условиях этого явно недостаточно. Для эффективного руководства стоматологическим учреждением сейчас необходимы специальные знания в области социальной медицины, организации, экономики и управления здравоохранением. В эпоху политических, экономических и социальных реформ умение быстро и эффективно адаптироваться к переменам приобретает особое значение. Поэтому традиционный руководитель не сможет справиться с управлением медицинского учреждения [7, 8].

Проблема подготовки и обучения, повышения квалификации современных руководителей чрезвычайно злободневна потому, что управление становится профессией, хороших результатов в которой нельзя достигнуть, опираясь лишь на практический опыт и знания, полученные вместе с базовым медицинским образованием.

Сейчас уже стало очевидным, что необходимо предусмотреть на государственном уровне систему обучения и переподготовки руководящих кадров стоматологической службы. Поскольку в настоящее время в стране насчитывается около 1000 стоматологических поликлиник и почти 11 тыс. стоматологических отделений и кабинетов, проблема обеспечения их адекватного руководства является актуальной задачей. Для ее реализации, прежде всего, необходимо существенным образом пересмотреть программы обучения стоматологов в системе высшей школы, включив в нее цикл организации стоматологической помощи в современных экономических условиях.

Необходимо создать на базе вузов последипломного образования кафедры организации стоматологической помощи с основной задачей обучения и переподготовки руководителей стоматологических учреждений. В ее задачи также должна входить выдача сертификатов на занятие данным видом деятельности и на замещение вакантных должностей руководителей стоматологических учреждений [9].

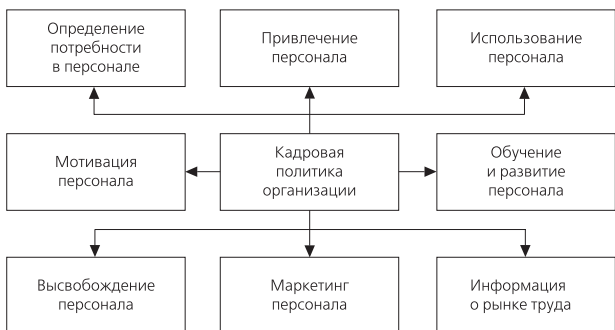
Кроме того, в настоящее время даже базовое образование в медицинских вузах не соответствует характеру работы будущего стоматолога в условиях современных технологий. У вузов сегодня нет материально-технической базы для обучения студентов высоким технологиям. Даже в прошлые года при более стабильном финансировании медицинские вузы не имели возможности идти в ногу с современными достижениями стоматологической науки и практики в области высоких технологий.

Абсолютное большинство всех действующих стоматологических учреждений разных форм собственности, для которых вузы готовят врачей, также сегодня не имеют соответствующего оснащения. Материально-технические потребности государственных стоматологических учреждений удовлетворяются в лучшем случае на 50%. При этом качество оборудования, инвентаря и материала — ниже среднего уровня [9,10].

Вот почему система базового и последипломного образования не удовлетворяет современным требованиям, и при этом ее нечем заменить: нет современных агентных структур, способных удовлетворить потребности практики.

Создание частных обучающих центров для руководителей стоматологических учреждений, особенно не обладающих правом выдачи сертификатов, Стоматологическая Ассоциация считает нецелесообразным.

(Список литературы находится в редакции.)



■Рис. 1. Области кадровой политики организации



Профессионально
О НОВОМ В СТОМАТОЛОГИИ!

ДЕНТАЛ-ЭКСПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГ



6-Я МЕЖДУНАРОДНАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
ВЫСТАВКА

29–31 ОКТЯБРЯ 2013

Место проведения:

ЛЕНЭКСПО

WWW.DENTAL-EXPO.PRIMEXPO.RU
WWW.DENTAL-EXPO.COM/SPB

ОРГАНИЗАТОРЫ:   +7 (812) 380 6016/06/00; med@primexpo.ru
DENTALEXPO® +7 (495) 921 4069; region@dental-expo.com

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ
ИНФОРМАЦИОННЫЙ
ПАРТНЕР:



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:



Московская 2013 Стоматологическая
Международная В ы с т а в к а



MosExpoDental

13–16 ноября

ГОСТИНЫЙ ДВОР



Тел.: +7(495)698 12 52 Факс: +7(495)698 12 75
e-mail: info@mosexpodental.com
www.mosexpodental.com

УСТРАНЕНИЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ АНКИЛОЗОВ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ МИКРОГНАТИЕЙ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОПРОТЕЗОВ ИЗ ПОРИСТОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА

А.А.Радкевич

• д.м.н., профессор кафедры стоматологии, ИПО КрасГМУ, г. Красноярск

Адрес: 660119, г. Красноярск, ул. П. Железняк, д. 3 г, НИИ мед. проблем Севера

Тел.: 8 (391) 220-17-40

E-mail: radkevich.andrey@yandex.ru

А.А.Гантимуров

• к.м.н., гл. врач МУЗ ГСП №8, г. Красноярск

Адрес: 660130, г. Красноярск, ул. Мирошников, д. 1

Тел.: 8 (391) 246-45-73

E-mail: gsp8gantimurov@yandex.ru

В.Э.Гюнтер

• засл. деятель науки РФ, д.т.н., профессор, директор НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы при СФТИ, г. Томск

Адрес: 634034, г. Томск, ул. 19 Гв. дивизии, д. 17

Тел.: 8 (3822) 41-34-42

E-mail: tc77@rec.tsu.ru

Резюме. В статье представлены клинические наблюдения за 17 больными с двусторонними костными височно-нижнечелюстными анкилозами, сочетающимися с нижнечелюстной микрогнатией, в возрасте 7-26 лет. Всем больным выполнено двустороннее замещение задних отделов ветвей нижней челюсти (включая головки) эндопротезами из пористого никелида титана с перемещением центрального фрагмента челюсти. Результаты хирургического лечения показали высокую эффективность разработанной технологии.

