

# ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ

ГАЗЕТА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

ISSN 2221-5042

№6(25)

декабрь 2011



## Новый Implantmed от W&H

Эволюция лидера в области хирургии и имплантологии

PEOPLE HAVE PRIORITY



New



implantmed

Представительство в Москве: Тел.: 495/229 33 75, Факс: 495/933 27 57, E-mail: info@whdental.ru, Web-site: www.whdent.ru

Импортеры: Дентекс, Москва, ОМТ, Москва, Эксперт, Москва, Уралквadroмед, Екатеринбург, Дистрибуция в Санкт-Петербурге – Алвик-Медэкспресс. Тел.: 812/326 29 17

Тел.: 495/974 30 30, Тел.: 495/223 15 60, Тел.: 495/332 03 16, Тел.: 343/262 87 50, Тел.: 343/262 88 51

valplast International Corp



Оборудование и материалы  
Средства для починки и полировки  
Все типоразмеры оригинальных картриджей  
Обучающие семинары и учебная литература  
ООО АТ «Норд-Вест»  
(812) 316-52-10, (911) 265-91-08

Flexibiliti is Our Strenght

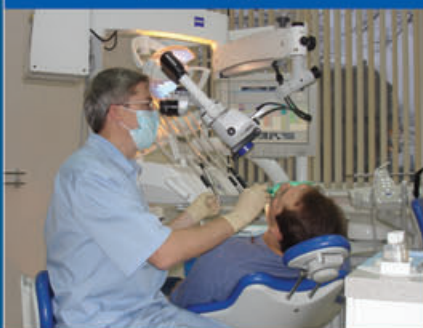


МЕДИ

В связи с расширением деятельности  
Система клиник МЕДИ (СПб)  
приглашает:

- ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ-ТЕРАПЕВТОВ
- ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ
- ВРАЧЕЙ-ОРТОДОНТОВ

## МЕДИ для вас:



- работа с мировыми передовыми технологиями
- доступ к уникальной системе знаний
- собственный отраслевой институт повышения квалификации
- стабильность и социальная защищенность

Для талантливых  
иногородних специалистов —  
особые условия работы

## Обращаться:

Департамент персонала, тел./факс: (812) 324-00-36;  
e-mail: Personal@emedi.ru

Подробная информация о вакансиях — [www.emedi.ru](http://www.emedi.ru)

## Tetric® N-Ceram

Комплексная нанооптимизированная реставрационная система



ОТКРОЙТЕ ДЛЯ СЕБЯ НАШУ НОВУЮ КОЛЛЕКЦИЮ



Tetric® N-Ceram  
Tetric® N-Ceram | Tetric® N-Flow | Tetric® N-Bond | Tetric® N-Bond Self-Etch

[www.ivoclarvivadent.ru](http://www.ivoclarvivadent.ru)

Ivoclar Vivadent Marketing Ltd.  
Representative Office Moscow  
Россия, 115114, Москва, Дербеневская наб., 11/8  
Тел.: +7 495 9136616 (17,18,19) / Факс: 7 495 913 6615

ivoclar  
vivadent  
passion vision innovation

Полная электронная версия газеты  
на сайте [www.instom.ru](http://www.instom.ru)



# Фотополимеризационная лампа **Ledex™**



Продукция зарегистрирована в Росздравнадзоре  
и имеет необходимые удостоверения и сертификаты соответствия.

ПРИГЛАШАЕМ К СОТРУДНИЧЕСТВУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КЛИНИКИ И ТОРГУЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИИ.

## МОЩНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Плотность светового потока более: 1100 мВт/см<sup>2</sup>.  
Оптимальная длина волны: 440-480 нм, пик — 460 нм.

## УДОБСТВО В РАБОТЕ

Яркий дисплей, звуковые сигналы.  
Информирование об уровне заряда аккумулятора.  
Автоматическая система защиты светодиода от перегрева.  
Небольшой вес — всего 120 г.

## ДВОЙНОЕ ПИТАНИЕ

Возможность работы от встроенного аккумулятора.  
Возможность работы напрямую от электрической сети.  
**ЛАМПА ВСЕГДА ГОТОВА К РАБОТЕ!**

## ГИГИЕНА И ПРАКТИЧНОСТЬ

Одноразовые чехлы на световод.  
Защитный оранжевый экран.  
Защитные оранжевые колпачки на световод.  
**И ВСЕ ЭТО УЖЕ В КОМПЛЕКТЕ!**

## ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫБОРА

6 ярких, привлекательных цветов корпуса на выбор.  
4 режима полимеризации:  
— № 1: 10 сек. на полной мощности более 1000 мВт/см<sup>2</sup>;  
— № 2: 5 сек. «мягкий старт» + 15 сек. полная мощность;  
— № 3: 10 сек. «мягкий старт» + 20 сек. полная мощность;  
— № 4: 40 сек. на полной мощности более 1000 мВт/см<sup>2</sup>.

Производитель: «Dentmate Technology Co. Ltd.», Тайвань, КНР

Эксклюзивный импортер в РФ — ООО «Алде́нт Плюс»

196240, Санкт-Петербург, ул. Варшавская, д. 69, корп. 3, лит.А, пом. 14 Н.

тел./факс: (812) 450-43-03

e-mail: aldent@mail.ru; http://www.aldent.su

**DENTECH**

**DuraMedical**



## ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ РАББЕРДАМА

Производитель:  
«Dentech Corporation», Япония.

### Полный набор Rubber Dam Technic Set

12 кламп в ассортименте  
Щипцы для постановки кламп  
Пробойник для латексного листа  
Рамка для латексного листа  
Подставка для хранения кламп  
металлическая (автоклавированная)

### Инструменты для наложения раббердама

Щипцы для постановки кламп  
Пробойник для латексного листа  
Рамка для латексного листа

Более 40 размеров кламп в ассортименте  
для всех возможных клинических случаев

## ЛАТЕКСНЫЕ ЛИСТЫ ДЛЯ РАББЕРДАМА

Производитель:  
«DuraMedical Sdn. Bhd.», Малайзия

Материал: натуральный латекс  
Размер: 6" x 6" (152 мм x 152 мм)  
Цвета: зеленый и синий  
Толщина: средняя (medium) 0,18 мм  
Ароматы: мята или нейтральный  
Упаковка: 36 листов

Copyright.  
Апокин А.Д. М.,  
2010

## 10 преимуществ использования системы «Раббердам»:

1. Адекватная ретракция мягких тканей полости рта, в том числе маргинальной десны.
2. Защита от повреждения ротационным инструментом.
3. Контроль над десневым кровотечением.
4. Предупреждение проглатывания или аспирации мелкого инструментария, фрагментов пломб и т.п.
5. Исключение химического повреждения слизистой оболочки полости рта и языка растворами ирригации корневых каналов, компонентами адгезивной системы, активными веществами офисных систем отбеливания зубов и т.п.
6. Постоянная сухость рабочего поля.
7. Предупреждение контаминации корневого канала при эндодонтическом вмешательстве.
8. Защита препарированных полостей от попадания ротовой жидкости.
9. Экономия рабочего времени врача за счет отказа от использования ватных валиков и прополаскивания полости рта пациентом.
10. «Раббердам» является своего рода физическим барьером между врачом и пациентом. Субъективно пациент ощущает лечение как проводимое «вне полости рта», при этом пересушивания слизистой оболочки не происходит, ротовая жидкость проглатывается без труда, осуществляется достаточный контроль над перекрестной инфекцией, общительность пациента также ограничена.

С момента изобретения системы «Раббердам» прошло почти 150 лет, и во многих странах ее использование служит эталоном качества проводимого лечения. Современная реставрация и эндодонтия уже невозможны без применения этой системы. Все специалисты, которые нашли в себе желание и силы на освоение методики, уже не откажутся от нее никогда.

Кутяев С. А. «Раббердам в клинической практике врача-стоматолога». - М., 2010.

Эксклюзивный дистрибьютор в России — ООО «Алде́нт»

196240, Санкт-Петербург, ул. Варшавская, д. 69, корп. 3, лит.А, пом. 14 Н.

тел./факс: (812) 450-43-03

e-mail: aldent@mail.ru; http://www.aldent.su



# ДИСТАНЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СПБИНСТОМ

СПБИНСТОМ совершил ещё один огромный шаг в сближении со стоматологами!!! Теперь у врачей-стоматологов-терапевтов появилась уникальная возможность проходить обучение на курсе повышения квалификации дистанционно. Это означает, что освежить и систематизировать имеющиеся, а также получить новые знания в области диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний (**и ещё при этом продлить срок действия сертификата**) специалист может, не отрываясь от своих любимых пациентов!

Всё, что нужно для обучения: Ваше желание, немного свободного времени после работы и подключённый к Интернету компьютер.



Главная страница сайта дистанционного обучения СПБИНСТОМ

За последние 20 лет стоматология в России претерпела огромные изменения, что в первую очередь связано с развитием и внедрением новых технологий диагностики и лечения стоматологических заболеваний. Для поддержания знаний и умений стоматологов на должном уровне, сегодня уже недостаточно классических подходов, принятых в образовательных учреждениях, занимающихся последипломным образованием.

**Возрастающие требования к удобству и технологичности образовательного процесса предполагают широкое применение современных компьютерных и телекоммуникационных технологий.** Сегодня никого не удивляет возможность покупать товары в Интернете, не вставая с дивана, или работать, находясь в это время на пляже с планшетом в руках. Более того, во многих областях знаний уже давно появилась возможность обучаться удалённо, находясь у себя дома, и осваивать при этом новые учебные материалы в комфортных условиях и в удобное время.

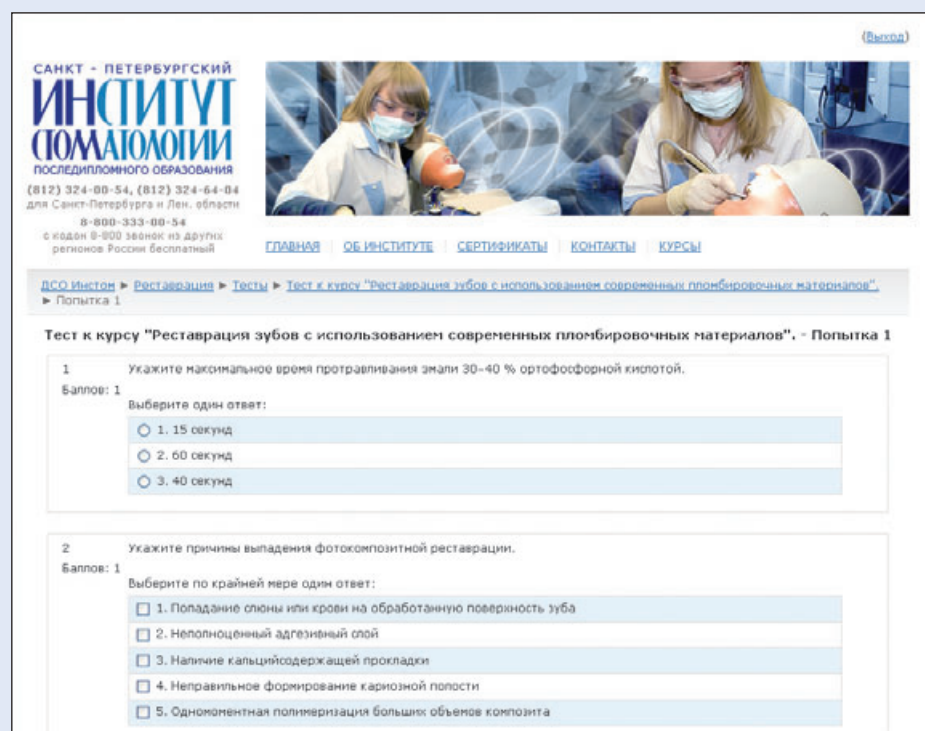


Страница курса повышения квалификации по терапевтической стоматологии

Образование в медицине применительно к развитию новых форм обучения, к сожалению, не в авангарде. Дистанционные формы обучения по-прежнему начали внедрять крупные ВУЗы, но в основном этот процесс затронул только додипломное образование. При обучении же на программах последипломного образования у слушателей практически нет выбора, и освоить программу, например повышения квалификации, можно только находясь в учебном классе образовательного учреждения. Это парадоксально, поскольку как раз у студента, получающего базовое образование, гораздо больше времени и возможностей осваивать учебный материал очно, находясь в классе, а вот у практикующего врача временной ресурс в большом дефиците.

Однако время не стоит на месте, и образование нужно развивать именно при помощи уникальных возможностей, подаренных нам современными технологиями. **О необходимости повышения доступности и качества образования, в том числе и за счёт использования дистанционных форм обучения, говорится в «Стратегии развития информационного общества в РФ» (утверждено Президентом РФ 07.02.2008 г.).** Министерство образования и науки РФ в приказе №137 от 6 мая 2005 года утверждает порядок использования дистанционных образовательных технологий, позволяя тем самым начать процесс активного внедрения новых форм образовательного процесса.

В 2008 году, **в соответствии с решением Совета СтАР**, была создана инициативная группа по организации последипломного дистанционного обучения в стоматологии, **и кафедрам последипломного обучения было рекомендовано использовать возможности дистанционных образовательных технологий в процессе повышения квалификации специалистов стоматологического профиля.**



Тест к курсу по реставрации

СПБИНСТОМ с самого первого дня своего существования придерживался инновационного подхода при создании учебных программ. И уже сегодня приглашает врачей-стоматологов-терапевтов пройти обучение по программе повышения квалификации по терапевтической стоматологии с использованием дистанционной формы обучения. Такая возможность позволяет врачу **не отрываться от своей клинической работы** и проходить обучение в удобное для него время. **Получить доступ к обучающей программе можно на сайте [www.instom.ru](http://www.instom.ru).** Оплатить обучение возможно так же, не выходя из дома, при помощи системы электронных платежей. По окончании обучения и успешной сдачи тестового контроля слушатель получает **продление срока действия сертификата** врача-стоматолога-терапевта. Врачи, уже прошедшие обучение по этой программе, единодушно утверждают, что вместе с новыми знаниями получили ещё и удовольствие от такого комфортного процесса обучения.

Подключайтесь скорее!

**Подробнее об обучении можно узнать по тел.: (812) 324-64-04 и на сайте [www.instom.ru](http://www.instom.ru)**



# УСТРАНЕНИЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ АНКИЛОЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОПРОТЕЗОВ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

## А.А.Радкевич

• д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (г. Томск), руководитель отдела стоматологии НИИ медицинских проблем севера СО РАМН (Красноярск), челюстно-лицевой хирург  
Адрес: 660119, Красноярск, ул. П.Железняк, 3 г  
Тел.: 8 (391) 220-17-40  
E-mail: radkevich-andrey@yandex.ru

## А.А.Гантимуров

• к.м.н., гл. врач МУЗ ГСП № 8, Красноярск  
Адрес: 660130, Красноярск, ул. Мирошниченко, 1  
Тел.: 8 (391) 246 45 73  
E-mail: gsp8gantimurov@yandex.ru

## В.Э.Гюнтер

• з.д.н. РФ, д.т.н., профессор, директор НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы, Сибирский физико-технический институт при ТГУ  
Адрес: 634034, Томск, ул. 19 Гв. дивизии, д. 17  
Тел.: 8 (3822) 41-34-42  
E-mail: tc77@rec.tsu.ru

## В.Г.Галонский

• к.м.н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста, КрасГМУ, врач-стоматолог-ортопед  
Адрес: 660119, Красноярск, ул. П. Железняк, д. 3 г  
Тел.: 8 (391) 220-17-40  
E-mail: gv73@bk.ru

**Резюме.** В статье представлены клинические наблюдения за 11 больными с костными височно-нижнечелюстными анкилозами, в возрасте 7-20 лет. Всем больным выполнено одно- или двустороннее замещение головки нижней челюсти эндопротезами из никелида титана. Результаты хирургического лечения показали высокую эффективность разработанной технологии.

**Ключевые слова:** височно-нижнечелюстной анкилоз, эндопротез, никелид титана.

**The Removal of Ankylosis of the Temporomandibular Joint. Applications of NickelideTitanium Endoprostheses** (A.A.Radkevich, A.A.Gantimurov, V.E.Gunter, V.G.Galonsky).

**Summary.** The primary concern of this paper are results of the clinical monitoring of 11 patients suffering from bony temporomandibular ankylosis, aged from 7 to 20. All the patients have had the head of mandible replaced (in one or two sides). Nickelide-titanium endoprostheses were applied. The results of the surgical treatment proved a high efficacy of the technology.

**Key words:** temporomandibular ankylosis, endoprosthesis, nickelide-titanium.

Р еабилитация больных с заболеваниями и повреждениями височно-нижнечелюстного сустава является одной из актуальных и сложных проблем челюстно-лицевой хирургии. Особую группу составляют лица с анкилозами данного сочленения, что сопровождается выраженными анатомо-функциональными нарушениями зубочелюстного аппарата, требующими хирургического лечения.

