

Стоматологический научно-образовательный журнал

#1/2 2019



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

В НОМЕРЕ:

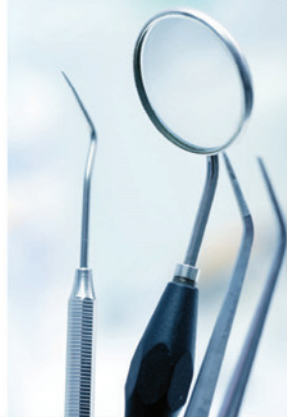
Юбилей Стомата – 60 лет родному
Стоматологическому факультету
Первого Меда!

Закономерности регенерации
костной ткани

Комплексное исследование
гигиены рта у пациентов
с несъемной ортодонтической
аппаратурой

Опыт применения адгезивного
десневого бальзама для десен
при лечении пародонтита у лиц
с сахарным диабетом 2 типа

8-й Студенческий Чемпионат
профессионального мастерства
в номинации «Профилактическая
стоматология»





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

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

Авторам: требования к публикациям

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

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

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

Редакция журнала не несет ответственности за недостоверные данные в статьях.

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

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

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

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

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

«Стоматологический
научно-образовательный журнал»
№1/2-2019

Тираж:

3 000 экземпляров

Периодичность:

4 номера в год

Распространение:

по подписке по всей России.

Учредитель:

Стоматологический факультет
СПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова.
Свидетельство о регистрации
ПИ №ФС 77-51560 от 26.10.2012

Редакционный Совет:

Главный редактор –
проф. А.И. Яременко
Зам. главного редактора –
проф. С.Б. Улитовский

Редакционная коллегия:

Prof. R.V. Oppermann (Бразилия);
Prof. P. Preshaw (Великобритания);
Prof. J. Urena (Мексика);
Prof. P. Weigl (Германия);
Проф. РК. Алиева (Азербайджан);
Проф. ТК. Сулиев (Казахстан)
Проф. И.Н. Антонова (С.-Петербург)
Проф. А.В. Васильев (С.-Петербург);
Проф. И.А. Горбачева (С.-Петербург)
Проф. Л.А. Ермолаева (С.-Петербург)
Проф. Л.Е. Леонова (Пермь)
Проф. А.В. Митронин (Москва)
Проф. каф. Л.М. Мишнев (С.-Петербург)
Проф. А.К. Иорданишвили (С.-Петербург)
Проф. Л.Ю. Орехова (С.-Петербург)
Проф. Т.Б. Ткаченко (С.-Петербург)
Проф. В.Н. Трезубов (С.-Петербург)
Проф. Д.А. Трунин (Самара)
Проф. С.Б. Улитовский (С.-Петербург)
Проф. А.И. Яременко (С.-Петербург)

Главный редактор:

Яременко И.А.

Адрес редакции:

197022, Санкт-Петербург,
ул. Л. Толстого, 6-8

Статьи, публикуемые в «Стоматологическом
научно-образовательном журнале»,
проходят рецензирование.
За все данные в статьях и информацию
по новым медицинским технологиям
ответственность несут авторы публикаций
и соответствующие медицинские организации.

Перепечатка текстов и фотографий
без письменного разрешения запрещена.
При цитировании ссылка на журнал
обязательна.

Все рекламируемые товары и услуги имеют
необходимые лицензии и сертификаты,
редакция не несет ответственности
за достоверность информации,
опубликованной в рекламе.

Мнение редакции может не совпадать
с точкой зрения авторов статей.

ЮБИЛЕЙ

**Юбилей Стомата – 60 лет родному
Стоматологическому факультету
Первого Меда!** 2

ФУНДАМЕНТАЛ

**А.К. Иорданишвили,
М.И. Музыкин, В.С. Солдатов**
Закономерности регенерации
костной ткани 21

ИНДЕКС

А.К. Иорданишвили
Новые методики оценки тяжести течения
и эффективности лечения гиперестезии
зубов 30

ИССЛЕДОВАНИЕ

С.Б. Улитовский, А.В. Шевцов
Комплексное исследование гигиены рта
у пациентов с несъемной ортодонтической
аппаратурой 34

С.Б. Улитовский, А.В. Шевцов
Основные вопросы профилактики кариеса
у пациентов с несъемными ортодонтическими
аппаратами 39

Е.В. Кевлова, В.В. Зайцев, А.К. Иорданишвили
Стоматологическое здоровье сотрудников
органов внутренних дел и пути
его сохранения 44

ПРОФИЛАКТИКА

**М.А. Зуйкова, А.К. Иорданишвили,
Е.А. Хромова, Н.А. Удальцова, О.В. Присяжнюк**
Опыт применения адгезивного десневого
бальзама для десен при лечении пародонтита
у лиц с сахарным диабетом 2 типа 52

С.Б. Улитовский, Е.С. Алексеева, А.А. Васянина
Изучение основных свойств средств
гигиены рта 58

СОБЫТИЯ

С.Б. Улитовский
Четырнадцать лет в строю –
Февральские встречи в Петербурге 64

С.Б. Улитовский, А.В. Шевцов
8-й Студенческий Чемпионат
профессионального мастерства в номинации
«Профилактическая стоматология» 69

Юбилей Стомата – 60 лет родному Стоматологическому факультету Первого Меда

Профессор Антонова И. Н.

зав. кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний*,
директор НИИС и ЧЛХ**,

профессор Васильев С. В.

зав. кафедрой хирургических болезней стомат. ф-та с курсом проктологии*,

профессор Горбачева И. А.

зав. кафедрой внутренних болезней стомат. ф-та*,

профессор Орехова Л. Ю.

зав. кафедрой стоматологии терапевтической и пародонтологии*,

профессор Ткаченко Т. Б.

зав. кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии,
декан стоматологического факультета*,

профессор Трезубов В. Н.

зав. кафедрой стоматологии ортопедической и материаловедения с курсом ортодонтии*,

профессор Улитовский С. Б.

зав. кафедрой стоматологии профилактической,
зам. директора по научной работе НИИС и ЧЛХ**,

профессор Яременко А. И.

зав. кафедрой стоматологии хирургической и ЧЛХ,
проректор по учебной работе*

* ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика И. П. Павлова МЗ РФ

** Научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова

2

История стоматологии в России неразрывно связана с Петроградом – Ленинградом – Санкт-Петербургом. Первые зубные врачи появились в Петербурге, первая школа зубопротезирования появилась в Петербурге, один из первых стоматологических институтов в СССР появился в Ленинграде, один из крупнейших стоматологических факультетов в СССР с всероссийским распределением выпускников появился в Ленинграде.

В 1899 году в Женском медицинском институте (в будущем ЛМИ) была создана первая кафедра одонтологии (стоматологии) в России, которую возглавил первый профессор-стоматолог России Александр Карлович Лимберг. В 1886 году он зачисляется на службу в Императорское человеколюбивое общество. В мае 1891 г. защищает диссертацию на степень доктора медицины: «Современная профилактика и терапия кариеса зубов». Огромная заслуга А.К. Лимберга заключается в том, что ему удалось обосновать

необходимость высшего медицинского образования для зубных врачей и добиться положительного решения в министерстве народного просвещения. С этого времени повысился уровень практической подготовки зубных врачей, и проблемы одонтологии получили достойное научное развитие. Сегодня стоматологический факультет 1-го ЛОТКЗМИ им. акад. И.П. Павлова (1-го Ленинградского Ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени академика И.П. Павлова), теперь Первого

Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова отмечает свой юбилей – 60 лет в строю.

60 лет свершений

60 лет работы на благо Отечества

60 лет воспитания молодых специалистов

60 лет лечения больных

60 лет участия в профессиональной жизни города и ленинградской области

60 лет активного участия в профессиональной работе страны

60 лет совершенствования стоматологической помощи в стране и мире

60 лет подготовки профессиональных кадров

60 лет исследований и научных открытий

60 лет международных связей

60 лет научных изысканий и тысячи публикаций, диссертаций, научных работ, книг, монографий и учебников

60 лет на службе Отечеству

Всё для тебя Страна!

Это те вехи, которые прошел стоматологический факультет за годы своего существования.

История создания факультета

Стоматологический факультет был открыт 2 июня 1959 года на базе ЛМИ им. акад. И.П. Павлова. И уже 1 сентября 1960 года начали свою работу кафедры ортопедической и терапевтической стоматологии. Первым деканом факультета стал доцент Балащенко, которого в 1960 году сменил видный ученый и общественный деятель – профессор кафедры хирургической стоматологии Л.Р. Балон. В настоящее время на факультете обучается около 2 тыс. студентов. Учебный процесс осуществляют 16 профессоров, 47 доцентов, 82 ассистента и учебно-вспомогательный персонал.

Направления обучения

Основной целью деятельности стоматологического факультета ПСПбГМУ является подготовка врачей-стоматологов общей практики в полном соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта (ГОС) высшего образования по специальности «Стоматология».

В соответствии с Уставом ПСПбГМУ управление качеством подготовки специалистов

стоматологов осуществляют следующие структуры:

— Методический совет Университета;

— Предметные цикловые учебно-методические комиссии (ЦМК);

— Ученый Совет факультета;

— Деканат стоматологического факультета.

Методический совет совместно с ЦМК и деканатом стоматологического факультета осуществляет работу, направленную на постоянное совершенствование и координацию учебно-методической работы кафедр факультета и связанных с ними подразделений Университета.

Общее руководство факультетом осуществляет выборный представительный орган Ученый совет факультета, а непосредственное управление деятельностью и вопросами организации и управления учебного процесса — декан, избираемый по конкурсу. В деятельности деканата следует выделить несколько основных направлений: оптимизации учебной и учебно-методической работы, воспитательная работа со студентами, работа по внедрению современных средств обучения, обобщение и анализ отчетной документации кафедр факультета. В структуре управления деканата – два заместителя декана факультета по курсам и один – по вопросам производственной практики.

Соответствие учебного плана стоматологического факультета ПСПбГМУ ГОСу касается и сроков подготовки, и структуры учебного плана, и объемов часов по всем соответствующим блокам дисциплин.

Подготовка врача-стоматолога общей практики проводится в два этапа:

доклиническая подготовка, которая проводится на первом и втором курсах, и клиническая, проводимая на 3, 4 и 5 курсах. В состав стоматологического факультета входят кафедры:

- пропедевтики стоматологических заболеваний;
- стоматологии профилактической;
- стоматологии терапевтической и пародонтологии;
- стоматологии ортопедической и материаловедения с курсом ортодонтии;
- стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии;

- стоматологии детского возраста и ортодонтии;
- хирургических болезней стоматологического факультета с курсом колопроктологии;
- внутренних болезней стоматологического факультета.

Процесс обучения строится на принципах преемственности и на каждом уровне последовательно моделируется форма деятельности студентов, приближенная к профессиональной деятельности врача. На первом этапе студенты знакомятся с работой врача-стоматолога и осваивают основы специальности на муляжах, фантомах и симуляторах. На втором этапе происходит постепенное освоение мануальных навыков, участие в самостоятельном клиническом приеме под контролем преподавателей.

На кафедрах имеется необходимый комплекс учебных помещений, учебно-научных лабораторий, демонстрационных залов и классов, что позволяет осуществлять учебный процесс в соответствии с учебным планом, типовыми и рабочими программами. Студенты через Интернет имеют доступ к сайту университета и кафедр, где они знакомятся с методическими материалами и справочной информацией по дисциплине обучаемой на кафедре.

Практические занятия проводятся как на собственной клинической базе Университета, так и на базах городских стоматологических ЛПУ (стоматологические поликлиники №1, 20, 23, 30, 32), НУЗ «Дорожная клиническая поликлиника ОАО РЖД», Городская больница №2, Клиническая больница им. святителя Луки. Студенты факультета проходят обучение более чем на 40 клинических базах. Ежегодно заключаются договоры с Комитетами по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга, и Ленинградской области, другими регионами РФ о закреплении за ПСПбГМУ баз практики. Специальность обеспечена базами для проведения всех видов практик, предусмотренных государственным образовательным стандартом и учебными планами. На стоматологическом факультете одним из важнейших направлений работы является контроль за качеством обучения студентов. На факуль-

тете используются все принятые в высшей школе формы контроля: базовый, текущий, рубежный, зачет, экзамен, итоговая государственная аттестация.

В Университете создан Научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (НИИС и ЧЛХ), в составе которого входят научный отдел современных стоматологических технологий, отдел профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний, включающий клинику стоматологии; отдел челюстно-лицевой хирургии. Это позволяет студентам факультета участвовать в научно-исследовательской работе совместно с сотрудниками НИИ. Также на базе НИИ проводится научная практика студентов.

Вместе со студентами факультета в научно-исследовательской работе (НИР) участвуют не только профессорско-преподавательский состав, но и врачи клиник Университета. НИР студентов выполняется в содружестве с сотрудниками других учреждений и организацией, такими как: Институт мозга человека РАН, Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, Институт цитологии РАН, Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН, Санкт-Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова РАН, НИИ гриппа РАМН, НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН, НИИ неврологии РАН, НИИ токсикологии МЗ РФ, Государственный оптический институт им. С.И. Вавилова, Санкт-Петербургский государственный университет информационных технологий, механики и оптики, СПбХФА, СПб Институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН; СПб ГТИ (Технический Университет); Институт этнографии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН; и другие.

В ПСПбГМУ практикуются традиционные формы распределения выпускников стоматологического факультета. Распределению предшествует большая совместная работа на стоматологическом факультете и факультете последиplomного образования. Большинство выпускников трудоустроивается в соответствии с целевыми договорами с ЛПУ г. Санкт-Петербурга и областей Северо-Западного федерального округа.

История кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии

История кафедры началась в 1973 году, когда профессор Владимир Арсеньевич Дунаевский создал курс стоматологии детского возраста. Возглавила курс доцент Лидия Михайловна Клячкина. Совместно с сотрудниками смежных кафедр стоматологического факультета Л.А.Беляевской, Р.К.Колтуном, И.Н.Виноградовой, Н.А.Яговой, а также с талантливой молодежью - Н.М.Букреевой и Н.М.Шулькиной, курс стал быстро развиваться, завоевывать авторитет и в 1976 году превратился в самостоятельную кафедру. В 1977 году на должность заведующего кафедрой был избран профессор Михаил Михайлович Соловьев. Одновременно с ним на кафедру пришли Т.М. Алехова и Г.А.Хацкевич. За 10-летний период руководства кафедрой профессор М.М.Соловьев содействовал росту авторитета кафедры, сделав ее одной из ведущих в России и в Советском Союзе. С удивительным трудолюбием и склонностью к персонификации профессор М.М.Соловьев вносил новаторские предложения в классификацию одонтогенных воспалительных заболеваний, в классификацию по системе TNM для злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта. Совместно с профессорами А.В.Вальдманом и Ю.Д.Игнатовым были заложены основы математического моделирования и прогнозирования поведения ребенка в стрессогенной ситуации на приеме у стоматолога. Этот пласт исследований, включающий нейрофармакологическую коррекцию в зависимости от возраста и отношения ребенка к лечению, до сих пор является востребованным. (Г.А.Хацкевич, Е.Г.Киселева, А.М.Свищев, Н.А.Запольская, Н.А.Савушкина и др.). В ортодонтии в те годы использовались традиционные методы коррекции зубочелюстных аномалий, требующие длительного многолетнего лечения. Для ускорения результатов были разработаны и внедрены в практику электронные тренажеры для миогимнастики с элементами адаптивного биоуправления (С.И.Виноградов). В 1987 году профессор Соловьев М.М. был отозван в Москву, где он возглавил Центральный научно-исследовательский инсти-

тут стоматологии. Обязанности заведующего кафедрой были возложены на доцента, а впоследствии профессора Г.А.Хацкевича. За это время на кафедре были разработаны три пятичасовые программы по стоматологии для школьников 1-го, 2-го и 3-го классов, включенные по заданию МЗ РФ в предмет – Валеология. Сразу было выделено несколько направлений деятельности: в области профилактики в детской стоматологии реализовывались проекты пропаганды гигиенических знаний; системной и местной фтор-профилактики; ранней герметизации фиссур постоянных зубов (О.Л.Котюрова, Л.Е. Кузнецова). Был приобретен значительный опыт по эндогенной профилактике кариеса зубов у детей применением кальций содержащих препаратов (Н.А.Савушкина, И.В.Кабиясова). В научных исследованиях по этому разделу акцент делался на особенности анатомических структур корневого канала временных и постоянных зубов, находящегося в стадии резорбции, либо формирования. Влияние различных лекарственных средств на формирование верхушки корня зуба (апексификация, апексогенез) тщательно изучается (А.М.Соловьева, У.В.Афанасьева). Повышению эффективности внутриканальной эндодонтической терапии лекарственными препаратами было посвящено исследование М.В.Маслова.

Еще одним не менее важным направлением было изучение связи заболеваний зубов, тканей и органов полости рта с другими общесоматическими заболеваниями: гиповитаминозами, болезнями крови, желудочно-кишечными проблемами и др. Примером является изучение состояния слизистой оболочки полости рта и пародонта при муковисцидозе, при хламидийной инфекции (Т.А.Кячина, Н.А.Савушкина, Л.А.Жукова). Кроме того, коллектив кафедры всегда удерживал передовые рубежи в области ортодонтического лечения маленьких пациентов, а также комплексного ведения их совместно с челюстно-лицевыми хирургами. Прорывом в современную ортодонтию, наряду с принципиально новыми подходами к диагностике зубочелюстных аномалий (морфометрия, телерентгенография) и планиро-

вание лечения (компьютерное моделирование), стало в свое время использование брэккет-системы, миниимплантатов, LM-активаторов, что вполне было сопоставимое по своим результатам с достижениями профессора Илизарова. (Н.М.Шулькина, С.И.Виноградов, К.А.Кутергина, К.Пономарева, Ю.Хамуш, Р.И.Ерохова, С.Б.Блум, Р.А.Фадеев, Г.А.Хацкевич, М.Цыплакова и др.)

С 01.06.2017 года и по настоящее время кафедре возглавляет профессор Татьяна Борисовна Ткаченко – декан стоматологического факультета. В связи с реорганизацией кафедры преобразована в кафедру стоматологии детского возраста и ортодонтии. На кафедре 1 профессор, 10 доцентов и 18 ассистентов. Основной идеей развития направления на кафедре является междисциплинарный консилиумный подход к пациентам детского возраста, что и реализуется на клиническом кафедральном отделении детской стоматологии (заведующая отделением - доцент Зубкова Н.В.) НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. Та же концепция находит отражение и во взаимодействии с клиническими базами кафедры: СПбГБУЗ СПН№15; СПбГБУЗ СПН№29; СПбГБУЗ СПН№32; СПбГБУЗ СПН№28; СПбГБУЗ СПН№38; СПбГБУЗ ГДСП №6; СПбГБУЗ «Детская областная клиническая больница»; ФГБУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И.Турнера» МЗ РФ; Стоматологическая клиника «Атмосфера улыбки».

Кафедра продолжает традицию в курации детей с врожденными аномалиями головы и шеи (доцент Ю.В.Степанова), а также их дальнейшей ортодонтической реабилитации пациентов с расщелиной губы и неба (ассистент М.Б.Трушко). Современная ортодонтическая практика предполагает четкую структуру прогнозирования и поэтапной проверки производимого комплексного лечения, в связи с чем сотрудники кафедры (Зубкова Н.В., Маслов М.В.) развивают компьютерное моделирование с использованием результатов КЛКТ, фотопротоколов и 3D сканирования. На отделении практикуется совместная работа детских стоматологов, ортодонтов, ЛОР-врачей, остеопатов, логопедов, психо-

логов и специалистов по нейромышечной стоматологии. Возобновлены консультативные приемы сложных стоматологических пациентов города и области профессорско-преподавательским составом кафедры (Н.В. Зубкова, Т.А.Кячина, Н.А.Савушкина, Ю.В.Степанова). На плечи кафедральных специалистов ложится и экспертиза спорных клинических ситуаций (Т.Б.Ткаченко, Н.В.Зубкова, Я.Ю.Седнева, Н.Ю.Шевелева, Н.А.Корень). Результаты практической и научной деятельности ежегодно докладываются на учредительной кафедрой международной научно-практической конференции «Современная детская стоматология и ортодонтия». За годы существования кафедры сделано более 285 публикаций, 491 научных докладов, защищено 2 докторские, 18 кандидатских диссертаций, издано 24 методических и учебных пособия и получено 22 авторских свидетельства на изобретения и несколько патентов.

Кафедра ортопедической стоматологии и материаловедения с курсом ортодонтии взрослых

Начала функционировать 01.09.1960 г. Основателем являлся профессор Иосиф Соломонович Рубинов, который заведовал ею до 1967. На кафедре было 8 преподавателей. Защищено 16 кандидатских диссертаций. Вышли в свет монографии "Физиология и патофизиология жевания и глотания" (1958); "Физиологические основы стоматологии" (1965). Научные направления: физиология в стоматологии, материаловедение. Получено 5 авторских свидетельств на удостоверения. С 1967 по 1989 года кафедрой заведовал профессор Леонид Матвеевич Перзашкевич. Он был кавалером Ордена Боевого Красного Знамени, двух орденов "Красная звезда", двух орденов Отечественной войны (I и II степени), награжден медалью "За боевые заслуги", "За оборону Ленинграда" и многими другими медалями. Опубликованы две его монографии "Шинирование при пародонтозе" и "Опирающиеся зубные протезы". Получено 15 авторских свидетельств на изобретения. Защищено 30 кандидатских диссертаций. Научные направления: физиология в стоматологии, материаловедение.

С 1989 года по настоящее время кафедрой заведует профессор Владимир Николаевич Трезубов. На кафедре в эти годы работало от 27 до 19 преподавателей одновременно. Вышли в свет свыше 30 учебных пособий, в том числе "Ортодонтия", "Планирование и прогнозирование лечения больных с зубочелюстными аномалиями", "Предварительное лечение больных перед протезированием", "Ортопедическое лечение с применением металлокерамических зубных протезов", "Предварительное зубное протезирование". За эти годы выпущено 5 учебников (27 изданий!) по всем уровням специальности (пропедевтическому, факультетскому, госпитальному), удостоенных дипломов Всероссийских и региональных конкурсов и большой золотой медали ВВЦ-ВДНХ. Было выпущено 6 справочников, 4 издания словаря, энциклопедия ортопедической стоматологии. Научные направления: изучение функционального состояния организма пациентов; особенности непосредственного протезирования; планирование и прогнозирование аппаратурно-хирургического исправления зубочелюстных аномалий, имплантационное протезирование, прикладное материаловедение, оценка качества стоматологической диагностики и лечения. Получено 45 авторских свидетельств и патентов на изобретения, полезные модели и государственную регистрацию новых компьютерных программ, 11 дипломов за научные открытия. Государство отметило заслуги кафедры почетными званиями "Заслуженный деятель науки России" (2003), "Заслуженный работник высшей школы России" (2017), медалью Ордена "За заслуги перед Отечеством". Сотрудники кафедры удостоены также званий лауреатов премии Правительства России в области образования (В.Н. Трезубов, 2016) и науки и техники (В.Н. Трезубов, Е.А. Бульчева, 2018), орденами, медалями и почетными знаками РАЕН, орденами "За заслуги перед стоматологией" (4 человека), почетным званием "Заслуженный Стоматолог" (2 человека). За период с 1989 года по настоящее время было защищено 10 докторских и 46 кандидатских диссертаций. На кафедре произошло становление профессоров Л.М. Пер-

зашкевича, В.Н. Трезубова, И.С. Рубинова, Б.К. Костур, Л.М. Мишнева, А.П. Боброва, М.Ф. Сухарева, С.Б. Фищева, Р.А. Фадеева, Е.А. Бульчевой, что ознаменовало собой становление Санкт-Петербургской научной школы ортопедической стоматологии, закладки которой начали профессор А.Я. Катц, И.С. Рубинов, Л.М. Перзашкевич, М.З. Штейнгарт, а оформил и завершил профессор В.Н. Трезубов.

История кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии

Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова – это кафедра с полувековой историей, сложившимися традициями, выдающимися профессиональными достижениями и большим творческим потенциалом.