Ключевые слова: эндопротезирование, никелид титана, височно-нижнечелюстной анкилоз.

Elimination of temporo-mandibular ankylosis, combined with mandibular micrognathia, with the use of implants made of porous niti (A.A.Radkevich, MD, Professor of Dentistry Department at IPO KrasGМУ, Krasnoyarsk; A.A.Gantimurov, Candidate of Medical Sciences, Head of Municipal Dental Clinic №8, Krasnoyarsk; V.E.Gunther, Honoured Worker of Science, Doctor of Technical Sciences, Professor, Director of the Medical Research Institute of Materials and Shape Memory Implants at SFTI, Tomsk).

Summary. The article presents the clinical observation of 17 patients, aged 7-26, with bilateral temporo-mandibular ankylosis, combined with mandibular micrognathia. All the patients underwent bilateral replacement of posterior branches of the lower jaw, including the heads, by endoprotheses of porous nickel titanium (NiTi) with the displacement of the central fragment of the jaw. The results of surgical treatment showed high efficiency of the technology.

Key words: endoprosthesis, nickel titanium, temporo-mandibular ankylosis.

Височно-нижнечелюстные анкилозы зачастую являются следствием инфекционных остеоартритов, травматических повреждений мышечных отростков нижней челюсти, включающих родовые травмы. У таких больных нарушается жевательная функция, развиваются деформации лицевых костей (как следствие недоразвития ветви или ветвей в силу нарушения ростковых зон в детском

возрасте и/или двигательной дисфункции нижней челюсти), страдают дыхание, глотание и речь, наблюдаются общесоматические расстройства.

Основной целью лечебных мероприятий в этих ситуациях являются восстановление движений в височно-нижнечелюстных сочленениях с нормализацией функции жевания и внешнего дыхания, нормализация положения нижней челюсти. Данная цель достигается удалением патологически измененных тканей задних отделов ветвей нижней челюсти и височных костей и замещением нижнечелюстных изъянов путем эндопротезирования. Различные виды остеотомий нижнечелюстных ветвей с образованием ложных суста-

резорбции или гипертрофии аутооттрансплантационной костной ткани, все это в конечном итоге ведет к рецидивам заболевания. Для исключения указанных недостатков многие специалисты в лечении пациентов данной категории применяли эндопротезы задних отделов ветвей нижней челюсти и головки, изготовленные из различного рода материалов (сапфира, керамики, нержавеющей стали, титана и др.) [1, 3, 5, 7, 11, 12]. Однако эти конструкции не оправдали надежд больных и клиницистов, ввиду отсутствия у них биосовместимости с тканями организма.

Целью данной работы явилось повышение эффективности хирургического лечения больных с височно-нижнечелюстными анкилозами

на. Последний состоит из сверхэластичной перфорированной пластины, к которой с обеих сторон фиксированы аналогичные по форме и величине проницаемые пористые части. С одной стороны конструкция имеет полированное утолщение, соответствующее конфигурации головки нижней челюсти, продолжающееся в виде шейки и далее — по форме задней части ветви (рис. 1). Размеры и конфигурацию эндопротеза определяют индивидуально на основании рентгенологических исследований (спиральной компьютерной томографии — послойных и объемных изображений).

Техника операции. Оперативный доступ к очагу поражения осуществляют из зачелюстной и поднижнечелюстной областей. Удаляют пораженные структуры ветви нижней челюсти, образуют ложе для эндопротеза и формируют суставную впадину. В последнем случае костную раневую поверхность изолируют тканевым имплантатом из никелида титана толщиной 50-60 мкм с размером ячейки менее 300 мкм. При необходимости аналогичное вмешательство осуществляют с противоположной стороны. У больных с нижнечелюстной микрогнатией центральный фрагмент перемещают в оптимальное положение. Эндопротез устанавливают в подготовленное ложе головкой в сторону суставной впадины и фиксируют к декортицированной части ветви нижней челюсти со стороны наружной поверхности с помощью фиксирующих устройств из никелида титана, обладающих эффектом памяти формы. Культю латеральной крыловидной мышцы (при наличии таковой), помещенную внутрь вязаной тонкопрофильной тканевой структуры на основе никелида титана типа «чулка», фиксируют к шейке эндопротеза никелид-титановыми нитями. Медиальную крыловидную и собственную жевательную мышцы сшивают между собой. Рану послойно ушивают, дренируют в течение 2-3 суток. Послеоперационное ведение больных осуществляется по общепринятой методике, направленной на раннюю функциональную нагрузку.

Согласно разработанной технологии проведено оперативное лечение 17 больных с двусторонними костными височно-нижнечелюстными анкилозами, в возрасте от 7 до 26 лет. Во всех случаях данное состояние сопровождалось нижнечелюстной микрогнатией. Пациентам выполнено двустороннее эндопротезирование задней части ветвей нижней челюсти, включая головку, с перемещением центрального фрагмента челюсти вперед до оптимального соотношения зубных рядов. Последующие реабилитационные мероприятия в зависимости от показаний включали санацию полости рта, ортодонтическое и ортопедическое лечение с применением традиционных технологий, а также активных элементов из никелида титана и литых сверхэластичных базисов съемных /условно-съемных протезов из литейного стоматологического сплава «Титанид». Агрессивный компонент, связанный с длительно закрытым ртом и атрофией жевательных мышц, устраняли последовательным использованием релаксационных окклюзионных шин. У лиц со скошенной назад формой подбородка в последующем выполняли контурную пластику подбородочного отдела тела нижней челюсти с использованием костных аутооттрансплантатов в комбинации с имплантатами с памятью формы.