Одним из основных моментов хирургии этой патологии остается вопрос замещения дефекта головки нижней челюсти с восстановлением полноценной функции сустава. Оперативные вмешательства, выполняемые пациентам указанной категории, такие как остеотомия ветви нижней челюсти на различном уровне с целью создания ложного сустава или пересадка плюснефалангового сустава [9, 12, 16], аллогенная ортотопическая или другая трансплантация [1, 5, 7, 10, 11, 17], не могут удовлетворять требованиям пациентов и клиницистов [4, 18] ввиду рецидивов заболевания, так как пересаженные материалы резорбируются, а остеотомированные фрагменты срастаются. Предложенные в настоящее время эндопротезы головки нижней челюсти или ее комбинации с другими элементами височно-нижнечелюстного сустава, изготовленные из нержавеющей стали, титана, хромо-кобальтового сплава, полимеров, керамики, драгоценных камней (сапфиры) [6, 8, 13-15], после помещения в ткани организма отторгаются или ведут себя подобно инородным телам со всеми вытекающими отсюда последствиями.

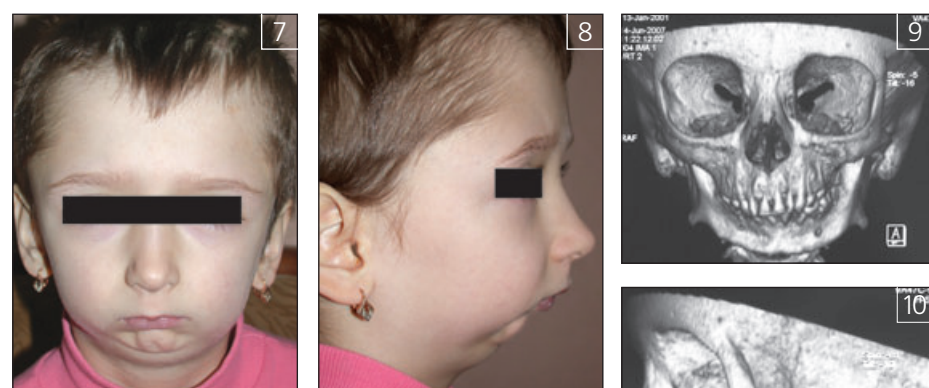
Значительный вклад в развитие имплантологии внесли исследования, связанные с разработкой технологии получения пористых материалов на основе никелида титана, выполненные в Сибирском физико-техническом институте. Особенно важным является создание сплава ТН-10П (пористый). Технология получения и обработки сплава такова, что дает возможность добывать в заданном диапазоне определенной величины пор и создания открытой пористой структуры. Имплантаты из пористого никелида титана хорошо переносятся тканями организма, обладают высокой биологической инертностью, нетоксичны и отвечают всем требованиям, предъявляемым к имплантатам [2]. Биосовместимость пористых материалов на основе никелида титана позволяет им оставаться стабильными в организме, при этом обеспечивать надежную фиксацию к окружающим тканям путем образования и роста тканевых структур в порах имплантата.

В НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (г. Томск) разработан эндопротез ветви нижней челюсти, имеющий правый и левый варианты, включающий головку височно-нижнечелюстного сустава, изготовленный из пористых и непористых материалов на основе никелида титана. Последний имеет тело и головку, состоит из сверхэластичной перфорированной пластины, к которой с обеих сторон фиксированы аналогичные по форме и величине, проникаемые, пористые части. Головка эндопротеза выполнена в виде полированного углощения, соответствующего конфигурации головки нижней челюсти (рис. 1-3). Размеры и конфигурацию эндопротеза определяют индивидуально на основании рентгенологических исследований [спиральной компьютерной томографии — послойных (рис. 4) и объемных изображений (рис. 5)].

Конструкция эндопротеза, его вид и форма, могут определяться особенностями патологии замещаемого органа и, в соответствии с этим, состоять из пористо-проникаемой и тканевой никелид-титановой систем, эластичного материала и гибкой монолитной никелид-титановой части, мелкогранулированного пористого никелида титана, с включением остеогенной ткани. Основная цель, которую преследует хирург, — это точное соответствие гисте-

резисного поведения утраченного органа с гистерезисным поведением всей комплексной системы эндопротеза.

Заметим, что смачиваемость эндопротеза обеспечивается вследствие капиллярного эффекта в пористой структуре имплантата. Для того чтобы капиллярный эффект соответствовал тканевой структуре, необходима определенная проницаемость (коэффициент проницаемости в интервале  $2 \times 10^{-13} - 3 \times 10^{-6} \text{ м}^2$ ), пори-



■Рис. 7. Больная Б. до оперативного лечения (фронтальная проекция)  
■Рис. 8. Больная Б. до оперативного лечения (правая латеральная проекция)  
■Рис. 9. Рентгенограмма больной Б. до оперативного лечения (фронтальная проекция)  
■Рис. 10. Рентгенограмма больной Б. до оперативного лечения (левая латеральная проекция)

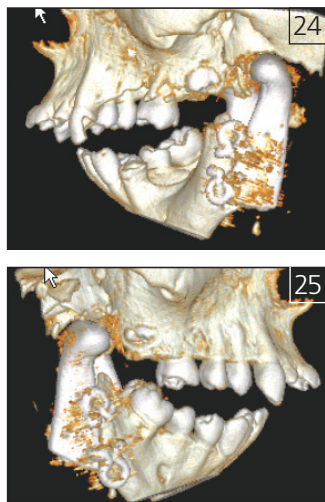
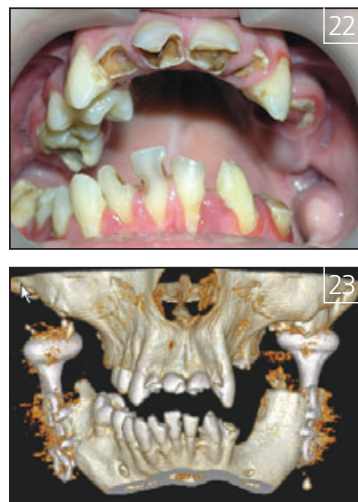
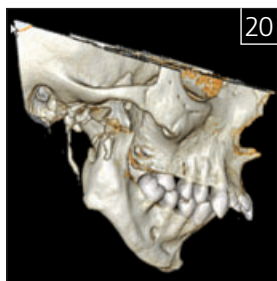
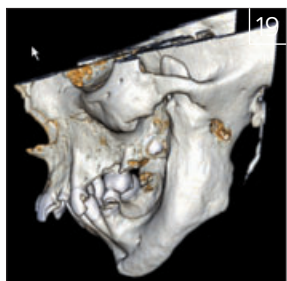


■Рис. 15. Рентгенограмма больной Б. через 12 мес. после оперативного лечения (правая латеральная проекция)





■Рис. 16. Больная Д. до оперативного лечения (фронтальная проекция)  
■Рис. 17. Больная Д. до оперативного лечения (правая латеральная проекция)  
■Рис. 18. Рентгенограмма больной Д. до оперативного лечения (фронтальная проекция)  
■Рис. 19. Рентгенограмма больной Д. до оперативного лечения (левая латеральная проекция)  
■Рис. 20. Рентгенограмма больной Д. до оперативного лечения (правая латеральная проекция)



■Рис. 21. Больная Д. через 1 мес. после оперативного лечения (фронтальная проекция)  
■Рис. 22. Больная Д. Состояние полости рта через 1 мес. после оперативного лечения  
■Рис. 23. Рентгенограмма больной Д. через 1 мес. после оперативного лечения (фронтальная проекция)  
■Рис. 24. Рентгенограмма больной Д. через 1 мес. после оперативного лечения (левая латеральная проекция)  
■Рис. 25. Рентгенограмма больной Д. через 1 мес. после оперативного лечения (правая латеральная проекция)  
■Рис. 26. Больная Д. Состояние полости рта после санации и восстановления дефектов твердых тканей зубов  
■Рис. 27-28. Зубные протезы больной Д.



■Рис. 29-30. Больная Д. после лечения (положение закрытого рта)  
■Рис. 31-32. Больная Д. после лечения (положение открытого рта)  
■Рис. 33. Больная Д. через 36 мес. после лечения  
■Рис. 34. Рентгенограмма больной Д. через 36 мес. после лечения



стошь (55-60%) и распределение пор по размеру ( $10^{-2} - 10^{-1}$  мкм — 1%;  $10^{-1} - 10^1$  мкм — 5%;  $10^1 - 10^2$  мкм — 20%;  $10^2 - 4 \times 10^2$  мкм — 50%; свыше  $4 \times 10^2$  мкм — остальное) [3].

## МЕТОДИКА ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Оперативный доступ к очагу поражения осуществляют из зачелюстной и поднижнечелюстной областей. Удаляют пораженные структуры ветви нижней челюсти и образуют ложе для головки и тела эндопротеза. Последний устанавливают в подготовленное ложе, головкой в сторону суставной впадины, другую часть фиксируют к фрагменту нижней челюсти с помощью фиксирующих устройств из никелида титана, обладающих эффектом памяти формы (рис. 6). Рану послойно ушивают, дренируют в течение 2-3 суток. У пациентов с недоразвитием нижней челюсти эндопротезирование сочетают с перемещением после остеотомии центрального фрагмента вперед.

Выполнено 16 операций у 11 больных в возрасте от 7 до 20 лет. Вмешательства проводились по поводу одно- и двустороннего костного височно-нижнечелюстного анкилоза различного генеза. Послеоперационное ведение больных — по общепринятой методике, направленной на раннюю функциональную нагрузку. 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 литого стоматологического сплава «Титанид». Агравационный компонент, связанный с длительно закрытым ртом и атрофией жевательных мышц, устраняли последовательным использованием релаксационных окклюзионных шин.

Во всех случаях послеоперационный период протекал гладко, осложнений не наблюдали. Ближайший послеопераци-

онный период сопровождался незначительной воспалительной реакцией в зоне вмешательства, которая ликвидировалась к 7-8 суткам. Больные отмечали умеренную болезненность при открывании рта и приеме пищи.

Отдаленные результаты лечения (12-60 мес.) показали отсутствие рецидивов заболевания, нормализацию объема открывания рта и функции зубочелюстного аппарата.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

Больная Б., 7 лет, обратилась по поводу нижней микрогении, двустороннего костного височно-нижнечелюстного анкилоза. Из анамнеза: родовая травма головы, состоит на диспансерном учете у нейрохирурга и невролога в связи с повышенным внутричерепным давлением (рис. 7-11). Выполнено двустороннее удаление костного конгломерата ветви нижней челюсти и височной кости, центральный фрагмент перемещен вперед. Дефекты нижней челюсти замещены эндопротезами из пористого никелида ти-

тания. Послеоперационный период без осложнений, заживление ран — первичное. При осмотре через 12 мес. — открывание рта в пределах нормы, функциональных нарушений зубочелюстного аппарата не выявлено (рис. 12-15).

Таким образом, применение эндопротезов, замещающих дефекты ветви нижней челюсти, включая мышечковый отросток, изготовленных из никелида титана в соответствии с анатомическими особенностями пораженного органа, позволяет полноценно восстанавливать утраченные анатомо-функциональные возможности височно-нижнечелюстного сустава. Благодаря соответствию гистерезисного поведения утраченного органа с гистерезисным поведением всей комплексной системы эндопротеза, соединительные ткани с реципиентных областей прорастают сквозь пористую структуру имплантата, не вызывая агрессивных реакций со стороны тканей организма. Остеосинтез устройствами из никелида титана обеспечивает стабильную фиксацию эндопротеза к фрагменту нижней челюсти, дает возможность осуществления ранней жевательной нагрузки.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Водолацкий М.П. Анализ отдаленных результатов лечения анкилоза височно-нижнечелюстного сустава с использованием ортотопического трансплантата / М.П.Водолацкий, Ф.С.Мухоморов // Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. - М., 1988. - С. 129-131.
2. Гонтер В.Э. Направления создания сплавов с памятью формы и сверхэластичностью в медицине и технике / В.Э.Гонтер // Сверхупругость, эффект памяти формы и их применение в новой технике. - Томск, 1985. - С. 144-145.
3. Гонтер В.Э. Никелид титана. Медицинский материал нового поколения / В.Э.Гонтер, В.Н.Ходоренко, Ю.Ф.Ясенчук и др. - Томск: Изд-во МИЦ, 2006. - 296 с.
4. Карнаухов А.Т. Реконструктивная хирургия нижней челюсти у детей на основе сверхэластичных пористо-проницаемых материалов с памятью формы / А.Т.Карнаухов, В.Э.Гонтер, Е.А.Маковецкая // Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в стоматологии / Под ред. В.Э.Гонтера. - Томск: изд-во «НПП»МИЦ, 2006. - С. 20-25.
5. Колыбелкин М.В. Результаты лечения анкилозирующих заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у детей / М.В.Колыбелкин, П.А.Железный, В.В.Бекреев и др. // Материалы VI Российского научного форума «Стоматология 2004». - М., 2004. - С. 79-80.
6. Куцевляк В.И. Новые решения в эндопротезировании височно-нижнечелюстного сустава / В.И.Куцевляк, Е.Н.Рябконов // Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. - М., 1995. - С. 109-110.
7. Левенец А.А. Костная пластика височно-нижнечелюстного сустава у детей / А.А.Левенец, О.В.Прахина // Врожденная патология лицевого скелета. Патология височно-нижнечелюстного сустава. - М., 1989. - С. 134-137.
8. 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.
9. Маланчук В.А. Пластика височно-нижнечелюстного сустава аутопластикой / В.А.Маланчук, И.Г.Скворцова // Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. - М., 1988. - С. 131-136.
10. Никитин А.А. Аллопластика височно-нижнечелюстного сустава / А.А.Никитин // Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - М.: Медицина, 2000. - С. 189-245.
11. Плотников Н.А. Корректирующие костно-пластические операции на нижней челюсти при лечении больных с односторонним анкилозом височно-нижнечелюстного сустава / Н.А.Плотников, Т.А.Бабаев, А.А.Никитин // Врожденная патология лицевого скелета. Патология височно-нижнечелюстного сустава. - М., 1989. - С. 91-97.
12. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста / Л.В.Харьков, Л.Н.Яковенко, И.Л.Чехова. - М.: «Книга плюс», 2005. - 470 с.
13. Юрмазов Н.Б. Реконструктивно-восстановительное лечение дефектов и деформаций нижней челюсти с применением титановых конструкций фирмы «Конмет» / Н.Б.Юрмазов, А.П.Саньков // Новые технологии в стоматологии. - Кемерово, 2005. - С. 51-55.
14. Collins C.P. Lateral pterygoid myotomy with reattachment to the condylar neck: an adjunct to restore function after total joint reconstruction / C.P.Collins, K.J.Wilson, P.C.Collins // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod. - 2003. - V. 95, № 6. - P. 672-673.
15. 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.
16. 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.
17. Woodbury S.C. Options for immediate reconstruction of the traumatized temporomandibular joint / S.C.Woodbury, D.C.Stanton, P.D.Quinn et al. // J. Craniomaxillofac. Trauma. - 1998. - V. 4, №2. - P. 22-29.
18. Yoon H.J. Intraoral mandibular distraction osteogenesis in facial asymmetry patients with unilateral temporomandibular joint bony ankylosis / H.J.Yoon, H.G.Kim // Int. J. Oral. Maxillofac. Surg. - 2002. - V. 31, №5. - P. 544-548.



# ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ПРОТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

## В.В.Трезубов

• доцент кафедры ортопедической стоматологии и материаловедения с курсом ортодонтии, ГОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова  
Адрес: 197022, Санкт-Петербург, ул. Л.Толстого, д. 6/8  
Тел.: (812) 302-02-37  
E-mail: trezubov@mail.ru

## А.Ф.Долгодворов

• д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней стоматологического факультета, ГОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова  
Адрес: 197022, Санкт-Петербург, ул. Л.Толстого, д. 6/8  
Тел.: (812) 532-17-27

## О.Н.Сапронова

• к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии и материаловедения с курсом ортодонтии, ГОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова  
Адрес: 197022, СПб, ул. Л.Толстого, д. 6/8  
Тел.: (812) 302-02-37  
E-mail: sapronova Olga@mail.ru

## А.Ю.Медведев

• к.м.н., ассистент кафедры ортопедической стоматологии и материаловедения с курсом ортодонтии, ГОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова  
Адрес: 197022, СПб, ул. Л.Толстого, д. 6/8  
Тел.: (812) 302-02-37

## Ю.В.Паршин

• клинический ординатор кафедры ортопедической стоматологии и материаловедения с курсом ортодонтии, ГОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова  
Адрес: 197022, СПб, ул. Л.Толстого, д. 6/8  
Тел.: (812) 302-02-37  
E-mail: duvip@yandex.ru

## В.В.Паршин

• клинический ординатор кафедры ортодонтии, СПбИНСТОМ  
Адрес: СПб, Металлистов, д. 58  
Тел.: (812) 324-00-44  
E-mail: duvip@yandex.ru

## А.В.Привалов

• заочный аспирант кафедры ортопедической стоматологии и материаловедения с курсом ортодонтии, ГОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова  
Адрес: 197022, СПб, ул. Л. Толстого, д. 6/8  
Тел.: (812) 302 02 37  
E-mail: privalov@inbox.ru

**Резюме.** В данной статье авторы описывают ближайшие результаты повторного ортопедического лечения пациентов с непереносимостью протетических материалов.