Кафедра терапевтической стоматологии была образована в 1960 году, одновременно с образованием стоматологического факультета в Первом Ленинградском медицинском институте. Возглавляли кафедру известные деятели стоматологии, профессора В.М. Уваров, В.И. Лукьяненко, Т.Ф. Стрелюхина, В.И. Калинин. С 1960 по 1971 гг. Владимир Михайлович Уваров был избран первым заведующим кафедрой терапевтической стоматологии. В 1916 г. Владимир Михайлович окончил медицинский факультет Московского университета, был направлен действующую армию и до 1918 года служил полковым врачом, затем работал ассистентом хирургической клиники Крымского университета им. Фрунзе. С 1924 по 1940 гг. работал старшим ассистентом на кафедре стоматологии 1 Ленинградского медицинского института им. И.П. Павлова.

Многочисленные клинические и экспериментальные исследования Владимира Михайловича по одонтогенной инфекции легли в основу его докторской диссертации «Кровоснабжение челюстей и типы некрозов при одонтогенном остеомиелите». Фотографии и рисунки этой работы используются в различных современных учебниках по хирургической стоматологии.

В 1940 г. Владимир Михайлович был назначен начальником кафедры челюстно-лице-

вой хирургии и стоматологии Военно-морской медицинской академии. Являясь главным стоматологом Военно-Морского Флота на протяжении 15 лет Владимир Михайлович создает стройную лечебно-эвакуационную систему помощи стоматологическим больным и челюстно-лицевым раненым с учетом особенностей боевых действий флота. Эта система оправдала себя в период Великой Отечественной войны.

Владимир Михайлович обеспечил высокий уровень учебно-методической деятельности кафедры, определил направление научных исследований с общебиологических и современных клинических позиций, уделил большое внимание на взаимосвязь заболеваний органов полости рта, состояния организма и общих заболеваний. Профессор Уваров В.М. активно разрабатывал новые методики лечения пульпита и верхушечного периодонтита, исследовал хронические заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и языка, изменения органов и тканей полости рта при заболеваниях крови.

Вновь созданная кафедра терапевтической стоматологии 1 Ленинградского медицинского института на протяжении 10 лет работы под руководством Владимира Михайловича Уварова по всем показателям занимала одно из ведущих мест среди кафедр стоматологического факультета и всем преподавателям за этот период была присвоена ученая степень кандидата медицинских наук. За этот период были подготовлены к изданию монографии «Одонтогенные гаймориты» (1962), «Одонтогенные воспалительные процессы» (1962 и 1971), «Изменения органов полости рта при болезни крови» (1975). Под руководством Владимира Михайловича успешно защищено 13 кандидатских диссертаций на различные темы терапевтической стоматологии.

Как один из основоположников советской стоматологии и создатель собственного научного направления, особенно в области одонтогенной инфекции и в военно-полевой челюстно-лицевой травматологии, проф. Уваров по праву признан крупным ученым, внесшим большой вклад в советскую стоматологическую науку. За безупреч-

ную творческую деятельность и за самоотверженную работу в период военной службы, особенно в годы Великой Отечественной войны проф. Уваров В.М. награжден орденом Трудового Красного Знамени, орденом Красной Звезды, 12-ю медалями, значком «Отличнику здравоохранения».

С 1971-1982 год кафедрой руководил профессор, д.м.н. Владимир Исидорович Лукьяненко.

В годы войны В.И. Лукьяненко был начальником зубохирургического отделения, а затем старшим врачом 145-го авиационного истребительного полка, воевавшего на разных фронтах. В 1946 г. в Риге он экстерном окончил стоматологическое отделение медицинского факультета Латвийского университета. В 1956 г. Владимир Исидорович защитил кандидатскую диссертацию «Оперативное лечение переломов нижней челюсти». В 1969 году Лукьяненко В.И. блестяще защитил докторскую диссертацию «Остеомелиты челюстей» и в том же году получил звание профессора. Им разработаны классификации воспалений пульпы и заболеваний краевого пародонта, а также одонтогенных воспалительных заболеваний, предложены новые виды остеосинтеза нижней челюсти, модификации лоскутной операции при генерализованном пародонтите, разработана методика анестезии при лечении пульпита. В.И. Лукьяненко - автор 5 изобретений и большого числа рационализаторских предложений. Под руководством ученого подготовлены к защите 4 докторские и 10 кандидатских диссертаций. Награжден орденами Отечественной Войны 1-ой и 2-ой степени и 13 медалями

В 1984 году – заведующим кафедры терапевтической стоматологии был назначен Калинин Владимир Иванович. В 1985 году Калинин В.И. защитил диссертацию по теме “Изменения пародонта. слизистой оболочки и слюнных желез при лучевой терапии больных с опухолями челюстно-лицевой локализации”, стал доктором медицинских наук и получил звание профессора. Владимир Иванович был назначен на должность декана стоматологического факультета 1 ЛМУ в 1987 году, членом-корреспондентом МАН ВШ в 1995 году.

Центром внимания научных исследований В.И. Калинина было изучение патологических изменений слизистой оболочки полости рта при заболеваниях системы крови. Результатом исследования явилась монография «органы полости рта при болезнях крови». Параллельно изучались и новые лекарственные препараты в стоматологии. Так был создан подкладочный материал для лечения глубокого кариеса, включающий противовоспалительные составляющие. Впервые в отечественной стоматологии был предложен лечебно-изолирующий подкладочный материал «Изоидент» (Калинина Н.А.2000). На кафедре была использована методика реодентографии для характеристики функционального состояния пульпы зуба при лечении глубокого кариеса и оценки действия подкладочных материалов (Салова А.В., 1997). Для консервативного лечения пульпита разработана эффективная композиция на основе анальгетиков и гипосенсибилизирующих средств (Жаворонкова М.Д., 1996).

Калинин В.И. вырастил плеяду стоматологов – докторов медицинских наук. Сейчас это известные специалисты, профессора, которые сами возглавляют стоматологические кафедры (Орехова Л.Ю., Улитовский С.Б., Ермолаева Л.А., Ткаченко Т.Б., Антонова И.Н.), руководители крупных стоматологических учреждения (Ерохина Н.И., Березкина И.В., Пачкория М.Г.).

Под руководством Калинина В.И. на кафедре терапевтической стоматологии выполнены 22 кандидатские и 4 докторские диссертации. На протяжении многих лет он избирался членом правления Научного Общества стоматологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, в 1991 году им был организован совместно с Ореховой Л.Ю. и Кудрявцевой Т.В. городской пародонтологический центр «ПАКС».

В 1997 году профессору Калинину В.И. присвоено почетное звание заслуженного работника Высшей школы Российской Федерации, члена – корреспондента Международной академии наук высшей школы. За свой вклад в развитие здравоохранения, подготовку научных кадров, активную общественную работу В.И. Калинин был удостоен зва-

ния лауреата «Золотой книги» Санкт-Петербурга.

С сентября 1970 по ноябрь 1971 года и с сентября 1982 по июль 1983 года Стрелюхина Т.Ф. исполняла обязанности заведующего кафедрой терапевтической стоматологии 1 ЛМИ им. академика И. П. Павлова. Татьяна Федоровна Стрелюхина была прекрасным врачом, талантливым педагогом, известным научным деятелем. Главная тема ее научных изысканий – создание новых пломбировочных материалов. Результаты исследований стали основой в ее работе над докторской диссертацией, которая состоялась в 1972 году. Ее научные разработки и предложения, особенно стоматологические пломбировочные материалы нашли самое широкое применение по всей территории нашей страны, были внедрены в практику всех стоматологических лечебно-профилактических учреждений, включены во многие учебники и методические пособия, используемые в ВУЗах страны. Всего доктором медицинских наук Т.Ф. Стрелюхиной написано более 80 научных работ, в том числе монография (Стоматологические пломбировочные материалы, 1969 г.). Под научным руководством доцента Т.Ф. Стрелюхиной защищены 3 кандидатские диссертации. Награждена 17 боевыми наградами.

С 2000 года по настоящее время руководит кафедрой доктор медицинских наук, профессор Людмила Юрьевна Орехова – действительный член Петровской Академии наук и искусств, действительный член Международной академии Пьера Фошара (Франция), Президент Пародонтологической Ассоциации «РПА», Вице-президент Стоматологической ассоциации Санкт-Петербурга, Член Европейской пародонтологической ассоциации (EFP), Член Европейской ассоциации по предродительной, превентивной и персонифицированной медицине (EPMA), Основатель и главный редактор научно-практического журнала для стоматологов «Пародонтология», член редакционного совета журнала «Эндодонтия Today», журнала «Стоматологическое образование» и «Стоматолог» (Минск).

Л.Ю. Орехова – ведущий специалист СПб и РФ в области пародонтологии, иммуноло-

гии, организации стоматологической помощи населению, подготовки врачебных стоматологических кадров. Профессор Орехова Л.Ю. опубликовала более 500 научных работ, из них 16- монографий, 4 учебника (в т.ч. «Терапевтическая стоматология, «Стоматология»). Обладает 2 авторскими свидетельствами, 7 патентами на изобретение, 1 открытием.

Орехова Л.Ю. – организатор большого количества конгрессов, научно-практических конференций и постоянно действующих тренинг-семинаров для врачей клиницистов по всем основным разделам терапевтической стоматологии.

Под научным руководством Л.Ю. Ореховой защищены 3 докторские и 32 кандидатских диссертаций.

Л.Ю. Орехова – полный Кавалер Ордена «За заслуги перед стоматологией», в 2010 награждена Медалью Ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени.

Научная деятельность на кафедре ведется во многих направлениях:

- Пародонтология: консервативные и хирургические методы лечения. Новые технологии и инновации. Современные методы диагностики.
- Эндодонтия: Клинические аспекты диагностики и лечения. Современные технические средства и инструментарий. Современные медикаментозные средства и пломбировочные материалы.
- Микропротезирование. Эстетическая реставрация зубов, материаловедение. Заболевания слизистой оболочки полости рта
- Профилактика кариеса и заболеваний пародонта. Обезболивание стоматологических вмешательств.
- Лазерные технологии в стоматологии.

Учебная программа включает следующие разделы: гигиена и профилактика в стоматологии, некариозные поражения твердых тканей зубов, кариес зубов, осложненный кариес, заболевания пародонта, заболевания слизистой полости рта, геронтология, физические методы в стоматологии.

На кафедре подготовлено 3 элективных курса «Хирургические методы лечения заболеваний пародонта», «Ротационные методы обработки корневых каналов при лече-

нии осложненного кариеса», «Микро- протезирование в терапевтической стоматологии».

На кафедре занимаются студенты III-IV курсов (около 750 человек проходят обучение на кафедре за семестр). Одновременно с российскими обучаются также иностранные студенты. Кроме того, кафедра проводит подготовку ординаторов, врачей – специалистов в рамках сертификационных циклов последилового образования и непрерывного медицинского образования, мастер-классы. Ежегодно сотрудниками кафедры разрабатываются и публикуются новые методические указания и пособия. Постоянно совершенствуется лекционный материал. В обучении широко используются мультимедийные технологии. Сотрудники кафедры посещают огромное число конференций как российских, так и международных, с различными формами участия, делают интересные доклады и проводят курсы и мастер-классы. По России, и за рубежом известны такие имена как, доц. Кучумова Е.Д., доц. Прохорова О.В., доц. Нейзберг Д.М., доц. Порхун Т.В., к.м.н. Лобода Е.С., к.м.н. Тачалов В.В.

В 2015 году за рубежом были представлены следующие доклады:

- в Бонне доклад «Индивидуальные характеристики отношения пациента к здоровью полости рта и выполнению врачебных рекомендаций» (Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., Исаева Е.Р., Тачалов В.В., Лобода Е.С.);
- в Лондоне доклад «Профилактика заболеваний пародонта: физиологические аспекты в индивидуальной профилактической программе» (Тачалов В.В.).

В 2018 году большое число сотрудников кафедры (доц. Нейзберг Д.М., доц. Лобода Е.С., доц. Лукавенко А.А., доц. Вашнёва В.Ю., доц. Косова Е.В., доц. Тачалов В.В. и др.) приняли участие в Европерио-8 на конгрессе EFP (Амстердам), где представили большое число постерных докладов.

В настоящее время штат кафедры состоит из 2 профессоров: зав. кафедрой Л.Ю. Ореховой, профессора Кудрявцевой Т.В., 14 ассистентов, 20 доцентов.

Татьяна Васильевна Кудрявцева активно ведет подготовку ординаторов, врачей-специалистов в рамках сертификационных

циклов последиplomного образования. Под руководством профессора Кудрявцевой Т.В. выполнены 5 кандидатских диссертаций.

Большое количество научных исследований Кудрявцева Т.В. посвящает вопросам здравоохранения в рамках образовательной системы «Оптимизация подготовки стоматологических кадров в условиях реформирования высшего медицинского образования» (докторская диссертация, 2000).

Учебной частью заведует доцент Кучумова Елена Дмитриевна.

В первый год существования кафедры на ней занимались 100 студентов, в последующие годы прием студентов увеличился до 150, затем до 200, а в последнее время до 250 чел.

К основным темам исследований на кафедре стоматологии терапевтической относятся профилактика, диагностика и лечение заболеваний пародонта, профилактика и лечение заболеваний твердых тканей зубов, организация стоматологической помощи, современная эндодонтия, патология слизистой оболочки полости рта, геронтостоматология, обезболивание в клинике терапевтической стоматологии, стоматологическое материаловедение.

Важной особенностью развития научных исследований кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии является сочетание теории с практикой, в педагогической деятельности – преемственность традиций от старшего поколения к новым молодым специалистам.

На кафедре выполнены многочисленные диссертационные работы, посвященные изучению взаимосвязи заболеваний органов полости рта с состоянием организма и общих заболеваний.

В.И. Калинин, М.К. Русак, В.М. Уваров впервые обратили внимание практических врачей на важность распознавания первых проявлений нарушения лейкопоэза и геморрагических диатезов на слизистой полости рта. По результатам этих исследований выпущена монография «Органы полости рта при болезнях крови».

Влияние сахарного диабета на состояние полости рта, отражено в диссертационных работах (Силина Э.С., 2001; Мусаева Р.С., 2009; Александрова А.А., 2018). Запланирована кан-

дидатская диссертация ст. лаборанта Посоховой Э.В. посвящена проблемам взаимосвязи заболеваний пародонта и сахарного диабета.

Оценка стоматологического статуса у пациентов, имеющих проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта отражены в диссертационных работах Нейзберга Д.М. (2004), Вашневой В.Ю. (2009), Косовой Е.В. (2009).

Выполнена докторская диссертация «Комплексный подход к лечению больных с сочетанными заболеваниями внутренних органов и воспалительными поражениями пародонта» (Горбачева И.А., 2004).

В 2015 г. защищена кандидатская диссертация (Чудинова Т.Н.) – «Обоснование и тактика применения цитопротективной терапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта, отягощенных полиморбидной патологией внутренних органов».

Вопросами влияния отбеливающих методов и систем на состояние зубов занимались И.А. Яковлюк, А.В. Акулович. В настоящее время по этому разделу запланирована диссертация Новак М.

Большое внимание на кафедре уделено проблемам боли и обезболивания. С целью ослабления ответных реакций организма и предупреждения формирования отрицательных реакций организма на стоматологические вмешательства были предложены комплексные методы обезболивания (Э.П. Дегтярева). Для коррекции негативного отношения к лечению в зависимости от личностных особенностей пациента были разработаны методики анкетирования, научно обоснованы рекомендации по применению транквилизаторов и седативных препаратов (Л.А. Ермолаева, М.А. Назарова, Т.В. Порхун). Болевой синдром в своем развитии имеет определенные этиопатогенетические особенности, что показал, используя современные нейрофизиологические и нейрохимические методики Мороз Б.Т. Психоэмоциональное напряжение может быть ослаблено центральной электроанальгезией (Кучумова Е.Д.), рефлексотерапией (Рахова В.Н., Филиппова Л.В.). В 2009 году Стягайло С.В. защищена диссертация «Особенности инъек-

ционного местного обезболивания современными анестетиками при лечении пульпита».

На кафедре выполнены многочисленные работы, посвященные вопросам осложненного кариеса (Жаворонкова М.Д., Лавров И.К., Белова Т.А., Мороз Б.Т., Каплун М.С., Березкин Д.А.).

Много исследований на кафедре посвящено вопросам материаловедения. Большая роль в этом разделе принадлежит Стрелюхиной Т.Ф. (монография «Стоматологические пломбировочные материалы»). Совместно с сотрудниками кафедры медицинской химии 1-го ЛМИ в 1988 г. издано пособие «Композиционные пломбировочные материалы» (Лукьяненко В.И., Макаров К.А., Алексеева Л.С., Штейнгардт М.З.). В результате работ по клиническому материаловедению выявлено сенсibiliзирующее действие пластмасс (Шамсудинова Н.А.), разработаны новые пломбировочные материалы (Рахова В.Н., Алексеева Л.С., Карасев М.П., Воронин В.Я.). Одно из основных направлений научной деятельности кафедры – диагностика, профилактика, лечение заболеваний пародонта. Тематика пародонта изучена научным коллективом с разных сторон: оценка иммунной системы при заболеваниях пародонта (Лампусова В.Б.), значение иммунодефицитных состояний и аутоиммунных реакций (Орехова Л.Ю.), изменение ферментативного состава ротовой жидкости (Беляева Т.А.), гормональный дисбаланс (Губаревская В.Л.). Многие годы изучались вопросы морфофункциональных аспектов микроциркуляторного русла пародонта в норме и патологии, способы их коррекции, доплер «Минимакс» (Ткаченко Т.Б., Сергеева С.С., Воробьева Л.Н., Демченко Т.В., Стюф Я.В., Бармашова Я.В.).

Совместно с кафедрой медицинской химии университета разработаны новые криогелевые композиции (Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В.), с институтом торфа АН – композиция с фракцией гуминовых кислот (Пиёкалнитс И.Я.), совместно с технологическим – биоситаллы остеотропного действия (Прохорова О.В.).

В 2004 разработан и запатентован метод шинирования подвижных зубов с использова-

нием лавсана Акулович А.В., Орехова Л.Ю.). Впервые в стране в монографии Крекшиной В.Е. «Профилактика и лечение пародонтоза» (1973) систематизированы сведения о профилактике и лечении болезней пародонта по данным отечественных и зарубежных авторов.

Сотрудниками кафедры разработаны новые аппараты и методы лечения болезней пародонта: гидрогазовакуумный массаж (Краснослободцева О.А.), ультразвуковое воздействие гелевой композиции с диоксидом (Орехова Л.Ю.).

Сотрудниками кафедры большое внимание уделяется комплексному подходу к лечению заболеваний пародонта (кандидатская диссертация «Особенности комплексного подхода к лечению пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта в сочетании с осложненным кариесом», Осипова М.В., Кудрявцева Т.В.).

В комплексных методах лечения болезней пародонта немаловажное значение имеют хирургические методы. Активно этими вопросами занимались Кудрявцева Т.В., Штурм А.А.

Тачалов В.В. защитил кандидатскую диссертацию. «Особенности проведения гигиены полости рта в комплексном лечении заболеваний пародонта после хирургического вмешательства с использованием богатой тромбоцитами плазмы аутокрови»

Большое внимание сотрудниками кафедры уделено применению лазера в стоматологии. Изучены вопросы проводимости лазерного луча в твердых тканях зуба (Грисимов В.Н.). Исследовалось влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на микроциркуляторное русло и биологически активные точки (Рахова В.Н., Ермолаева Л.А., Воробьева Л.Н.). Разработаны методики лазерной хирургии пародонта (Орехова Л.Ю., Лукавенко А.В., Лукавенко А.А.), Фотодинамическая терапия (Орехова Л.Ю., Пушкарев О.А., Лукавенко А.А.).

Большое число работ посвящено профилактике заболеваний тканей пародонта, подготовлены кандидатские диссертации «Обоснование профилактической программы заболеваний пародонта у лиц молодого возраста с деформирующими дорсопатиями»

(Лобода Е.С., 2010); «Обоснование программы комплексной профилактики заболеваний пародонта у студентов медицинского ВУЗа» (Чеминава Н.Р., 2018).

Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии активно принимает участие в проведении систематических консультаций, помогает практическим врачам в лечебной, методической и научной работе.

Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии сотрудничает с различными организациями по всему миру: Российской Пародонтологической Ассоциацией (РПА), Стоматологической Ассоциацией Санкт-Петербурга (СтАСПб), Городским Пародонтологическим центром «ПАКС», Европейской Пародонтологической Ассоциацией (EFP), Европейской ассоциацией по преемственной, превентивной и персонализированной медицине (ЕРМА). Сотрудничает с Университетами Тарту (Эстония), Турку (Финляндия) и UvA (Амстердам), что позволяет ежегодно обмениваться знаниями и опытом с европейским стоматологическим сообществом, а также повышать конкурентоспособность Российского образования на международной арене.

С 1996 года кафедра выпускает научно-практический журнал на Северо-Западе «Пародонтология», входящий в список рекомендованных ВАК изданий (главный редактор журнала – д.м.н., профессор Орехова Л.Ю.) Работы сотрудников кафедры публикуются в периодических изданиях, таких как журналы «Пародонтология», «Эндодонтия Today», «Ученые записки», «Стоматология» и другие.

За последние годы был опубликован ряд учебно-методических пособий («Методы обследования пациентов с заболеваниями твердых тканей зубов», 2019; «Особенности обезболивания в клинике терапевтической стоматологии», 2017; «Болезни слизистой оболочки полости рта», 2017 и др.), монографий («Метод направленной регенерации в пародонто-альвеолярной реконструкции», 2017; «Трудно ли быть педагогом-стоматологом», 2017), учебников (Терапевтическая стоматология, 2016).

Все сотрудники кафедры активно участвуют в работе Научного общества стоматологов

Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Его председателями были профессора Уваров В.М., Лукьяненко В.И., Калинин В.И.; председателями терапевтических секций – Стрелюхина Т.Ф., Дегтярева Э.П.

Особой гордостью кафедры являются сотрудники, имеющие награды и благодарности от Министерства Здравоохранения. Зав. кафедрой, профессор Орехова Л.Ю. – полный Кавалер Ордена «За заслуги перед стоматологией», в 2010 награждена Медалью Ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени.

Почетной грамотой МЗ РФ, нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» отмечены профессор Кудрявцева Т.В., доцент Кучумова Е.Д.

Доцент Силина Э.С. имеет благодарность МЗ РФ. Почетными грамотами МЗ РФ награждены доценты Прохорова О.В., Демченко Т.В., Лукавенко А.В., лаборант Храмова Ю.М. Доценты Порхун Т.В., Лампусова В.Б. отмечены нагрудным знаком «Отличник здравоохранения».

Студенческое научное общество на кафедре было организовано в 1960 году. Желание передать свои знания, искренняя любовь к научным исследованиям, высокое профессиональное мастерство отличало руководителей СНО прошедших десятилетий: Т.Ф. Стрелюхину, Э.П. Дегтяреву, Т.А. Белову, Л.В. Поляк, Б.Т. Мороза, Т.Н. Подольскую, О.А. Краснослободцеву, О.В. Прохорову, С.А. Лобанова, Л.П. Шайду.

С 2015 года руководителем СНО кафедры является к.м.н., доцент Эльвира Сергеевна Силина.

Заседания СНО кафедры проводятся каждый месяц с сентября по апрель. По традиции, первое организационное заседание проводится в октябре, пленарные заседания – каждый месяц.

В 2015 году пленарное заседание СНО открыла министр здравоохранения РФ Вероника Игоревна Скворцова и ректор нашего университета академик Российской академии наук, доктор медицинских наук, профессор Сергей Фёдорович Багненко.

Итоговое заседание СНО проходит в апреле в рамках ежегодной научно-практической конференции «Актуальные вопросы экспе-

риментальной и клинической медицины», на которой выбираются лучшие доклады за текущий учебный год. За годы работы студенческого научного общества кафедры многие из активных студентов проявили интерес к научной и преподавательской деятельности. В марте 2018 года староста СНО Рубежова Екатерина стала абсолютным победителем Первой Всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал», получив золотую медаль по направлению «Стоматология». Также она прошла отбор среди победителей всех направлений и была приглашена на встречу с президентом РФ В.В. Путиным в рамках форума «Россия – страна возможностей».