У всех больных послеоперационный период протекал благоприятно, значимых осложнений не наблюдали. Ближайший послеоперационный период сопровождался незначительной воспалительной реакцией



Рис. 1. Эндопротез мыщелкового отростка нижней челюсти

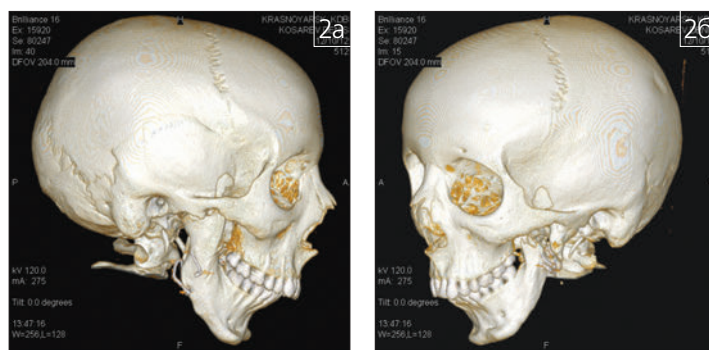


Рис. 2. Объемное компьютерное изображение черепа больного К. до оперативного лечения: а — правосторонняя боковая проекция; б — левосторонняя боковая проекция

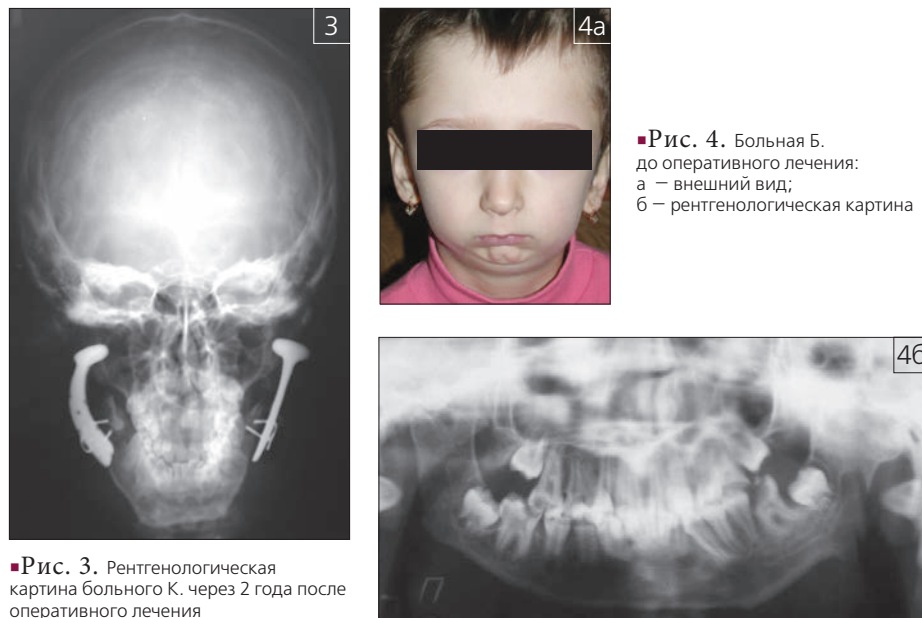
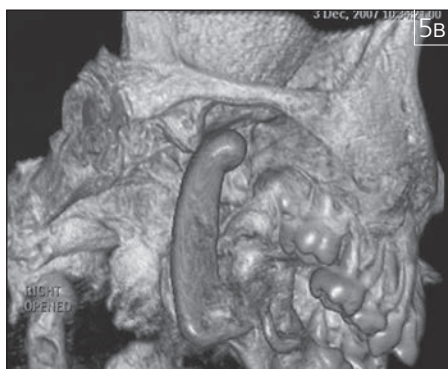


Рис. 3. Рентгенологическая картина больного К. через 2 года после оперативного лечения

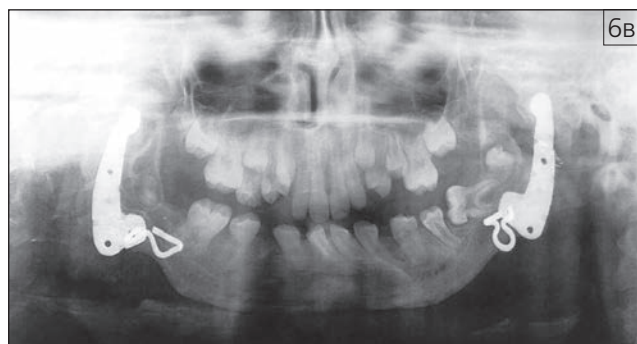
вов [14], включающие височные лоскуты [6], даже с последующим аппаратным передним скелетным вытяжением центрального фрагмента [13], применение костных трансплантатов алло- и аутогенного происхождения [2, 4, 6, 8-10] неэффективны. В первом случае из-за послеоперационного рубцевания или сращения фрагментов [15], в остальных — в силу осложнений воспалительного характера,

на основе разработки новых медицинских технологий с использованием эндопротезов из пористого никелида титана.

В НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (г. Томск) разработан частичный эндопротез ветви нижней челюсти, имеющий правый и левый варианты, изготовленный из пористых и непористых материалов на основе никелида тита-



■Рис. 5. Больная Б. через 2 мес. после оперативного лечения: а – состояние открытого рта; б – состояние после эндопротезирования левой ветви нижней челюсти; в – состояние после эндопротезирования правой ветви нижней челюсти



■Рис. 6. Больная Б. через 6 лет после оперативного лечения: а – внешний вид; б – состояние открытого рта; в – рентгенологическая картина

в зоне вмешательства, которая ликвидировалась к 7-8 суткам, отмечалась умеренная болезненность при открывании рта и приеме пищи.