**Ключевые слова:** протетические материалы, непереносимость.

**Features of prosthetic treatment of patients with intolerance prosthetic materials** (V.V.Trezubov, A.F.Dolgodorov, O.N.Sapronova, A.Yu.Medvedev, Yu.V.Parshin, V.V.Parshin, A.V.Privalov).

**Summary.** In given article authors describe the nearest results of repeated prosthetic treatment of patients with intolerance different prosthetic materials.

**Key words:** prosthetic materials, intolerance.

## ВВЕДЕНИЕ

По данным клинических исследований непереносимость материалов для зубных протезов наблюдается у 15-43% пациентов [6, 3, 7, 8, 4, 2]. Кроме того, в специальной литературе имеются данные о взаимосвязи непереносимости протетических материалов с наличием у пациентов хронических соматических (в том числе — психосоматических) заболеваний [5, 10, 9].

Среди наиболее характерных для данной категории больных жалоб исследователи отмечают гипер- и парестезию, проявляющиеся как дискомфорт в полости рта, ощущение инородного тела, жжение, а также гипер- или гипосаливацию, мигрирующую боль под базисом протеза и т.п. Известно также, что на результат ортопедического лечения влияют имеющиеся у пациента заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, эндокринные нарушения. В группу риска следует также отнести лиц, перенесших операции в челюстно-лицевой области по поводу опухолей и опухолеподобных образований [5, 1, 10, 9].

Основной целью исследования явилась разработка тактики лечения больных с непереносимостью протетических материалов на основании изучения аллергологического анамнеза и соматического статуса пациентов.

*Клинический контингент и методы исследования.* На базе стоматологической поликлиники №30 (г. Санкт-Петербург) проведено клиническое обследование и ортопедическое лечение 26 человек (2 муж., 24 жен.) в возрасте от 54 до 83 лет, средний возраст которых составил 71±1,4 года.

*Методы обследования* включали в себя: опрос, анкетирование пациентов, анализ историй болезни и заключений аллерголога, осмотр органов и тканей полости рта до и после протезирования. Перед повторным протезированием, через 2-3 месяца после удаления из полости рта ортопедических конструкций, все 26 пациентов были направлены на аллергологическое обследование. Последующее ортопедическое лечение проводилось с использованием протетических материалов, рекомендованных врачом-аллергологом.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе собеседования установлено, что все 26 пациентов ранее лечились у ортопеда-стоматолога. При этом в различные сроки после протезирования всем вышеуказанным больным был поставлен диагноз «токсико-аллергический стоматит».

При опросе и анкетировании также выявлено, что у подавляющего большинства больных имелась сопутствующая соматическая патология: хронический гипацидный гастрит (у 19 человек — 73,08% обследованных), хронический калькулёзный холецистит (у 20 больных — 76,92%), бронхиальная астма (у 9 пациентов — 34,61%), пищевая и лекарственная аллергия (у 19 пациентов — 73,08%), нейроциркуляторная дистония (у 25 человек — 96,15%). При этом у 22 пациентов (84,62%) имелись 2 и более из вышеперечисленных соматических заболеваний. На отсутствие ранее диагностированной соматической патологии указал лишь один пациент (3,85%).

Анализ заключений аллерголога показал следующее. Согласно результатам кожных аллергологических проб у 26 обследованных наиболее часто выявлена положительная реакция на нитрид титана (у 18 человек — 69,23%). Помимо этого, почти у половины обследованных установлена положительная реакция на базисные пластмассы: фторакс (у 12 пациентов — 46,15%) и этикрил (у 11 больных — 42,31% пациентов). Следует также отметить большой процент положительных реакций на нержавеющую сталь (у 12 человек — 46,15%). При этом у большинства обследованных наблюдалась аллергическая реакция на 2-3 и более из вышеуказанных протетических материалов (у 17 человек — 65,38%).

Повторное ортопедическое лечение всех 26 пациентов проводилось с применением протетических материалов, рекомендованных врачом-аллергологом. При этом 12 пациентам были выполнены как съёмные, так и несъёмные зубные протезы, 8 больным — только съёмные конструкции и 6 пациентам — одиночные коронки и мостовидные протезы. Основными рекомендованными протетическими материалами были: бесцветная пластмасса двойной полимеризации

(20 человек — 76,92%), кобальтохромовый сплав (17 человек — 65,38%), никелехромовый сплав (8 человек — 30,77%), пластмасса «Синма-М» (15 человек — 57,69%).

Контрольный осмотр в ближайшие после ортопедического лечения сроки (через 1-1,5 мес.) позволил выявить следующее. У 20 пациентов (76,92%) клинических признаков непереносимости стоматологических материалов обнаружено не было. Слизистая оболочка полости рта вышеуказанных больных была бледно-розового цвета, умеренно увлажнённая, без патологических изменений.

Однако у 6 человек (23,08%) были отмечены проявления «токсико-аллергического стоматита». Указанные больные были протезированы частичными и полными съёмными протезами с базисами из бесцветной пластмассы двойной полимеризации (4 чел.), одиночными коронками из кобальтохромового сплава и пластмассы «Синма-М» (4 чел.), мостовидными протезами из нержавеющей стали (2 чел.) и кобальтохромового сплава (1 чел.).



Рис. 1. Пациентка Б., 71 год. Гиперемия слизистой оболочки преддверия полости рта (под базисом полного съёмного протеза)



Рис. 2. Пациентка М., 79 лет. Петехиальные высыпания на слизистой оболочке твёрдого нёба (под базисом полного съёмного протеза)

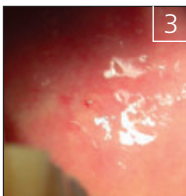


Рис. 3. Пациентка Е., 73 года. Петехии на слизистой оболочке щеки



Рис. 4. Пациент В., 73 года. Гипертрофия сосочков языка

Рис. 5. Пациентка З., 70 лет. Отек мягких тканей лица

Рис. 6. Пациентка П., 80 лет. Очаговый дерматит лица

Рис. 7. Пациентка Г., 64 года. Дерматит кистей рук

Рис. 8. Пациентка П., 67 лет. Дерматит кистей рук

Рис. 9. Пациентка Г., 75 лет. Экзема кистей рук

При этом пациенты жаловались на сухость слизистой оболочки полости рта (6 чел.), дискомфорт и жжение под базисом протеза (4 чел.), привкус металла (3 чел.), кровоточивость дёсен (3 чел.), головную боль (1 чел.), нарушения сна (2 чел.), кожный зуд (3 чел.).

При осмотре — контактный аллергический стоматит, характеризующийся гиперемией и отёчностью тканей протезного ложа (слизистая оболочка беззубого альвеолярного гребня, нёба, языка, щёк, преддверия полости рта), наблюдался у четырех больных (рис. 1).

Помимо этого, у двух человек имели место петехиальные высыпания (рис. 2, 3), у четырех пациентов — мелкие везикулы и у двух больных — одиночные эрозии слизистой оболочки полости рта.

Нитевидные сосочки языка были атрофированы у двух пациентов, гипертрофированы — у трех больных (рис. 4).

Кроме того, у ряда больных наблюдались внеротовые проявления аллергии. Так, у четырех пациентов имели место отек мягких тканей лица

(рис. 5), у одной пациентки — очаговый дерматит лица (рис. 6), у двух больных — дерматит кистей рук (рис. 7, 8), у одной пациентки — экзема кистей рук (рис. 9).

Лечение шести пациентов с проявлениями токсико-аллергического стоматита включало обязательное удаление из полости рта несъёмных и съёмных конструкций, консультацию врача-интерниста и симптоматическую терапию. Последняя заключалась в назначении больным антигистаминных препаратов [лоратадин (klaritin) в таблетках по 10 мг 1 раз в день или цетиризин (зиртек) 10 мг 1 раз в день в течение 7-10 дней], антагонистов кальция (нифидипин в таблетках 10 мг 3 раза в день в течение 7-10 дней), мембраностабилизирующих препаратов (кромоллин 20 мг 4 раза в день в течение 7-10 дней). Слизистую оболочку полости рта обрабатывали аэрозолем «Интал» (1-5 мг 3 раза в день в течение 7-10 дней). Всем шести пациентам было рекомендовано провести повторное аллергологическое обследование через 2-3 месяца с целью выбора протетического материала для последующего протезирования.

## ВЫВОДЫ

1. Факторами риска возникновения непереносимости материалов для зубных протезов являются соматические заболевания.
2. Наиболее высокий процент аллергических реакций в полости рта вызван декоративным напылением из нитрида титана.
3. Составление плана ортопедического лечения необходимо проводить после аллергологического обследования, позволяющего определить индивидуальную чувствительность пациента к протетическим материалам.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Алямовский В.В. Состояние эндорфинной системы и функции щитовидной железы при парестезиях слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В.Алямовский. - Л., 1991. - 21 с.
2. Вагнер В.Д. Путеводитель по стоматологии ортопедической / В.Д.Вагнер, В.М.Семенов, О.В.Чекунков. - Москва: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2004. - 581 с.
3. Гожая Л.Д. Заболевания слизистой оболочки полости рта, обусловленные материалами зубных протезов (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.Д.Гожая. - Москва, 2001. - 56 с.
4. Медведев А.Ю. Нарушения баланса микроэлементов ротовой жидкости больных, пользующихся металлическими зубными протезами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Ю.Медведев. - СПб, 1996. - 16 с.
5. Незнанова Н.Ю. Нарушения адаптации к съёмным пластинчатым протезам, методы их коррекции и профилактики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.Ю.Незнанова. - Л., 1989. - 17 с.
6. Трезубов В.Н. Приспособительные реакции у больных на ортопедическом стоматологическом приеме (особенности состояния эмоционального напряжения, их профилактика и коррекция): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Н.Трезубов. - Москва, 1989. - 33 с.
7. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение: Учебник для медицинских вузов. / Под ред. з.д.н. России, проф. В.Н.Трезубова / В.Н.Трезубов, Л.М.Мишнев, Е.Н.Жулев. - 4-е изд., испр. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 384 с.
8. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология (факультетский курс): Учебник для студентов медицинских вузов. / Под ред. з.д.н. РФ, проф. В.Н.Трезубова / В.Н.Трезубов, А.С.Щербаков, Л.М.Мишнев, Р.А.Фадеев. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2010. - 656 с.
9. Урошникова Н.А. Особенности оказания ортопедической стоматологической помощи больным сахарным диабетом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А.Урошникова. - СПб, 2002. - 21 с.
10. Шиндин А.Б. Влияние различных видов зубных протезов (материалов) на состояние желудка: Клинико-биохимические, морфологические и иммуногистохимические аспекты: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Б.Шиндин. - Волгоград, 1999. - 21 с.

# MEGASONEX®

У Л Ь Т Р А З В У К Щ Е Т К А®



УЛЬТРА НЕЖНО. МЕГА ЧИСТО®

Продается пациентам в лидирующих стоматологических клиниках страны

Информация на сайте [www.megasonex.com](http://www.megasonex.com)

Чтобы найти ближайшего поставщика MEGASONEX, звоните по телефону

(495) 795 0659



# ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ

## В.Г.Демченко

• д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медицины труда и профзаболеваний, Омская государственная медицинская академия  
Адрес: 644050, г. Омск-50, Проспект Мира, д. 9  
Тел.: 8 (3812) 65-04-22

## Е.А.Мехедова

• врач-стоматолог-ортопед, стоматологическая поликлиника Иркутского государственного медицинского университета  
Адрес: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, д. 1  
Тел.: 8 (3952) 24-06-88

## В.М.Семенюк

• засл. деятель науки РФ, засл. врач РФ, д.м.н., профессор кафедры ортопедической стоматологии, Омская государственная медицинская академия  
Адрес: 644043, г. Омск, ул. Волочаевская, д. 21-А, ГКСП-1  
Тел.: 8 (3812) 23-45-70

## Д.В.Тытарь

• врач-стоматолог-ортопед, ООО «Золотой колос»  
Адрес: 644021, г. Омск, ул. Богдана Хмельницкого, д. 166  
Тел.: 8 (3812) 46-57-53

**Резюме.** Проведенные исследования позволили выявить уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности по основным классам болезней среди врачей-стоматологов-ортопедов в зависимости от пола, возраста и стажа работы.

**Ключевые слова:** заболеваемость с временной утратой трудоспособности, производственные вредности, структура заболеваемости.

**Case rate with temporary disability of stomatologists-orthopedists** (V.G.Demchenko, E.A.Mehedova, V.M.Semenjuk, D.V.Tytar).

**Summary.** The conducted researches have allowed to tap level of a case rate with temporary disability on the basic classes of illnesses among stomatologists-orthopedists depending on a sex, age and the work experience.

**Key words:** a case rate with temporary disability, manufactural harmfulness, case rate structure.

### АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

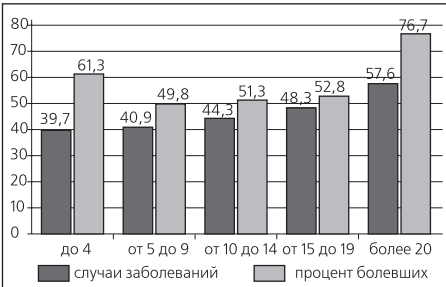
Оценке заболеваемости с временной утратой трудоспособности медицинских работников, и в том числе врачей-стоматологов, посвящены исследования [1, 5, 9]. Следует подчеркнуть, что врачи-стоматологи-ортопеды подвергаются многофакторным воздействиям производственных вредностей в различных их сочетаниях: шум, локальная вибрация, неблагоприятный микроклимат, ионизирующее и неионизирующее излучение, недостаточное освещение [4, 6, 7, 8]. Для получения истинной картины заболеваемости врачей-стоматологов-ортопедов целесообразно использовать дополнительные показатели оценки состояния здоровья — анализ заболеваемости по обращаемости и аналитические методики [3].

**Цель** исследования. Выявить структуру заболеваемости с временной утратой трудоспособности у врачей-стоматологов-ортопедов.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Состояние здоровья врачей-стоматологов-ортопедов оценивали на основе анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности. В качестве дополнительного критерия оценки состояния здоровья врачей-стоматологов-ортопедов, а также с целью выявления роли производственных факторов в его формировании использовали метод анкетирования. Анкета включала в себя вопросы, дающие сведения о месте работы, специальности, поле, возрасте, рабочем стаже, условиях труда, работоспособности, числе перенесенных острых заболеваний в течение года, наличии хронических заболеваний.

В основу анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности была положена методика углубленного изучения заболеваемости, основанная на полицейском учете, предложенная авторами [2]. При этом с целью выяснения влияния условий труда на формирование уровней и структуры заболеваемости врачей-стоматологов-ортопедов была сформирована группа для исследования из 169 человек. Заболеваемость анализировалась в соответствии с Международной классификацией Х пересмотра. Вычислялись показатели: процент болевших лиц, количество случаев и дней, кратности и тяжести заболевания. Для элиминирования влияния возраста, стажа, пола, производилась стандартизация показателей.



■Рис. 1. Заболеваемость врачей-ортопедов-стоматологов в зависимости от стажа работы

Полученные результаты обрабатывали с помощью общепринятых методов вариационной статистики с расчетом средних величин и ошибок средних величин. Достоверность различия показателей определяли с помощью критерия Стьюдента с вероятностью 95%.

Необходимое число наблюдений для обеспечения уровня репрезентативности изучаемых явлений рассчитывали по формуле:

$$N = \frac{T^2 \times P \times G}{\lambda^2}$$

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Данные о заболеваемости с временной утратой трудоспособности по основным классам болезней среди врачей-стоматологов-ортопедов за трехлетний период наблюдения представлены в табл. 1.

Из табл. 1 следует, что в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности первое место (как по случаям, так и по дням) занимали болезни органов дыхания. Удельный вес их в случаях составлял 47,5%, в днях — 30,7%. На втором месте регистрировались болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 13,6% случаев и 16,7% дней, на третьем месте — болезни нервной системы (случаев — 11,3%, дней — 10,6%). Далее — болезни системы кровообращения (7,4% и 8,7%), болезни органов пищеварения (5,8% и 5,2%), болезни кожи и подкожной клетчатки (4,3% и 4,2%), травмы (3,5% и 9,6%).