В октябре 2018 года староста СНО этого года Галеева Аделина и активная участница СНО Ившина Юлия приняли участие в Первом Всероссийском пародонтологическом конвенте, с международным участием «Пародонтология – от науки к практике» в г. Тверь. Галеева Аделина получила золотую медаль и стала абсолютным победителем во Всероссийской олимпиаде по пародонтологии, а Ившина Юлия – дипломантом III степени на Всероссийской пародонтологической конференции.

В 2017/2018 учебном году студенты СНО кафедры стоматологии Терапевтической и Пародонтологии стали победителями и призерами в мероприятиях различного уровня. В копилке достижений 17 дипломов международных и всероссийских конференций 1,2 и 3 степени. Участниками конференций стали более 40 студентов СНО кафедры Стоматологии терапевтической и пародонтологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Лучшие студенты продолжают обучение в ординатуре и аспирантуре. Таким образом, пополняется коллектив кафедры и сохраняется преемственность опыта, методик обучения, передается профессиональное мастерство. Студенты, активно занимавшиеся в СНО, в последующем часто проявляют себя как профессионалы высокого уровня, ученые и организаторы здравоохранения, становятся профессорами, руководителями кафедрами: И.Н. Антонова (заведующая кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний ПСПбГМУ им. академика И.П.

Павлова), С.Б. Улитовский (заведующий кафедрой стоматологии профилактической ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова, Ткаченко Т.Б. (заведующая кафедрой детской стоматологии ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова), Л.А. Ермолаева (заведующая кафедрой терапевтической стоматологии Факультета стоматологии и медицинских технологий СПбГУ) многие сотрудники возглавляют крупные поликлиники и другие медицинские организации. СНО кафедры каждый год проводит большое количество общественных мероприятий, таких как Всероссийский день здоровья полости рта, Европейский день здоровья десен, Ежегодный молодежный фестиваль «Здорово жить – жить здорово», а также организует просветительные мероприятия в школах Санкт-Петербурга, в противотуберкулезных диспансерах, санаториях, детских садах и даже йога-центре. Научные работы студентов СНО находят применение в прикладной стоматологии. Молодые ученые – выходцы СНО кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии участвуют в конкурсе на соискание грантов в области фундаментальных исследований в медицине.

В 2000 году обладателем гранта стала Стюф Я.В., в 2013 году – Каменева С.В. Обе победительницы начали работу над своей темой еще в формате СНО.

В 2016 году Каменева С.В., Кущенко Н.В. (в соавторстве с Ореховой Л.Ю., Прохоровой О.В.) получили патент на «Устройство для лабораторных испытаний стоматологических инструментов, предназначенных для окончательной обработки стоматологических материалов».

Под руководством профессора Т.В. Кудрявцевой было проведено исследование результата работы СНО кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии за 15 лет работы (2002–2017 гг.).

Анализируя работу СНО кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии, получены следующие результаты: 80% студентов, занимающихся в СНО, работают в практическом здравоохранении, 7% имеют степень кандидата медицинских наук, 13% студентов работают на кафедре и защитились или готовятся к защите кандидатских

диссертаций, а некоторые из них работают над написанием докторской диссертации. Из года в год студенты СНО кафедры участвуют в подготовке и проведении мероприятий Всероссийского и Международного масштаба, таких как: Всероссийский день здоровья полости рта, Всероссийский день здоровья десен, Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы стоматологии», Итоговая научно-практическая конференция студентов и молодых ученых «Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины», Международная научно-практическая конференция «Избранные вопросы эстетики в пародонтологии и имплантологии», Международный медицинский конгресс. Значение Студенческого Научного Общества велико, как для кафедры и всего ВУЗа, так и для самих студентов – участников СНО. Таким образом, коллектив кафедры за годы своей работы накопил большой багаж знаний и достижений и является достойным продолжателем славных традиций научной школы кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

История кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии

Кафедра стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии берет начало с далекого 1899 года. В 1899 году Александр Карлович Лимберг – первый русский профессор стоматологии, основатель детского зубопротезирования в России утверждается в звании профессора и заведующего созданной им первой в России кафедры одонтологии, в дальнейшем одонтологии, хирургической стоматологии, а в настоящее время хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. На протяжении двадцати лет, начиная с 1883 года, под руководством А.К. Лимберга создается Санкт-Петербургское общество дантистов и врачей, занимающихся зубопротезированием, организовывается система образования зубных врачей, вводятся профилактические мероприятия и лечение зубов у детей, разрабатывается клиническая классификация кариозной бо-

лезни (костоеды), систематизируется ее диагностика и принципы лечения. А.К. Лимберг работает в сфере детского зубопротезирования, принимает активное участие в отечественных и международных съездах и конгрессах. На смену заведующему кафедрой А.К. Лимбергу в 1901 г. приходит профессор Франц Александрович Звержховский, которую он возглавлял до 1918 г. Ф.А. Звержховский во время Первой мировой войны (1914 – 1917) принимал участие в организации и работе челюстно-лицевого лазарета в Бухаресте. По его инициативе уже в послевоенное время создается первый Российский журнал, посвященный стоматологии, - «Зубопротезный вестник». Ф.К. Звержховский возглавлял Санкт-Петербургское общество дантистов, внес огромный вклад в развитие стоматологии, написав пятитомный учебник «Основы дентиатрии», включавший в себя лекции по одонтологии для врачей и студентов, внес большой вклад в совершенствование учебного процесса, введя изучение одонтологии в общую программу практической и теоретической подготовки врачей на 4 курсе. С 1918 по 1923 год на кафедре отсутствовал заведующий кафедрой и как таковая должность профессора, однако при активном участии сотрудников кафедры учебная работа на кафедре неуклонно возрастала. В течение этого периода развитие кафедры продолжалось отчасти под руководством д.м.н., профессора Павла Павловича Львова. Работая во время первой мировой войны в качестве военного врача в казачьем полку, а затем в санитарных поездах, в лазаретах и госпиталях, П.П. Львов совмещал свою деятельность с работой в хирургических отделениях гражданских больниц. С 1916 г. его работа связана в первую очередь с челюстно-лицевой хирургией, а с 1923 году Павел Павлович избирается заведующим кафедрой стоматологии ЛМИ, которую он возглавлял вплоть до 1946 г. Деятельность П.П. Львова не ограничивалась учебной работой. Под его руководством увеличивается коечный фонд для больных с челюстно-лицевой патологией, открывается первый стоматологический стационар на 40 коек с операционным блоком и учебными комнатами на третьем этаже в здании поликлиники 1-

го ЛМИ. П.П. Львов разрабатывал новые методы операций при врожденных дефектах твердого неба, анкилозе височно-нижнечелюстного сустава, занимался вопросами одонтогенных воспалительных заболеваний. В 1922 опубликована работа Павла Павловича о костной пластике, он стал одним из первых хирургов, внедривших в практику костную пластику для замещения дефектов нижней челюсти. В дальнейшем активно работал в изучении проблемы орального сепсиса, описывая различные формы проявления дентального сепсиса и предлагая патогенетическое лечение. Под началом профессора П.П. Львова увеличилось число практических занятий для студентов, были введены зачеты и экзамены. В 1928 году совместно с профессором А.А. Лимбергом им был издан первый в СССР учебник по хирургической стоматологии.

В сентябре 1946 года на должность заведующего кафедрой был избран Андрей Александрович Кьяндский. До 1923 года А.А. Кьяндский служил ординатором в армейских хирургических госпиталях и одновременно ординатором в Военно-медицинской академии. В 1924 году А.А. Кьяндский избрал направлением своей деятельности челюстно-лицевую хирургию и перешёл в центральный травматологический институт, где состоял до 1936 года научным сотрудником челюстно-лицевого отделения. В дни Великой Отечественной войны служил в должности главного хирурга эвакогоспиталя Ленинградского фронта. В 1946 году после демобилизации в воинском звании подполковник медицинской службы А.А. Кьяндский был избран по конкурсу заведующим кафедрой стоматологии ЛМИ и возглавлял её вплоть до 1968 г. Свою практическую работу Андрей Александрович постоянно совмещал с научной деятельностью. Под его руководством было защищено 15 кандидатских и 1 докторская диссертация. В 1959 году в период заведывания кафедрой стоматологии хирургической в ЛМИ им. акад. И.П. Павлова официально формируется стоматологический факультет, включающий в себя все профильные кафедры. После ухода А.А. Кьяндского на заведование кафедрой приходит Лазарь Рувимович Балон. Работая на

кафедре с 1937 г., он прошел длинный путь от аспиранта до профессора. Во время финской войны (1939 – 1940) Лазарь Рувимович был хирургом медико–санитарного батальона, в годы Великой Отечественной войны (1941–1945) – главным челюстно-лицевым хирургом Карельского фронта, а затем 1-ого Дальневосточного фронта. Л.Р. Балон был блестящим пластическим хирургом. В 1939 году осуществил первичную пластику при первичной хирургической обработке огнестрельных ран мягких тканей лица, а затем теоретически обосновал и практически подтвердил целесообразность применения восстановительных операций в ранние сроки после ранений. В 1960 году защитил докторскую диссертацию на тему: «Ринопластика стебельчатым лоскутом Филатова». Л. Р. Балон опубликовал около 200 научных работ, 3 монографии, в том числе совместно с профессором кафедры ортопедической стоматологии Б.К. Костур: «Конструкция ортопедических аппаратов и методика кормления челюстно-лицевых и ЛОР больных». Им создано 2 цветных учебных фильма. Он – автор 3 изобретений, 35 рационализаторских предложений. Лазарь Рувимович Балон был в числе инициаторов организации в 1 ЛМИ им. акад. И.П.Павлова стоматологического факультета, а в последующем находился на посту декана стоматологического факультета с 1960 по 1968 г. Под его руководством были защищены 3 докторских, 12 кандидатских диссертаций.

С 1969 по 1990 кафедрой руководил Владимир Арсеньевич Дунаевский. В 1966 году Владимир Арсеньевич защитил докторскую диссертацию на тему: «Восстановительные операции при хирургическом лечении опухолей нижней челюсти», явившейся в последующем основой для классификации J.V. Boyda (1991). В 1969 году В.А. Дунаевский был назначен проректором по учебной работе ЛМИ (1969–1976) и заведующим кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Под его руководством увеличился коечный фонд клиники, был усовершенствован рентгенологический кабинет, создана палата интенсивной терапии, впервые в СССР созданы кабинеты ЛФК и физиотерапии, расширен операционный

блок, активизирована работа зуботехнической лаборатории. Внедрялись новейшие современные методы лечения: микрохирургическая техника при проведении восстановительных операций (Н.В. Калакуцкий), нейропластика при поражениях лицевого и тройничного нерва (Е.Г. Криволюцкая), крио- и лазеродеструкция при пред- и опухолевых процессах (РА. Кулаченкова, А.А. Кураскуа), методы операций при деформациях челюстей внутриротовым доступом (В.С. Орлов, А.И. Протасевич). Большое внимание было обращено на развитие онкостоматологии - создавалась система диагностики и лечения для данной группы больных – поликлиника, консультативно-диагностический кабинет при онкологическом городском диспансере. При непосредственном участии В.А. Дунаевского в 1969 году впервые в СССР был создан онкостоматологический центр, в состав которого входило онкостоматологическое отделение онкологической больницы №8 г. Ленинграда, отделение хирургической стоматологии ИЛМИ и городской онкологический диспансер. Среди научных трудов В.А. Дунаевского более 160 печатных работ на тему медицинского образования, истории стоматологии, организации стоматологической помощи, травматологии, восстановительной хирургии в челюстно-лицевой области, онкостоматологии. Следует выделить 3 монографии: «Остеосинтез при переломах нижней челюсти», «Пластические операции при хирургическом лечении опухолей лица и челюстей», «Предопухольные заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта». Под его руководством выполнено и защищено 28 диссертаций, из них 9 докторских.

Соловьев Михаил Михайлович в 1971 году защитил докторскую диссертацию на тему «Некоторые вопросы патогенеза, клиники и лечения одонтогенных воспалительных заболеваний» и был избран на должность профессора кафедры хирургической стоматологии. В 1977 году М.М. Соловьев принял участие в создании кафедры стоматологии детского возраста и челюстно-лицевой хирургии, которую и возглавлял до 1987 года. С 1990 по 2010 г. М.М. Соловьев был заведую-

щим кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, директором клиники челюстно-лицевой хирургии и пластической хирургии. В области челюстно-лицевой травматологии им были обоснованы новые подходы к лечению пациентов с переломами костей лицевого скелета, внедрен метод компрессионного остеосинтеза нижней челюсти, оригинальная методика электростимуляции репаративного остеогенеза, классифицированы сочетанные повреждения средней зоны лица, создана авторская жевательная проба для оценки эффективности жевательного аппарата, разработаны новые эффективные методы коррекции нарушения функций жевательных и мимических мышц с использованием принципа «биологической обратной связи», осуществлялось изучение и клиническая апробация новых препаратов из групп иммуномодуляторов с их применением для профилактики травматического остеомиелита, сформирована математическая модель процесса заживления переломов нижней челюсти, разработаны оригинальные приемы первичной пластики после расширенных радикальных операций, началось внедрение эндоскопической техники при проведении хирургических операций на верхнечелюстной пазухе. Под руководством М.М. Соловьева осуществлена разработка и внедрение в Ленинграде и Ленинградской области системы комплексной профилактики, ранней диагностики злокачественных опухолей челюстно-лицевой локализации. Всего Михаилом Михайловичем было опубликовано 366 печатных работ, в том числе 7 монографий, 7 руководств для практически врачей, 2 учебника, 5 учебных пособий по хирургической стоматологии, получено 23 авторских свидетельства и патентов на изобретения.

С 2010 заведующим кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии является профессор, д.м.н. Яременко Андрей Ильич. В 2007 А.И. Яременко защитил докторскую диссертацию на тему: «Лечение и профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у пациентов старших возрастных групп». В настоящее время Андрей Ильич

Яременко является проректором по учебной работе, заведующим кафедрой стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии, главным внештатным специалистом-стоматологом комитета по здравоохранению СПб, президентом «Стоматологической Ассоциации СПб», президент-электом СтАР. А.И. Яременко является автором более 150 печатных работ, 8 патентов, 2-х глав в монографиях и руководствах. Под его руководством защищено 3 кандидатских диссертации.

История кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний

В 2003 году ректором СПбГМУ было принято решение о создании кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний с целью объединения преподавания пропедевтики по всем разделам стоматологии. Первым заведующим (2003-2009) был избран декан стоматологического факультета, д.м.н., профессор Бобров Анатолий Петрович. Под его руководством заложены основы образовательного, клинического взаимодействия с городскими стоматологическими поликлиниками №1; №15; №29 и направления научного сотрудничества. Первый профессорско-преподавательский состав был сформирован сотрудниками профильных кафедр (Маслов В.В., Григорьянц А.П., Орлов В.С., Протасевич А.И., Бармашов С.Н., Нечкина М.А., Яковенко А.И.). В этот период выполнено 6 кандидатских диссертаций, а в 2009 году защищена докторская диссертация Ткаченко Т.Б. «Возрастные особенности слизистой оболочки полости рта и губ». Проф. Боброву А.П. принадлежит Открытие от 26.04.2010 года «Закономерность изменения структурных и прочностных свойств металлических материалов в поле ультраслабых импульсов давления» совместно с сотрудниками кафедры ортопедической стоматологии университета.

С 2009 и по настоящее время кафедру возглавляет д.м.н., профессор Ирина Николаевна Антонова. С 2013 года она является директором НИИ стоматологии и ЧЛХ ПСПбГМУ им.ак. Павлова.

Последнее десятилетие кафедра знакомит студентов 1 и 2 курсов с основами профес-

сии на базе новых учебных программ, многие из которых создавались сотрудниками кафедры, преподает курс «Новые технологии» студентам 5 курса стоматологического факультета, принимает активное участие в последипломном образовании врачей, программах ординатуры, аспирантуры. Сотрудник кафедры Громова Н.В. возглавляет работу зуботехнической лаборатории НИИ стоматологии и ЧЛХ, совместно с научным отделом "современных стоматологических технологий" являясь инициаторами создания современной высокотехнологичной реабилитационной помощи пациентам с дефектами челюстно-лицевой области в Северо-Западном регионе. С 2010 года на кафедре защищено 10 кандидатских диссертаций. В 2017 году исследование Донской О.С. «Прогностическое значение особенностей ротовой жидкости стоматологических пациентов с биоминералопатиями» было отмечено медалью им. М.В. Черноруцкого. По разделу «Материаловедение» оформлено 4 патента и 2 рационализаторских предложения, разработана методика и продолжается изучение твердых тканей зуба с использованием атомно силовой микроскопии. В настоящее время в составе кафедры 3 профессора, 6 доцентов, 10 ассистентов.

История кафедры стоматологии профилактической

Кафедра стоматологии профилактической появилась в 2009 году, и днем ее рождения следует считать 01 октября, когда ректор СПбГМУ подписал приказ №342а о создании кафедры стоматологии профилактической. Это очень символично, что кафедра появилась в год пятидесятилетия стоматологического факультета. Сам факт её появления свидетельствует о том, что факультет живет активной жизнью и развивается в соответствии с насущными потребностями населения страны. В последние годы значительно вырос интерес к профилактике заболеваний у населения страны в целом и стоматологических заболеваний в частности, что связано с высокой распространенностью основных стоматологических заболеваний и интенсивностью их течения среди всех слоев населения России. Поэтому открытие специа-

лизированной кафедры, работа которой всецело посвящена вопросам профилактики стоматологических заболеваний и сохранению стоматологического здоровья среди населения страны приобретает особую актуальность. Занятия по данному предмету ведутся на втором и третьем курсах, также сотрудники кафедры проводят обучение студентов института сестринского образования (ИСО) по одноименному направлению по 4 дисциплинам воспитывая новые поколения гигиенистов стоматологических. Заслуга в организации кафедры принадлежит ее заведующему д.м.н. профессору Сергею Борисовичу Улитовскому заслуженному врачу РФ, заслуженному стоматологу СтАР, действительному члену Петровской академии наук и искусств (ПАНИ), действительному члену Международной академии наук экологии и безопасности человека и природы (МАН ЭБ). Его перу принадлежат основные монографии, учебники и учебные пособия по дисциплине, в формировании которой он принимает активное участие за что ему были присвоены ордена «За заслуги перед стоматологией» 1 и 11 степеней (полный кавалер ордена). Сергей Борисович разработал методы оценки эффективности различных средств оральной гигиены и динамики гигиенического состояния рта и стоматологического здоровья. Ведущими работами являются «Гигиена полости рта – первичная профилактика стоматологических заболеваний» (1999), «Зубные пасты» (2001), «Мануальная зубная щетка» (2002), «Средства индивидуальной гигиены полости рта: порошки, пасты, гели зубные» (2002), «Средства индивидуальной гигиены полости рта: электрические и мануальные щетки зубные» (2003), «Индивидуальная гигиеническая программа профилактики стоматологических заболеваний» (2003), «Энциклопедия профилактической стоматологии» (2004), «Индивидуальная гигиена полости рта» (2005), «Гигиена полости рта в пародонтологии» (2006), «Гигиена при зубном протезировании» (2007), «Профилактическая и коммунальная стоматология» (2008), «Стоматология: профилактика как образ мысли» (2009), «Стоматология: профилактика как образ жизни» (2009), «Профилактика сто-

матологических заболеваний» (2009), «Гигиена в ортодонтии» (2012), «Основы дентальной имплантологии» (2012), «Основы гигиены при дентальных имплантатах» (2013), «Ситуационная гигиена полости рта» (2013), «Профилактика некариозных поражений зубов» (2015), «Полоскания для рта или жидкие средства гигиены рта» (2017), С.Б. Улитовский прикладывает большие усилия по популяризации знаний по здоровому образу жизни, этому посвящены его популярные книги: «Сохрани улыбку» (1997), «Тайны Сахарной Королевы» (2001), «Загадочная улыбка Джоконды» (2002), «Здоровая улыбка вашего ребенка» (2004), «Средства индивидуальной гигиены рта» (2018) и многие др.

С основания кафедры работают доценты А.А. Леонтьев, О.В. Калинина, А.А. Васянина, Е.С. Алексеева, ассистенты Л.И. Панкратьева, А.В. Антипова.

Основными направлениями научной работы кафедры являются: изучение способов профилактики стоматологических заболеваний у лиц работающих в тяжелых производственных условиях (типа гальванических цехов) (Леонтьев А.А., Улитовский С.Б.); разработка и внедрение профилактических программ профилактики кариеса зубов, некариозных поражений твердых тканей зубов, поражений пародонта у беременных женщин в разные периоды беременности (Калинина О.В.,); разработка и внедрение новых материалов используемых для восстановления кости альвеолярных отростков (Антипова А.В., Улитовский С.Б.); разработка и внедрение индивидуальных программ профилактики стоматологических заболеваний в различных возрастных группах, с различными уровнями стоматологического здоровья, с учетом гигиенического и стоматологического статусов индивидуумов (Улитовский С.Б.); подбор и реализация программ профилактики кариеса зубов в школах-интернатах у детей с нарушениями слуха (Гулиева А.Ю., Улитовский С.Б.); изучение свойств и методов воздействия различных средств оральной гигиены у лиц с галитозом (Улитовский С.Б., Калинина О.В., Панкратьева Л.И.); вопросы коммунальной стоматологии и профессиональной гигиены

(Улитовский С.Б., Калинина О.В., Алексеева Е.С., Васянина А.А., Леонтьев А.А.).

На кафедре работают: 1 профессор, 4 доцента, 7 ассистентов. Усилиями кафедры проводятся ежегодные конференции: «Февральские встречи в Петербурге» (на протяжении последних 14 лет) и «Профилактика – путь к стоматологическому здоровью» (в течение последних 7 лет), Чемпионаты профессионального мастерства среди стоматологов и гигиенистов стоматологических номинации «профилактика стоматологических заболеваний» и «профилактическая стоматология», как среди специалистов, так и студентов (более 15 лет).

История кафедры внутренних болезней стоматологического факультета

Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета образована в 1966 г. в связи с необходимостью стоматологического профиля в преподавании внутренних болезней студентам-стоматологам. Заведующими кафедрой были профессора: С.И. Рябов (1966-1970), К.В. Темирова (1970-1987), А.И. Кирсанов (1987-2007), И.А. Горбачева (с 2007 г. по настоящее время). Важным для коллектива кафедры является сохранение характерного для петербургской (ленинградской) терапевтической школы «боткинско» подхода к больному. Свойственная С.П. Боткину и представителям его школы умение широко мыслить и ставить во главу угла клинический подход к больному — эти лучшие традиции не только сохранились, но

и нашли свое дальнейшее развитие на кафедре. Под руководством С.И. Рябова коллектив кафедры сконцентрировал внимание на изучении актуальных вопросов кардиологии. Под руководством К.В. Темировой усилия кафедры были сосредоточены на проблемах ревматизма и очаговой инфекции. Под руководством А.И. Кирсанова осуществлялось изучение смежных проблем внутренних болезней и стоматологии, продолженное И.А. Горбачевой. С 1971 года и по настоящее время основной базой кафедры является Клиническая больница Святого Луки.

История кафедры хирургических болезней стоматологического факультета с курсом колопроктологии

Кафедра хирургических болезней стоматологического факультета начала свое существование в соответствии с приказом №98 от 19 апреля 1966 года по 1 Ленинградскому медицинскому институту им. акад. И.П. Павлова. В связи с открытием курса колопроктологии для последиplomного образования, с 1999 года кафедра была переименована в кафедру хирургических болезней стоматологического факультета с курсом колопроктологии. Первый заведующий кафедрой — профессор Ганичкин Андрей Михайлович. С 1990 по 2004 кафедрой руководил профессор Яицкий Николай Антонович. С 2004 по настоящее время кафедру возглавляет профессор Васильев Сергей Васильевич.

Стоматологическое здоровье каждого из нас – это благополучие и поступательное развитие всего нашего общества с лучезарной улыбкой на устах, поэтому кропотливый труд сотрудников факультета направлен на воспитание новых поколений грамотных, профессиональных специалистов, которыми мог гордиться факультет, и которые прославляли свою Alma Mater где бы они не работали.