Отдаленные результаты лечения (от 1 года до 8 лет) показали отсутствие рецидивов заболевания, нормализацию объема открывания рта и функциональных особенностей зубочелюстного аппарата. Таких явлений, как прорезывание эндопротеза сквозь мягкие ткани в ротовую полость или наружу, перелом и миграция установленной конструкции, не выявлено.

В качестве иллюстрации приводим следующие клинические наблюдения.

Больной К., 17 лет, обратился в связи с двусторонним фиброзным височно-нижнечелюстным анкилозом, нижней микрогнатией (рис. 2). Заболевание связывает с родовой травмой. Ранее неоднократно оперирован, было выполнено двустороннее замещение ветвей нижней челюсти костными аутоотрансплантатами, заимствованными из гребней подвздошных костей, после чего по поводу рецидива проведена двусторонняя остеотомия образованного регенерата с целью устранения двигательной нижнечелюстной дисфункции. Эффекта от лечения не наступило. Выполнено двустороннее удаление патологического костного конгломерата, сформированы ложа для эндопротезов, согласно разработанной технологии, которые, после перемещения центрального фрагмента вперед, установлены головками в сторону височных костей и фиксированы скобами из никелида титана с эффектом памяти формы к декортицированным поверхностям задних отделов тела нижней челюсти. Послеоперационный период без особенностей, осложнений не наблюдали. При осмотре через 2 года после оперативного лечения функциональные особенности зубочелюстного аппарата, состояние эндопротезов удовлетворительное (рис. 3).

Больная Б., 7 лет, обратилась по поводу нижней микрогнатии, двустороннего костного височно-нижнечелюстного анкилоза. Из анамнеза: родовая травма головы, состоит на диспансерном учете у нейрохирурга и невролога по поводу повышенного внутричерепного давления, в связи с чем ранее проведено шунтирование III желудочка (рис. 4). Выполнено двустороннее удаление костного конгломерата ветвей нижней челюсти и височной кости, центральный фрагмент перемещен вперед. Дефекты нижней челюсти замещены эндопротезами из пористого никелида титана согласно представленной технологии. Послеоперационный период – без осложнений, заживление ран – первичное (рис. 5). При осмотре через 6 лет открывание рта в пределах нормы, значимых функциональных нарушений со стороны зубочелюстного аппарата не выявлено. Рентгенологически – состояние эндопротезов удовлетворительное, определяется рост костной ткани в зоне нижних частей эндопротезов со стороны задних отделов тела нижней челюсти (рис. 6). Замена эндопротезов на данный момент наблюдения не показана.

Таким образом, анализ отдаленных результатов применения эндопротезов из пористого никелида титана для замещения дефектов мышечковых отростков нижней челюсти у больных с анкилозирующими височно-нижнечелюстными поражениями, изготовленных в соответствии с анатомическими особенностями пораженного органа, позволяет сделать вывод о возможности полноценного восстановления утраченных анатомо-функциональных особенностей зубочелюстного аппарата. Благодаря соответствию гистерезисного поведения утраченного органа и реципиентных тканей с гистерезисным поведением всей комплексной системы эндопротеза, соединительные ткани со стороны окружающих имплантат областей прорастают сквозь пористую структуру имплантата, не вызывая агрессивных реакций со стороны организма. Остеосинтез

устройствами из никелида титана обеспечивает стабильную фиксацию эндопротеза к фрагменту нижней челюсти, дает возможность осуществления ранней жевательной нагрузки. Покрытие тела эндопротеза волокнистым или плетеным тонкопрофильным никелидом титана путем послышной обмотки создает сверхэластичную упругую систему, препятствует прорезыванию эндопротеза сквозь окружающие мягкие ткани. Сверхэластичные тонкопрофильные сетчатые имплантаты, фиксированные на культях жевательных мышц, способствуют прочности фиксации последних к волокнистому слою эндопротеза, предотвращая разволокнение, не препятствуют сократительной способности мышц и возвращению их в исходное положение в процессе функционирования жевательного аппарата.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Анализ результатов эндопротезирования детей младшего возраста при анкилозе ВНЧС и использование новых технологий для улучшения результатов лечения / Я.В.Шорстов, О.З.Топольницкий, А.П.Краснов и др. // Рос. стоматол. журн. - 2011. - №3. - С. 36-39.
2. Корсаков А.К. Лечение детей с анкилозом височно-нижнечелюстного сустава / А.К.Корсаков // Современная стоматология. - 2005. - №4. - С. 50-54.
3. Ляшев И.Н. Эндопротезирование височно-нижнечелюстного сустава: результаты применения различных методик по данным клиники ЦНИИС / И.Н.Ляшев, В.А.Семкин, Н.А.Рабухина // Стоматология. - 2003. - № 6. - С. 38-42.
4. Результаты лечения анкилозирующих заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у детей / М.В.Колыбелькин, П.А.Железняк, В.В.Бекреев и др. // Материалы VI Российского научного форума «Стоматология 2004». - М., 2004. - С. 79-80.
5. Рябоконь Е.Н. Методика однополостного эндопротезирования височно-нижнечелюстного сустава сапфировым эндопротезом при высоких переломах мышечкового отростка нижней челюсти / Е.Н.Рябоконь // Реабилитация в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии: сб. тр. Республ. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Паринские чтения 2012». - Минск: Изд. центр БГУ, 2012. - С. 124-127.
6. Autogenous coronoid process pedicled on temporal muscle grafts for reconstruction of the mandible condylar in patients with temporomandibular joint ankylosis / Y.Liu, J.Li, J.Hu et al. // Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., Oral Radiol., Endodontol. - 2010. - V.109, №2. - P. 203-210.
7. Driemel O. Metallic condylar head prostheses to replace the temporomandibular joint / O.Driemel, R.S.Buch, R.Dammer et al. // Mund Kiefer Gesichtschir. - 2005. - V. 9. № 2. - S. 71-79.
8. Jones R.H. Temporomandibular joint reconstruction with total alloplastic joint replacement / R.H.Jones // Aust. Dent. J. - 2011. - V.56, №1. - P. 85-91.
9. Khadka A. Autogenous grafts for condylar reconstruction in treatment of TMJ ankylosis: current concepts and considerations for the future / A.Khadka, J.Hu // J.Oral Maxillofac. Surg. - 2012. - V.41, №1, P. 94-102.
10. Mercuri L.G. Total Joint Reconstruction-Autologous or Alloplastic / L.G.Mercuri // Oral and Maxillofac. Surg. Clin. Nort. Amer. - 2006. - V.18, №3. - P. 399-410.
11. Mercuri L.G. Considerations for the Use of Alloplastic Temporomandibular Joint Replacement in the Growing Patient / L.G.Mercuri, J.Q.Swift // J.Oral Maxillofac. Surg. - 2009. - V.67, №9. - P. 1979-1990.
12. Replacement of the Condyle and Ascending Ramus by a Modular Endoprosthesis in Macaca fascicularis - Part 2: Microcomputed Tomographic and Histologic Evaluation of the Ramus and Stem / B.T.Goh, S.Lee, H.Tideman et al. // J. Oral Maxillofac. Surg. - 2009. - V.67, №12. - P. 2617-2626.
13. Simultaneous Correction of Bilateral Temporomandibular Joint Ankylosis With Mandibular Micrognathia Using Internal Distraction Osteogenesis and 3-Dimensional Craniomaxillofacial Models / P.Feiyan, L.Wei, C.Jun et al. // J.Oral Maxillofac. Surg. - 2010. - V.68, №3. - P. 571-577.
14. Wolford L.M. Use of conservative condylectomy for treatment of osteochondroma of the mandibular condyle / L.M.Wolford, P.Mehra, P.Franco // J.Oral Maxillofac. Surg. - 2002. - V.60, №3. - P. 262-268.
15. Yoon H.J. Intraoral mandibular distraction osteogenesis in facial asymmetry patients with unilateral temporomandibular joint bony ankylosis / H.J.Yoon, H.G.Kim // J.Oral Maxillofac. Surg. - 2002. - V.31, №5. - P. 544-548.