Среди болезней органов дыхания у врачей-стоматологов-ортопедов преобладают острые респираторные вирусные инфекции, острый фарингит и обострение хронического тонзиллита. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани представлены, в основном, радикулитами и шейным остеохондрозом. Среди болезней системы кровообращения наиболее распространены: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Болезни нервной системы представлены шейными, межреберными и поясничными невралгиями, миозитами различной локализации, а также неврастениями. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности врачей-стоматологов-ортопедов в зависимости от пола представлена в табл. 2.

У женщин все показатели временной нетрудоспособности превышают таковые мужчин. Процент болевших лиц у женщин составляет 48,4%, тогда как у мужчин — 41,6%, количество случаев у женщин соответственно равнялось 68,1, в то время как у мужчин — лишь 49,2. В результате временной утраты трудоспособности женщинами потеряно 681,4 дня на 100 работающих, мужчинами — 423,2. Средняя длительность одного случая у женщин выше и составляет 10,0 дней, в то время как у мужчин — 8,6 дня. Указанная особенность характерна и для средней длительности временной утраты трудоспособности. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности в отдельных возрастных группах представлена в табл. 3.

Достоверное увеличение числа болевших лиц, случаев и дней нетрудоспособности, а также дли-

тельности одного случая заболевания отмечено в возрастной группе 50 лет и старше.

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности у врачей-стоматологов-ортопедов в зависимости от стажа показал, что процент болевших лиц увеличивается с возрастом стажа (рис. 1). По количеству случаев максимальное их число приходится на группу работающих со стажем более 20 лет — 76,7. Количество случаев в остальных группах было выше у работающих со стажем от 1 до 4 лет — 61,3. В остальных группах частота заболеваемости находилась на одном уровне и оказалась достоверно ниже.

Наибольшее число дней временной нетрудоспособности также характерно для прорабо-

рочья и условиями труда указывают более 90% опрошенных врачей-ортопедов.

Значительное число случаев заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей подтверждает негативное действие биологического фактора на здоровье работающих.

Таким образом, проведенные исследования позволили выявить уровень заболеваемости врачей-стоматологов-ортопедов; процент болевших лиц; зависимость числа случаев заболеваний и дней нетрудоспособности от стажа, возраста и пола. Анамnestический метод позволил определить с большой достоверностью процент болевших лиц и число случаев заболеваний среди врачей-стоматологов-ортопедов.

■Таблица 1. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности по основным классам болезней среди врачей-стоматологов-ортопедов

Классы болезней	Случаи		Дни	
	Абсол.	%	Абсол.	%
Болезни органов дыхания	27,6	47,5	173,4	30,7
Болезни костно-мышечной системы	7,9	13,6	94,3	16,7
Болезни нервной системы	6,6	11,3	59,7	10,6
Болезни системы кровообращения	4,3	7,4	48,9	8,7
Болезни органов пищеварения	3,4	5,8	29,2	5,2
Болезни кожи	2,5	4,3	23,7	4,2
Некоторые инфекционные болезни	1,5	2,5	37,6	6,7
Травмы	2,0	3,5	54,0	9,6
Болезни мочеполовой системы	1,2	2,1	12,6	2,2
Прочие	1,2	2,0	31,8	5,6
Всего	58,2	100	565,2	100

■Таблица 2. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности врачей-стоматологов-ортопедов в зависимости от пола

Показатели	Женщины	Мужчины
Процент болевших лиц	48,4	41,69
Случаи на 100 работающих	68,1	49,2
Дни на 100 работающих	681,4	423,2
Средняя длительность одного случая	10,0	8,6
Средняя длительность временной утраты трудоспособности	14,1	10,2
Процент утраты трудоспособности	2,7	1,7
Кратность случаев	1,4	1,2

■Таблица 3. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности в зависимости от возраста

Возраст, лет	Болевшие лица	Случаи	Дни	Длительность одного случая
25-29	40,9±2,0	59,7±2,3	567,5±7,2	8,8
30-39	39,7±1,8	48,4±2,7	423,3±6,3	9,5
40-49	44,3±2,3	55,1±1,8	535,2±5,9	10,3
50 и старше	53,8±2,7	69,3±3,1	788,6±9,4	13,4
Всего	44,7±1,6	58,2±2,1	565,2±8,3	9,7

■Таблица 4. Заболеваемость врачей-стоматологов-ортопедов (анамnestический метод) по классам болезней и основным нозологическим формам

Классы болезней, нозологические формы	Мужчины		Женщины	
	% болевших	Случаи	% болевших	Случаи
<b>Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы</b>	35,7	38,1	42,4	46,8
<b>Болезни нервной системы:</b>	78,7	135,4	86,5	156,8
- межреберная невралгия	40,3	72,7	40,8	83,6
- миопатия неуточненная	15,3	15,3	20,4	16,3
<b>Болезни глаза</b>	38,4	38,4	43,2	43,2
Миопия	38,4	38,4	43,2	43,2
<b>Болезни системы кровообращения:</b>	56,4	73,4	62,3	93,0
- эссенциальная гипертензия	26,8	35,8	36,3	62,7
- хр. ишемическая болезнь	11,3	18,4	23,4	32,2
- варикозное расширение вен нижних конечностей	17,4	17,4	28,4	28,4
<b>Болезни органов дыхания:</b>	88,3	155,6	92,8	176,4
- острые инфекции верхних дыхательных путей	88,3	86,4	92,8	91,5
- острый назофарингит	24,5	38,1	38,3	46,7
- острый фарингит	21,7	24,3	28,8	32,7
<b>Болезни органов пищеварения:</b>	38,7	63,5	35,3	56,7
- хронический гастрит	21,7	39,1	17,8	28,5
- дуоденит	22,6	38,7	16,3	27,4
- хронический холецистит	10,1	18,3	13,4	17,2
<b>Болезни костно-мышечной системы:</b>	53,3	148,4	49,4	126,8
- радикулит пояснично-крестцовый	34,1	86,7	38,9	81,3
- остеохондроз позвоночника	25,7	58,3	27,6	41,4
- миозиты	17,4	20,3	15,5	25,6
<b>Болезни мочеполовой системы</b>	28,3	34,5	24,7	26,9
Всего:	94,0	177,7	97,6	181,4

тавших в стоматологии более 20 лет (836,9±12,1), минимальное их число приходится на лиц со стажем 5-9 лет (431,7±9,5). В стажевых группах 1-4 года, 10-14 лет и 15-19 лет число дней нетрудоспособности составляет соответственно 558,6±8,1; 565,0±8,9 и 611,9±11,5 дней.

Анамnestический метод (табл. 4) выявил более высокий процент болевших и число случаев заболеваний как у мужчин, так и у женщин. Кроме половой принадлежности, заболеваемость врачей-стоматологов-ортопедов зависела от стажа и возраста.

Кроме конкретных нозологических форм, опрошенные в 72 % случаев предъявляли жалобы на боли в области шеи, плечевом и кистевом суставах, а также в предплечье. Подобные функциональные нарушения не всегда реализуются в определенные виды заболеваний. Однако на наличие взаимосвязи между состоянием здо-

ЛИТЕРАТУРА:  
1. Авдеева И.А. О состоянии условий труда и заболеваемости стоматологов городских поликлиник // Труд и здоровье медицинских работников. - М., 1970. - С. 167-169.  
2. Догле Н.В., Юркевич А.А. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (методы изучения) // Медицина. - М., 1984. - 176 с.  
3. Егорова Т.А. Физиолого-гигиенические особенности трудовой деятельности стоматологов ортопедического профиля: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1999. - 26 с.  
4. Катаева В.А. Гигиена освещения стоматологических кабинетов // Стоматология. - 1973. - №1. - С. 85-86.  
5. Катаева В.А. Гигиеническая оценка состояния зрения врачей-стоматологов // Стоматология. - 1979. - №2. - С. 69-72.  
6. Катаева В.А. Скобарева З.А. Люминесцентное освещение кабинета ортопедической стоматологии // Стоматология. - 1975. - №1. - С. 89-92.  
7. Мехедова Е.А. Влияние технического оснащения и факторов производственной среды на состояние здоровья врачей-стоматологов-ортопедов и зубных техников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Омск. - 2003. - 26 с.  
8. Петрикас А.Ж. Эргономика в стоматологии // Новое в стоматологии. - 2000. - №4. - С. 10-18.  
9. Труд и здоровье медицинских работников / Под ред. В.К.Овчарова. - М.: Медицина, 1985. - 216 с.



# ОЦЕНКА УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ КОНЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНОГО РЯДА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

**О.С.Тарико**

• врач-стоматолог, ООО «Реал-Дент»  
Адрес: 640023, Курган,  
Проспект Голикова, д. 29/1  
Тел.: +7 (3522) 47-57-73  
E-mail: lekadent@mail.ru

**С.Е.Жолудев**

• д.м.н., профессор,  
зав. кафедрой ортопедической  
стоматологии, ГОУ ВПО УГМА  
Адрес: 620028, Екатеринбург,  
ул. Репина, д. 3  
Тел.: +7 (343) 285-51-01  
E-mail: ortoped\_stom@mail.ru

**Резюме.** Определены показатели качества жизни практически здоровых лиц и лиц с хроническим генерализованным пародонтитом, при концевых дефектах нижней челюсти, до и после ортопедического лечения, с использованием русской версии SF-36 анкеты. Обнаружены различия в качестве жизни на всех уровнях в основной и контрольной группах. Отмечено улучшение качества жизни после ортопедического лечения.

**Ключевые слова:** качество жизни, хронический генерализованный пародонтит, концевые дефекты зубного ряда нижней челюсти.

**Evaluation of quality of life of patients with chronic generalized periodontitis complicated by terminal dentition defect of the mandible** (O.S.Tariko, Dentist LLC Real-Dent, Kurgan; S.E.Zholudev, MD, PhD, Head. Department of Prosthodontics, GOU VPO Urals State Medical Academy, Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Ekaterinburg).

**Summary.** Were determined indicators of quality of life of healthy persons and persons with chronic generalized periodontitis in terminal defects of the mandible before and after orthopedic treatment using the russian version of SF-36 questionnaire. Were carried out the differences in quality of life at all levels in the main and control groups. Was marked improvement in quality of life after orthopedic treatment.

**Key words:** quality of life, chronic generalized periodontitis, the terminal dentition defect of the mandible.

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Довольно сложной проблемой при заболеваниях пародонта являются концевые дефекты зубных рядов, встречающиеся в ряде случаев (от 18 до 36%). Изменения, происходящие в пародонте (иммунные, биологические, морфологические, патохимические), сказываются на изменении морфофункционального состояния тканей полости рта [1, 3, 4]. Помимо физических неудобств, снижения функциональных возможностей зубочелюстной системы, особенно при концевых дефектах большой протяженности на нижней челюсти, изменяется и качество жизни пациентов [2, 7]. Качество жизни является интегральным показателем, отражающим оценку человеком степени своего благополучия, способности к функционированию в обществе — его трудовую и общественную деятельность, личную жизнь, яркость мироощущения, способность к самореализации и др. Помимо этого, оно абстрактно суммирует весь комплекс физических, эмоциональных, психических и интеллектуальных характеристик больного [6]. Во многих случаях помочь пациентам может рациональное и эффективное зубное протезирование [5]. Исследование качества жизни является весьма актуальным, т.к. позволяет оценить здоровье.

В связи с этим, целью нашего исследования явилось определение показателей качества жизни в комплексном лечении пациентов, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом, осложненным концевыми дефектами зубного ряда нижней челюсти, в процессе ортопедического лечения.

## МАТЕРИАЛЫ

### И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Была сформирована основная группа пациентов из 49 человек в возрасте от 30 до 69 лет (41 женщина и 8 мужчин) с хроническим ге-

нерализованным пародонтитом, осложненным частичной вторичной потерей зубов I-II классов по Кеннеди. В качестве контроля была сформирована группа из 23 пациентов (5 мужчин и 18 женщин) от 30 до 62 лет, без тяжелой соматической патологии, с хроническим катаральным гингивитом. У всех пациентов был изучен стоматологический статус. При обследовании особое внимание уделялось: жалобам пациентов, сбору анамнеза жизни и заболевания; осмотру органов и тканей полости рта; оценке качества и сроков использования протезных шинирующих конструкций. Ортопедические конструкции, применяемые нами в данной клинической ситуации, — это бюгельные протезы с кламмерной фиксацией. Передняя группа зубов была шинирована коронковыми шинами или флекс-дугой. Шинирующие и ортопедические конструкции были изготовлены на базе ООО «Реал-Дент», г. Курган. В процессе ортопедического лечения решались следующие задачи: уменьшение функциональной перегрузки пародонта, равномерное распределение жевательного давления на оставшиеся зубы и восстановление утраченного единства зубного ряда.

Тестирование проводилось в обеих группах до и после проведенного ортопедического лечения.

Опросники качества жизни, в наибольшей мере позволяя получить целостное представление о самочувствии пациента, остаются основными стандартизированными инструментами оценки «целостной ситуации болезни глазами больного». Основным методом оценки качества жизни является применение стандартизованных опросников. Существует около 400 опросников для изучения качества жизни. Наиболее часто применяемые общие методики: Sickness Impact Profile (SIP); Nottingham Health Profile (NHP); Stanford Physical Activity Recall; Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI); опросник, разработанный ВОЗ (ВОЗКЖ-100); Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36), и другие.

Для выявления различий оценки качества жизни в контрольной и основных группах и оценки эффективности ортопедического лечения пациентов с дефектами зубов и зубных рядов мы провели исследование с использованием русской версии опросника SF-36 (SF-36 Health Status Survey [5]), который относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни. Он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена «Институтом клинично-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург). Российский вариант опросника SF-36 обладает надежными психометрическими свойствами и является приемлемым для проведения популяционных исследований качества жизни в России. Пункты (36) опросника сгруппированы в восемь шкал. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье [7]. Оцениваются следующие показатели:

Физическое функционирование (PF) отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), — влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность. Интенсивность боли (BP) и ее влияние на

способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Общее состояние здоровья (GH) — оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Жизненная активность (VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Социальное функционирование (SF) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. Психическое здоровье (MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Шкалы группируются в два показателя:

1. Физический компонент здоровья (Physical health — PH).

2. Психологический компонент здоровья (Mental Health — MH).

Все пациенты заполняли опросник SF-36 перед началом ортопедического лечения и спустя три месяца.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ данных опросника SF-36, полученных до ортопедического лечения, выявил более низкие показатели всех изучаемых параметров качества жизни у пациентов основной группы по сравнению с контрольной.

У пациентов основной группы показатели КЖ по шкале физического функционирования (PF) составили 61,89±0,67 баллов; ролевое физическое функционирование (RF) — 59,52±0,43 балла; интенсивность боли (BP) — 52,25±0,14 балла; общее состояние здоровья (GH) — 58,31±0,52 балла; жизненная активность (VT) — 58,24±0,51 балла; социальная активность (SF) — 53,19±0,34 балла; ролевое эмоциональное функционирование (RE) — 57,43±0,15 балла; психическое здоровье (MH) — 58,05±0,42 балла.

В контрольной группе до ортопедического лечения показатели КЖ соответствовали следующим баллам: по шкале физического функционирования (PF) составили 87,05±0,67 баллов; ролевое физическое функционирование (RF) — 89,82±0,43 балла; интенсивность боли (BP) — 74,09±0,14 балла; общее состояние здоровья (GH) — 92,43±0,52 балла; жизненная активность (VT) — 73,64±0,52 балла; социальная активность (SF) — 67,41±0,34 балла; ролевое эмоциональное функционирование (RE) — 86,76±0,15 балла; психическое здоровье (MH) — 62,24±0,42 балла.

Анализируя данные опросника SF-36, полученные до ортопедического лечения, выявили более низкие показатели всех изучаемых параметров качества жизни у пациентов основной группы по сравнению с контрольной. По шкале физического функционирования (PF) отличие составило 26,16±0,67 баллов; ролевое физическое функционирование (RF) ниже на 29,7±0,43 балла по сравнению с контрольной; интенсивность боли (BP) — на 21,84±0,14 балла; общее состояние здоровья (GH) — на 34,12±0,52 балла; жизненная активность (VT) — на 18,37±0,52 балла; социальная активность (SF) — на 14,22±0,34

балла; ролевое эмоциональное функционирование (RE) — на 29,06±0,15 балла; психическое здоровье (MH) — на 4,19±0,42 балла.