Закономерности регенерации костной ткани

А.К. ИОРДАНИШВИЛИ *, **

д.м.н., профессор

М.И. МУЗЫКИН **,

к.м.н., докторант

В.С. СОЛДАТОВ ***

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

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

*** Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России

Резюме

Представлены фундаментальные и современные данные о регуляции функций костной ткани, в том числе о физиологической и репаративной регенерации и ремоделировании с позиции функционирования базисных многоклеточных или костных ремоделирующих единиц. Особое внимание уделено современному воззрению на адаптационную перестройку метаболизма костной ткани в ответ на действие механического стимула, что имеет значение в пародонтологии и дентальной имплантологии, обосновывая механизмы профилактики атрофии костной ткани альвеолярных отростков (частей) челюстей.

Ключевые слова: патология пародонта, дефекты зубных рядов, костная ткань, физиологическая регенерация, репаративная регенерация, ремоделирование костной ткани, базисная многоклеточная единица, гистон, дентальная имплантация.

REGULARITIES OF BONE TISSUE REGENERATION

A.K. IORDANISHVILI *, ** doctor of medical sciences, professor of the department

M.I. MUZYKIN **, Ph.D., doctoral student of the department

V.S. SOLDATOV ***

* Northwestern State Medical University. I.I. Mechnikov Ministry of Health of Russia

** Military Medical Academy named after SM. Kirov, Ministry of Defense of Russia

*** Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Ministry of Health of Russia

Resume

Fundamental and modern data about the regulation of bone tissue functions, including physiological and reparative regeneration and remodeling from the position of the basic multicellular or bone remodeling units' functioning, are presented. Special focus is paid to the modern view of an adaptive reorganization of the bone tissue metabolism in response to the mechanical stimulus action, what is important in periodontology and dental implantology, substantiating the mechanisms of prevention of bone tissue atrophy of the alveolar processes (parts) of the jaws.

Key words: periodontal pathology, dentition defects, bone tissue, physiological regeneration, reparative regeneration, bone tissue remodeling, basic multicellular unit, histone, dental implantation.

Вопросы изучения гистогенеза и регенерации костной ткани в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии остаются одними из наиболее актуальных, что связано их важностью для теории и практики медицины и биологии [1, 5, 12, 17], а также с развитием методов замещения дефектов зубных рядов на искусственных опорах (дентальные и скуловые имплантаты) [10]. Кроме того, важность этого вопроса определяется также развитием таких разделов здравоохранения как медицина катастроф (экологических, техногенных), военная медицина, что обусловлено большим числом локальных вооруженных конфликтов, травматизмом органов и тканей челюстно-лицевой области и др. [2], а также в связи с большим числом выполняемых в России онкологических операций [7]. В настоящее время продолжают исследования по изучению морфофункциональной организации, реактивности костной ткани, в том числе связанные с оптимизацией репаративного остеогенеза [3, 69, 13, 18]. Не утратило своего значения оптимизация заживления послеоперационных дефектов челюстей, выполняемых по поводу устранения хронических периапикальных и (или) пародонтальных очагов одонтогенной инфекции [8], а также в связи с устранением врожденных и приобретенных дефектов и деформаций лица и челюстей.

В 2002 году в журнале «Пародонтология» вышла статья «Репаративный остеогенез: теоретические и прикладные аспекты проблемы» (№ 1-2 (23), с. 22 – 31) в которой были рассмотрены, на современном для того времени уровне, вопросы о происхождении остеогенных клеток, их пролиферации, дифференцировки и специфической функции, а также роли межклеточного вещества, механизме репаративной регенерации и оптимизаторах заживления костной ткани, наиболее часто используемых в хирургической стоматологии, пародонтологии, дентальной имплантологии и челюстно-лицевой хирургии [8]. В работе указывалось на наличие различных путей образования костной ткани челюстей: десмальный, хондральный и ангиогенный. Показано, что при первых двух типах образуются прови-

зорные ткани, которые затем вторично замещаются костной тканью, а при третьем – вновь образованная костная ткань образуется непосредственно вокруг сосудов. Также отмечалось, что остеогенные клетки, поддерживающие популяцию и дифференцирующиеся в остеобласты, локализуются во внутреннем слое надкостницы, в эндосте, среди клеток стромы костного мозга, а строма костного мозга может рассматриваться не только как опорная тканевая структура, а главным образом, как место сосредоточения клеток различной детерминации и разных потенциалов к дифференцировке с разнообразными функциями, находящихся в кооперативных взаимоотношениях друг с другом и формирующих элементы микроокружения, что было отмечено в исследованиях отечественных и зарубежных специалистов [1]. Подчеркивалось, что костномозговые стромальные клетки гистологически различны от кровяных элементов и, с учетом этого положения, была представлена клеточно-дифференциальная организация гистогенеза при посттравматическом остеогенезе (рис. 1), предложенная одним из наиболее авторитетных в мире специалистов-морфологов по костной ткани профессором В.Г. Гололобовым [1]. Согласно этой клеточно-дифференциальной организации стволовая стромальная клетка, является предшественником периваскулярной клетки, а последние, будучи полипотентными при наличии различных факторов микроокружения и индукции, могут пройти следующие пути дифференцировки: префибробласт – фибробласт – фиброцит; прехондробласт – хондробласт – хондроцит; преостеобласт – остеобласт – остеоцит, формируя соответственно волокнистую соединительную ткань, гиалиновую хрящевую ткань либо костную ткань [1], а при описании происхождения остеокластов, отмечали, что эти клетки, моноциты и макрофаги имеют общее происхождение из стволовой клетки крови и объединяются в единую фагоцитарную систему [1]. Также указывали, что остеогенные клетки-предшественники присутствуют в организме в виде двух линий: детерминированных, способных к самоподдержанию и образованию костных клеток, которым для реализации

своих остеогенных потенций не нужно воздействие индукторов, а также индуцибельных к костеобразованию клеток, которые дифференцируются в костные клетки под воздействием индуктора. Причем подчеркивалось, что эти клетки могут иметь соединительнотканную природу (например, периваскулярные), а могут находиться в периферической крови в виде костномозговых клеток-предшественников и доставляться в «проблемную» зону (место перелома кости, посттравматический дефект и др.). Также отмечали, что регенерационный остеогенез осуществляется при обязательном участии кровеносных сосудов, причем эти сосуды являются растущими, новообразованными, что клинически подтверждается повышенной интенсивностью регенерации костной ткани при хорошей васкуляризации. При этом клетки, сопровождающие новообразованные сосуды (периваскулоциты) полипотентны и способны к дифференцировке в остеобласты, продуцирующие костную ткань, а также в элементы соединительнотканного ряда, а предшественники остеокластов в виде мононуклеарных клеток достигают участков резорбции через кровоток, "сливаются" и дают начало остеокластам. Были описаны основные механизмы репаративного (остеобластического, остеокондуктивного, остеоиндуктивного, стимулированного) остеогенеза. То есть, остеобластический остеогенез, оптимизируемый трансплантацией так называемых детерминированных остеогенных продромальных клеток (ДОПК), обладающих собственной потенциальностью к костеобразованию и известный в связи с трансплантацией аутологичного губчатого вещества. Остеокондуктивный-остеогенез (остеоиндукция), как способ пассивной оптимизации функционирования детерминированных остеогенных продромальных клеток (ДОПК) с помощью полусинтетических и синтетических заменителей кости, а также с помощью аллогенных костных трансплантатов. При этом отмечалось, что в этом случае использование авитального материала делает невозможным процесс прямого остеобластического-остеогенеза, а авитальные биологические или синтетические материалы выполняют роль

остова (кондуктора) для прорастания кровеносных сосудов и только затем происходит "врастание" клеток из костного ложа. Этот механизм сочетает процессы резорбции и образования новой кости, начиная от границ дефекта. В этой связи известен термин "ползучее замещение", под которым понимают первичное рассасывание имплантата с вторичным последующим врастанием новой кости из ложа. Механизм остеоиндуктивного-остеогенеза (остеоиндукция) реализуется через "фенотипическое" преобразование так называемых индуцибельных остеопродромальных клеток под действием специфических субстанций, к которым, в частности принадлежит костный морфогенетический белок. Механизм стимулированного остеогенеза (остеостимуляция) связан с воздействием тех или иных факторами, которые способствуют усилению уже протекающих процессов остеогенеза, то есть оптимизируют их (например, фактор роста) или с использованием пептидной биорегуляции [2, 4, 14, 16].

За последние 15 лет появились новые данные о закономерностях физиологической и репаративной регенерации костной ткани, в том числе с учётом возраста, знание которых важно для понимания процесса заживления послеоперационных костных дефектов в пародонтологии, дентальной имплантологии и челюстно-лицевой хирургии [2, 16].

Подчеркнём, что репаративная регенерация рассматривается как усиленная физиологическая регенерация, при этом отмечается, что в костной ткани возможна полная регенерация (реституция), даже в больших по объёму дефектах [2]. Хотя в клинической практике стоматологии отмечаются случаи остаточных костных полостей после удаления доброкачественных новообразований и кист челюстей [15, 18]. Послеоперационная полость в таких случаях лишь частично заполняется новообразованной костной тканью (субституция), в остальном дефект выполнен плотной волокнистой соединительной тканью [1, 7].

В связи с физиологической регенерацией костной ткани (внутриклеточной – обновление органелл клетки, клеточной – обнов-

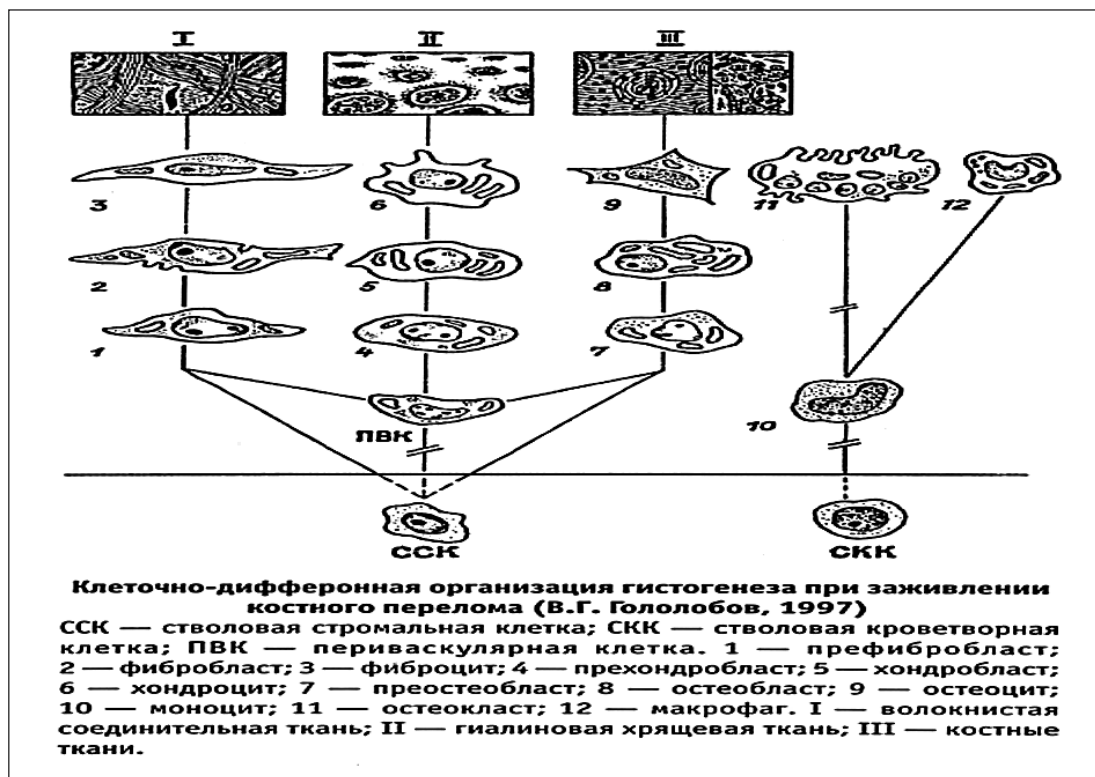


Рис. 1. Клеточно-дифференциальная организация гистогенеза при посттравматическом остеогенезе по В.Г. Гололобову (объяснение в тексте).

ление самих клеток) интересно описать современные механизмы её ремоделирования, которые происходят с учётом с действующими на кость нагрузками [17], что важно для клинической стоматологии, связано с атрофией костной ткани альвеолярных отростков (частей) челюстей в связи с утратой зубов, а также её профилактикой при зубосохраняющих операциях в связи с хроническим локализованным или генерализованным пародонтитом или установкой дентальных имплантатов и восстановлением целостности зубных рядов замещающими протезами на искусственных опорах. Знание таких механизмов важно, так как они лежат в основе остеопороза, при котором наступает утрата «плотности» («компактности») костной ткани, её разрежение при отсутствии видимого уменьшения объёма кости, что отличает остеопороз от атрофии костной ткани, а также редукции (одномоментная утрата костной ткани, например,

края альвеолы во время операции удаления зуба) [7]. Известно, что прочность костной ткани обеспечивается весьма интенсивным обменом веществ, с которым связана её непрерывная перестройка (ремоделирование), происходящая в течение всей жизни, а не только в период роста скелета. Ежегодно у взрослого человека перестраивается примерно 25% губчатого и 3% компактного вещества костной ткани. В течение каждых 1—20 лет ремоделируется половина скелета [15]. Теоретический интерес представляет предложенный В.Г. Гололобовым и соавт. [2] механизм ремоделирования костной ткани (рис. 2), зависящий от возраста, так как в ней на протяжении жизни происходит постоянная перестройка из-за одновременно реализующихся разнонаправленных процессов резорбции и новообразования. Согласно представлениям авторов, этот процесс происходит стадийно (в несколько фаз), причем

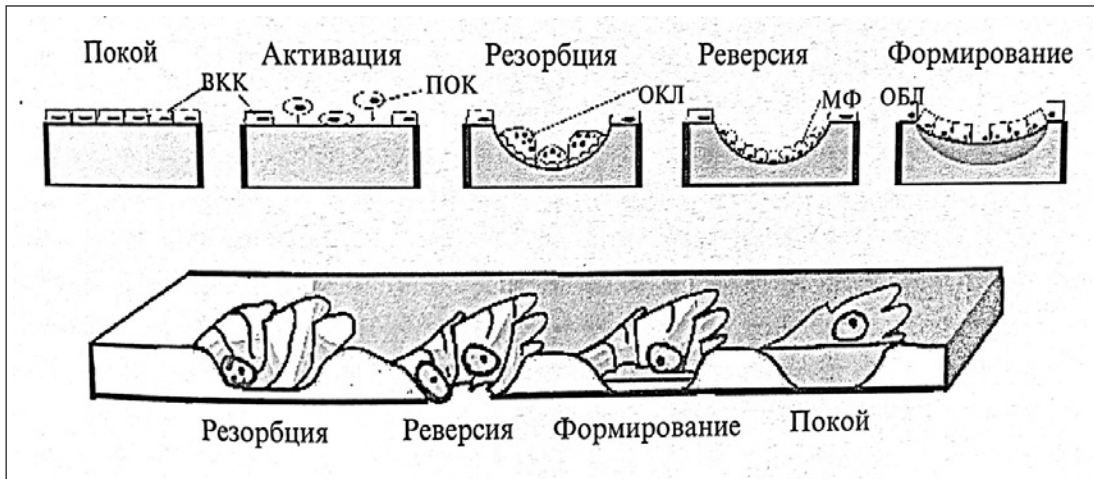


Рис. 2. Схема ремоделирования трабекул губчатого вещества костной ткани по В.Г. Гололобову, А.К. Дулаеву и Р.В. Дееву (2003): ВКК – выстилающие кость клетки; ПОК – преостеокласты; ОКЛ – остеокласты; МФ – макрофаги; ОБЛ – остеобласты.

в каждой стадии ведущую роль играют различные клетки. По завершению физиологического функционирования (покой), на первой стадии участок костной ткани, подлежащей резорбции, «отмечается» остеоцитами с помощью особых цитокинов (процесс активации) и происходит разрушение протективного слоя на поверхности костного матрикса. Затем к «оголённой» кости мигрируют предшественники остеокластов, сливаясь в многоядерную структуру (симласт), являющуюся зрелым остеокластом.

На второй стадии (резорбции) остеокласты деминерализуют костный матрикс, уступая место макрофагам, осуществляющим разрушение и утилизацию органической матрицы межклеточного вещества кости, подготавливая, таким образом, данную поверхность кости к следующей стадии – реверсии, в которой осуществляется адгезия к этому участку костной ткани остеобластов. На заключительной стадии, названной стадией формирования, в зону «разрушения прибывают» предшественники остеобластов, дифференцируются, синтезируют и минерализуют матрикс костной ткани в соответствии с новыми условиями статической и динамической нагрузки на кость. Авторы отмечают, что такой способ перестройки характерен для губчатой костной ткани. То есть, со-

гласно этого способа перестройки кости последовательно протекают стадии (фазы) активации, резорбции, реверсии, формирования (остеогенеза). Содружественное функционирование указанных клеток реализуется посредством механизма сопряжения [16]. В основе этого механизма, по мнению авторов, лежат взаимовлияния посредством локальных сигналов в виде факторов роста и других цитокинов. Такое описание ремоделирования костной ткани общепринято и вошло в фундаментальные издания, в том числе учебники и учебные пособия [15].

Необходимо отметить, что механизм физиологической регенерации компактного вещества костной ткани может быть представлен В.Г. Гололобовым и соавт. [2,3] с позиции функционирования базисных (основных) многоклеточных единиц. Известно, что одновременно в губчатом веществе всех костей скелета функционирует около 15 миллионов клеточных групп, осуществляющих содружественное функционирование по механизму сопряжения при ремоделировании костной ткани, которые названы базисными (основными) многоклеточными единицами (БМЕ, Basic Multicellular Unit (BMU)) или костными ремоделирующими единицами (Bone Remodeling Unit (BRU)). По данным ряда авторов полный цикл ремоделирования зани-

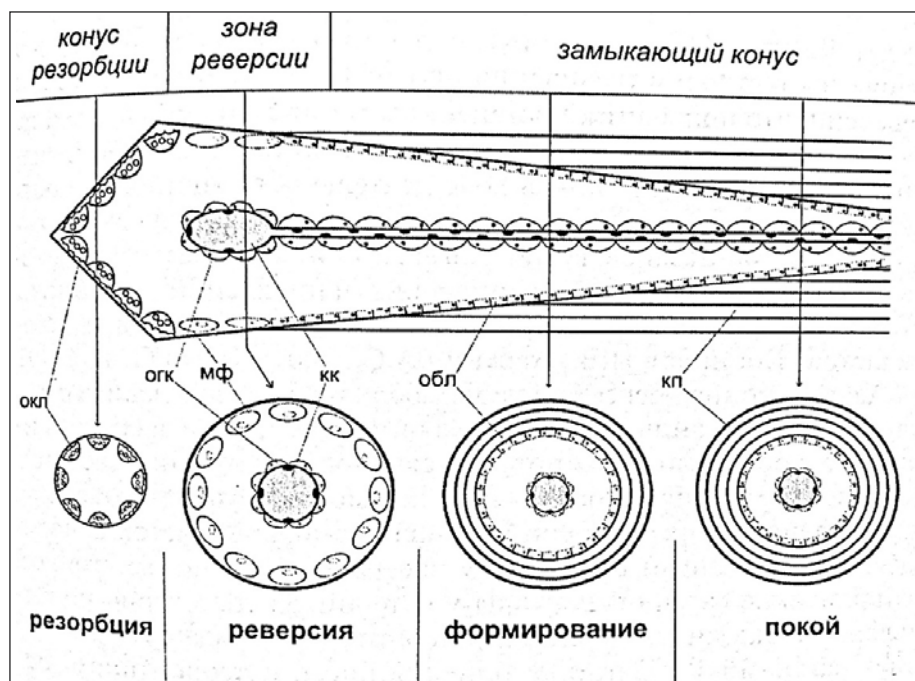


Рис. 3. Схема фаз деятельности базисных многоклеточных единиц по В.Г. Гололобову, А.К. Дулаеву и Р.В. Дееву (2003): ОКЛ – остеокласты; МФ – макрофаги; ОГК – остеогенные клетки; КК – кровеносный капилляр; ОБЛ – остеобласты; КП – костные пластинки

мает около 40 суток. Согласно представлениям В.Г. Гололобовым и соавт. [2] базисные межклеточные единицы имеют форму цилиндра с двумя конусовидными вершинами, в центре которого проходит кровеносный капилляр, окруженный остеогенными клетками. Вершина цилиндра, или «режущий конус», выстлана остеокластами, разрушающими компактную кость, образуя резорбционные каналы; срединная часть БМЕ является реверсивной зоной, то есть представляет собой резорбционную полость, выстланную клетками макрофагами и сменяющимися их преостеобластами, а замыкающий конус, являющийся дистальным отделом БМЕ, выстлан остеобластами, заполняющими резорбционный канал concentрическими располагающимися костными пластинками (рис. 3). Имеются данные, что одновременно в компактном веществе костей одновременно функционирует около 20 миллионов БМЕ [2, 16]. По мнению авторов механизма физиологической регенерации компактного вещества кости суще-

ствующая концепция Basic Multicellular Unit (базисных межклеточных единиц) отражает формирование новых остеонов на месте старых, а также, что эту концепцию можно рассматривать как надклеточную форму интеграции и функционирования гистонов или физиологический ремоделирующий гистон (ГФР) – клеточных ассоциаций [5].

Отметим, что продолжительность полного цикла ремоделирования изменяется с возрастом [9, 11]. Об этом свидетельствует постепенное уменьшение костной массы после 30 – 35 лет, так называемая «физиологическая потеря костной массы» [16]. Если в начале жизни наибольшее количество ГФР находятся в стадии (фазе) формирования, что обуславливает постепенное накопление костной массы и отражает процессы роста (до начала среднего возраста, то есть до 30 – 35 лет), то, во второй половине среднего возраста, а также в пожилом и старческом возрасте, временные параметры деятельности базисных межклеточных единиц изме-

няются. В эти возрастные периоды пролонгированы во времени стадии (фазы) резорбции и реверсии, что обуславливает постепенное снижение массы скелета [2, 3]. Необходимо подчеркнуть, что на микроархитектонику костей (компактное и губчатое вещество) накладывают отпечаток траектории напряжений в них, так как в участках с большими нагрузками откладывается дополнительная костная масса, благодаря чему понижается концентрация напряжений (саморегуляция биоконструкций) [15]. Поэтому особый интерес для пародонтологии, дентальной имплантологии и хирургической стоматологии имеют сведения о сочетании функционировании клеточных популяций в ходе деятельности гистонов на этапах физиологической регенерации костной ткани, которое зависит от механических напряжений на кость и, согласно гипотезе механотрансдукции, при их изменении остеоциты модулируют функциональную активность остеобластов и остеокластов [12]. Именно наличие постоянного механического стимула для альвеолярных отростков (частей) челюстей (наличие функционирующих зубов, дентальных имплантатов) играет важную роль в адаптационной перестройке метаболизма костной ткани и профилактике её атрофии и остеопороза. В литературе указывается, что восприятие цитоскелетом остеоцитов механического напряжения может осуществляться при взаимодействии рецепторов внешней мембраны клеток с молекулами, входящими в структуру экстрацеллюлярного матрикса, однако такие механорецепторы у остеоцитов пока не выявлены. В тоже время показано, что клетки остеоцитарного ряда связываются с коллагеном I и II типов, остеопонином, остеопонтином, остеонектином, витронектином, фибронектином, фибриногеном и ламинином и при смене напряжения в кости молекула смещаются относительно друг друга, обеспечивая передачу экстрацеллюлярных механических сигналов внутриклеточно. Выстилающие кость клетки (плоские клетки, входящие в эндост и образовавшиеся к концу продуктивного периода из остеобластов) и остеоциты воспринимают перемену механических напря-

жений локально (каждая клетка в отдельности), а суммированная клетками механическая нагрузка, приводит к созданию клетками ионного тока (межклеточные контакты обеспечивают переход ионов Ca^{2+} и молекул цАМФ из клетки в клетку) в определенном участке кости (пьезоэлектрический эффект), чем обуславливается адаптационная перестройка метаболизма кости в ответ на действие механического стимула, как правило, постоянного, которым для челюстей является жевательная нагрузка. Именно поэтому весьма неблагоприятно влияет на костную массу дефицит ионов кальция в пище и питьевой воде. У человека содержание Ca^{2+} в плазме крови постоянно мониторируется и автоматически поддерживается на уровне $2,25\text{--}2,75\text{ ммоль} \times \text{л}^{-1}$ при колебаниях в течение суток $\pm 4\%$. Физиологическая ремоделиция костной ткани приводит к тому, что ежедневно $10\text{ ммоль} (0,4\text{г})$ ионов кальция выходит из костей в плазму крови и столько же возвращается обратно [15]. При дефиците кальция в крови этот баланс нарушается, а нехватка кальция в крови компенсируется усилением процессов резорбции костной ткани. То же происходит и при эндокринных заболеваниях, в частности, сахарном диабете 2 типа, а также у женщин при наступлении менопаузы. С пищей и водой человек должен получать ежедневно не менее $1,5\text{ грамм}$ кальция в возрасте до 24 и 65 лет, а в промежутке между этими датами критическое значение составляет $1\text{ г} \cdot \text{сут}^{-1}$ [15].