ПАМЯТИ ЮРИЯ МИХАЙЛОВИЧА МАКСИМОВСКОГО

Коллектив Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии вместе со всей стоматологической общественностью скорбит по поводу преждевременной кончины заслуженного деятеля науки России, заслуженного врача России, доктора медицинских наук, профессора Максимовского Юрия Михайловича.

Вся сознательная деятельность Юрия Михайловича прошла в стенах Московского стоматологического института, который он закончил в 1967 году и прошел путь от старшего лаборанта до профессора, заведующего кафедрой. С 1987 по 1990 г. работал проректором по научной работе ММСИ, а в 1998 г. — избран академиком Российской академии естественных наук.

Научные труды профессора Ю.М. Максимовского посвящены проблемам основных стоматологических заболеваний. Он является автором более 400 научных публикаций, 6 учебников, 7 изобретений, под его руководством защищено около 10 докторских и более 80 кандидатских диссертаций. Ю.М.Максимовский разрабатывал и внедрял новые методы лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний, постоянно осуществлял практическую врачебную и консультативную деятельность. Им издано более 30 методических разработок для врачей, он награжден нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» и серебряной медалью ВДНХ. В течение 26 лет он был главным специалистом по стоматологии Департамента здравоохранения Москвы, председателем комиссии по присвоению врачебных квалификационных категорий стоматологам Москвы.

Ю.М.Максимовский плодотворно занимался общественной деятельностью, являясь президентом Стоматологической ассоциации Москвы, вице-президентом Стоматологической Ассоциации России, председателем комиссии по наградам при президенте СтАР. Награжден Стоматологической Ассоциацией России орденом «За заслуги перед стоматологией» I степени.

Коллектив сотрудников ЦНИИС и ЧЛХ выражает свое соболезнование профессору Людмиле Николаевне Максимовской.

Память о Юрии Михайловиче сохранится в наших сердцах.

Коллектив редакции газеты «Институт Стоматологии. Газета для профессионалов» глубоко скорбит по случаю ухода из жизни профессора Ю.М.Максимовского — великого и светлого человека, постоянного автора и члена редколлегии нашего издания.



(1940–2013)

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЙРОСЕТЕВОЙ МОДЕЛИ ПОСЛЕ ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

С.А.Лазарев

• к.м.н., ассистент кафедры ортопедической стоматологии, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»
Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3
E-mail: lazarew@yandex.ru

В.А.Лазарев

• к.физ.-мат.н., доцент кафедры математики, ФГБОУ ВПО «Уфимский государственный нефтяной технический университет»
Адрес: 450000, г. Уфа, Космонавтов, д. 1

Резюме. Создание программного обеспечения для прогнозирования происходящих изменений в костной ткани вокруг опорных зубов позволит оптимизировать процесс выбора зубных протезов в той или иной клинической ситуации. Данная программа с функцией самообучения, что предполагает более высокую точность каждого последующего прогноза. Предложенная разработка может использоваться в процессе обучения студентов старших курсов и врачей-интернов по ортопедической стоматологии.

Ключевые слова: ортопедическая стоматология, нейронные сети, прогнозирование результатов протезирования, обучение.

Neuronet model application in post prosthodontics mandibular osseous tissuebone material density variation forecasting using neuronet model based application methodology (S.A.Lazarev, V.A.Lazarev).