По истечении трех месяцев после окончания шинирования и зубного протезирования и полной адаптации к конструкциям наблюдалась тенденция повышения показателей уровня качества жизни практически по всем шкалам: по шкале физического функционирования (PF) они составили 67,46±0,45 баллов; интенсивность боли (BP) — 57,46±0,12 балла; общее состояние здоровья (GH) — 62,04±0,22 балла; жизненная активность (VT) — 62,59±0,42 балла; социальная активность (SF) — 57,76±0,32 балла; ролевое эмоциональное функционирование (RE) 61,18±0,29 балла; психическое здоровье (MH) — 60,87±0,12 балла (рис. 1).

Разница до и после проведенного ортопедического лечения у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом по шкале физического функционирования составила 5,57±0,34 балла; интенсивность боли — 5,23±0,11 балла; общее состояние здоровья — 3,74±0,21 балла; жизненная активность — 4,35±0,33 балла; социальная активность — 4,56±0,32 балла; ролевое эмоциональное функционирование — 3,75±0,22 балла; психическое здоровье — 2,82±0,25 балла.

После проведенного ортопедического лечения у 23 человек из контрольной группы показатели качества жизни улучшились, но незначительно. Лишь по шкале ролевого эмоционального функционирования показатели повысились на 4,91±0,29 балла (91,67±0,15).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализируя результаты данных опросника SF-36 до лечения, выявлено снижение показателей уровня качества жизни по всем шкалам опросника у всех пациентов с пародонтитом, осложненным концевыми дефектами зубного ряда нижней челюсти. Пациенты не ощущают себя энергичными и полными сил; как правило, наблюдается снижение настроения, страдает эмоциональное состояние.

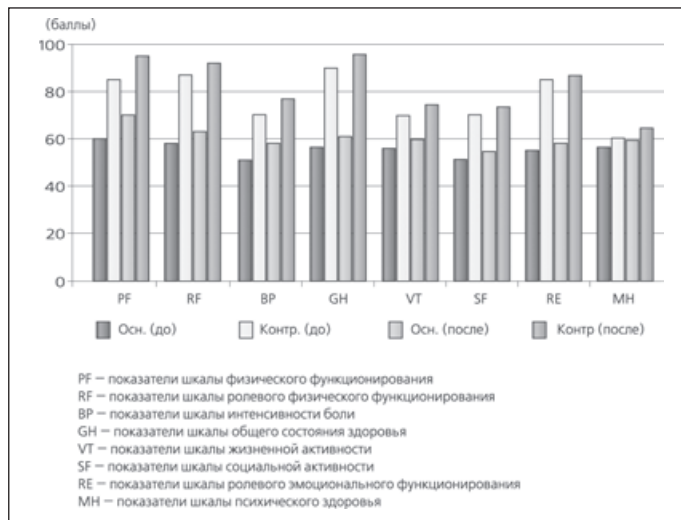
В контрольной группе показатели уровня качества жизни значительно выше, чем в основной. После проведенного ортопедического лечения показатели повысились, но незначительно. Возможно, это объясняется тем, что в основном у пациентов возмещались дефекты зубных рядов небольшой протяженности или в боковых отделах.

После проведенного ортопедического лечения в основной группе через 3 месяца отмечается небольшое повышение показателей уровня качества жизни по всем шкалам опросника. Неоспоримо, что питание — один из важнейших факторов, определяющих качество жизни индивида и общества. Восстановление эстетической и жевательной функций, безусловно, является важной составляющей для человека.

Неспецифический опросник SF-36 для оценки качества жизни может быть полезен в комплексном обследовании здорового населения и лиц с различными хроническими стоматологическими заболеваниями при планировании индивидуального стоматологического лечения, для контроля качества оказанной медицинской помощи.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Аболмасов Н.Н. Современные представления и размышления о комплексном лечении заболеваний пародонта / Н.Н.Аболмасов, Н.Н.Аболмасов, П.Н.Гелетин, А.А.Соловьев // Российский стоматологический журнал. - 2009. - №5. - С. 26-32.
2. Вольф Г.Ф. Пародонтология / Г.Ф.Вольф, Э.М.Петейцак, К.Петейцак. - М.: МЕДпрессинформ, 2008. - 547 с.
3. Глен П. Макгинни, Алан Б. Карр. Частичные съемные протезы (по концепции проф. В.Л.Маккерекена). Науч. ред. изд. на русск.яз. - проф. В.Ф.Макеев, р-р М.М.Угрин. Пер. с англ. - Львов: ГалДент, 2006. - 532 с.
4. Грудянов А.И. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта / А.И.Грудянов, Фоменко Е.В. - М.: Медицинское информационное агентство, 2010. - 90 с.
5. Максимовская Л.Н. Характеристика окклюзионных нарушений и функционального состояния зубочелюстной системы у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта / Л.Н.Максимовская, О.Г.Бугровецкая, А.В.Скорова, Е.А.Соловьев // Институт Стоматологии. - 2009. - №2. - С. 32-33.
6. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А.Новик, Т.И.Ионова / Практическое пособие под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. - М.: «ОЛМА МЕДИА-Групп», 2007. - 350 с.
7. Gilbert G.H., Duncan R.P., Shelton B.J. Social Determinants of Tooth Loss, Health Services Research - 2003. - №38(6): P. 1843-1863.



■Рис. 1. Показатели качества жизни по опроснику SF-36 до и после лечения в основной и контрольных группах наблюдения, p < 0,05



# ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ОБЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

www.instom.ru

«ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ. ГАЗЕТА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ» №6(25) 2011

## А.Е.Михайлов

• к.м.н., главный врач, ООО «Евродент»  
Адрес: 620102, г. Екатеринбург,  
пер. Банковский, д. 7  
Тел.: 8 (343)371-19-98  
E-mail: knl@bk.ru

## Н.Л.Кузнецова

• д.м.н., профессор, заместитель  
директора по научной работе, ФГУ  
«УНИИТО им. В.Д.Чаклина»  
Адрес: 620102, г. Екатеринбург,  
пер. Банковский, д. 7  
Тел.: 8 (343)371-19-98

### АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основой имплантологии является представление о реакции организма на введение имплантатов и знание вопросов регенерации [1]. В последнее время метод дентальной имплантации в стоматологии занял уверенную позицию в структуре оказания стоматологической помощи [2]. Применение имплантатов позволяет увеличить возможности ортопедического лечения при восстановлении частичных и полных дефектов зубных рядов. В известной литературе по имплантологии вопросам анализа осложнений в период репаративной регенерации костной ткани, после установки дентальных имплантатов, посвящены единичные исследования [3]. Проблема коррекции нарушений, приводящих к дезинтеграции имплантатов, на сегодняшний день изучена недостаточно. Исследованию предшествовала гипотеза о том, что дезинтеграция является следствием имеющихся в организме пациентов нарушений периферического кровотока, вегетативного дисбаланса и изменений костной ткани. Для подтверждения данной гипотезы у 5 пациентов с общей соматической патологией выполнены объективные исследования.

**Цель исследования.** Оптимизация результатов лечения пациентов с частичной адентией с использованием имплантатов путем применения общих и местных криологических методов.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 5 человек с предварительным криологическим воздействием, у которых были установлены цилиндрические титановые имплантаты (ЦТИ). Всем больным проводилось комплексное обследование, включающее реоэнцефалографию, капилляроскопию, кардиоинтервалографию, рентгенографию, денситометрию, ортопантомографию.

Наряду с клиническим осмотром полости рта для оценки тканей пародонта использовалось определение пародонтальных индексов: гигиенического (ГИ), папиллярно-маргинально-альвеолярного (РМА), кровоточивости (ИК) и пародонтального (ПИ).

Для выполнения периартериальной криосимпатодеструкции (ПКСД) был использован криохирургический портативный криокаутер КХ ЗА/Б фирмы «Хирана».

Результаты клинических и других методов исследования обрабатывались с помощью специализированного пакета статистических программ «Statgraphics» на персональном компьютере «IBM PC/AT 486». При оценке значимости различий между группами количественных показателей применен критерий Стьюдента. Мерой центральной тенденции данных служило среднее арифметическое ( $\bar{M}$ ), мерой рассеяния – среднее квадратичное отклонение ( $\sigma$ ) и стандартная ошибка ( $m$ ). Проводился регрессионный и дискриминантный анализ. Достоверность изменений средних показателей признавалась при вероятности ошибки ( $p$ ) меньше или равной 0,05.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что среди пациентов имелись дефекты зубного ряда с первого по четвертый класс по Кеннеди на верхней и нижней челюстях. Средний возраст пациентов составил 45 лет. Среди них трое женщин и двое мужчин. Среди сопутствующей патологии обращали на себя внимание: вегетативно-сосудистая дистония по гипертоническому типу, патология щитовидной железы, подагра и сахарный диабет II типа. С нарастанием тяжести сопутствующей

патологии параллельно отмечено увеличение количества отсутствующих зубов и необходимость постановки большего числа имплантатов.

Сопоставление показателей РЭГ с ретроспективным анализом реопародонтографии показало идентичность изменений и единую тенденцию нарушения периферического кровотока.

Аналогичные изменения получены при оценке показателей капилляроскопии. Нарушение микроциркуляции до стадии субкомпенсации выявлено у 3 пациентов с частичной адентией, до стадии декомпенсации – у 2 больных. В группе контроля нарушений микроциркуляции не выявлено. Исследование периферического кровотока, включая микроциркуляцию, подтвердило различную степень его декомпенсации при частичной адентии, проявляющуюся ишемией и венозным застоем крови, выраженность которых соответствовала степени тяжести заболевания.

По данным КИГ выявлено функциональное напряжение систем регуляции у всех обследованных пациентов. Функциональные пробы дополнительно выявили выраженные вегетативные сдвиги в сторону преобладания симпатической активности. Больные имели отклонения интегрального показателя активности регуляторных систем (ПАРС).

Анализ ортопантограмм показал нарастание рентгенологической симптоматики в соответствии со степенью тяжести заболевания.

На основании проведенных исследований для профилактики осложнений после установки ЦТИ в 5 случаях, всем больным проводилось общее криовоздействие – ПКСД лучевой артерии (патент № 2303418 РФ от 27.07.2007 и патент № 2354348 от 10.05.2009). В послеоперационном периоде назначали медикаментозную терапию, направленную на закрепление полученного эффекта.

Отдаленные результаты прослежены с 2007 по 2010 гг. Установлен положительный исход лечения у всех пациентов. У 5 пациентов, которым проводилось криологическое воздействие с профилактической целью, положительный результат достигнут во всех наблюдениях.

Оценка интегральных показателей результатов продемонстрировала преимущества применения ПКСД в комплексном лечении больных с частичной вторичной адентией челюстей. Характерной особенностью было раннее восстановление кровотока до стадии компенсации; по данным реоэнцефалографии (через месяц в 3 случаях) и капилляроскопии (через месяц в том же количестве наблюдений) к концу 6-го месяца и через год у всех пациентов оно носило стойкий характер.

Подтверждена гипотеза о том, что дезинтеграция является следствием имеющихся в организме пациентов нарушений периферического кровотока, вегетативного дисбаланса и изменений костной ткани. Использование криогенных технологий, включая общее воздействие (для коррекции вегетативных нарушений и периферического кровотока), а также локальное (для активизации репаративной регенерации непосредственно перед имплантацией) в комплексном лечении, позволило добиться положительных результатов в 76% наблюдений. Такой подход представляет значительный интерес для пациентов, имеющих выраженную соматическую патологию, при которой в большинстве случаев имеются противопоказания к имплантации.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подтверждена гипотеза о том, что дезинтеграция – следствие нарушений периферического кровотока, вегетативного дисбаланса и изменений костной ткани на фоне сопутствующей патологии (вегетативно-сосудистая дистония по гипертоническому типу, патология щитовидной железы, подагра и сахарный диабет II типа) отмечены увеличение количества отсутствующих зубов и необходимость постановки большего числа имплантатов. Выявлены нарушения периферического кровотока, симпатикотония, нарастание рентгенологической симптоматики. С целью коррекции выявленных нарушений проведена ПКСД.

(Список литературы находится в редакции.)



**Выгода!**

www.beingfoshan.ru

**BEING FOSHAN**

## ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННЫЕ ТУРБИННЫЕ НАКОНЕЧНИКИ:

### Модель 401M-M4 Mini

– МИНИ-ГОЛОВКА ДЛЯ ДЕТСКОГО ПРИЕМА ..... 2.400 руб.

### Модель 301P-M4

– большая головка, трёхточечный спрей, фиксация бора – кнопка ..... 3.900 руб.

### Модель 301PQ-M4

– большая головка, трёхточечный спрей, быстросъёмный соединитель ..... 5.550 руб.

### Модель 301P8Q

– наконечник с подсветкой, большая головка, трёхточечный спрей, кнопочная фиксация бора, быстросъёмный соединитель с источником света, электрофицированный разъем ..... 10.800 руб.



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ  
"CHIRASTAR KDT" (Чехия) "BEING" (КНР) В РОССИИ  
ООО ФИРМА "СОЛО" Екатеринбург, Блюхера, 75/1  
Телефон/факс: (343) 379 31 75; 379 31 76  
E-mail: stomat@solo-trade.ru | www.solo-trade.ru

**Приглашаем к сотрудничеству дилеров!**



# РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА В СТОМАТОЛОГИИ — ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ!



**М.А. Чибисова**

• д.м.н., профессор,  
зав. кафедрой рентгенологии  
в стоматологии, СПбИНСТОМ  
Адрес: Санкт-Петербург,  
пр. Металлистов, д. 58  
Тел.: 8 (812) 324-00-44  
E-mail: Chibisova@medi.spb.ru



**Р.А. Фадеев**

• д.м.н., профессор, ректор,  
зав. кафедрой ортодонтии,  
СПБИНСТОМ  
Адрес: 195176, Санкт-Петербург,  
пр. Металлистов, д. 58  
Тел.: 8 (812) 324-00-44  
E-mail: Doc375@medi.spb.ru

**Резюме.** Статья посвящена проблемам рентгенодиагностики в стоматологии и путям их решения.

**Ключевые слова:** рентгенодиагностика, стоматология.

**X-ray diagnosis in dentistry — problems and solutions!**

**Summary.** Article deals with problems and ways to solve them X-ray diagnosis in dentistry.

**Key words:** X-ray diagnosis, dentistry.

Когда Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека ознакомила стоматологическое сообщество с проектом Санитарных правил и нормативов СанПиН 2.6.1. «Гигиенические требования по обеспечению радиационной безопасности при проведении медицинских рентгенологических процедур», Стоматологическая Ассоциация России, Российская Ассоциация частных стоматологических клиник, Комитет по социальному развитию и трудовым отношениям общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «ОПОРА РОССИИ», Медицинская палата Санкт-Петербурга, Ассоциация российских торговых и промышленных предприятий стоматологии обратили внимание сообщества на угрозу запрета размещения рентгенодиагностического оборудования в жилых зданиях, которая будет распространяться в первую очередь на частные клиники, оказывающие услуги по стоматологии.

Действующие в настоящее время санитарные правила и нормативы:

- «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», СанПиН 2.1.3.2630-10.
- «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований», СанПиН 2.6.1.1192-0.
- «Основные Санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ - 99/2010)» разрешают размещение рентгенологического оборудования с соблюдением всех норм радиационной безопасности для пациентов, медицинского персонала и населения в амбулаторной стоматологической клинике любой формы собственности, в том числе расположенной в жилом здании.

Проект СанПиН 2.6.1. «Гигиенические требования по обеспечению радиационной безопасности при проведении медицинских рентгенологических процедур» (п.5.5) и введенные в 2010 г. в действие санитарные правила и нормативы «Основные Санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ-99/2010)» (п.3.2.7) могут наложить запрет на размещение в жилых зданиях пленочных стоматологических аппаратов для прицельных снимков, цифровых стоматологических аппаратов для панорамных снимков, стоматологических компьютерных томографов, рабочая нагрузка которых более 40 мАЧ/мин/нед.

Как известно, в настоящее время повышаются требования к качеству и эффективности оказания стоматологической помощи населению в амбулаторных лечебно-профильных учреждениях различных форм собственности, а рентгенологическое исследование является ведущим методом диагностики и постоянно используется при распознавании большинства заболеваний зубочелюстной системы у лиц разных возрастных групп в любом разделе амбулаторной стоматологической практики, обеспечивая стандарт качества лечения. Необходимость рентгенологического контроля стоматологического лечения обуславливает появление в стоматологической клинике (кабинете) цифровых рентгеновских аппаратов различного вида.

Без рентгенологического контроля невозможно гарантировать качество оказания амбулаторной помощи ни в одном разделе стоматологической практики. Запрет на использование цифровых панорамных рентгеновских аппаратов, расположенных в жилых зданиях, приведет, как пример, к увеличению количества выполняемых внутриротовых прицельных снимков зубов и возрастанию лучевой нагрузки на пациентов и медицинский персонал.