Описан также другой механизм восприятия остеоцитами механических нагрузок, базирующийся на рецепции давления в костных каналах. Авторы этой концепции полагают, что остеоцит может реагировать внутриклеточными метаболическими сдвигами на относительно малые перепады давления тканевой жидкости в канальцах. Однако, значительное увеличение такого давления к описанному эффекту обычно не приводит. То есть, данная гипотеза опытыывает изменение потока жидкости в остеоцитарных канальцах под влиянием комбинации осевых и изгибающих нагрузок на кость [16].

Указывается, что остеоциты могут влиять на резорбцию костной ткани. На изолирован-

ных птичьих остеоцитах (*in vitro*) показана возможность поддержания культуры остеокластов и их функциональной активности. Остеогенные клетки экспрессируют RANKL, колониестимулирующий фактор моноцитов. Обе субстанции необходимы для привлечения и дифференцировки остеокластов. Также считается, что подвергающиеся апоптозу остеоциты выделяют некие молекулярные сигналы, являющиеся хемоаттрактантами для предшественников остеокластов. Таким образом, механизм механотрансдукции в костной ткани предусматривает следующие последовательные этапы или фазы:

- 1) под действием нагрузки кристаллы гидроксиапатита смещаются и сжимают костные каналы, в результате чего повышается давление тканевой жидкости и происходит локальное уменьшение ионов Ca^{2+} ;
- 2) остеоциты реагируют на уменьшение ионов Ca^{2+} выработкой цитокинов для «маркировки» участка резорбции и разрушения протективного слоя на поверхности костного матрикса;
- 3) отростки остеоцитов контактируют между собой, с выстилающими кость клетками и остеобластами, которые выполняют роль посредников сигналов в костной резорбции, обеспечивая транспорт молекул цАМФ из клеток в клетки. Накапливаясь в клетках цАМФ, путём активации протеинкиназ, влияет на регуляторные белки;
- 4) выстилающие кость клетки «покидают» своё место, лишённому клеток участку мигрируют предшественники остеокластов;
- 5) остеобласты выделяют ряд биологически активных веществ, под действием которых предшественники остеокластов сливаются в многоядерные структуры – зрелый симпласт [16].

В последние годы доказано влияние пептидной биорегуляции на репаративный остеогенез [10], что важно для нивелирования возрастных его изменений.

Заключение. Таким образом, рассматривая физиологическую регенерацию костной ткани, то она происходит дискретно, то есть в определённых местах, на ограниченных участках, которых чередуются, и со временем ремоделирование постепенно охватывает каждую кость. В течение жизни человека

один и тот же участок кости обновляется неоднократно. Говоря о репаративной регенерации костной ткани, в частности, челюстей, следует отметить, что она является, так сказать, усиленной физиологической регенерацией, имеющей свои особенности по ремоделированию трабекул губчатого и компактного веществ костной ткани, в реализации которых важную роль играет адаптивная перестройка её метаболизма в ответ на действие механических стимулов (жевательное давление или жевательная нагрузка). С этой точки зрения прикладной интерес представляют сведения об особенностях функционирования жевательного аппарата при восстановлении его целостности с использованием зубных протезов на искусственных опорах. Именно поэтому нормальная функциональная нагрузка на органы и ткани жевательного аппарата через естественные зубы и (или) зубные протезы на искусственных опорах, желательно внутрикостные, способна значительно уменьшить атрофические и остеопоретические процессы, соответственно, связанные с утратой объёма (истончение и уменьшение по высоте) альвеолярных отростков (частей) челюстей, а также с приобретённым уменьшением костной ткани на единицу объёма кости по отношению к аналогичному нормальному возрастному показателю.

В заключение следует сказать, что процессы физиологической и репаративной регенерации, в том числе ремоделирования костной ткани, имеют достаточно много уровней контроля и зависят не только от деятельности клеток костной ткани, но и от функционирования многих звеньев (особенности генетики, механические нагрузки, питание, гормональный статус и др.), влияющих и поддерживающих все виды обмена, включая минеральный гомеостаз. Именно поэтому вопросы оптимизации репаративной регенерации костной ткани челюстей, а также профилактики их атрофии, важные для клинической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, учитывая их многофакторную зависимость, должны рассматриваться междисциплинарно, как с общебиологических, так и с медицинских позиций.

Литература

1. Гололобов В.Г. Регенерация костной ткани при заживлении огнестрельных переломов. СПб.: Петербург - XXI век, 1997. 159 с.
2. Гололобов В.Г., Деев Р.В. Стволовые стромальные клетки и остеобластический клеточный дифферен. Морфология. 2003. Т. 123, № 1. С. 9 – 19.
3. Гололобов В.Г., Дулаев А.К., Деев Р.В., Цыган Е.Н. Морфологическая организация, реактивность и регенерация костной ткани. СПб.:ВМедА, 2006. 47с
4. Горская Ю.Ф., Шуклина Е.Ю., Нестеренко В.Г. Возрастные изменения в популяции индуцибельных остеогенных клеток-предшественников. Бюл. эксперим. биологии и медицины. 2002. № 2. С. 180 – 182.
5. Данилов Р.К., Боровая Т.Г., Ключков Н.Д. Экспериментально-гистологический анализ гистогенеза и репаративной регенерации тканей (некоторые итоги XX века и перспективы дальнейших исследований). Морфология. 2000. Т. 118, № 4. С. 7 – 16.
6. Жоголев К.Д., Никитин В.Ю., Цыган Е.Н. и соавт. Регуляция остеогенеза и иммуногенеза репаративных процессов. СПб.:ВМедА, 2003. 136 с.
7. Иорданишвили А.К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей. СПб.:Нордмед-издат, 2000. 217 с.
8. Иорданишвили А.К., Гололобов В.Г. Репаративный остеогенез: теоретические и прикладные аспекты проблемы. Пародонтология. 2002. № 1-2 (23). С. 22 – 31.
9. Иорданишвили А.К., Слугина А.Г., Балин Д.В., Сериков А.А. Возрастные особенности репаративного остеогенеза челюстей // Курский науч.- практич. вестн. «Человек и его здоровье». 2014. № 3. С. 15 – 21.
10. Иорданишвили А.К., Слугина А.Г., Сериков А.А., Самсонов В.В., Рыжак Г.А. Пептидная биорегуляция репаративного остеогенеза и остеointеграции: миф, реальность или перспективное будущее // Рос.вестн. дентальной имплантологии. 2015. № 1 (31). С. 25 – 30.
11. Иорданишвили А.К., Слугина А.Г., Сериков А.А. Причины утраты зубов у взрослых людей разных возрастных групп // Кубанский науч.мед.вестн. 2015. № 4 (153). С. 82 – 86.
12. Корнилов Н.В., Аврунин А.С. Адаптационные процессы в органах скелета. СПб.:Морсар, 2001. 346 с.
13. Слугина А.Г., Иорданишвили А.К., Сериков А.А., Самсонов В.В., Рыжак Г.А. Оптимизация репаративного остеогенеза челюстей при старении (доклиническое исследование) // Успехи геронтологии. 2016. №1 (29). С. 128 – 133.
14. Родионова С.С. Гистоморфология в диагностике остеопороза: рук-во. М.: Бином. Лаборатория знаний, 2003. С. 182 – 195.
15. Самойлов В.О. Медицинская биофизика: учебник. СПб.:СпецЛит, 2004. С. 341 – 413.
16. Цыган Е.Н., Деев Р.В. Морфофункционально-основные остеопороза. СПб.:ВМедА, 2007. 120 с.
17. Р. фон Верзен. Подготовка деминерализованного костного матрикса к клиническому использованию // Деминерализованный костный трансплантат и его применение. СПб., 1993. С. 4 – 11.
18. Фриденштейн А.Я., Лалыкина К.С. Индукция костной ткани и остеогенные клетки предшественники. М.: Медицина, 1973. 223с.
19. Burchardt M. The biology of bone graft repair // Clin. Orthop. 1983. V. 68A. P. 1264 – 1274.
20. Jotereau F. Origine des osteoclaster // Ann. Biol. Clin. 1985. Vol. 43, № 5. P. 767 – 772.

Новые методики оценки тяжести течения и эффективности лечения гиперестезии зубов

А.К. ИОРДАНИШВИЛИ,

д.м.н., профессор

Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И. Мечникова

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

Резюме

В работе представлены новые методики оценки степени тяжести течения гиперестезии зубов и эффективности лечения, которые предусматривают определение и использование определенного перечня известных симптомов и индексов этого заболевания. В основу методов положена аналогово-балльная система.

Ключевые слова: гиперестезия зубов, тяжесть течения патологии, оценка эффективности лечения, твердые ткани зуба, чувствительность.

30

NEW METHODS OF EVALUATING THE SEVERITY AND TREATMENT OF HYPERESTHESIA

A.K. Iordanishvili, MD, Professor

Northwestern State Medical University. I.I. Mechnikov
Military Medical Academy S.M. Kirova, St. Petersburg

Abstract

The paper presents new methods for assessing the severity of dental hyperesthesia and the effectiveness of treatment, which provide for the definition and use of a certain list of known symptoms and indices of this disease. The methods are based on the analog-point system.

Key words: hyperesthesia of teeth, the severity of the pathology, evaluation of the effectiveness of treatment, hard tooth tissue, sensitivity.

Актуальной проблемой клинической стоматологии является задача динамической оценки клинического течения и эффективности лечения заболеваний, в том числе гиперестезии зубов [5, 6, 8, 9].

В литературе представлены разные методики определения степени тяжести и оценки эффективности лечения гиперестезии зубов (ГЗ), каждый из которых отличается по трудоемкости и затратам времени. Однако, все

методики учитывают особенности клинического течения гиперестезии зубов (таблица 1).

Наиболее просто для динамики клинического течения ГЗ в первичной медицинской документации указывать распространенность процесса, устранение утраты естественных зубов и рецессии десны с указанием методики, а также степень ГЗ на момент осмотра:

Дифференциальная диагностика гиперестезии зубов в зависимости от распространенности патологического процесса, его происхождения и степени тяжести течения

Таблица 5

Гиперестезия зубов	
Локализованная форма	Генерализованная форма
проявляется обычно в области отдельных или нескольких зубов, чаще при наличии одиночных кариозных полостей, а также после препарирования зубов под коронки, вкладки и при клиновидных дефектах; ИРГЗ менее 25%	проявляется в области большинства или всех зубов, чаще при обнажении шеек и корней зубов при заболеваниях пародонта, повышенной стертости зубов, при множественном кариесе зубов, а также при множественной и прогрессирующей форме эрозий зубов. ИРГЗ 26 и более %
Гиперестезия зубов, связанная с потерей твердых тканей зуба	Гиперестезия зубов, не связанная с потерей твердых тканей зуба
гиперестезия в области кариозных полостей; гиперестезия, возникающая после препарирования тканей зуба под коронки, вкладки и т.п.; гиперестезия, сопутствующая повышенной стираемости числе клиновидным дефектам), гиперестезия при трещине и (или) эрозии эмали зубов	гиперестезия обнаженных шеек и корней зубов при патологии пародонта; гиперестезия интактных зубов (функциональная), сопутствующая общим нарушениям в организметвердых тканей зуба (в том
I степень	ткани зуба реагируют на температурный (холод, тепло) раздражитель, порог электровозбудимости дентина достигает 5-8 мкА; ИИГЗ в пределах 1,0 – 1,5 балла
II степень	ткани зуба реагируют на температурный и химический (соленое, сладкое, кислое, горькое) раздражители, порог электровозбудимости дентина достигает 3-5 мкА; ИИГЗ в пределах 1,6 – 2,2 балл
III степень	ткани зуба реагируют на все виды раздражителей, включая тактильный, порог электровозбудимости достигает 1,5-3,5 мкА. ИИГЗ в пределах 2,3 – 3,0 балла

31

I степень – боль в зубе возникает под влиянием холодого раздражителя температурой ниже 37°C;

II степень – боль в зубе возникает под влиянием холодого и химического раздражителей;

III степень – помимо названных факторов, зуб сохраняет чувствительность и к механическим раздражителям.

Для большей объективизации динамики клинической картины ГЗ и оценки эффективности лечения подходят индексы, а индекс распространенности гиперестезии зубов (ИРГЗ) и индекс интенсивности гиперестезии зубов (ИИГЗ), методика определения которых представлена во многих учебных пособиях.

Большой информативностью для оценки эффективности лечения ГЗ, но и значитель-

ной трудоемкостью при определении, обладает современный индекс чувствительности зубов (ИСЗ), объединяющий субъективные ощущения пациента, страдающего ГЗ, а также профессиональную оценку ГЗ врачами-стоматологами, который был предложен Л.Ю. Ореховой и С.Б. Улитовским в 2008 г., а детальная методика определения этого индекса опубликована в 2009 г. [7]. Для длительного изучения состояния чувствительности зубов в динамике, особенно под влиянием лекарственных форм или местного использования средств оральной гигиены, авторы ИСЗ используют формулу расчета эффективности чувствительности зубов (СЗ). При этом авторами этого также были предложены оценочные критерии полученных результатов исследования состояния чувствительности по индексу чувствительности,

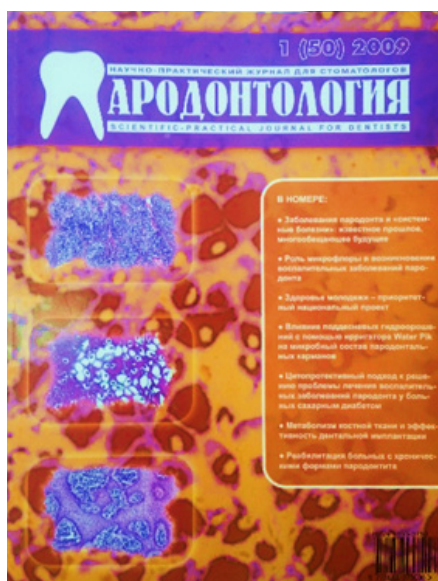


Рис. 1. Журнал «Пародонтология», в котором была представлена методика определения индекса чувствительности зубов



Рис. 2. Авторы методики определения индекса чувствительности зубов и эффективности лечения гиперестезии твердых тканей зубов профессор Л.Ю. Орехова и профессор С.Б. Улитовский

что позволяет существенно объективизировать оценку эффективности лечения ГЗ (рис. 1, 2).

Эффективность лечения гиперестезии зубов можно на основе изучения личностного реагирования или, так называемой, внутренней картины болезни. Для этого использую методики ТОБОЛ и СПСАФД [1–4].

При диагностике ГЗ для установления степени её выраженности нами предложен индекс тяжести и методика определения эффективности лечения гиперестезии зубов, предусматривающие определение и использование определенного перечня известных симптомов и индексов ГЗ, которые оцениваются в баллах.

1. Оценка индекса распространенности гиперестезии зубов (ИРГЗ): отсутствие гиперестезии зубов (ИРГЗ=0) – 0; показатель ИРГЗ составляет от 3,1 до 25%, что характеризует локализованную форму заболевания – 1; показатель ИРГЗ составляет от 26% до 100%, что характеризует генерализованную форму – 5.

2. Наличие утраты твердых тканей зубов при их гиперестезии и рецессии

десны: отсутствие гиперестезии зубов, утраты твердых тканей и рецессии десны, дефекты коронки зуба восстановлены пломбами, коронками или другими реставрациями – 0; наличие гиперестезии при кариозных и некариозных (трещина, эрозия, клиновидный дефект, повышенная стираемость зубов и др.) поражениях зубов – 1; гиперестезия зубов при патологии пародонта, сопровождающейся рецессией десны и оголением цемента корня зуба, а также функциональная недостаточность эмали – 5.

3. Реакция твердых тканей зуба на раздражители: отсутствие реакции твердых тканей зуба на встречающиеся в повседневной жизни температурные, химические и тактильные раздражители – 0; зуб (зубы) реагируют на температурный (холод, тепло) раздражитель – 1, зуб (зубы) реагируют на встречающиеся в повседневной жизни температурные, химические и тактильные раздражители – 5.

4. Оценка индекса интенсивности гиперестезии зубов (ИИГЗ): отсутствие гиперестезии зубов (ИИГЗ=0) – 0; ИИГЗ в пределах 1,0 – 1, 5 усл. ед. – 1; ИИГЗ в пределах 1,6 – 3,0 усл. ед. – 5.

5. Порог электровозбудимости зуба (зубов): показатель составляет 8 мкА и более – 0; при значении показателя от 5 мкА до 8 мкА – 1; при значении показателя менее 5 мкА – 5.

После регистрации симптоматики гиперестезии зубов следует осуществить подсчет баллов в сумме и оценить степень тяжести течения гиперестезии зубов исходя из полученной суммы: 0 – нет патологии; 1-4 балла – легкая степень тяжести патологии; 5-9 баллов – патология средней тяжести; 10-25 баллов – тяжелое течение гиперестезии зубов. Использование представленной методики позволяет также объективизировать оценку эффективности проводимого лечения гиперестезии зубов в процентном исчислении, для чего предложен следующий способ. Определение эффективности проведенной терапии при гиперестезии зубов следует проводить по формуле:

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

где А – сумма баллов при клинической оценке тяжести течения гиперестезии зубов до начала стоматологических лечебно-профилактических мероприятий;

В – сумма баллов при клинической оценке тяжести течения гиперестезии зубов на этапе лечения, по завершению лечения, а также в ближайшем ли отдаленном периоде после окончания комплексного лечения гиперестезии зубов.

Апробация предлагаемого способа оценки тяжести течения и эффективности лечения гиперестезии зубов с использованием клинического индекса заболевания показала, что этот способ прост, информативен и может применяться в научной работе, при клинических исследованиях, а также для оценки эффективности проводимой терапии этого заболевания в практической стоматологии. Таким образом, использование в клинической стоматологии приведённых в пособие методов диагностики и оценки эффективности лечения позволяет объективизировать не только распространенность и интенсивность течения ГЗ у каждого человека или в группе лиц, но и в цифровом выражении оценить динамику распространённости и интенсивности течения ГЗ в процессе проводимых лечебно-профилактических стоматологических мероприятий, а также в процентном выражении определить эффективность лечения.

Литература

1. Иорданишвили, А.К. Фторид олова в профилактике и лечении повышенной чувствительности зубов / А.К. Иорданишвили, М.И. Музыкин. С.В. Васильев // Экология и развитие общества. – 2018. – № 2 (25). – С. 42 – 45.
2. Иорданишвили, А.К. Обеспечение стоматологического здоровья с использованием российских средств для ухода за полостью рта / А.К. Иорданишвили // Новое в стоматологии. – 2019. – № 3 (239). – С. 72 – 78.
3. Иорданишвили, А.К. Оценка эффективности и удовлетворенности пациентов при лечении гиперестезии зубов с учётом их психического состояния и приверженности лечению // Стоматология. – 2019. – № 2. – С. 46 – 50.
4. Иорданишвили А.К., Удальцова Н.А., Присяжнюк О.В. Особенности личного реагирования при профилактике и лечении повышенной чувствительности зубов на фоне сахарного диабета 2 типа // Экология и развитие общества. – 2018. – № 4 (27). – С.68 – 76.
5. Орлов А.К. Особенности течения и лечение гиперестезии твердых тканей зуба у людей пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.К. Орлов. – СПб., 2015. – 24 с.
6. Орехова Л.Ю. Определение чувствительности зубов / Л.Ю. Орехова, С.Б. Улитовский // Пародонтология. – 2009. – №1 (50). – С. 85-88.
7. Орехова Л.Ю. Оценка эффективности применения зубной пасты «Сенсодин-Ф» при гиперестезии твердых тканей зубов на клиническом приеме / Л.Ю. Орехова [и др.] // Пародонтология. – 2003. – №1. – С. 57–62.
8. Улитовский, С.Б. Клинико-лабораторные методы оценки десенсиитивной активности зубных паст / С.Б. Улитовский [и др.] // Стоматологическое образование и наука. – 2011. – №1. – С. 58–65.
9. Улитовский, С.Б. Решение вопросов гиперчувствительности в сложных стоматологических ситуациях / С.Б. Улитовский [и др.] // Стоматологический научно-образовательный журнал. – 2013. – №1 (2). – С. 12–15.

Комплексное исследование гигиены рта у пациентов с несъемной ортодонтической аппаратурой

С.Б. Улитовский,

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

А.В. Шевцов,

ассистент¹

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

Резюме

Пациенты с несъемной ортодонтической аппаратурой имеют высокий риск развития основных стоматологических заболеваний, вследствие того, что сама конструкция аппарата способствует накоплению мягкого зубного налета, и затрудняет и усложняет гигиенические процедуры у пациентов с брекет-системами.

Целью данного исследования было изучение динамики параметров индексов гигиены рта, и уровня гигиенических знаний у ортодонтических пациентов. В исследовании приняло участие 79 пациентов, которые были разделены на 4 группы. Определяли упрощенный индекс Грина-Вермиллиона (1964), очищающую эффективность, индекс РМА (1971) и противовоспалительную эффективность, а так же индекс гигиенических знаний С.Б. Улитовского (1993). В результате анализа данных получили следующие выводы: наибольшая очищающая эффективность по индексу Грина-Вермиллиона была в четвертой группе ($57,45 \pm 4,01\%$), противовоспалительная эффективности по индексу РМА так же в 4-й группе ($46,68 \pm 3,02\%$).

Эти данные говорят о высокой необходимости комплексного исследования гигиенического орального статуса у ортодонтических пациентов с несъемной аппаратурой.

Ключевые слова: профилактика, ортодонтия, брекет-система, индекс Грина-Вермиллиона, индекс РМА, индекс гигиенических знаний Улитовского.

Актуальность

В настоящее время, в связи с развитием технологий, появлением новых стоматологических материалов, методов исследования, диагностики и лечения зубочелюстных аномалий, ортодонтическое лечение с помощью несъемных аппаратов в виде брекет-систем становится более доступным для широких масс населения [12, 13, 15]. Но как бы ни развивалась эта сфера медицинской деятельности, проблема гигиенического ухода за данными конструкциями во рту у пациента остается сегодня актуальной.

По данным Т.А. Петрушанко и соавт. (2013) при обследовании ортодонтических пациентов было выявлено удовлетворительное состояние гигиены рта по индексу гигиены Green – Vermilion, оно составило $1,23 \pm 0,15$ [2].

По данным А.А. Тимофеева и А.Г. Круть при обследовании ортодонтических пациентов, использующих несъемную аппаратуру в течение года и более, индекс РМА в основной группе составлял $48,4 \pm 4,1\%$, против $49,3 \pm 5,2\%$, $4,9 \pm 1,1$ балла в контрольной группе. В научной литературе мы не нашли до-

ORAL HYGIENE COMPLEX SURVEY AMONG PATIENTS WITH NON-REMOVABLE ORTHODONTIC APPLIANCE

S.B. Ulitovskiy, professor, DMSc, department's head,¹
Deputy Director for Science of the Pavlov First Saint Petersburg State Medical University's
Research Institute for Dentistry and Maxillofacial surgery, honored doctor of the Russian Federation,
honored dentist of the RDA

A.V. Shevtsov, assistant ¹

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

Resume

Patients with fixed orthodontic appliances have a high risk of developing major dental diseases, due to the fact that the design of the device itself contributes to the accumulation of soft plaque, and complicates and complicates hygiene procedures in patients with braces.