Summary. Osseous tissue variability prognostication around retainers to better denture matching in various clinical settings by means of specially developed software. Software self-learning feature suggests a higher level of accuracy of follow-up prognostications. Can be used for undergraduate and prosthetic dentistry internship training.

Key words: prosthetic dentistry, neuronets, denture matching prognostications, training.

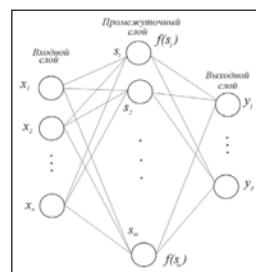
В настоящее время математико-статистические методы стали неотъемлемым элементом лечебного и диагностического процессов. В данной работе освоено прикладное значение использования нейросетевой модели в стоматологии, а именно — для прогнозирования возможных изменений в зубочелюстной системе после протезирования.

Для построения достаточно точного прогноза необходим либо большой набор индивидуальных сведений о человеке, либо исследователь должен четко представлять всю биохимию и биофизику процессов в организме, которые не всегда являются очевидными. В такой ситуации является естественным применение нейросетевых моделей [1, 3].

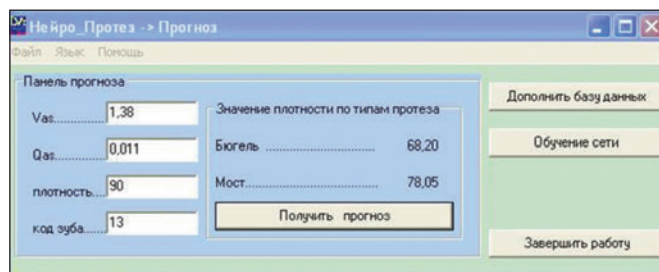
Искусственные нейронные сети представляют собой некие вычислительные структуры, основные принципы функционирования которых аналогичны процессам, происходящим в нервных клетках и нервной системе живых организмов. До-

стоинствами нейросетевых моделей является их способность к обучению, обобщению опыта, устойчивость в определенном смысле к нечеткости в исходных данных. Наиболее успешно в медицине с помощью нейросетевых моделей решаются задачи классификации, распознавания образов и состояний, прогнозирование и принятие решений. Известно большое количество применений искусственных нейронных сетей в прикладных задачах [2, 4, 5].

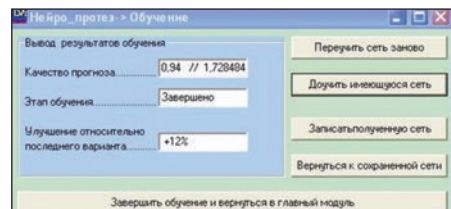
Цель исследования: создание программного обеспечения для прогнозирования изменений плотности костной ткани альвеолярного отростка при использовании различных видов зубных протезов.



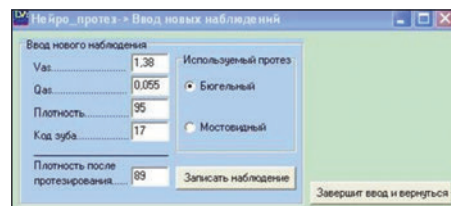
■Рис. 1. Схема однослойного персептрона



■Рис. 2. Интерфейс модуля прогнозирования плотности костной ткани



■Рис. 3. Интерфейс модуля обучения



■Рис. 4. Интерфейс модуля ввода новых наблюдений

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Используемая в данной программе нейросетевая модель представляет собой однослойный персептрон. Схематично однослойный (по количеству промежуточных слоев) персептрон выглядит так (рис. 1).

Здесь x_1, \dots, x_n — входные данные (параметры входного слоя); y_1, \dots, y_p — выходные (прогнозируемые) данные (параметры выходного слоя).

Выходные значения y_1, \dots, y_p в такой модели вычисляются по принципам, сходным с законами функционирования нейрона.

Достоинство искусственных нейросетей — это возможность обучения программы и получение более точного прогноза при последующем исследовании. Для обучения используются специальные математические методы. Количество нейронов m в промежуточном слое и структура сети определяются исследователем на основе опыта (подробных рекомендаций здесь очень мало).

Рассматривается задача прогнозирования рентгеновской плотности костной ткани альвеолярного отростка челюсти как адекватного показателя физической плотности. В качестве входных параметров ($n=6$) выбраны следующие показатели: регионарный

кровоток по данным доплерографии в области верхушки корня зуба (2 параметра); плотность костной ткани альвеолярной кости в области верхушки корня опорного зуба до протезирования (1 параметр); местоположение зуба (2 параметра); тип протеза (1 параметр). Выходной параметр один ($p=1$) — плотность костной ткани через шесть месяцев после протезирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для решения поставленной задачи написана программа прогнозирования изменений плотности костной ткани в области опорных зубов по входящим данным. Программа состоит из трех модулей: прогноз, обучение, ввод новых данных (рис. 2).

Обучение производится после введения новых данных и позволяет улучшать качество выдаваемых прогнозов. Улучшение прогноза оценивается по числовым данным, показываемым на экране (рис. 3). Обучение можно проводить неоднократно и без обновления базы данных и при этом сохранять в памяти наиболее оптимальный вариант.

Новые наблюдения вносятся по мере получения новых данных исследований (рис. 4).