В настоящее время более 50-70% государственных и частных стоматологических клиник во многих городах Российской Федерации расположены на 1-2 этажах жилых зданий, в том числе в смежных с жилыми помещениями. В данных лечебно-профилактических учреждениях различной формы собственности организованы рентгеновские кабинеты, в которых установлены цифровые ортопантомографы с цефалостатом или дентальные объемные томографы (конусно-лучевые томографы, стоматологические компьютерные томографы, ЗДКТ) для осуществления контроля качества оказания многопрофильной стоматологической помощи населению. Все эти учреждения получили необходимые документы для проведения рентгенодиагностических исследований:

- санитарно-эпидемиологическое заключение на право эксплуатации медицинского рентгеновского аппарата;

- лицензию на медицинскую деятельность по специальности «Рентгенология»;
- лицензию на право деятельности в области использования источников ионизирующего излучения (ИИИ).

Согласно Федеральному Закону «О лицензировании отдельных видов деятельности» (№99-ФЗ от 4 мая 2011г.), с 4 ноября 2011 года Лицензия на ИИИ будет отменена.

Рентгенодиагностическое оборудование, применяемое в нашей стране, имеет регистрационные удостоверения Минздрава и Сертификаты соответствия. В настоящее время используемые сейчас цифровые ортопантомографы и стоматологические компьютерные томографы, расположенные в жилых домах, не представляют никакой угрозы для жителей домов, в которых находятся стоматологические клиники с рентгеновскими кабинетами, а также для пациентов и медицинского персонала клиник. Все рентгеновские кабинеты стоматологических клиник проходят лицензирование и дозиметрический контроль перед открытием, параметры норм радиационной защиты стен, пола, потолка рентгеновских кабинетов и эксплуатации оборудования регулярно контролируются органами Роспотребнадзора.

В настоящее время имеется объективное обоснование (опубликованное в научной литературе и нормативных документах — «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», СанПиН 2.1.3.2630-10), что радиовизиографы не представляют угрозу для жителей домов, в которых находятся данные рентгеновские кабинеты.

Поскольку проект СанПиН по рентгенологии 2011 разработан без элементарного прогноза на дальнейшую работу современной стоматологии, где роль рентгенологического метода исследования неуклонно растет, то ввод в действие настоящей редакции создаст дополнительные неоднородные условия работы для органов государственного надзора, а запрещение работы данных рентгеновских кабинетов может поставить под удар качество оказания любого вида стоматологической помощи в амбулаторной практике.

Возможны различные варианты развития событий: запрет на работу и снижение качества лечения, передислокация кабинетов с рентгенологическим оборудованием с рабочей нагрузкой более мА Ч мин/нед. из жилого фонда в нежилой, повышение лучевой нагрузки на пациентов за счет возрастания в десятки раз количества прицельных внутриротовых рентгеновских снимков зубов за счет использования только рентгеновских аппаратов для выполнения внутриротовых цифровых прицельных снимков зубов.

В любом случае, из-за отсутствия адекватного рентгенологического контроля и снижения качества всех видов стоматологического лечения, могут пострадать как медицина в целом, так и пациенты и частные и государственные стоматологические клиники.

Готова ли российская стоматология к таким переменам?

Нами изучены и проанализированы следующие нормативные документы по выполнению рентгенодиагностических обследований в амбулаторной стоматологии, которые действуют в Европейских странах и Америке:

1. STUK. Radiation and Nuclear Safety Authority (Финляндия).
2. RADIATION PROTECTION in dental radiology — Безопасная рентгенография в дентальной практике (выпуск №136, 2004).
3. CENELEC EN 60601-2-28 Выпуск: 2010-12-01 Medical electrical equipment, часть 2-28.

4. Ref. No. CNCA-08C-037:2001 (Китайская Народная Республика).

5. Safety Series No. 115 МЕЖДУНАРОДНЫЕ БАЗОВЫЕ СТАНДАРТЫ БЕЗОПАСНОСТИ ДЛЯ ЗАЩИТЫ ПРОТИВ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ОБЛУЧЕНИЯ.

По результатам анализа перечисленных нормативных документов по радиационной безопасности, действующих в Европейских странах и в мире по выполнению рентгенодиагностических обследований в амбулаторной стоматологии и соблюдению норм радиационной безопасности для пациентов, медицинского персонала и населения, можно сделать следующие выводы: за рубежом нет разграничений размещения рентгенодиагностического оборудования (радиовизиографы, ортопантомографы с цефалостатами или без, конусно-лучевые компьютерные томографы) в стоматологических клиниках, расположенных в жилых домах, офисных и общественных зданиях. Во всех случаях соблюдаются одни правила и нормы радиационной безопасности для пациентов, медицинского персонала и населения.

Можно привести в пример частные диагностические центры, расположенные на 1-2 этажах жилых домов в г. Хельсинки (Финляндия), г. Кельн и г. Гамбург (Германия). При этом в каждом диагностическом центре может находиться в одном кабинете различная диагностическая аппаратура (радиовизиографы, ортопантомографы, конусно-лучевые компьютерные томографы). Также наши коллеги за рубежом, при эксплуатации рентгенодиагностического оборудования, применяют понятия: индивидуальная и стационарная радиационная защита помещений, физико-технические условия рентгеновских исследований зубочелюстной системы, рабочая нагрузка и эффективные дозы для пациентов.

В настоящее время приостановлено утверждение СанПиН по рентгенологии 2011 года и документ находится на обсуждении.

Со своей стороны СтАР и другие общественные организации готовы принять участие в разработке технических требований для нормирования и написания правил размещения рентгеностоматологического оборудования, т.к. в настоящей редакции документа:

- отсутствуют физико-технические характеристики (параметры) работы рентгенодиагностического оборудования (сила тока, напряжение, экспозиция);
- до конца не изучены дозовые нагрузки по облучению пациентов, медицинского персонала и населения при проведении рентгеностоматологических процедур с помощью нового цифрового оборудования (радиовизиографы, цифровые панорамные рентгеновские аппараты, стоматологические компьютерные томографы);
- не регламентировано, какие категории медицинского персонала будут проводить рентгенологические исследования на радиовизиографах в стоматологических кабинетах и т.д.

В настоящее время назрела объективная необходимость решения перечисленных проблем рентгенодиагностики в амбулаторной стоматологии. При этом выполнение общей основной задачи содействия и поддержания высокого качества оказания различных видов стоматологической помощи в стоматологических клиниках любой формы собственности в Российской Федерации невозможно без использования современных методов лучевой диагностики.



# ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

## В.Г.Бутова

• д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ГОУ ВПО МГМСУ  
Адрес: 101000, Москва, Милютинский пер., д. 19/4  
Тел.: 621-89-43  
E-mail: butova49@rambler.ru

## В.И.Бычков

• главный стоматолог Чувашской Республики, главный врач ГУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики  
Адрес: 428018, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Московский пр., д. 9  
Тел.: (8352) 42-16-11, факс: 42-25-51

## К.В.Умарова

• аспирант, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, ГОУ ВПО МГМСУ  
Адрес: 101000, Москва, Милютинский пер., д. 19/4  
Тел.: 621-89-43

**Резюме.** Каждая четвертая медицинская карта может служить основанием для предъявления претензий страховой медицинской организацией. Результаты системного анализа экспертизы качества медицинской помощи позволяют выявить недостатки в лечебно-диагностическом процессе и наметить мероприятия по их снижению или устранению.

**Ключевые слова:** экспертиза, стоматологическая помощь, качество.

**Examination of the quality of dental care. Summary.** One in four medical record may serve as a basis for claims of medical insurance organization. Results of systems analysis expertise allow the quality of care to identify deficiencies in medical diagnostic process and to identify measures to reduce or eliminate them.

**Key words:** assessment, dental care, quality.

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию регламентирован одноименным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230. Медико-экономическая экспертиза в соответствии с частью 4 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» — установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

В неразрывной связи с объемами и стоимостью лечебно-профилактической помощи находится оценка качества стоматологической помощи, основы обеспечения и контроля которой освещены в работах отечественных и зарубежных авторов [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

Экспертиза качества медицинской помощи (далее — ЭКМП) проводится в целях выявления дефектов и ошибок, допущенных при оказании медицинской помощи, с описанием их реальных и возможных последствий, выяснением причин их возникновения, составлением мотивированного экспертного заключения о надлежащем / ненадлежащем качестве оказания медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помощи предусматривает сопоставление ее со стандартами, которые содержат набор и объем диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах заболеваний.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи нами использовались разработанные нами «Стандарты медицинской помощи больным с болезнями полости рта, слюнных желез и челюстей, разработанные в Чувашской Республике», 2007 г.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Базой исследования являлись ЛПУ системы Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, предоставляющие стоматологическую помощь населению в соответствии с программой ОМС. Нами проведена экспертиза 679 персонифицированных счетов фактур и 679 «Медицинских карт стоматологических больных». Исследование проводилось с использованием метода случайной выборки. Из общего количества документов, подвергнутых дальнейшему контролю, были исключены 49 карт. Причиной послужил неразборчивый почерк, затрудняющий дальнейший анализ. Общее количество документов, подвергнутых экспертной оценке, составило 630; выборка является репрезентативной. Полученная информация фиксировалась в специально разработанных «Картах экспертной оценки качества стоматологической помощи».

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты экспертизы качества стоматологической помощи свидетельствуют, что каждая четвертая медицинская карта имеет комплекс различных дефектов, детально отраженных в таблице. Основной диагноз указан и сформулирован полно в 65,08±1,90% медицинских карт; в 26,03±1,75% указан, однако сформулирован неполно; в 3,97±0,77% — основной диагноз не указан.

Важное значение при сборе информации о развитии заболевания имеют анализ и синтез установленных субъективных и объективных симптомов, умение врача-стоматолога логически осмыслить обнаруженные проявления (симптомы) заболевания, связать их в единую цепочку, определить ведущие (основные) симптомы.

Экспертная оценка, проведенная нами, качества информации о состоянии здоровья больного, отраженная в медицинских картах, свидетельствует, что в 13,97±1,38% медицинских карт она отсутствует, в 57,94±1,97% отражена не полностью и только в 27,94±1,79% отражена подробно. Экспертная оценка качества информации о развитии основного заболевания позволила установить, что анамнез morbi не собран у каждого восьмого пациента (12,06±1,30%). В 26,98±1,77% медицинских карт не отражены характер более: длительность, интенсивность, причины возникновения, иррадиация, способы купирования боли. При лечении заболеваний пародонта не указаны: время появления болей, сведения о кровоточивости десен, характер затруднений при приеме пищи, чистке зубов, информация о предшествующих инфекционных заболеваниях, уходе за зубами, общем самочувствии больного — специфические признаки дифференциальной диагностики каждой нозологической формы.

Установлению достоверной клинической картины способствуют визуально-инструментальные методы исследования, изучение и логическое осмысление причин возникновения и развития симптомов. Оценка использования визуально-инструментальных методов исследования (осмотр, перкуссия, зондирование) свидетельствует, что у каждого тринадцатого пациента (7,94±1,08%) информация данного характера в медицинских картах отсутствует. Данные методы исследования использова-

лись в полном объеме, то есть проведены внешний осмотр пациента, осмотр органов полости рта, перкуссия, зондирование, температурные, химические раздражители у каждого второго пациента (55,08±1,98%). Однако у 36,98±1,92% пациентов визуально-инструментальные методы исследования использовались не в полном объеме.

Для правильного проведения диагностического процесса необходимо применение различных методов исследования: электроодонтодиагностики, рентгенологических и других методов, способствующих установлению и уточнению этиологии заболевания и его патогенеза.

Экспертная оценка, проведенная нами по использованию электроодонтодиагностики, свидетельствует, что в 9,05±1,14% случаев она проводилась. По нашему мнению, данный метод можно было бы использовать при дифференциальной диагностике еще у 17,94±1,53% пациентов.

Важная роль в диагностике стоматологических заболеваний и контроле лечебных мероприятий отводится рентгенологическим методам исследования. Экспертная оценка, проведенная нами, качества использования рентгенографической диагностики свидетельствует, что в

■Таблица 1. Результаты экспертизы качества стоматологической помощи по медицинским картам стоматологических больных

№ п/п	Наименование блока	Абс. знач.	Р±m в %
1.	Диагноз основной		
1.1	Не указан	25	3,97±0,77
1.2	Указан (впишите)	410	65,08±1,90
1.3	Указан, но сформулирован неполно	164	26,03±1,75
1.4	Указан неразборчиво, нечитабельно	32	5,08±0,88
2.	Данные о состоянии здоровья		
2.1	Не отражены	88	13,97±1,38
2.2	Отражены неполностью	365	57,94±1,97
2.3	Отражены подробно	176	27,94±1,79
3.	Анамнез morbi		
3.1	Не собран	76	12,06±1,30
3.2	Собран неполностью	170	26,98±1,77
3.3	Собран качественно	384	60,95±1,94
4.	Обследование органов полости рта		
4.1	Визуально-инструментальные		
4.1.1	Не проводились	50	7,94±1,08
4.1.2	Проведены, но не в полном объеме	233	36,98±1,92
4.1.3	Проведены в полном объеме	347	55,08±1,98
4.2	Электроодонтодиагностика		
4.2.1	Не проводилась, но показана	113	17,94±1,53
4.2.2	Проводилась и показана	57	9,05±1,14
4.2.3	Не проводилась и не показана	460	73,02±1,77
4.2.4	Не показана, но проводилась	0	0,00±0,00
4.3	Рентгенография зубов		
4.3.1	Не проводилась, но показана	88	13,97±1,38
4.3.2	Проводилась и показана	271	43,02±1,97
4.3.3	Не проводилась и не показана	271	43,01±1,97
4.3.4	Не показана, но проводилась	0	0,00±0,00
4.4	Зубная формула		
4.4.1	Не заполнена	76	12,06±1,30
4.4.2	Заполнена неполностью	258	40,95±1,96
4.4.3	Заполнена полностью	296	46,98±1,99
5.	Диагноз		
5.1	Обоснованность		
5.1.1	Не обоснован	95	15,08±1,42
5.1.2	Недостаточно обоснован	188	29,84±1,82
5.1.3	Обоснован	347	55,08±1,98
5.2	Сроки установления диагноза		
5.2.1	Значительно затянуты	44	6,98±1,01
5.2.2	Незначительно задержаны	107	16,98±1,50
5.2.3	Своевременны	422	66,98±1,87
5.2.4	Оценка невозможна	57	9,05±1,14
6.	Лечение		
6.1	Обоснованность		
6.1.1	Необосновано	101	16,03±1,46
6.1.2	Недостаточно обосновано	151	23,97±1,70
6.1.3	Обосновано	378	60,00±1,95
6.2	Сроки лечения		
6.2.1	Значительно затянуты	32	5,08±0,88
6.2.2	Незначительно задержаны	101	16,03±1,46
6.2.3	Своевременны	421	66,83±1,87
6.2.4	Оценка невозможна	76	12,06±1,30
6.3	Алгоритм (стандарт) лечения		
6.3.1	Не соответствует установленному	50	7,94±1,08
6.3.2	Соответствует установленному	454	72,06±1,79
6.3.3	Оценка невозможна	126	20,00±1,59
7.	Анестезиологическое пособие		
7.1	Не проводилось, но показано	88	13,97±1,38
7.2	Проводилось и показано	454	72,06±1,79
7.3	Не проводилось и не показано	88	13,97±1,38
7.4	Не показано, но проводилось	0	0,00±0,00
8.	Консультации		
8.1	Не проводились, но показаны	113	17,94±1,53
8.2	Проводились и показаны	422	66,98±1,87
8.3	Не проводились и не показаны	82	13,02±1,34
8.4.	Не показаны, но проводились	13	2,06±0,57
9.	Число посещений		
9.1.	Ниже установленных стандартов	0	0,00±0,00
9.2.	Превышает установленные стандарты	170	26,98±1,77
9.3.	Соответствует установленным стандартам	384	60,95±1,94
9.4.	Оценка невозможна	76	12,06±1,30
10.	Ведение медицинской документации		
10.1	Неудовлетворительное	158	25,08±1,73
10.2	Удовлетворительное	176	27,94±1,79
10.3	Хорошее	296	46,98±1,99



57,30±1,97% медицинских карт информация о данном методе исследования не отражена. Рентгенографическая диагностика проводилась 43,02±1,97% больным. По нашему мнению, данный метод можно было бы использовать при дифференциальной диагностике еще у 13,97±1,38% пациентов. Рентгенографическая диагностика была показана для выявления вторичного кариеса под пломбами и коронками, выяснения состояния корневых каналов, характера распространения поражений периапикальной костной ткани, тканей пародонта, контроля за лечением.

Для точной диагностики тяжести и стадии патологического процесса в стоматологии широко применяются методы функциональной диагностики, основанные на измерении физических свойств исследуемых тканей — электрических, оптических, акустических и т.д. Этими свойствами обладают ткани пульпы зуба, пародонта и другие ткани челюстно-лицевой области. К основным функциональным методам диагностики ведущих стоматологических заболеваний (кариеса, его осложнений, заболеваний пародонта) относятся: реопародонтография, фотоплетизмография, эхоостеометрия, полярография, реодентография, лазерная доплерофлюометрия и другие; однако в практической стоматологии они не используются, данные методы исследования даже не внесены в реестр медицинских услуг, оказываемых по программе обязательного медицинского страхования.