The purpose of this study was to study the dynamics of the parameters of the oral hygiene index, and the level of hygienic knowledge in orthodontic patients. The study involved 79 patients who were divided into 4 groups. A simplified Green-Vermillion Index (1964), cleaning efficiency, PMA Index (1971), and anti-inflammatory effectiveness, as well as the S.B. hygienic knowledge index were determined. Ulitovskiy (1993). As a result of the data analysis, the following conclusions were obtained: the greatest cleansing efficacy in the Green-Vermillion index was in the fourth group ($57.45 \pm 4.01\%$), the anti-inflammatory efficacy in the PMA index was also in the 4th group ($46.68 \pm 3, 02\%$).

These data indicate a high need for a comprehensive study of hygienic oral status in orthodontic patients with fixed equipment.

Key words: prevention, orthodontics, bracket system, Green-Vermillion index, PMA index, Ulitovskiy hygienic knowledge index.

35

статочно данных по исследованию уровня гигиенических знаний у ортодонтических пациентов. Данные факты послужили основанием для проведения исследования [4].

Цель

Целью исследования было изучение динамики параметров индексов гигиены рта, и уровня гигиенических знаний у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении. Материалы и методы

Для проведения исследования было сформировано 4 группы пациентов с вестибулярными брекет-системами на верхней и нижней челюстях. 1 группа в возрасте 15-20 лет, 2 группа – пациенты 21-25 лет, в 3-ю группу вошли пациенты 26-30 лет, в четвертой группе – 31-35 лет. Всего в исследовании приняло участие 79 пациентов. У исследуемых определяли упрощенный индекс Грина-Вермиллиона, и очищающую эффективность, индекс РМА и противовоспалительную эффективность, так же определяли уровень гигиенических знаний по индексу

гигиенических знаний С.Б. Улитовского (1993) все показатели регистрировали в течение 1 месяца, измерения проводились каждую неделю. Окрашивание производили при помощи индикаторных таблеток с эритрозином (рис. 1). Исследуемых одавали ре-

Рисунок 1. Пациентка М. 27 лет. Окрашивание зубного налёта при помощи таблетки с эритрозином



Изменения показателей упрощенного индекса Грина - Вермиллиона

Таблица 1

Исследуемые группы	Показатели упрощенного индекса Грина - Вермиллиона				
	Период обследования (недели)				
	Начало	1	2	3	4
1 группа	2,13 ± 0,34	1,77 ± 0,22	1,47 ± 0,31	1,40 ± 0,27	1,07 ± 0,21
2 группа	2,71 ± 0,26	2,04 ± 0,22	1,66 ± 0,13	1,33 ± 0,13	1,17 ± 0,15
3 группа	2,68 ± 0,22	2,02 ± 0,15	1,69 ± 0,11	1,53 ± 0,12	1,49 ± 0,14
4 группа	2,75 ± 0,36	2,08 ± 0,33	1,67 ± 0,15	1,34 ± 0,18	1,17 ± 0,11

комендации об правильном использовании средств гигиены рта.

Результаты

В результате исследования были получены следующие данные по упрощенному индексу гигиены Грина-Вермиллиона, отражающие динамику изменения состояния гигиены рта у ортодонтических пациентов.

Из таблицы 1 видно, что показатели индекса Грина-Вермиллиона в группе 1 уменьшались в течение месяца с $2,13 \pm 0,34$ по $1,07 \pm 0,21$, в группе 2 показатели индекса имели значение $2,71 \pm 0,26$ в начале исследования и $1,17 \pm 0,15$ после 4-х недель. В группе 3 с $2,68 \pm 0,22$ по $1,49 \pm 0,14$, а в четвертой группе снижение индекса происходило с $2,75 \pm 0,36$ по $1,17 \pm 0,11$ баллов.

Исходя из данных, отображенных на рисунке 2 следует, что очищающая эффективность в первой группе была равна

$49,77 \pm 2,98\%$, во второй группе этот показатель равнялся $56,83 \pm 3,66\%$, в третьей и четвертой группах $44,40 \pm 3,54\%$ и $57,45 \pm 4,01\%$ соответственно.

Из таблицы 2 видно, показатель индекса РМА изменялся в группе 1 с $12,18 \pm 2,69\%$ в начале исследования до $8,03 \pm 1,12\%$, в группе 2 данный индекс имел значение $16,81 \pm 2,69\%$ в начале и $10,15 \pm 1,12\%$ в конце исследования, в 3-ей группе значения индекса в начале равнялось $36,33 \pm 3,67\%$, в конце – $22,75 \pm 2,31\%$. В четвертой группе данный показатель уменьшился с $35,56 \pm 3,37\%$ до $18,96 \pm 2,55\%$.

По данным, отображенным на рисунке 3 видно, что противовоспалительная эффективность по индексу РМА к четвертой неделе исследования распределилась по группам таким образом: в первой группе – $34,07 \pm 2,55\%$, во второй была $39,62 \pm 2,63\%$, в третьей – $37,38 \pm 2,48\%$, а в четвертой равнялась $46,68 \pm 3,02\%$.

Изменения показателей индекса РМА (%)

Таблица 2

Исследуемые группы	Показатели индекса РМА (%)				
	Период обследования (недели)				
	Начало	1	2	3	4
1 группа	12,18 ± 3,52	10,80 ± 2,32	10,52 ± 1,96	9,97 ± 1,40	8,03 ± 1,64
2 группа	16,81 ± 2,69	14,27 ± 2,19	12,77 ± 1,57	12,21 ± 1,23	10,15 ± 1,12
3 группа	36,33 ± 3,67	32,77 ± 3,52	31,08 ± 3,27	28,11 ± 3,19	22,75 ± 2,31
4 группа	35,56 ± 3,37	31,66 ± 3,44	27,79 ± 3,15	22,86 ± 3,13	18,96 ± 2,55

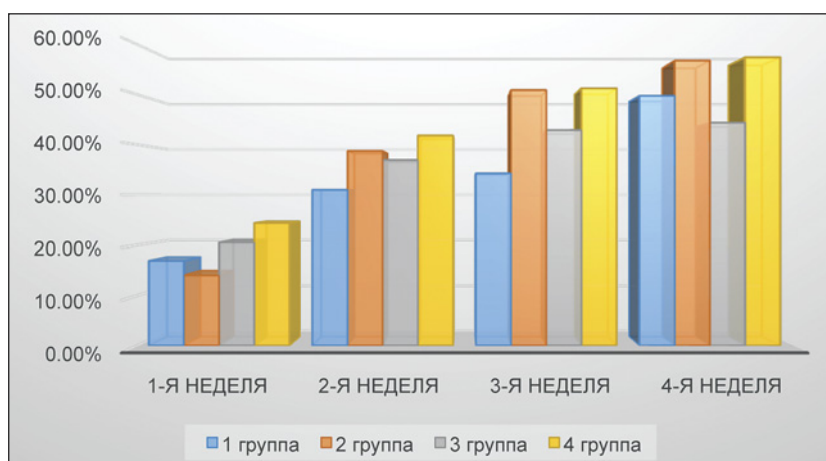


Рис. 2. Очищающая эффективность в исследуемых группах по индексу Грин-Вермиллион

Из таблицы 3 видно, что в группе 1 показатель индекса гигиенических знаний С.Б. Улитовского изменялся с $6,22 \pm 1,29$ баллов до $4,30 \pm 0,91$, во второй группе эти показатели уменьшались с $11,29 \pm 1,98$ до $6,15 \pm 1,62$ к четвертой неделе, в группе 3 данный индекс имел значение $12,17 \pm 2,02$ баллов в начале исследования и $6,73 \pm 1,68$ в конце. В группе 4 показатели данного индекса уменьшались с $14,77 \pm 1,92$ по $8,01 \pm 1,31$.

Выводы

Исходя из анализа полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. Наибольшая очищающая эффективность по индексу Грина-Вермиллиона была в чет-

вертой группе и составила $57,45 \pm 4,01\%$.

2. Противовоспалительная эффективность по индексу РМА оказалась наибольшей в четвертой группе – $46,68 \pm 3,02\%$. Второе место по данному параметру было в группе 2 и составило $39,62 \pm 2,63\%$.

3. Наибольшие изменения индекса гигиенических знаний были зарегистрированы также в четвертой группе, с $14,77 \pm 1,92$ по $8,01 \pm 1,31$, что составило $45,77 \pm 3,65\%$.

Заключение

Зубочелюстные аномалии имеют негативное влияние на клиническое, функциональное, но в основную очередь на гигиеническое состояние рта, которое изменяется при

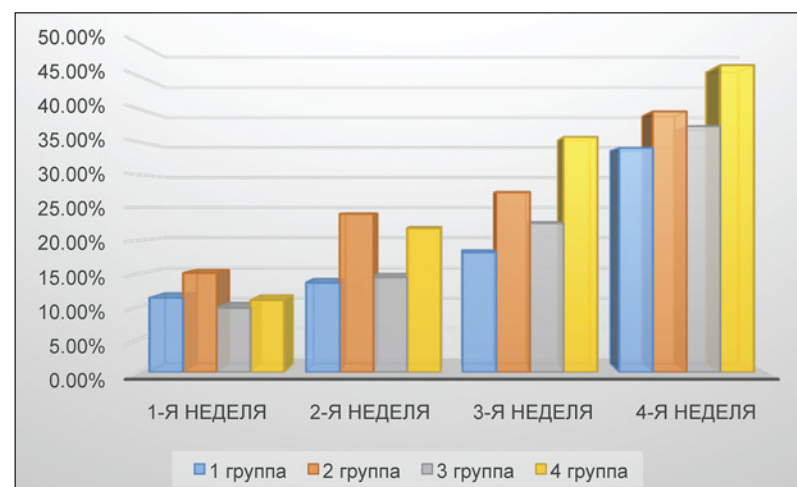


Рис. 3. Противовоспалительная эффективность в исследуемых группах по индексу РМА

использовании различных ортодонтических конструкций [1-3, 5]. Исследование показывает, что данному вопросу в настоящее время необходимо уделять достаточно внимания, так как все несъемные ортодонтические конструкции создают условия для появления новых нетипичных областей накопления зубного налета, как одного из ведущих факторов в возникновении основных стоматологических заболеваний [5-10].

Литература

1. Куватбаева, У. А. Факторы риска заболеваний пародонта у лиц с брекет-системами (по данным литературы) / У. А. Куватбаева. // Вестник КазНМУ. — 2017. — № 3. — С. 179-183.
2. Петрушанко, Т. А. Анализ факторов риска болезни пародонта при использовании брекет-систем / Т. А. Петрушанко, М. А. Кириленко // Украинський стоматологічний альманах. — 2013. — № 5.
3. Терехова, Т. Н. Современные подходы к профилактике кариеса зубов при ортодонтическом лечении / Т. Н. Терехова, Т. В. Горлачева. // Военная медицина. - 2017. - № 4. - С. 70-74.
4. Тимофеев, А. А. Применение холисала для лечения гингивитов, возникших при использовании брекет – систем / А. А. Тимофеев, А. Г. Круть // Современная стоматология. — 2010. — № 1. — С. 136-136.
5. Улитовский, С. Б. Гигиена в ортодонтии. / С. Б. Улитовский // — СПб: Человек, 2012. — 152 с.
6. Улитовский, С. Б. Индивидуальная гигиена полости рта / С. Б. Улитовский // — М.: МЕДпресс-информ. — 2005. — 192 с.
7. Улитовский, С. Б. Индивидуальная гигиеническая программа профилактики стоматологических заболеваний / С. Б. Улитовский // — М.: Мед. кн., Н. Новгород: НГМА — 2003. — 291 с.
8. Улитовский, С. Б. Комплексное лечение воспалительных заболеваний пародонта / С. Б. Улитовский // Медицинский совет. — 2016. — № 19. — С. 138-141.
9. Улитовский, С. Б. Новые подходы к профилактике кариеса / С. Б. Улитовский // Клиническая стоматология. — 2014. — № 4. — С. 20—24.
10. Улитовский, С. Б. Профилактика кариеса: нейтрализация кислот / С. Б. Улитовский // Стоматолог-практик. — 2015. — № 2. — С. 10—12.
11. Улитовский, С. Б. Ситуационная гигиена полости рта / С. Б. Улитовский // — СПб: Человек. — 2013. — 596 с.
12. Chang, H. S. Enamel demineralization during orthodontic treatment. Aetiology and prevention / H. S. Chang, L. J. Walsh, T. J. Freer. // Aust Dent J. — 1997. — Vol. 42, № 5. — P. 322-327.
13. Khoroushi, M. Prevention and treatment of white spot lesions in orthodontic patients / M. Khoroushi, M. Kachuie. // Contemp Clin Dent. — 2017. - Vol. 8, № 1. — P. 11-19.
14. Petersen, P. E. Equity, social determinants and public health programmes the case of oral health. / P. E. Petersen, S. Kwan // Community dentistry and oral epidemiology. — 2011. — Vol. 39, № 6. — P. 481-487.
15. Raphael, S. Is there caries? A systematic review / S. Raphael, A. Blinkhorn. // BMC Oral Health. — 2015. — Vol. 15, № 1. — P. 113.

Основные вопросы профилактики кариеса у пациентов с несъемными ортодонтическими аппаратами

С.Б. Улитовский,

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

А.В. Шевцов,

ассистент¹

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

Резюме

Пациенты, проходящие лечение с брекет-системами, сталкиваются с высоким риском развития кариеса. Поэтому изучение профилактических мероприятий в период лечения особенно важно в связи с развитием ортодонтии.

Потребность в стоматологической помощи среди ортодонтических пациентов была изучена с точки зрения таких показателей, как интенсивность и распространенность кариеса. Пациенты были разделены на пять групп по возрасту от 11 до 40 лет. Распространенность кариеса у пациентов, проходящих ортодонтическое лечение, составила 97,92%. Значения интенсивности показателей кариеса по индексу КПУ варьируют от $3,14 \pm 2,16$ до $15,11 \pm 1,90$ в зависимости от возрастной группы. Были изучены и проанализированы отдельные параметры индекса (К) разрушенных / кариозных, (П) запломбированных и (У) удаленных по причине кариеса зубов) во всех исследуемых группах.

Распространенность и интенсивность кариеса зубов у ортодонтических пациентов свидетельствовали о высокой степени необходимости профилактических мер в течение всего периода ортодонтического лечения, что потребовало разработки и реализации «Индивидуальных программ гигиены для профилактики основных стоматологических заболеваний у данных пациентов» с целью усилить процесс реминерализации эмали.

Ключевые слова: профилактика кариеса, ортодонтия, брекет-система, распространенность кариеса, интенсивность кариеса.

Введение

Пациенты, проходящие ортодонтическое лечение, сталкиваются с высоким риском развития кариозных поражений из-за образования неблагоприятных условий, создаваемых непосредственно аппаратурой и её отдельными элементами, способствующими интенсивному накоплению зубного налета [2-10]. С. С. А. Fernandez et al. (2018), A. S. Pinto et al. (2018), S. Twetman и соавторы. (2013), О. И. Арсенина (2002) в своих исследованиях показали, что у ортодонтических пациентов

необходимость лечения кариеса зубов колеблется в пределах 30-70%. Такой диапазон объясняется с точки зрения образования зубного налета, создаваемого несъемной ортодонтической аппаратурой, плохой гигиеной, потребляемой пищей, качеством питьевой воды, что влияет на распространенность и интенсивность кариеса [1-3, 16].

К факторам риска, способствующим развитию кариеса у ортодонтических пациентов, С. Б. Улитовский и соавт. (2014 – 2018) относят: плохую гигиену полости рта до лече-

MAJOR QUESTIONS OF CARIES PREVENTION IN PATIENTS WITH FIXED ORTHODONTIC APPLIANCES

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

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

A.V. Shevtsov, assistant ¹

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

Resume

Patients undergoing treatment using fixed orthodontic appliances have a high risk of tooth decay emerging. Therefore, researching of the preventive measures features during this period is especially relevant in connection with development of orthodontics.

The stomatological treatment need for orthodontic patients was studied by determining the intensity and prevalence of tooth decay. The patients were divided into five age groups ranged from 11 to 40 years. The prevalence of caries in patients during orthodontic treatment was 97.92%. The values of caries intensity by the DMF index ranged from 3.14 ± 2.16 to 15.11 ± 1.90 , depending on the age group. Were explored and analyzed individual parameters of the index (number of (D) decayed, (M) missing, and (F) filled teeth) in all investigated groups.

The prevalence and intensity of tooth decay in orthodontic patients indicated a high need for dental prevention during the all period of orthodontic treatment, which necessitated the development and implementation "Individual Hygienic Programs for the Prevention of Major Dental Diseases in Orthodontic Patients" in order to increase the remineralization processes in enamel.

Key words: caries prevention, orthodontics, fixed orthodontic appliance, caries prevalence, caries' intensity

ния и в процессе (отсутствие навыков и недостаточная мотивация), возраст, климатические и географические условия жизни, социальные факторы, предрасположенность, индивидуальные особенности обмена веществ, и непосредственно в самом месте крепления аппаратуры факторы риска зависят от времени и площади протравливания поверхности эмали до закрепления несъемной системы, а также от зон эмали, которые выходят за пределы закрепления и которые в последующем не обработали фторидами [4, 5, 7-9].

A. A. Cardoso и соавторы (2017) провели исследование среди 22 человек в возрасте от 11 до 22 лет. Были оценены следующие факторы: кариес зубов, гигиена полости рта, суточное воздействие сахара на эмаль, отделение слюны, буферная емкость слюны, pH, а также активность карбоангидразы VI и амилазы на протяжении всего периода ортодонтического лечения. Авторы сообщили о распространенности кариеса до ортодон-

тического лечения в диапазоне от 15,5 до 40% [11].

К. С. Julien и соавторы. (2013) представили исследование 885 пациентов, которое свидетельствовало о том, что кариес во время ортодонтического лечения у пациентов развивался в 23,4% случаев [13]. По мнению авторов, боковые и центральные резцы, клыки и премоляры верхней челюсти могут быть подвержены развитию кариеса, однако все зубы потенциально находятся под угрозой. В исследовании, проведенном A. S. Pinto и соавторами (2018) в Федеральном университете Санта-Мария, Бразилия, было отмечено, что рост очагов кариеса у пациентов, проходящих ортодонтическое лечение в течение не менее 2 лет, составил 72,3%. Аналогичные показатели, например, у пациентов, которые не проходили лечение, составили всего 1,5%, а у ортодонтических пациентов, получавших лечение в течение 1 года, рост очагов кариеса составил 27,7% [15].

Распределение показателей интенсивности кариеса в исследуемых группах

Таблица 1

Возрастные группы		Компонент индекса КПУ (в баллах)			
№	Возраст	К	П	У	Средний показатель КПУ
1	11 – 15 лет	0,71	2,29	0,14	3,14±2,16
2	16 – 20 лет	0,43	3,43	0,00	3,86±1,59
3	21 – 25 лет	0,50	7,17	0,00	7,67±3,00
4	26 – 30 лет	0,09	7,91	0,36	8,36±1,85
5	31 – 35 лет	0,88	8,50	1,00	10,38±2,97
6	36 – 40 лет	0,56	9,56	5,00	15,11±1,90

Все упомянутые данные свидетельствуют о высокой важности изучения распространенности и интенсивности кариеса у пациентов, проходящих ортодонтическое лечение, с целью выявления факторов риска развития кариеса и его профилактики, в противном случае отсутствие мер по достаточной и адекватной гигиене рта приводит к развитию кариеса [1-3, 8] (рис. 1).

Цель

Целью данного исследования было определение распространенности и интенсивности кариеса у пациентов, проходящих лечение на несъемной ортодонтической аппаратуре.

Материалы и методы

Для проведения исследования были сформированы 5 групп ортодонтических паци-

ентов: 1-я группа в возрасте 11-15 лет, 2-я группа в возрасте 16-20 лет, 3-я группа в возрасте 21-25 лет, четвертая группа в возрасте 26-30 лет, 5-я группа в возрасте 31-35 лет, 6-ой группе 36-40 лет, в каждой возрастной группе 45 пациентов.

Интенсивность кариеса зубов определяли по индексу КПУ с заполнением карты зубного пациента. На основании полученных результатов была рассчитана заболеваемость кариесом у ортодонтических пациентов.

Результаты

В результате проведенного исследования установлено, что распространенность кариеса зубов в 1-й группе составила 85,71%, в других группах - 100%. Средняя распространенность кариеса во всех группах составила 97,92%.

Соотношение компонентов КПУ в группах

Таблица 2

№ группы	Компонент КПУ (%)			Итого
	К	П	У	
1	22,7	72,7	4,5	100,0
2	11,1	88,9	0,0	100,0
3	6,5	93,5	0,0	100,0
4	1,1	94,6	4,3	100,0
5	8,4	81,9	9,6	100,0
6	3,7	63,2	33,1	100,0



Рис. 1. Формирование очагов деминерализации у ортодонтических пациентов при плохой гигиене рта

Полученные данные (табл. 1, 2) свидетельствуют о том, что в первой группе компонент «К» составил 23%, индекс компонента «П» составил 73%, в свою очередь «У» - 5%, значение индекс КПУ - 3,14 2,16; во второй группе преобладает компонент «П», и его соотношение в индексе достигает 89%, компонент «У» в этой возрастной группе полностью отсутствует. В третьей группе компонент «П» в процентном соотношении составлял 93%, в той же группе компонент «У» также отсутствовал. В 4-й группе эти показатели были следующими: компонент «К» - 1%, «П» - 95%, «У» - 4%, показатель КПУ - 8,36 ± 1,85. В группе 5 также преобладал компо-

нент «П», который составил 82%, а «У» - 10%. В шестой группе компонент «П» составил 63%, компонент «У» - 33%.

В таблице 1 представлены полученные результаты показателей индекса КПУ в зависимости от возраста пациентов.

В таблице 2 показано распределение компонентов индекса КПУ в зависимости от исследуемой группы.

Интенсивность кариеса зубов (рис. 2) в обследованных группах имела следующую структуру: компонент «П» варьировал от 63,2% в 6-й группе до 94,6% в четвертой группе. Компонент "У" начинает увеличиваться с 4-й группы до 5-й, в которой данный показатель равнялся 8,4%.

Наличие такого показателя параметра «У» в младшей возрастной группе (4,5%) можно объяснить единичными случаями крайне неудовлетворительной гигиены полости рта у подростков и тяжелой патологией прикуса, в результате чего необходимо было удалять постоянные зубы в раннем возрасте.

Обсуждение

Исходя из результатов исследования, очевидно, что распространенность кариеса у пациентов очень высока и имеет тенденцию достигать 100%, что можно объяснить изначально неблагоприятной стоматологической ситуацией во рту до лечения, включая скученность зубов. затрудняет обеспечение адекватной гигиены.

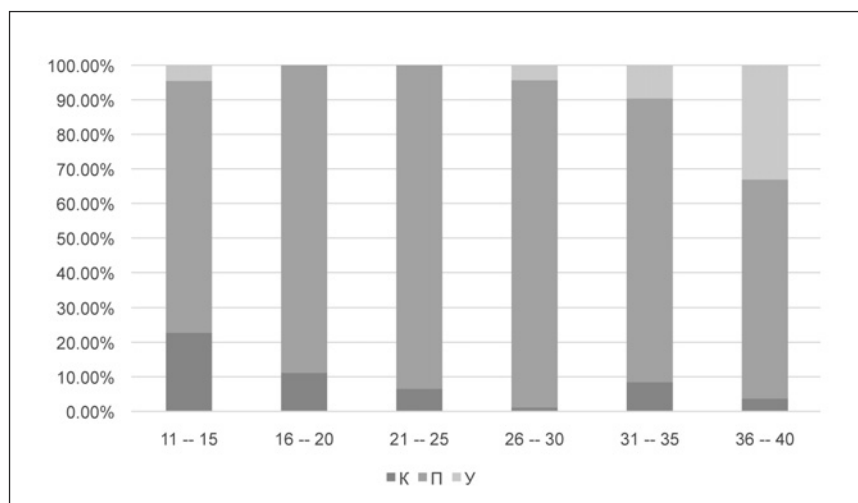


Рис. 2. Процентный состав параметров «К», «П» и «У» в показателе интенсивности кариеса среди ортодонтических пациентов

Результаты исследования свидетельствовали о том, что абсолютное значение индекса КПУ среди обследованных пациентов растет из 1-й группы, а к 6-й группе было равно $3,14 \pm 2,16$, в котором данный показатель составлял $15,11 \pm 1,90$. Наибольший процент компонента «К» был получен в 1-й группе (22,7%), постепенно уменьшаясь к 4-й группе (1,1%) и снова увеличиваясь до 8,4% в 5-й группе. Во всех исследованных группах В индексе КПУ преобладала компонента «П», наибольшее значение было получено в 4-й группе и составило 94,6%, наименьшее в 6-й группе - 63,2%. Компонент «У» в 1-й группе составил 4,5%, имеет минимальное значение 0,0% во 2-й и 3-й группах, увеличившись максимум до 33,1% в 6-й группе.