ВЫВОДЫ

Данное программное обеспечение позволяет прогнозировать изменения плотности костной ткани и составлять прогноз функционирования зубных протезов в зависимости от плана лечения. По нашему мнению, программа в перспективе может быть полезна в следующих ситуациях:

1. Как дополнительная экспертная система, позволяющая уменьшить процент ошибочно принятых решений у практикующего врача.
2. При выработке клинического мышления у врачей-интернов в период обучения.
3. Обмен информацией в едином формате, полученной в различных клиниках.
4. Составление плана согласованного лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Горбань А.Н., Дунин-Барковский В.Л. и др. Нейроинформатика. - Новосибирск: Наука. - 1997. - 433 с.
2. Ежов А.В., Четкин В.Ф. Нейронные сети в медицине // Открытые системы. - 1997. - №4. - С. 18-23.
3. Россиев Д.А. Самообучающиеся нейросетевые экспертные системы в медицине: теория, методология, инструментарий: Дис. ...д-ра мед. наук. - Красноярск, 1996.
4. Суворов С.В., Матихина Н.Ю. Программное моделирование нейроподобных структур. Распределенная обработка информации. - Улан-Уде, 1989. - С. 28.
5. Трикоз Д.В. Нейронные сети: как это делается? // Компьютеры + программы. - 1993. - №4(5). - С. 14-20.

«Институт Стоматологии.
Газета для профессионалов»
№4(35), сентябрь 2013 года

Газета является печатным органом
СПБИНСТОМ (Санкт-Петербургского института
стоматологии последипломного образования)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

д.м.н., проф. **Иванова Г.Г.**
главный редактор (С.-Петербург)
д.м.н. **Мчедлидзе Т.Ш.**
зам. главного редактора (С.-Петербург)
д.м.н., проф. **Фадеев Р.А.**
зам. главного редактора (С.-Петербург)

Аврамова О.Г.
д.м.н.

Арсенина О.И.
д.м.н., профессор

Арутюнов С.Д.
засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Вагнер В.Д.
засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Вишняков Н.И.
з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Гветадзе Р.Ш.
засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Григорьянц Л.А.
д.м.н., профессор

Давыдов Б.Н.
чл.-корр. РАМН, з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Данилов Е.О.
к.м.н., доцент

Иорданишвили А.К.
д.м.н., профессор

Козлов В.А.
чл.-корр. РАМН, з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Кузьмина Э.М.
засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Леонтьев В.К.
академик РАМН, з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Макеева И.М.
д.м.н., профессор

Максимовская Л.Н.
засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Максимовский Ю.М.
засл. врач РФ, з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Малый А.Ю.
д.м.н., профессор

Мамедов А.А.
чл.-корр. РАЕН, д.м.н., профессор

Миргазизов М.З.
з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Мороз Б.Т.
д.м.н., профессор

Морозова Н.В.
д.м.н., профессор

Олесова В.Н.
засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Персин Л.С.
чл.-корр. РАМН, д.м.н., профессор

Рабинович И.М.
д.м.н., профессор

Рабинович С.А.
засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Ряховский А.Н.
д.м.н., профессор

Семенов М.Г.
д.м.н., профессор

Соловьев М.М.
з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Трезубов В.Н.
з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Хацкевич Г.А.
д.м.н., профессор

Царев В.Н.
д.м.н., профессор

Цимбалистов А.В.
засл. врач РФ, д.м.н., профессор

Чибисова М.А.
д.м.н., профессор

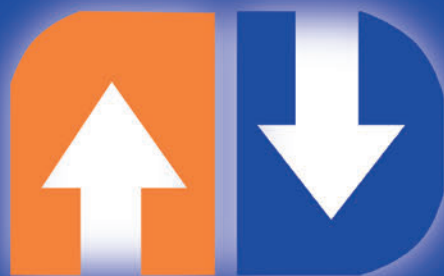
УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «МЕДИ издательство»

Адрес редакции

191025, Санкт-Петербург, Невский пр., 82
Редакция газеты «Институт Стоматологии.
Газета для профессионалов»
телефон/факс: (812) 324-00-22
e-mail: is@emedi.ru www.instom.ru

Генеральный директор — к.и.н. **Е.Л.Пушкарева**
Научный редактор — к.ф.н., доцент **А.Л.Иванов**
Дизайнеры — **С.Г.Земскова, З.Н.Шелгоева**
Менеджер по рекламе — **А.И.Брежнев**
Менеджер по распространению — **Л.В.Алексеева**

Свидетельство о регистрации **ПИ №ФС77-47595**
от **02.12.11** (РОСКОМНАДЗОР). (В свидетельстве о
регистрации **ПИ №ФС77-29951** от **19.10.07**
внесены изменения в связи с изменением
юр. адреса учредителя). Тираж 10000 экз.
Редакция оставляет за собой право сокращения объема
публикуемых материалов. Ответственность за достоверность
приводимых в опубликованных материалах сведений несут
авторы статей. Рекламуемые в газете товары и услуги
должны иметь официальное разрешение Российских органов
здравоохранения. Редакция не несет ответственности за
содержание рекламных материалов. Перепечатка — только с
письменного разрешения редакции. Эксплуатационные материалы
газеты являются собственностью ООО «МЕДИ издательство»



ООО "Астродент"
Москва, Ярославское шоссе, д. 116, стр. 3
Тел.: (499) 188-11-17, 188-64-80, 188-33-01
Факс: (499) 188-50-03
e-mail: info@astrodent.net
www.astrodent.net

Deflex®

The denture of contact



МИКРОИНЖЕКЦИОННАЯ МАШИНА Deflex

- Автоматическая
- Вертикальное исполнение
- Программируемая температура и время инъекции
- Цифровая мембранная панель
- Индикация аварийных ситуаций
- Пневматический инъекционный цилиндр
- Регулятор давления и манометр
- Не требует предварительного нагрева картриджей
- Простая и удобная фиксация муфеля
- Рабочее давление компрессора – 6,5 атм
- Каждая инъекция занимает 15 минут
- Размеры: высота — 65 см x 35 см x 18 см
вес — 25 кг



Полиамид Deflex

Это безмономерный термопластичный полимер повышенной прочности

- Эластичность — высокая
- Стабильность цвета — высокая
- Гигроскопичность — низкая
- Усталость материала — низкая

Упаковка

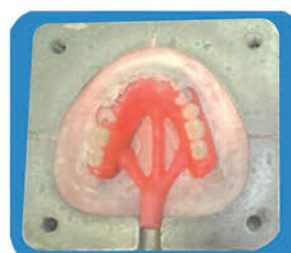
Инъекционный материал представлен в алюминиевых картриджах, которые герметично упакованы, готовы к инъекции, защищены от атмосферной влаги.