Стоматологический статус принято фиксировать в зубной формуле. С помощью условных обозначений в зубной формуле можно оценить состояние зубов, десен, можно судить об уровне оказания стоматологической помощи. Одним из наиболее часто применяемых в стоматологии является индекс «КПУ». Динамика индекса «КПУ» является объективным показателем активности кариозного процесса у взрослого населения. Для оценки состояния пародонта у взрослых используется пародонтальный индекс (РІ), для определения нужды в пародонтологической помощи — индекс CRITN (ВОЗ), данные которых также можно фиксировать в зубной формуле. Экспертная оценка качества заполнения зубной формулы в медицинских картах позволила установить, что в каждой десятой карте, ведущейся в ЛПУ (12,06±1,30%), зубная формула не заполнена. Зубная формула полностью заполнена в 46,98±1,99% карт ЛПУ. В 40,95±1,96% медицинских карт при лечении кариеса и его осложнений в зубной формуле не отражен даже причинный зуб и дальняя информация уже вызывает сомнения. Следует заметить, что данные о заболеваниях пародонта, их течении являются крайне редкой информацией, зафиксированной в зубной формуле.

Обоснованность диагноза базируется на комплексе познавательного процесса, анализе и синтезе субъективных и объективных данных, результатов различных методов исследования и распознавания заболеваний, их тяжести и состояния организма больного. При оценке обоснованности диагноза мы исходили из применения адекватных методов исследования, характерных для каждой нозологической единицы, а также результатах вероятностной оценки всех данных, составляющих интегрированную и индивидуальную оценку обоснованности диагноза.

Результат анализа информации о больном, выраженный в виде диагностической формулы, является диагнозом, который включает наименование заболевания, его стадии, степень тяжести. Формулировка диагноза — терминологическое соответствие диагноза принятым классификациям. Экспертная оценка, проведенная нами, качества обоснования диагноза свидетельствует, что в 15,08±1,42% случаев диагноз не имеет под собой обоснования, поскольку не собран анамнез, не выполнены элементарные визуально-инструментальные методы исследования. Достоверная клиническая картина при диагностике отражена в 55,08±1,98% медицинских карт. Практически у каждого третьего (28,84±1,82%) пациента диагноз заболевания недостаточно обоснован.

Оценка сроков установления диагноза при наиболее распространенных стоматологических заболеваниях в основном не вызывает затруднений. Обычно кариес, пульпит, периодонтит, гингивит диагностируются в первый день обращения, несколько большего времени требует диагностика пародонтита, пародонтоза — 2-3 дня. Следует заметить, что мы имеем в виду методы исследования, доступные в стоматологической поликлинике. Экспертная оценка, проведенная нами, сроков установления диагноза при кариесе зубов, его осложнениях и заболеваниях пародонта свидетельствует, что в основном они своевременны в 66,98±1,87% случаев. Хотя эта своевременность имеет относительный характер, то есть диагностические усилия направлены на причину обращения пациента к врачу, при полном умолчании о заболеваниях пародонта как со стороны пациента, так и со стороны врачей-стоматологов.

Клинический диагноз — диагноз, который устанавливается на основании клинического

обследования и является основанием для проведения лечебных мероприятий.

При оценке обоснованности лечения (соответствующему установленному диагнозу) наиболее распространенных стоматологических заболеваний мы ориентировались на разработанные стандарты. Экспертная оценка, проведенная нами, обоснования проведенного лечения свидетельствует, что в 16,03±1,46% случаев лечение не имеет под собой обоснования. Проведенное лечение недостаточно обосновано у 23,97±1,70% пациентов, то есть не вполне соответствует установленному диагнозу и стандарту; формулировка диагноза не позволяет расценить проведенное лечение вполне обоснованным. Лечение обосновано у 60,00±1,95% пациентов, то есть лечебные мероприятия соответствуют установленному диагнозу и алгоритму лечебного процесса.

Экспертная оценка, проведенная нами, сроков лечения позволила установить, что 66,98±1,87% пациентам лечение проведено своевременно (относительно не сроков развития заболеваний, а сроков обращения за медицинской помощью). Лечебный процесс незначительно задержан у 16,03±1,46% пациентов. Сроки лечения значительно затянуты у 5,08±0,88% пациентов. Данный факт объясняется чаще всего неявкой больного на повторный прием к врачу-стоматологу, отсутствием талонов на прием к врачу-стоматологу или очередностью на рентгенологическое исследование. Сроки лечения не подлежат оценке в связи с прерыванием лечебного процесса по инициативе пациента, нечеткостью формулировки диагноза и другим мотивам у 12,06±1,30% пациентов.

Оценка качества (стандартов) лечебного процесса представляет собой один из трудоемких разделов экспертной работы, включающий контроль технологии (стандарта) оказания любой стоматологической услуги и контроль последовательности оказания определенного вида услуг, назначений (стандарта). Нами был осуществлен сравнительный анализ записей, сделанных врачом-стоматологом в дневнике медицинской карты, с разработанными нами стандартами лечения. Лечебный процесс не соответствует разработанному стандарту в 7,94±1,08% случаев. Не представляется возможным оценить качество лечения у каждого пятого пациента. Данный факт объясняется чаще всего неявкой больного на повторный прием к врачу-стоматологу, неполной формулировкой диагноза, нечеткостью записей в медицинских картах или отсутствием в них соответствующих записей. Каждому пациенту, получившему лечение по поводу заболеваний органов полости рта, зубов и челюстно-лицевой области, в среднем оказано по 23,06 услуги (2009 г.).

Большинство стоматологических вмешательств сопровождается болевыми ощущениями, что зачастую является фактором, сдерживающим обращение больного к врачу-стоматологу. Экспертная оценка, проведенная нами, обоснованности применения анестезиологического пособия при стоматологических вмешательствах свидетельствует, что местная анестезия используется в 72,06±1,79% случаев. В 13,97±1,38% случаев при лечении заболеваний органов полости рта имелись основания для проведения анестезии, но она не была сделана (лечение острого пульпита, кюретаж при пародонтите, удаление зуба).

Трудно переоценить значение консультации профессионала при лечении заболеваний органов полости рта, зубов и челюстно-лицевой области, особенно если учитывать, что у одного пациента, как правило, имеется несколько заболеваний. Экспертная оценка, проведенная нами, качества консультативной помощи позволила установить, что в 17,94±1,53% консультации специалистов (пародонтологов, ортопедов-стоматологов, ортодонт) были показаны, но не проводились. Консультативная помощь обоснована и проведена 66,98±1,87% пациентов, то есть консультация соответствует установленному диагнозу и стандарту лечебного процесса.

Одним из показателей деятельности стоматологических учреждений является число посещений, сложившееся на одного больного при лечении каждой нозологической единицы заболевания. Оценка числа посещений при полно сформулированном диагнозе наиболее распространенных стоматологических заболеваний в основном не вызывает затруднений. Ориентирами при этом являются разработанные нами стандарты медицинской помощи больным с болезнями полости рта, слюнных желез и челюстей. Каждым пациентом, получившим лечение по поводу заболеваний органов полости рта, зубов и челюстно-лицевой области, в среднем сделано 2,28 посещения (2009 г.). Экспертная оценка, проведенная нами, числа посещений, сложившихся при лечении заболеваний органов полости, позволила установить, что число посещений в 60,95±1,94% случаев соответствует установленным стандартам. Число посещений превышает установленные стандарты в 26,98±1,77% случаев. «Домоклов меч» страховых медицинских организаций, регламентирующий кратность

посещений врачей-стоматологов, возымел свое воздействие, хотя это привело к утрате принципа оказания максимально возможной лечебно-профилактической помощи в одно посещение, что позволяет сократить число посещений. Вызывает беспокойство тот факт, что у каждого восьмого пациента невозможно оценить обоснованность числа посещений; причинами тому служат: прерывание лечения пациентами, нечеткость формулировки диагноза и другие причины.

Завершающим этапом медико-экономической экспертизы стоматологической помощи является оценка качества ведения медицинской карты стоматологического больного. Экспертная оценка, проведенная нами, позволила определить, что в 46,98±1,99% случаев наблюдается хорошее ведение медицинских карт, с отражением всех необходимых параметров, упомянутых выше. Удовлетворительное ведение с неполным отражением информации, нечеткой формулировкой диагноза, нечетким ведением записей в дневнике медицинской карты регистрируется в 27,94±1,79% случаев. Неудовлетворительное ведение медицинских карт отмечено в 25,08±1,73% случаев.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования свидетельствуют, что каждая четвертая медицинская карта может служить основанием для предъявления претензий страховой медицинской организацией. При экспертизе первичной медицинской документации особому контролю подлежит информация, отражающая:

- сбор информации о больном и его заболевании;
- обоснование и формулирование диагноза;
- проведенное лечение.

Эти действия являются основными элементами трудового процесса врача, его технологией.


В течение года происходит 2,28 посещений к различным специалистам-стоматологам: терапевту, хирургу, физиотерапевту; данный показатель в 2 раза выше рекомендуемого программой госгарантий. С целью обеспечения максимально возможной стоматологической помощи, оказываемой в одно посещение, руководителям территориального фонда ОМС и руководителям органов управления здравоохранением целесообразно провести коррекцию критериев медико-экономического контроля объемов и видов оказываемых стоматологических услуг по программе ОМС.

Результаты системного анализа экспертизы качества медицинской помощи позволяют выявить недостатки в лечебно-диагностическом процессе и наметить мероприятия по их снижению или устранению.

Результаты исследования свидетельствуют, что необходима реальная готовность использования результатов экспертизы, разработка мероприятий по устранению выявленных недостатков, что будет способствовать принятию управленческих решений, направленных на улучшение качества стоматологической помощи.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Бондаренко Н.Н. Независимый контроль как механизм развития стоматологической клиники // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии», посвященной 100-летию создания Саратовского одонтологического общества. - Саратов, 2005. - С. 215-217.
2. Бондаренко Н.Н. Механизм объективной оценки в системе управления качеством оказания стоматологических услуг: Автореф. дис. ... д.-ра мед. наук. Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава. - М.: 2007. - 48 с.
3. Бутова В.Г., Ковальский В.Л. и соавт. Экспертиза качества стоматологической помощи / Практическое руководство. - М.: Издательский дом «STBOOK», 2005. - 191 с.
4. Бутова В.Г., Зимина Э.В., Каплан М.З. Управление качеством стоматологической помощи / Моногр. - М.: Издат. дом «STBOOK», 2007. - 224 с.
5. Бутова В.Г. и соавт. Затраты на стоматологические услуги, оказываемые по программе обязательного медицинского страхования различным возрастно-половым группам населения // Экономист лечебного учреждения. - 2008. - № 8. - С. 52-60.
6. Леонтьев В.К. Государственный контроль в стоматологической практике / В.К.Леонтьев, Ю.М.Максимовский, В.Г.Бутова и соавт. - М.: Мед. кн., 2006. - 146 с.
7. Леонтьев В.К., Бутова В.Г., Каплан М.З. Административное и профессиональное управление в обеспечении эффективности качества и контроля стоматологической помощи. Научные труды научно-практ. конф. с межд. участием «Система менеджмента качества на службе здравоохранения», 22 марта 2007 г. - Курган. - 2007. - С. 58-60.




стоматология  
**МАКСИМЕД**  
клиника-студия

Наша лаборатория —  
залог Вашей успешной практики!

**Зуботехническая  
лаборатория**

**ГАРАНТИЯ  
НА ВЫПОЛНЕННЫЕ  
РАБОТЫ —  
2 ГОДА**



**металлокерамика**  
на основе титана,  
никелевых, кобальтовых  
и других сплавов

**бигельные протезы**  
любой сложности  
на титане,  
кобальто-хромовых  
и других сплавах

**безметалловая керамика**  
CAD/CAM технология  
конструкции из оксида  
циркония  
от одиночной коронки —  
до мостовидного протеза  
любой протяженности

**Адрес:**  
Санкт-Петербург,  
Басков переулок, 41/29  
(ст. м. "Пл. Восстания")

**тел.: +7 (812) 716-9727**  
**факс: +7 (812) 579-5621**  
[www.maximed.ru](http://www.maximed.ru)



# КАРИЕС ЗУБОВ У РАБОЧИХ-НЕФТЯНИКОВ СЕВЕРА ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

## Б.Н.Зырянов

• д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии последипломного образования, ОмГМА  
Адрес: 644043, г. Омск, ул. Ленина, 12  
Тел.: 8 (381-2) 24-34-71  
E-mail: stom-pdo@omsk-osma.ru

## Р.Г.Гамзатов

• врач-стоматолог, стоматологическое отделение МУЗ «Городская больница», г. Стрежевой, Томская область  
Адрес: 636782, г. Стрежевой, ул. Строителей, 1  
Тел.: 8 (382-59) 5-20-29  
E-mail: ramazangg@mail.ru

**Резюме.** Проведено клинико-эпидемиологическое стоматологическое обследование 406 рабочих-нефтяников на севере Томской области (в г. Стрежевом) в возрасте 20-59 лет. Анализ проведенного исследования показал крайне высокую распространённость и интенсивность кариеса зубов у нефтяников, рост поражения кариесом контактных поверхностей зубов у них. Уровень стоматологической помощи рабочим-нефтяникам с увеличением возраста оказался недостаточным. Результаты изучения стоматологической патологии и стоматологической помощи рабочим-нефтяникам на севере Томской области необходимо учитывать для совершенствования вторичной и разработке региональной первичной профилактики стоматологических заболеваний у них.

**Ключевые слова:** кариес зубов, Север, рабочие-нефтяники.

**Dental caries in oil industry workers-residents of Tomsk region north (Strezhevoy town)** (B.N.Zyryanov, R.G.Gamzatov).

**Summary.** Clinical and epidemiological dental examination of 406 (aged 20-59 years) oil industry workers-residents of Strezhevoy Town in Tomsk Region North was carried out. Extremely high caries prevalence and intensity and connecting face caries affection in oil industry workers were found. Dental health service for oil industry workers with age increase appeared to be insufficient. The study results of dental pathology and dental health service for oil industry workers – residents of Tomsk Region North are necessary to consider for the improvement of repeated and for development of initial prevention of dental diseases.

**Key words:** dental caries, North, oil industry workers.

## АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Освоение регионов Крайнего Севера предъявляет повышенные требования к организму пришлого человека. Это ведёт к снижению его защитных резервов, нарушению адаптации к суровым условиям Крайнего Севера, возникновению и росту заболеваний [6], в том числе и стоматологических [1, 2]. Встречается ряд исследований о влиянии производственных факторов на различные органы и ткани человека на Крайнем Севере [5, 7]. Однако в условиях Крайнего Севера имеются единичные исследования о состоянии зубочелюстной системы у рабочих промышленных предприятий [3]. Влияние производственных факторов, связанных с работой на буровых установках по добыче нефти в суровых условиях Севера, на состояние органов и тканей полости рта рабочих этих регионов практически не изучено.