Эти результаты выявили высокую распространенность и интенсивность кариеса у ортодонтических пациентов, что обуславливает необходимость разработки и реализации «Индивидуальных гигиенических программ по профилактике основных стоматологических заболеваний у ортодонтических пациентов» для улучшения качества стоматологического здоровья.

Литература

1. Арсенина, О. И. Лечебно-профилактические мероприятия при ортодонтическом лечении с использованием несъемной техники: Пособие для врачей-ортодонтов / О. И. Арсенина, Э. Б. Сахарова, М. В. Кабачек, А. В. Попова // Пособие для врачей-ортодонтов. М.: Нефть и газ. — 2002. — 55 с.
2. Зубкова Л. П., Хорошилкина Ф. Я. Лечебно-профилактические мероприятия в ортодонтии // Киев: Здоровья. — 1993. — Т. 343. — С. 9.
3. Климова Е. А., Соколов Н. А., Бродина Т. В. Микробиота полости рта как ключ к пониманию кариозного процесса (состояние вопроса на 2016 год) // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. — 2017. — Т. 12. — №1 — С.54-59
4. Улитовский С.Б. Современные представления об оценке стоматологического здоровья у населения // Сб.: 1 выездной университетской научно-практической конференции «Фундаментальные и прикладные проблемы стоматологии – 2014», СПб., 2014.- С.36-37.
5. Улитовский С.Б., Алексеева Е.С., Васянина А.А. Комплексная профилактика кариеса зубов с использованием средств серии Duraphat. // Стоматологический научно-образовательный журнал, 2014.- №1/2.- С.56-59.

6. Улитовский С.Б., Алексеева Е.С., Калинина О.В. Нейтрализация кислот как способ профилактики кариеса. // Стоматологический научно-образовательный журнал, 2015.- № 1/2.- С.2-6.
7. Улитовский С.Б., Васянина А.А., Алексеева Е.С. Система Дурафат для профессиональной фторпрофилактики кариеса зубов // Стоматологический научно-образовательный журнал, 2014.- № 3/4.- С.54-55.
8. Улитовский С.Б., Шевцов А.В. Определение очищающей эффективности зубных паст как критерий выбора средств гигиены у ортодонтических пациентов / Стоматологический научно-образовательный журнал, 2018. - №1/2. — С. 26 – 31.
9. Улитовский, С. Б. Новые подходы к профилактике кариеса / С. Б. Улитовский // Клиническая стоматология. — 2014. — № 4. — С. 20-24.
10. Улитовский, С.Б. Кариеспрофилактика: новые подходы / С.Б. Улитовский // Стомат. науч.-образоват. журн. — 2014. — № 3/4. — С. 30–33.
11. Cardoso, A. A. Influence of salivary parameters in the caries development in orthodontic patients—an observational clinical study / A. A. Cardoso, L. M. Lopes, L. P. Rodrigues, J. J. Teixeira, C. S. Oliveira, M. Nobre-Dos-Santos // International Journal of Paediatric Dentistry. — 2017. — Vol. 27. — №. 6. — P. 540-550.
12. Fernandez, C. C. A. Dental anomalies in different growth and skeletal malocclusion patterns / C. C. A. Fernandez, C. V. C. A. Pereira, R. R. Luiz, A. R. Vieira, M. D. C. Costae // The Angle Orthodontist. — 2018. — Vol. 88. — №. 2. — P. 195-210.
13. Julien K. C. Prevalence of white spot lesion formation during orthodontic treatment / K. C. Julien, P. H. Buschang, P. M. Campbell // The Angle Orthodontist. — 2013. — Vol. 83. — №. 4. — P. 641-647.
14. Petsi, G. Cariogram caries risk profiles in adolescent orthodontic patients with and without some salivary variables / G. Petsi, S. Gizani, S. Twetman; K. Kavvadia // The Angle Orthodontist. — 2014. — Vol. 84. — № 5. — P. 891-895.
15. Pinto A. S. Does the Duration of Fixed Orthodontic Treatment Affect Caries Activity among Adolescents and Young Adults? / A. S. Pinto, L. S. Alves, M. Maltz, C. Susin, J. E. A. Zenkner // Caries research. — 2018. — Vol. 52. — №. 6. — P. 463-467.
16. Twetman, S. Caries risk assessment—can we achieve consensus? / S. Twetman, M. Fontana, J. Featherstone // Community dentistry and oral epidemiology. — 2013. — Vol. 41. — №. 1. — P. 64-70.

Стоматологическое здоровье сотрудников органов внутренних дел и пути его сохранения

Е.В. КЕВЛОВА *,

врач-стоматолог

В.В. ЗАЙЦЕВ *,

начальник стоматологического отделения, заслуженный врач РФ,

А.К. ИОРДАНИШВИЛИ **, ***,

д.м.н., проф. каф. ортопедической стоматологии;

проф. каф. челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

* Поликлиника №1 МСЧ МВД РФ по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области

** Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

*** Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме

В статье на основании изучения первичных медицинских документов и анализа 3059 посещений установлены причины обращаемости сотрудников органов внутренних дел по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области к врачам-стоматологам различного профиля за неотложной и плановой стоматологической помощью в период между ежегодной проводимой им плановой санацией полости рта, а также проведена оценка эффективности стоматологических лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых им в рамках плановой санации полости рта на основании обследования 720 сотрудников органов внутренних дел. Установлено, что эффективность проведения санационных мероприятий при осуществлении внутреннего контроля качества стоматологической помощи в значительной степени повышается, в том числе и по качеству эндодонтического лечения осложнённых форм кариеса: пульпита и периодонтита.

Ключевые слова: ведомственная стоматология, сотрудники органов внутренних дел, данные обращаемости, санация полости рта, контроль качества стоматологической помощи.

Введение

Распространенность основных стоматологических заболеваний среди взрослого населения России очень высока [6]. Одним из факторов для возникновения и распространения стоматологических заболеваний, становится профессиональная деятельность отдельных групп населения с особыми условиями труда [1, 2, 5, 11]. Именно к такой относятся сотрудники органов внутренних дел (ОВД) [4], но в то же время эти вопросы практически не изучались применительно к дан-

ной категории лиц. Согласно руководящим документам, сотрудники ОВД подлежат обязательной диспансеризации и им осуществляется ежегодная санация полости рта, но служба сотрудников проходит в условиях, способствующих возникновению и прогрессированию ряда заболеваний [8, 9, 10], в том числе стоматологического профиля [7, 12], что может приводить к ограничению трудоспособности и снижению качества исполнения служебных обязанностей [3]. Учитывая значимость указанной проблемы, под-

DENTAL HEALTH OF EMPLOYEES OF THE INTERNAL AFFAIRS AND THE WAYS OF ITS CONSERVATION

E.V. KEVLOVA ***, a dentist

V.V. ZAITSEV ***, head of the dental department, Honored Doctor of the Russian Federation

* Military medical academy of S.M. Kirov, St Petersburg

** North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St Petersburg

*** Polyclinic №1 Medico-Sanitary Part of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation for St Petersburg and the Leningrad Region

Abstract

In the article, based on the study of primary medical documents and analysis of 3059 visits, the reasons for the recruitment of internal affairs officers in St. Petersburg and the Leningrad Region to various dentists for urgent and planned dental care in the period between the annual oral sanitation carried out by him were established, as well as the evaluation of the effectiveness of dental treatment and preventive measures performed by him in the framework of the planned rehabilitation of the oral cavity on the basis of survey of 720 police officers. It was established that the effectiveness of rehabilitation measures in the implementation of internal quality control of dental care is greatly enhanced, including the quality of endodontic treatment of complicated forms of caries: pulpitis and periodontitis.

Key words: departmental dentistry, employees of internal affairs bodies, referral data, sanation of oral cavity, quality control of dental care.

робное исследование эффективности плановой санации полости рта, углубленный анализ обращаемости к врачам-стоматологам сотрудников ОВД в ведомственные стоматологические учреждения позволит разработать практические меры, направленные на повышение эффективности стоматологической помощи и будет способствовать сохранению стоматологического здоровья сотрудникам ОВД.

Цель исследования

Повысить эффективность стоматологических лечебно-профилактических мероприятий в рамках ежегодной диспансеризации сотрудникам органов внутренних дел в ведомственных медицинских учреждениях.

Материал и методы исследования

Для исследования основных причин обращаемости сотрудников органов внутренних дел (ОВД) за медицинской помощью в связи со стоматологической патологией в период между ежегодными профилактическими

стоматологическими осмотрами были изучены причины 3059 посещений сотрудниками ОВД ведомственных лечебно-профилактических учреждений и кабинетов к врачам-стоматологам различного профиля, в том числе основные причины их обращаемости за неотложной и плановой стоматологической помощью. Анализ данных показателей проводился с учётом возраста сотрудников (молодой и средний возраст). В ходе исследования выявляли посещения к стоматологу-терапевту и к стоматологу-хирургу, их причины: неотложные или плановые, а также уточняли нозологические формы стоматологической патологии, послужившие причиной обращения сотрудников к врачу-стоматологу.

Для оценки эффективности проводимых стоматологических лечебно-профилактических мероприятий в рамках ежегодной диспансеризации сотрудникам ОВД путём реализации внутреннего контроля проведенной санации полости рта. Для этого в течение 3 лет было проведено клиническое

исследование, состоящее из двух этапов. В первый год исследования врачей-стоматологов не предупреждали о контроле качества стоматологической помощи, который проводился спустя неделю после санации полости рта сотрудникам ОВД. На первом этапе путём осмотра полости рта пациента, при участии начальника стоматологического отделения ведомственного лечебно-профилактического учреждения, выявляли дефекты санации полости рта. На втором этапе исследования, путём выборочного контроля, по данным первичной медицинской документации, отбирались 10 случаев эндодонтического лечения пульпита и 10 случаев эндодонтического лечения периодонтита, пациенты приглашались на контрольный осмотр, и, с помощью лучевых методов исследования или рентгенологического контроля оценивалось качество пломбирования каналов корней зубов. Во второй и третий годы исследования, врачи-стоматологи знали о последующем контроле качества выполненной ими санации полости рта. Внутренний контроль качества санации полости рта во второй и третий год исследования был проведён по такой же, описанной ранее методике.

Ежегодно, для визуальной оценки качества санации полости рта и выявления её дефектов осматривалось 240 чел., которые были разделены с учётом возраста на 2 группы исследования: молодого (19 – 39 лет) и среднего (40 – 57 лет) возраста. Таким образом, за весь период обследования было осмотрено 720 сотрудников ОВД, а также проведена оценка качества пломбирования каналов корней зубов, при лечении пульпита и периодонтита, у 120 сотрудников ОВД в возрастных группах от 18 до 59 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение 3059 посещений сотрудников в ведомственное лечебно-профилактическое учреждение к врачам-стоматологам различного профиля позволило установить, что из них 1213 посещений было сделано лицами молодого возраста, а 1846 посещений – лицами среднего возраста. Молодые сотрудники обращались за стома-

тологической помощью в период между ежегодными профилактическими стоматологическими осмотрами к врачу стоматологу-терапевту реже (в 73,12% случаев), чем сотрудники среднего возраста (76,92%), а к врачу стоматологу-хирургу чаще - в 26,88% и 23,08% случаев соответственно.

Сотрудники ОВД обращались к стоматологу-терапевту и стоматологу-хирургу и как по неотложным показаниям, так и в плановом порядке (рис. 2).

Сотрудники и молодого и среднего возраста чаще обращались к стоматологу-терапевту за неотложной терапевтической помощью - 58,85% и 55,56% случаев соответственно, основные причины и частота которой в обеих группах оказались схожи: обострение хронического пульпита (67,24% - молодые сотрудники и 65,4% - среднего возраста) и периодонтита (16,48% и 16,35% соответственно), глубокий кариес (9,05% и 9,76%) и гиперестезия твёрдых тканей зубов (7,47% и 8,49%). Причины и частота плановых посещений сотрудников с увеличением возраста изменялись в худшую сторону. Молодые сотрудники обращались к стоматологу-терапевту немного чаще, чем сотрудники среднего возраста по поводу кариеса зубов (79,73% и 75,28%, случаев) и примерно одинаково по поводу некариозных поражений зубов (7,67% и 7,77%), патологии тканей пародонта (7,39% и 7,45%) и заболеваний слизистой оболочки полости рта (5,21% и 4,91%), но также сотрудники среднего возраста обращались по поводу более серьезных патологий: хронического пульпита - 0,94% случаев и периодонтита - 3,65%.

Обращения к стоматологу-хирургу в исследуемых группах полярно различались: молодые люди обращались за неотложной помощью в 75,77% случаев, тогда как сотрудники среднего возраста лишь в 35,92% случаев. Структура и частота причин неотложных посещений также различалась. Сотрудники среднего возраста обращались по поводу обострения хронического периодонтита чаще (62,09% случаев) и пародонтита значительно чаще (27,45% случаев) молодых сотрудников (57,09% и 7,7% соответственно). А молодые сотрудники чаще, чем сотрудники среднего возраста обращались по по-

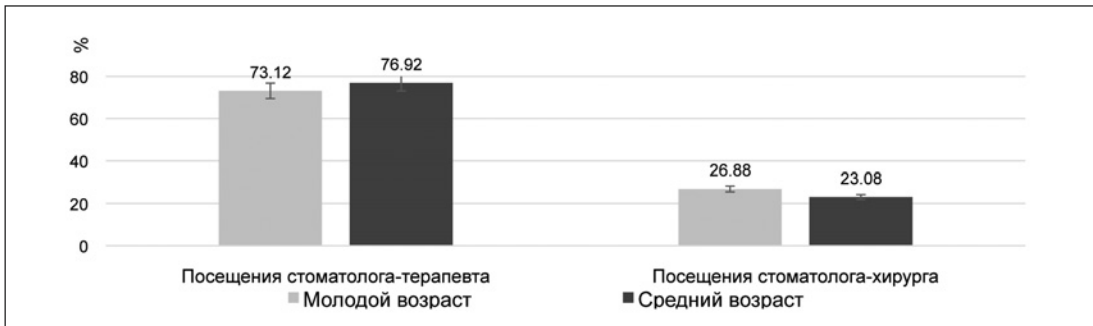


Рис. 1. Посещаемость АСОВД врачей стоматологов разного профиля в период между ежегодными профилактическими стоматологическими осмотрами, (%).

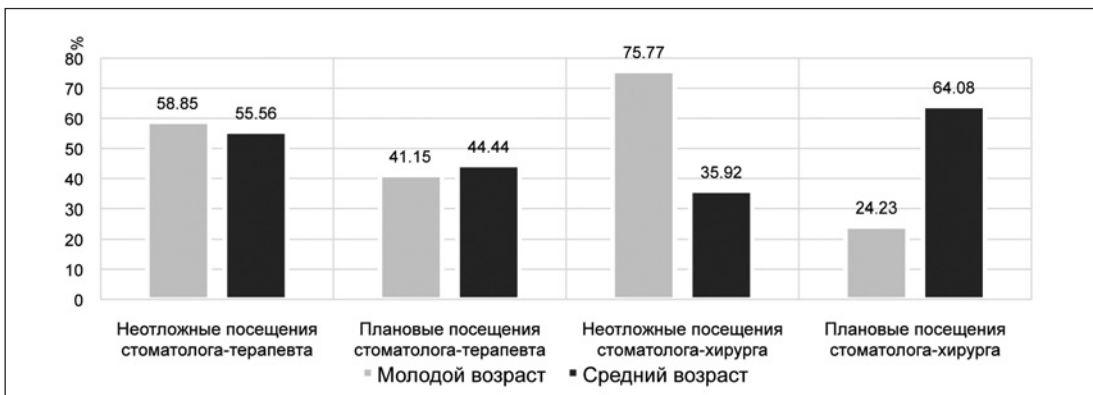
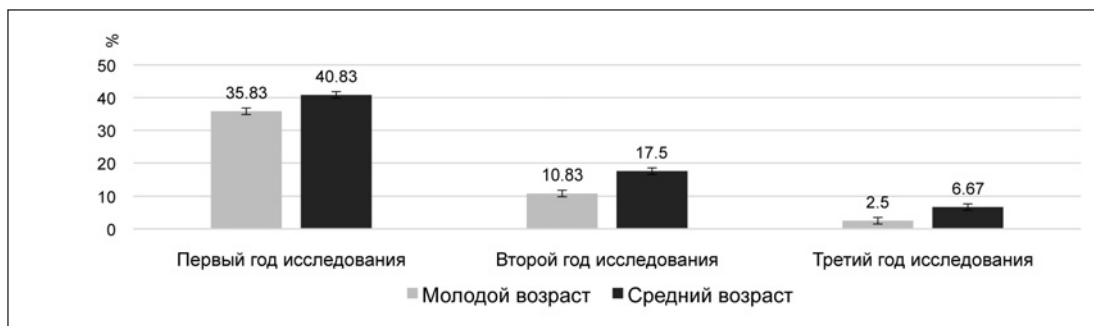


Рис. 2. Причины посещаемости аттестованными сотрудниками ОВД врачами стоматологов разного профиля в период между ежегодными профилактическими стоматологическими осмотрами

воду абсцедирующего фурункула лица (4,45% и 1,31% соответственно) и слюннокаменной болезни (0,81% и 0,65% соответственно) и существенно чаще по поводу альвеолита (18,62% и 7,85% случаев соответственно). В группе молодого возраста были обращения в связи с перикоронитом в 10,93% случаев, одонтогенной подкожной гранулёмы лица – 0,4% случаев, а в группе среднего возраста – в связи с обострением хронического сиалоаденита – 0,65% случаев. В плановом порядке молодые сотрудники ОВД обращались к стоматологу-хирургу значительно реже – в 24,23% случаев, тогда как сотрудники среднего возраста значительно чаще – в 64,08% случаев. Структура обращений была одинакова, но частота существенно различалась. По поводу хронического периодонтита сотрудники среднего

возраста обратились в 69,23% случаев, что существенно чаще обращений молодых сотрудников – 41,77% случаев, по поводу хронического пародонтита незначительно чаще (28,94% и 24,05% соответственно) и несравненно реже по поводу ретенции зубов мудрости на нижней челюсти (1,83% и 34,18% случаев соответственно). Таким образом, анализ посещаемости ведомственных стоматологических подразделений сотрудниками ОВД в период между ежегодными профилактическими стоматологическими осмотрами позволил выявить большое число посещений, независимо от их возраста, как к врачам стоматологам-терапевтам, так и к врачам стоматологам-хирургам, что косвенно свидетельствует о неполном объеме стоматологических лечебно-профилактических мероприятий, выпол-



Количество сотрудников молодого и среднего возраста с дефектами санации полости рта при трёхлетнем наблюдении за её качеством, (%)

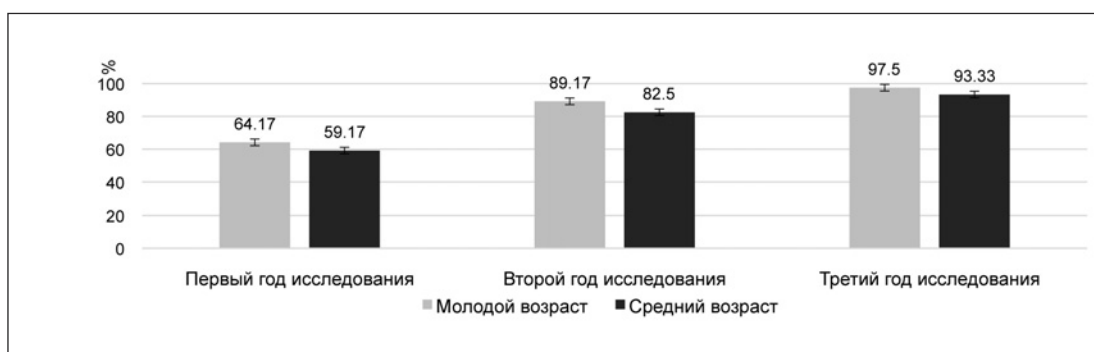


Рис. 4. Эффективность санации полости рта у аттестованных сотрудников органов внутренних дел молодого и среднего возраста при наблюдении за её качеством в течение трёхлетнего периода, (%)

няемых при плановой санации полости рта в период их диспансеризации. Анализ причин неотложной обращаемости также указывает на недостаточное оказание стоматологической помощи сотрудникам ОВД. Это отчасти может быть связано с профессиональной спецификой и особыми условиями несения службы данной категории пациентов (срочные служебные командировки, внеплановые дежурства, введение режимов усиленного несения службы и прочее), вынуждающей их прерывать лечение и отменять плановые посещения к врачу-стоматологу. Но также полученные данные свидетельствуют о целесообразности оценки качества плановых санационных мероприятий в рамках внутреннего контроля качества медицинской помощи.

Проведенный внутренний контроль санации полости рта сотрудникам ОВД в целях

повышения эффективности проводимых им стоматологических лечебно-профилактических мероприятий в рамках ежегодной диспансеризации показал следующие результаты.

Анализ состояния полости рта у сотрудников ОВД молодого и среднего возраста выявил значительное количество одиночных дефектов (у 35,85% и 40,83%, соответственно) и их сочетаний (у 10,83% и 33,2% соответственно) санации полости рта в первый год исследования (рис. 3).

Были диагностированы: кариес зубов (9,17% у молодых людей и 7,47% у среднего возраста), клиновидные дефекты (0,83% и 3,32% соответственно), локализованный гингивит (15,83% и 7,47% соответственно) и локализованный пародонтит (у 14,17% в обеих группах), не удалённые корни зубов (хронический периодонтит) – у 1,67% и 2,49% со-

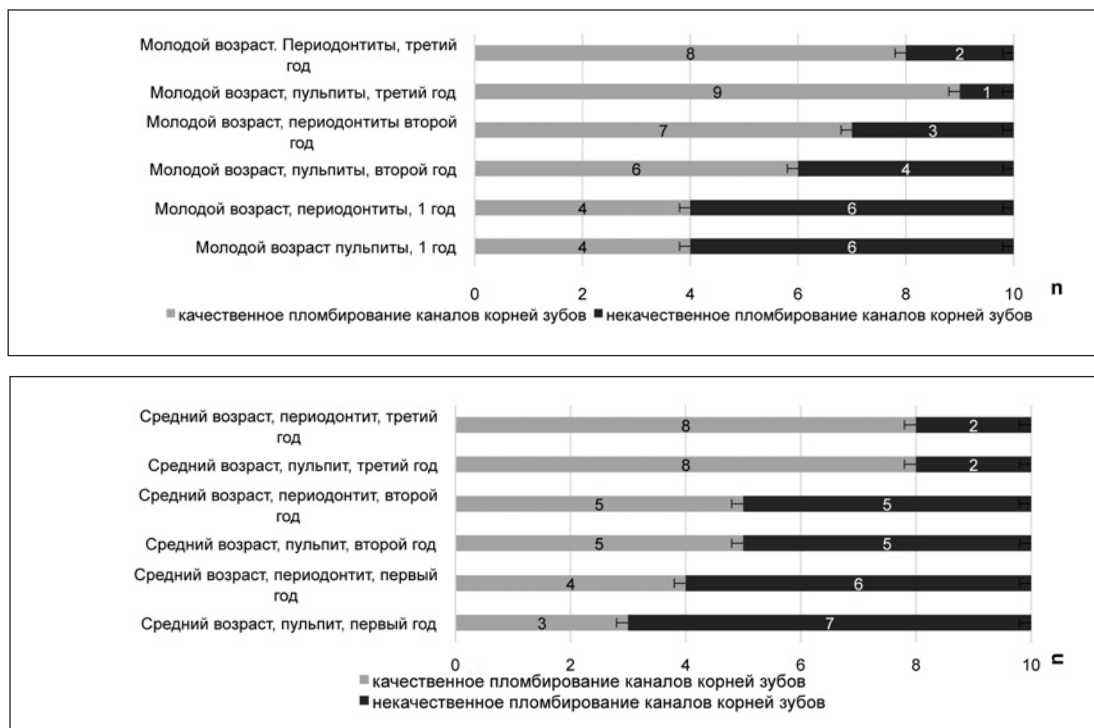


Рис. 5. Оценка качества эндодонтического лечения осложнённого кариеса у сотрудников ОВД молодого (а) и среднего (б) возраста при наблюдении за её качеством в течение трёхлетнего периода, (n)

ответственно, также отложения зубного камня (у 1,67% молодого и у 2,49% среднего возраста), гиперестезия зубов (1,67% и 5,81% соответственно), заболевания СОПР (у 1,67% в обеих группах). Кроме того, у лиц среднего возраста диагностированы кариес корня зуба у 0,83%, хронический генерализованный пародонтит (ХГП) – у 12,45%, хронический остеомиелит альвеолярного отростка верхней челюсти – у 0,83%.