Размер картриджа — 22 мм
Маленький — 55 мм
Средний — 85 мм для неполных протезов
Большой — 120 мм для полных протезов

Преимущества для зуботехнических лабораторий

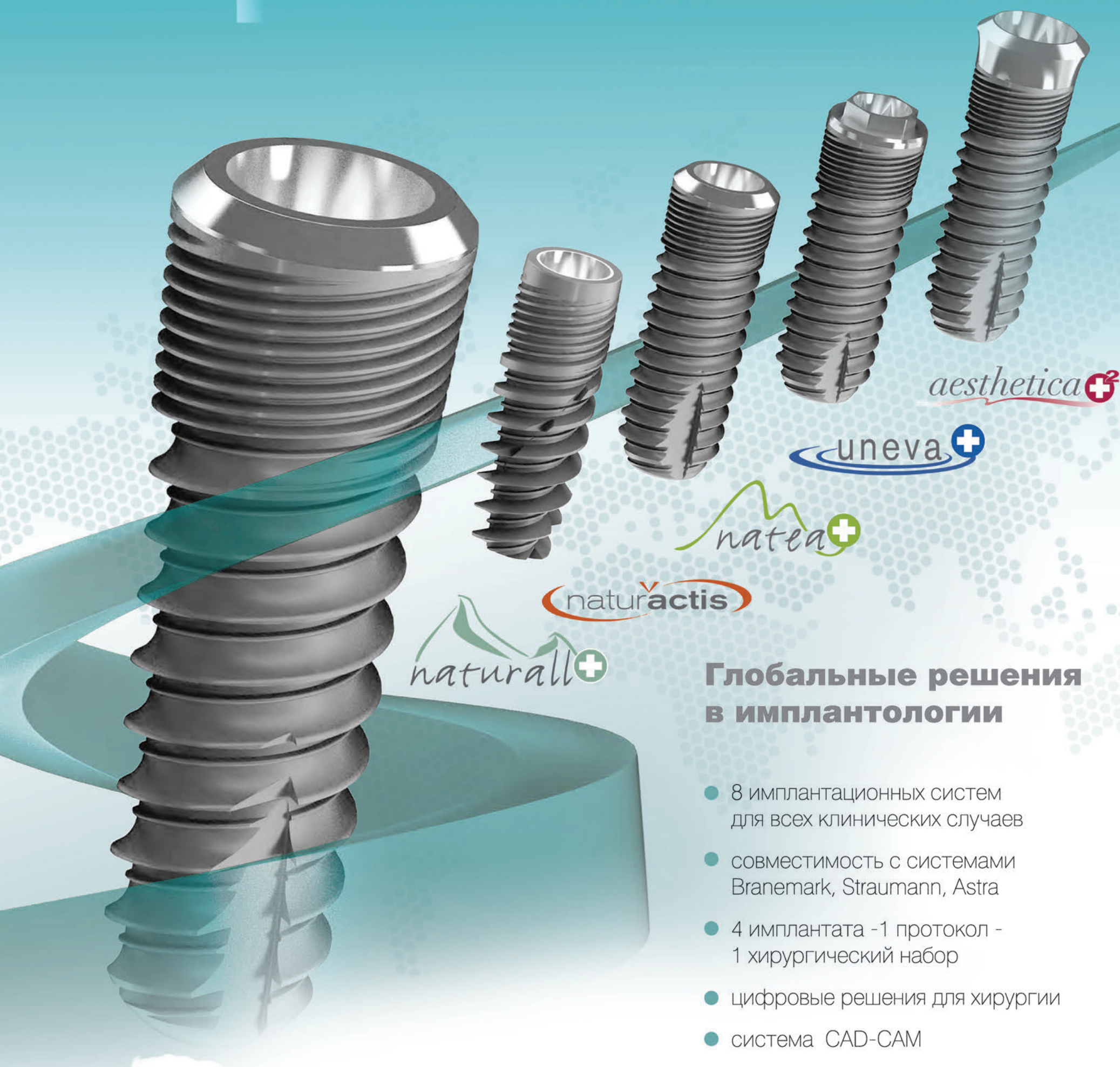
Отсутствуют «мертвые углы» в литьевых моделях
Свободные десневые зоны
Крестообразные ретенционные конструкции внутри зуба
Дублирующая модель
Удобное моделирование литьевых трубок



ASTRODENT



Лидер французского рынка среди производителей имплантатов



aesthetica⁺

uneva⁺

natea⁺

natur^vactis

naturall⁺

Глобальные решения в имплантологии

- 8 имплантационных систем для всех клинических случаев
- совместимость с системами Branemark, Straumann, Astra
- 4 имплантата - 1 протокол - 1 хирургический набор
- цифровые решения для хирургии
- система CAD-CAM

Валлекс М

Эксклюзивный представитель в России — ООО «Валлекс М»

117630, Москва, Старокалужское шоссе, д. 62
Тел./факс: (495) 784-71-24; тел.: (495) 933-41-81
E-mail: stom@vallexm.ru; www.vallexm.ru

Филиал ООО «Валлекс М» — г. Санкт-Петербург

195220, Санкт-Петербург, Гражданский пр., 24
Тел.: (812) 240-47-10; e-mail: vallexm-stom@nkl.ru