## ■ Таблица 1

Индекс КПУ у рабочих буровых нефтяных установок на Севере Томской области (г. Стрежевой), М±т

Возраст	Возрастные группы (М±т; Р)			
	1 группа 20–29 лет	2 группа 30–39 лет	3 группа 40–49 лет	4 группа 50–59 лет
Индекс КПУ	11,00±0,45	14,15±0,52 P <sub>1</sub> < 0,001	16,96±0,65 P <sub>1</sub> < 0,001 P <sub>2</sub> < 0,001	19,22±0,63 P <sub>1</sub> < 0,001 P <sub>2</sub> < 0,001 P <sub>3</sub> < 0,001

**Примечание:** Р<sub>1</sub> – уровень значимости между 1 и 2 группами, 1 и 3 группами, 1 и 4 группами;  
Р<sub>2</sub> – уровень значимости между 2 и 3 группами, 2 и 4 группами; Р<sub>3</sub> – уровень значимости между 3 и 4 группами

**Целью** исследования явилось изучение кариеса зубов у рабочих буровых установок по добыче нефти, работающих на севере Томской области, в г. Стрежевом.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для выполнения цели исследования было обследовано 406 рабочих-нефтяников мужского пола, работающих на буровых установках по добыче нефти на севере Томской области, в г. Стрежевом, в возрасте от 20 до 59 лет. Все рабочие являлись приезжими из средней полосы России и имели производственный стаж на буровых от шести и более лет в г. Стрежевом. Профессиональной вредностью на этом производстве для рабочих являются стрессы, тяжёлая физическая нагрузка, высокое напряжение внимания, контакт с нефтью, работа на открытой местности. Неблагоприятными факторами Крайнего Севера являются длительное воздействие низких температур, их резкий перепад, тяжёлый аэродинамический режим, резкие перепады атмосферного давления, высокая магнитная активность, аперриодичность инсоляции. При обследовании рабочие-нефтяники были разделены на четыре возрастные группы согласно рекомендации ЦНИИС (Москва): 1 группа – 20-29 лет, 2 группа – 30-39 лет, 3 группа – 40-49 лет и 4 группа – 50-59 лет. Для выявления влияния вредного производства на развитие кариеса зубов в зависимости от стажа отдельно были выделены две группы в возрасте 35-44 года (согласно рекомендации ВОЗ): группа лиц с вредным производством при добыче нефти со стажем работы 10 лет и группа, не связанная с добычей нефти (группа сравнения): строители, водители автотранспорта и другие со стажем работы тоже 10 лет. Для обследования использовалась карта, разработанная ЦНИИС. При обследовании изучались показатели поражения зубов кариесом: распространённость и локализация кариеса, индексы КПУ, КПНУ. Определялся уровень стоматологической помощи по П.А.Леусу [4]. Материал обработан статистически.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ стоматологической патологии показал, что распространённость кариеса зубов во всех возрастных группах рабочих равна 100%. Интенсивность кариеса зубов у них (табл. 1) с увеличением возраста существенно растёт (p<0,05 - 0,001). Особое значение имеет оценка индекса КПНУ, которая позволяет точнее определить потребности в лечении и профилактике. Индекс КПНУ в возрастной группе 20-29 лет равен 13,00±0,62 и достигает максимума в самой старшей возрастной группе – 20,90±0,48.

Анализ отдельных показателей индекса КПУ в различных возрастных группах рабочих-нефтяников выявил рост индекса «К» от 4,28 в возрастной группе 20-20 лет до 6,40 в возрастной группе 50-59 лет (p<0,01), снижение индекса «П» от 5,70 до 4,74 (p<0,05) и увеличение индекса «У» от 1,02 до 8,08 (p<0,001) соответственно. Следовательно, с увеличением возраста у рабочих-нефтяников отмечался рост кариозных и удалённых зубов и снижение количества пломб. Уровень стоматологической помощи (УСП) рабочим-нефтяникам по П.А.Леусу [4], в целом, был удовлетворительный (67,6%). Однако в возрастной группе 50-59 лет УСП оказался недостаточным (47,8%).

При выявлении влияния у длительно работающих лиц (10 лет) на буровых установках при

добыче нефти профессиональных вредностей на поражение зубов кариесом у них, анализ индекса КПУ в возрасте 35-44 года показал следующее: в группе с вредным производством индекс КПУ был равен 18,02±0,78, а в группе без вредного производства (группа сравнения) индекс КПУ был значительно ниже – 14,90±0,59 (p<0,001). Индекс КПНУ у нефтяников-буровиков в возрасте 35-44 года при стаже работы 10 лет оказался равен 20,45±0,80, а в этой же возрастной группе без вредного производства с таким же стажем – 16,59±0,66 (p<0,001). Следовательно, этот факт свидетельствует о действии вредных факторов производства на рабочих-нефтяников и способствует росту кариеса зубов.

Во всех возрастных группах рабочих-нефтяников преобладает поражение кариесом контактных поверхностей – от 79,2% (в возрастной группе 20-29 лет) до 92,8% (в возрастной группе 50-59 лет), среди которых преобладает поражение кариесом дистальной поверхности. Зубы нижней челюсти у рабочих поражены кариесом чаще (в 2,2 раза), чем зубы верхних челюстей.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ поражения зубов кариесом у рабочих буровых установок по добыче нефти в Северном регионе Томской области (г. Стрежевой) показал, что характер производства неблагоприятно влияет на органы и ткани полости рта рабочих и вызывает высокое поражение зубов кариесом. При этом более значительно поражаются кариесом контактные поверхности зубов. Такие особенности стоматологической патологии вызваны факторами вредного производства и связаны с нарушением адаптации пришлых рабочих к неблагоприятным условиям Севера и характером производства в этих условиях. Удовлетворительный уровень оказания стоматологической помощи рабочим-нефтяникам требует дальнейшего совершенствования её организации.

Следовательно, результаты изучения стоматологической патологии и стоматологической помощи рабочим буровых установок по добыче нефти на севере Томской области необходимо учитывать для совершенствования вторичной и разработке региональной первичной профилактики кариеса зубов у этого контингента рабочих.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Зеновский В.П. Кариес зубов и его профилактика у коренного и приезжего населения Европейского Севера СССР: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.П.Зеновский. - М., 1985. - 28 с.
2. Зырянов Б.Н. Кариес зубов у коренного и пришлого населения Крайнего Севера Тюменской области, механизмы развития и профилактика: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Б.Н.Зырянов. - Омск, 1998. - 47 с.
3. Зырянов Б.Н. Воздействие факторов окружающей среды и условий труда на состояние органов и тканей полости рта у рабочих рыбоконсервного комбината г. Салехарда / Б.Н.Зырянов, Ю.С.Гусев // Социально-гигиенические проблемы охраны здоровья рабочих промышленных предприятий: Тез. докл. Всесоюз. науч. конф. - Новосибирск, 1985. - Т. 1, ч. 1. - С. 93-94.
4. Леус П.А. Профилактика стоматологических заболеваний: Справочно-метод. материалы для врачей-стоматологов и студ. стом. факультетов / П.А.Леус. - Ереван, 1989. - 46 с.
5. Олещенко А.М. Заболеваемость строителей, осваивающих газоконденсатные месторождения севера Тюменской области / А.М.Олещенко // Проблемы охраны здоровья и социальные аспекты освоения газовых и нефтяных месторождений в Арктических регионах. Международная медицинская конференция. - Надым. Россия. 1993. - С. 73.
6. Хаснулин В.И. Введение в полярную стоматологию / В.И.Хаснулин. - Новосибирск, 1998. - 337 с.
7. Dolgintsev V.L. Specific aspects of propagation of risk factors among geologists working Arctic zone of Tyumen region / V.L.Dolgintsev, N.A.Ganzha // Problems of health precaution and social aspects to be taken into consideration, when developing the gas and oil fields, found in Arctic regions. Second International Scientific Practical Conference. - Nadym, Russia, 1995. - Р. 41.

«Институт Стоматологии.  
Газета для профессионалов»  
№6(25), декабрь 2011 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. **Мичедлидзе 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

**Иванов С.Ю.**  
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. РТ, 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. Эксплуативные материалы  
газеты являются собственностью ООО «МЕДИ издательство»



## ПРИОМЕД

система дентальной имплантации Straumann

Официальный субдистрибьютор  
"Straumann AG" (Швейцария) по  
Санкт-Петербургу и Северо-Западному  
федеральному округу.

"Straumann AG" - мировой лидер в  
области дентальной имплантации,  
специализирующийся на разработке  
прогрессивных технологий в области  
стоматологической реконструктивной  
хирургии и имплантологии.



ПРОФЕССИОНАЛЫ  
ВЫБИРАЮТ



Мы предлагаем нашим партнерам:

- наличие полного ассортимента продукции **Straumann** на складе в Санкт-Петербурге
- бесплатную доставку продукции в течение одного рабочего дня
- гибкую систему скидок

Приглашаем врачей-имплантологов и ортопедов на бесплатные семинары по системе дентальных имплантатов Straumann

ООО "ПриОМед"  
195176, Санкт-Петербург, пр. Металлистов, 58  
тел.: +7 (812) 325-06-75, +7 (981) 793-02-50  
www.priomed.ru e-mail: priomed@priomed.ru



10 лет  
успешной работы!

ЗУБОТЕХНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

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

### Все виды зуботехнических конструкций:

- металлокерамика
- безметалловая керамика (вкладки, коронки, виниры, УЛЬТРАНИРЫ)
- конструкции любой протяженности и сложности из диоксида циркония (ZirkonZahn), в том числе Prettay Zirkon ("цельный" циркон)
- съемные протезы (пластиночные, бюгельные, гибкие)
- комбинированные конструкции любой сложности

### CAD/CAM конструкции (Procera®):

- виниры, коронки, мостовидные протезы из оксида алюминия и диоксида циркония
- балочные конструкции из титана
- индивидуальные абатменты из титана и диоксида циркония на различные системы дентальных имплантатов (NOBEL, Astra Tech, Camlog, Branemark System, Straumann, Bmk System, hex)

### CAD/CAM конструкции LAVA® (3M ESPE)

- из диоксида циркония:
- коронки, мостовидные протезы, мосты Мериленд
- первичные телескопические коронки
- индивидуальные абатменты

### Услуги CAD Центра

для зуботехнических лабораторий

- система сканирования и компьютерного моделирования Procera® Forte (Nobel Biocare)
- система сканирования и компьютерного моделирования LAVA® Scan ST (3M ESPE)

Специальное предложение для новых клиентов!\*

\*подробности акции Вы можете узнать у администраторов центра



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ  
ИНСТИТУТ  
СТОМАТОЛОГИИ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

## ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ И ПЕРЕПОДГОТОВКА СТОМАТОЛОГОВ БЕЗ ОТРЫВА ОТ ПРАКТИКИ



ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ГРАФИК ОБУЧЕНИЯ  
ФАНТОМНЫЙ КЛАСС  
ДИПЛОМ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗЦА

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ  
ИНСТИТУТ  
СТОМАТОЛОГИИ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

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
Обработка корневых каналов инструментами PRO TAPER	11 января	9000
Синус-лифтинг	11 – 12 января	18000
Бюгельные протезы с использованием замковых и фрезерных конструкций (для стоматологов-ортопедов)	11 – 13 января	22000
Пломбирование корневых каналов с использованием разогретой гуттаперчи	12 января	9000
КТ и МРТ в стоматологии	13 января	5000
Повторное лечение корневых каналов	13 января	9000
Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим пациенткам	13 января	5000
Ретенционные аппараты и ретенционный период ортодонтического лечения	16 января	8000
Безметалловые конструкции зубных протезов при нарушении эстетики, дефектах твердых тканей зубов и зубных рядов (вкладки, виниры, коронки, мостовидные протезы) для стоматологов-ортопедов	16 – 19 января	32000
Зубная имплантология (базовый курс)	16 января	20000
Эффективные технологии эндодонтического лечения, гарантирующие успех. Как быстро овладеть и избежать ошибок	16 – 18 января	23000
Радикальная безопасность и противорадиационная защита персонала и пациентов	16 – 17 января	10000
Особенности ортодонтического лечения пациентов с патологией пародонта	17 января	8000
Цифровая и пленочная рентгенография в современной стоматологии	18 – 20 января	15000
Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц	18 января	8000
Неотложная помощь при критических состояниях у пациентов в амбулаторной стоматологической практике	19 января	5000
Амбулаторная хирургическая стоматология в повседневной практике	19 – 20 января	12000
Реставрация зубов с использованием современных пломбировочных материалов	19 – 20 января	15000
Классические и современные съемные ортодонтические аппараты	19 января	8000
Особенности исправления зубочелюстных аномалий с использованием внутриоральных (лингвальных) аппаратов	20 января	8000
Цифровая рентгенография в практической стоматологии	20 января	9000
Применение остеопатических принципов в комплексном лечении больных с зубочелюстными аномалиями	20 января	5000
Эндодонтия для начинающих	23 января	7000
Современные методы комплексного лечения заболеваний тканей пародонта	23 – 26 января	25000
Протезирование культевыми штифтовыми вкладками (коронками) (для стоматологов-ортопедов)	23 января	10000
Современная эндодонтия в четыре руки	24 января	7000
Современные технологии отбеливания зубов	24 января	10000
Восстановление дефектов твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов металлокерамическими зубными протезами (для стоматологов-ортопедов)	24 – 27 января	32000
Применение коффердама в терапевтической стоматологии	25 января	8000
Современные волоконные адгезивные системы в комплексном лечении заболеваний пародонта и эстетической коррекции зубов	26 января	10000
Методы активной продажи стоматологических услуг (для руководителей и врачей клиники)	26 – 27 января	10500
Неотложная помощь при критических состояниях у пациентов в амбулаторной стоматологической практике	27 января	5000
Прямое восстановление передней группы зубов композиционными материалами с применением красок	27 января	9000
Современные технологии и материалы в практике детского стоматолога	30 – 31 января	18000

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

www.instom.ru

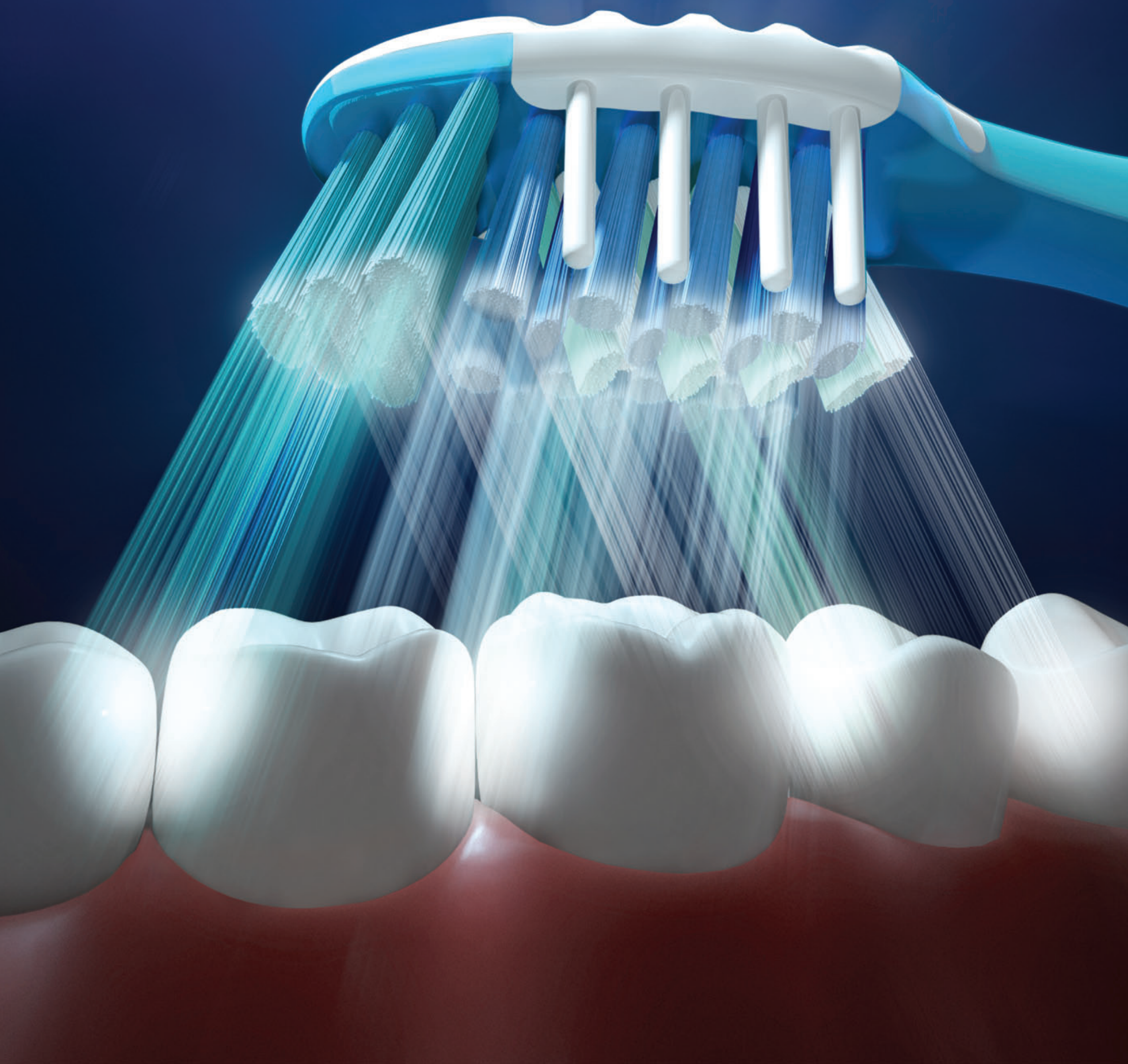
(812) 324-0054; 8 (800) 333-0054

www.instom.ru



Зубному налету теперь...

# Нигде не скраться



## Щетинки CrissCross, расположенные точно под углом 16°

- Проникают на 31 % глубже в межзубные пространства\*<sup>1</sup>
- Устраняют до 99% зубного налета в области межзубных пространств<sup>1</sup>
- Способствуют достоверному снижению симптомов гингивита после 4 недель применения<sup>1</sup>



## PRO·EXPERT®

**P&G Oral Health**

\* по сравнению со стандартной щеткой с плоской подстрижкой щетины.  
Ссылка: 1. Материалы предоставлены компанией Procter & Gamble.  
© 2009 P&G P10823