При осуществлении контроля качества на следующий год клинического исследования количество дефектов санации полости рта у сотрудников ОВД значительно уменьшилось (рис. 3). Дефекты санации полости рта на второй год были определены у 10,83% и их сочетания у 1,67% среди лиц молодого возраста и у 17,5% и их сочетания у 5,0 – среди лиц средней возрастной группы. Установлены дефекты санации полости рта: кариес зуба у молодых сотрудников в 2,49% случаев и в 4,17% случаев - у среднего воз-

раста, клиновидные дефекты – у 1,67% и 2,49% соответственно, гиперестезия зубов - у 0,83% и 1,67% соответственно, локализованный гингивит и пародонтит у 2,49% и 4,17% соответственно, не удалённые корни зубов (хронический периодонтит) – у 1,67% в обеих группах, отложения зубного камня – у 0,83% и 1,67% соответственно. У лиц среднего возраста на второй год проведения исследования, также были диагностированы дефекты санации полости рта: кариес корня зуба у 0,83%, хронический генерализованный пародонтит (ХГП) – у 3,32%.

На третий год исследования количество дефектов санации полости рта вновь уменьшилось (рис. 3). Одиночные дефекты выявлены у 2,5% лиц молодого возраста и у 6,67% - среди лиц средней возрастной группы и диагностированы: кариес зуба у 0,83% в обеих группах, клиновидные дефекты – у 0,83% и 1,67% соответственно, локализованный гингивит - у 0,83% и 1,67% со-

ответственно. У лиц среднего возраста также были выявлены: локализованный пародонтит у 0,83% и хронический генерализованный пародонтит (ХГП) – у 1,67%.

Таким образом, внутренний контроль стоматологической помощи значительно повысил эффективность плановой санации полости рта у аттестованных сотрудников органов внутренних дел молодой и средней возрастных групп, соответственно на 33,3% и 34,2%, по сравнению с данными, выявленными в начальном периоде проведения работы (рис. 4).

В первый год исследования по изучению качества эндодонтического лечения зубов при осложнённых формах кариеса сотрудникам ОВД выявил качественное пломбирование каналов у молодых пациентов лишь в 40,0% случаев лечения пульпитов и периодонтитов (рис. 5 а, б). Благодаря проведению внутреннего контроля с использованием объективных методов лучевого исследования, качество эндодонтического лечения на второй год повысилось при лечении пульпита на 20,0% и при лечении периодонтита на 30,0%. На третий год качественное лечение каналов наблюдалось в 90,0% (пульпит) и 80,0% (периодонтит). В группе среднего возраста также наблюдалась выраженная положительная динамика: в первый год качественное пломбирование каналов у сотрудников среднего возраста отмечено в 30,0% случаев (пульпит) и 40,0% (периодонтит), на второй год – улучшение до 50,0% по обоим нозологиям и на третий год проведения исследования качественное пломбирование проводилось в 80,0% случаев лечения пульпитов и периодонтитов.

Таким образом, осуществление мер внутреннего контроля с использованием объективных методов лучевого исследования при эндодонтическом лечении пульпита и периодонтита зубов, позволило существенно повысить качество данного лечения в обоих случаях. Это можно связать не только с улучшением материально-технического обеспечения стоматологического отделения, но и с повышением ответственности врачей стоматологов-терапевтов к выполняемой работе по эндодонтическому лечению зубов.

Заключение

Проведенное исследование показало, что внедрение внутреннего контроля качества медицинской помощи позволило снизить количество дефектов санации полости рта через год до 14,16%, через два года – до 4,58%, а также обеспечить качественное пломбирование каналов корневых зубов при эндодонтическом лечении пульпита и периодонтита через год после внедрения контроля качества медицинской помощи в 55,0% и 60,0% случаев соответственно, а через два года – в 85,0% и 80,0% случаев соответственно, в целом повысив эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий в рамках ежегодной диспансеризации сотрудникам органов внутренних дел на 41,25%. Таким образом, внедрение данной методики внутреннего контроля стоматологической помощи в ведомственных медицинских учреждениях будет способствовать длительному сохранению стоматологического здоровья сотрудников ОВД, улучшая качество их жизни и качество исполнения ими профессиональных обязанностей.

Литература

1. Гребнев, Г.А. Организация и совершенствование амбулаторной стоматологической помощи в вооруженных силах Российской Федерации в мирное время: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.А. Гребнев. – СПб.: ВМедА, 2009. – 36 с.
2. Иорданишвили, А.К. Характеристика производства, выпускающего синтетические моющих средства и стоматологическая заболеваемость его работников / А.К. Иорданишвили, А.П. Щербо, В.В. Пирожинский // Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии: материалы всеросс. науч.-практ. конф. – СПб.: ВМедА, 2011. – С. 139 – 140.
3. Пряхина, М. В. Влияние внутриорганизмических источников стресса на нервно-психическую адаптацию сотрудников органов внутренних дел / М.В. Пряхина // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2010. – № 3. – С. 234 – 238.
4. Сидоренко, В.А. Медицинской службе МВД России – 95 лет! Ведомственное здравоохранение: история, состояние, перспективы / В.А. Сидоренко // Мед. вестник МВД. – 2016. – № 6. – С. 2 – 5.

5. Улитовский, С.Б. Диагностика и профилактика стоматологических заболеваний у производственных групп с особой формой организации труда: автореф. дис. ... д-ра мед наук / С.Б. Улитовский. – СПб.: СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 1995. – 32 с.
6. Федеральная государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России / П.А. Леус [и др.]. – М., 2011. – 74 с.
7. Федорова, М.Е. Анализ работы стоматологического кабинета клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ по оказанию стоматологической помощи сотрудникам МВД из числа приданных сил на период проведения Универсиады – 2013 в РТ с 17 июля 2013 года по 17 июля 2013 года / М.Е. Федорова // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т. VI. – Приложение 1. – С. 15 – 16.
8. Шогенов, А.Г. Кардиоваскулярные заболевания среди сотрудников органов внутренних дел: частота, профессиональная работоспособность / А.Г. Шогенов, А.А. Эльгаров, А.М. Муртазов // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Том IX, № 6. – С. 99 – 103.
9. Javidi, H. Post-traumatic Stress Disorder / H. Javidi, M. Yadollahie // Journal of Occupational and Environmental Medicine – 2012. – Vol. 3, № 1. – P. 2 – 9.
10. Satapathy, D. Health status of traffic police personnel in brahmapur city / D. Satapathy, T. Behera, R. Tripathy // Indian Journal Community Medicine. – 2009. – Vol. 34. – P. 71 – 72.
11. Singh, A. Frequency of Addictive Habits and its Association with Oral Diseases Among a Cross Section of Indian Police Personnel Connotation / A. Singh [et al.] // Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. – 2016. – Vol. 26, № 5. – P. 403 – 407.
12. Sohi, R.K. Dental health status and treatment needs of police personnel of a North Indian State: a cross-sectional study. / Sohi, R.K. [et al.] // Annals of Medical and Health Sciences Research. – 2014. – № 4. – P. 567 – 571.

Опыт применения адгезивного десневого бальзама для десен при лечении пародонтита у лиц с сахарным диабетом 2 типа

М.А. ЗУЙКОВА *, **

А.К. ИОРДАНИШВИЛИ **, ***

д.м.н., профессор, профессор кафедры

Е.А. ХРОМОВА ***

к.м.н., доцент кафедры

Н.А. УДАЛЬЦОВА ****, *****

к.м.н., доцент кафедры; заместитель главного врача по организационно-методической работе

О.В. ПРИСЯЖНИК *****,

зав. хирургическим отделением

* Медико-социальный институт, Санкт-Петербург

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

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

**** «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства РФ

***** Стоматологическая поликлиника № 29 Фрунзенского района, Санкт-Петербург

Резюме

В статье представлен анализ результатов комплексного лечения локализованного пародонтита средней тяжести у лиц, страдающих сахарным диабетом 2 типа с применением отечественного бальзама для дёсен адгезивного (АО «Вертекс», Россия). На основании полуколичественных методов исследования показано, что при использовании указанного лекарственного средства после завершения хирургического этапа лечения (кюретаж) на фоне хорошей индивидуальной гигиены полости рта и отсутствия воспалительных изменений в десне улучшаются показатели гемомикроциркуляции, что подтверждают показатели вакуумной пробы и значения индекса периферического кровообращения в тканях пародонта.

Ключевые слова: хронический локализованный пародонтит, сахарный диабет 2 типа, кюретаж, десневая повязка, комплексное лечение локализованного пародонтита, эффективность лечения, гемомикроциркуляция пародонта, удовлетворённость лечением. комплайнс.

ВВЕДЕНИЕ

Хронический локализованный пародонтит в клинической практике стоматолога встречается часто, плохо поддаётся лечению, особенно у лиц, страдающих сахарным диабетом 2 типа [1, 2, 10]. Это связано с тем, что, несмотря на ограниченное поражение тканей пародонта при хроническом локализованном пародонтите необходим практически такой же диагностический и лечебно-профилактический алгоритм медицинской стоматологической помощи, как при хро-

ническом генерализованном пародонтите [3, 4], на фоне терапии эндокринной патологии у врача-эндокринолога [5, 6, 11]. Кроме того, пациенты, страдающие хроническим локализованным пародонтитом часто не соблюдают врачебных рекомендаций, а именно не выполняют весь комплекс мероприятий по индивидуальному уходу за зубами и полостью рта, считая, что у них отсутствуют существенные проблемы со стоматологическим здоровьем [7, 8]. Следует отметить, что в комплексном лечении хронического ло-

EXPERIENCE OF APPLICATION OF ADHESIVE GUM BALSAM FOR DESEN WHEN TREATING PARODONTITIS IN PERSONS WITH DIABETES TYPE 2 TYPE

M.A. ZUIKOVA *, **

A.K. Iordishvili **, *** doctor of medical sciences, professor, professor

E.A. KHROMOVA *** Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department

ON. UDALTSOVA ****, ***** cms, associate professor; deputy chief physician for organizational and methodical work

O.V. Prisyazhnik ***** , head. surgical department

* Medico-Social Institute, St. Petersburg

** Military Medical Academy named after SM. Kirov, Ministry of Defense of Russia;

*** Northwestern State Medical University. I.I. Mechnikov Ministry of Health of Russia;

**** "St. Petersburg State University" of the Government of Russian Federation

***** Dental Clinic No. 29, Frunzensky District, St. Petersburg

Abstract

The article presents an analysis of the results of complex treatment of moderately localized periodontitis in persons suffering from type 2 diabetes with the use of domestic balm for adhesive gums (Vertex JSC, Russia). Based on semi-quantitative research methods, it is shown that when using the specified drug after completing the surgical stage of treatment (curettage) against the background of good individual oral hygiene and the absence of inflammatory changes in the gums, hemomicrocirculation indexes improve, which is confirmed by the vacuum sample and peripheral blood circulation index values in the tissues periodontal disease.

Key words: chronic localized periodontitis, type 2 diabetes, curettage, gingival dressing, complex treatment of localized periodontitis, treatment efficacy, periodontal hemomicrocirculation, satisfaction with treatment compliance

кализованного пародонтита, в том числе при сахарном диабете 2 типа, важным является защита тканей пародонта после хирургического лечения [2, 9]. В настоящее время имеются ряд лекарственных средств, которые можно использовать в качестве десневой повязки. Это и послужило причиной проведения настоящего клинического исследования.

ЦЕЛЬ

Оценить результаты применения десневого адгезивного бальзама в комплексном лечении хронического локализованного пародонтита у лиц с сахарным диабетом 2 типа.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В ходе клинического исследования была изучена эффективность применения отечественного бальзама для дёсен адгезивного (АО «Вертекс», Россия) на 52 (19 мужчин и

33 женщины) в возрасте от 29 до 57 лет, страдающих хроническим локализованным пародонтитом средней тяжести в боковых участках зубных рядов, на фоне компенсированного сахарного диабета 2 типа. Причиной возникновения и развития локализованного пародонтита явились дефекты и неполноценные реставрации на апроксимальных поверхностях премоляров и моляров обеих челюстей. Пациенты были разделены на 2 группы.

В первой (17 чел.) группе комплекс лечебных мероприятий состоял в проведении профессиональной гигиены полости рта, лечении кариеса зубов, а также в замене или реставрации неполноценных пломб или зубопротезных конструкций, как устранение predisposing фактора к развитию и прогрессированию локализованного пародонтита. После этого осуществляли хирургическое лечение (кюретаж).

Во второй (основной) группе пациентов (35 чел.) были проведены аналогичные лечебно-профилактические стоматологические мероприятия, хирургический этап которых завершился нанесением защитного покрытия на операционное поле в виде бальзама для дёсен адгезивного (АО «Вертекс», Россия), который сохранялся в полости рта в виде повязки до 60-90 минут и более. Оценку эффективности лечения локализованного пародонтита в исследуемых группах осуществляли с помощью общепринятых методов обследования пародонтологического пациента: индекс гигиены ОНП-S, проба Шиллера-Писарева (1 балл – отрицательная; 2 балла – слабоположительная; 3 балла – положительная проба), определение стойкости капилляров десны В.И. Кулаженко при внутреннем диаметре наконечника 5 мм и давлении вакуума 0,95 кг/см², продолжительности рассасывания вакуумных гематом (сутки), с последующим вычислением индекса периферического кровообращения по общепринятой методике. Оценку указанных показателей осуществляли до начала лечения, а также спустя 7 и 15 суток при постоянном динамическом наблюдении пациентов обеих групп после осуществления хирургического этапа лечения хронического локализованного пародонтита в течение месяца. Пациентам 2 группы во время контрольных осмотров операционная рана также закрывалась отечественным бальзамом адгезивным для дёсен (АО «Вертекс», Россия). Средства, применяемые пациентами обеих групп для индивидуальной гигиены полости рта на момент исследования, были одинаковыми. Учитывая, что у некоторых пациентов после профессиональной гигиены полости рта отмечалась гиперестезия твёрдых тканей зубов пациентам рекомендовали использовать лечебно-профилактическую зубную пасту «Асепта parodontalsensitive» (АО «Вертекс», Россия) и ополаскиватель для полости рта «Асепта parodontalactive» (АО «Вертекс», Россия), которые наряду с устранением повышенной чувствительности зубов, были активны в отношении микроорганизмов, а также уменьшали кровоточивость и воспалительные процессы в тканях краевого пародонта.

Достоверность различий средних величин независимых выборок подвергали оценке при помощи параметрического критерия Стьюдента при нормальном законе распределения и непараметрического критерия Манна-Уитни при отличии от нормального распределения показателей. Проверку на нормальность распределения оценивали при помощи критерия Шапиро-Уилкса. Для статистического сравнения долей с оценкой достоверности различия применяли критерий Пирсона хи-квадрат с учетом поправки Мантеля-Хэнзеля на правдоподобие. Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости (p), критический уровень значимости при этом был равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ исходных показателей стоматологического здоровья у пациентов обеих исследованных групп, страдающих сахарным диабетом 2 типа, показал, что у них была неудовлетворительная индивидуальная гигиена полости рта (1,72-1,72 балла), положительная проба Шиллера-Писарева, гематомы в области подвижной десны у очага поражения пародонта образовывались в течение 39-43 секунд, а время их рассасывания составляло 4,5-5 суток. Достоверных различий в исследуемых показателях у пациентов 1 и 2 группы до начала лечения (рис. 1-5) не выявлено ($p \geq 0,05$).

При осмотре пациентов на 7 сутки отметили, что пациенты обеих групп соблюдали индивидуальную гигиену полости рта, показатели которой были достоверно снижены ($p \leq 0,01$), стали удовлетворительными (рис. 1) и сохранялись на всём протяжении исследования.

На 7 сутки после хирургического этапа лечения хронического локализованного пародонтита у пациентов основной группы проба Шиллера-Писарева была чаще отрицательной, чем у пациентов контрольной группы, у которых эта проба чаще была слабоположительной (рис. 2).

После хирургического этапа лечения вакуумные гематомы (проба выполнена на 15 сутки), у пациентов 1 и 2 группы наблюдения

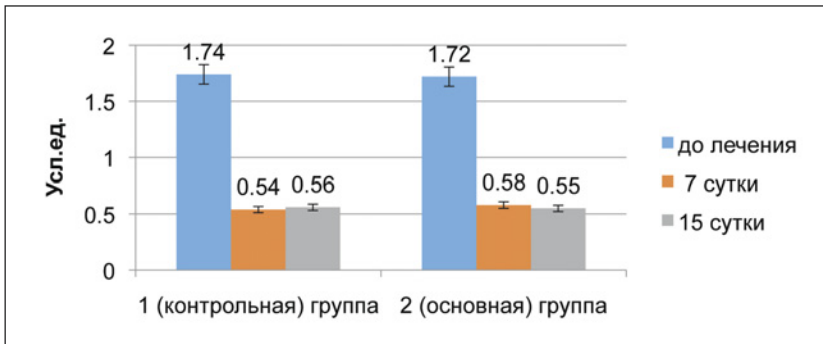


Рис. 1. Показатели индекса гигиены полости рта до и после комплексного лечения пациентов обеих групп, (усл. ед.)

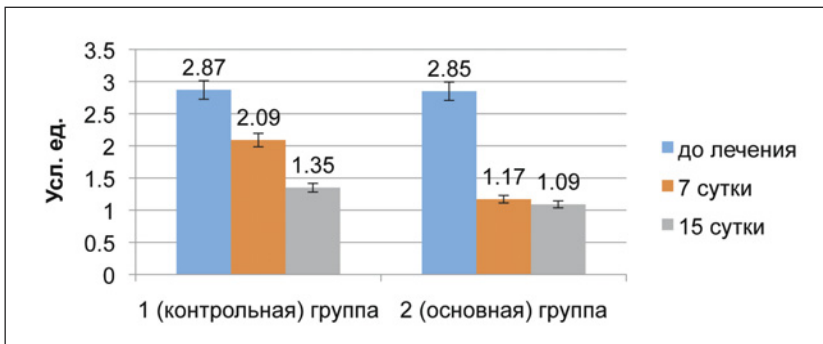


Рис. 2. Показатели пробы Шиллера-Писарева до и после комплексного лечения пациентов обеих групп, (усл. ед.).

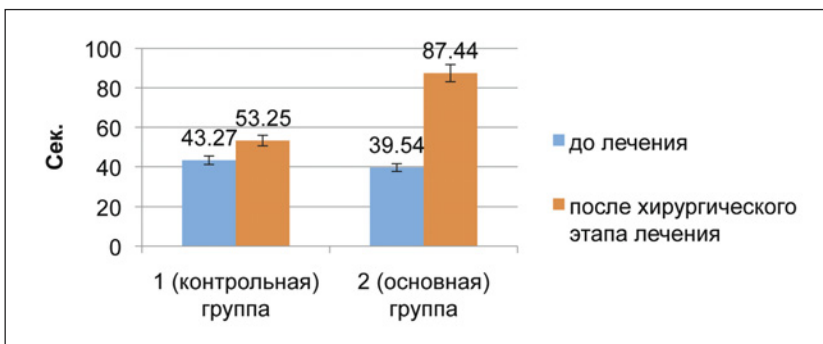


Рис. 3. Время образования вакуумных гематом до и спустя 15 суток после завершения хирургического этапа комплексного лечения пациентов обеих групп, (сек.).

образовывались, соответственно, за 53,3 сек и 87,4 сек. (рис. 3), достоверно отличается от показателей до начала лечения ($p \leq 0,01$). Оценка времени их рассасывания показала, что в 1 группе этот показатель составил 3,5 суток, во 2 группе – 2,5 суток (рис. 4), что достоверно свидетельствовало об улучшении гемомикроциркуляции ($p \leq 0,01$).

Об улучшении гемомикроциркуляции также свидетельствовала положительная динамика индекса периферического кровообращения (рис. 5). Комплексное лечение привело к

улучшению показателей индекса периферического кровообращения ($p \leq 0,01$), который до лечения в 1 и 2 группах составил, соответственно, 8% (удовлетворительный) и 7,5% (состояние декомпенсации), а после проведенного комплексного лечения, соответственно, 25% (удовлетворительное состояние) и 100% (физиологическая норма).

На основании полученных данных можно заключить, что у пациентов 2 группы, у которых в комплексном лечении использовали отечественный бальзам для дёсен адге-

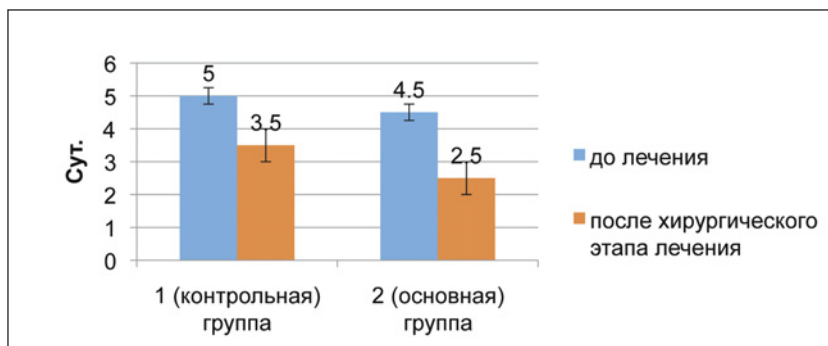


Рис. 4. Продолжительность рассасывания вакуумных гематом до и спустя 15 суток после завершения хирургического этапа комплексного лечения пациентов обеих групп, (сут.)

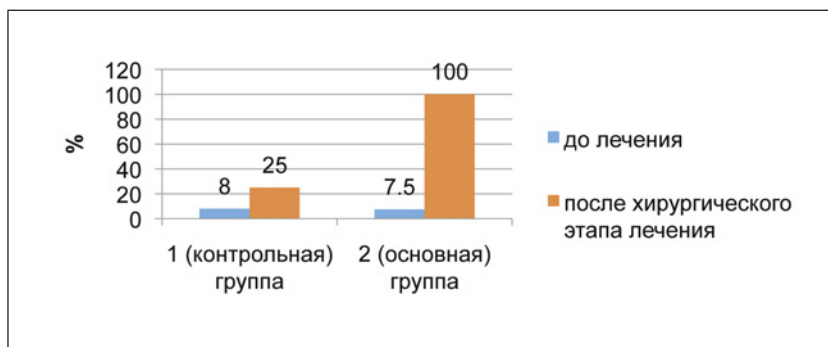


Рис. 5. Показатели индекса периферического кровообращения пародонта до и спустя 15 суток после комплексного лечения пациентов обеих групп, (%)

живный (АО «Вертекс», Россия) быстрее купировался воспалительный процесс в десне, а также быстрее отмечалась нормализация гемомикроциркуляции в области пародонтального очага поражения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённое исследование показало, что для эффективного лечения хронического локализованного пародонта у пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа и полного удовлетворения их проведённой терапией необходим комплекс лечебно-профилактических мероприятий, включающий профессиональную гигиену полости рта, устранение предрасполагающих факторов к возникновению и прогрессированию локализованного пародонтита (нормализация контактного пункта между зубами), а также хирургическое устранение пародонтального кармана. Повысить эффективность лечения хронического локализованного пародонтита при сахарном диабете 2 типа целесообразно путём включения в комплекс лечебно-профилактических мероприятий отечественного бальзама для дёсен адгезив-

ного, который следует использовать после завершения хирургического этапа (кюретаж), а также в последующие после операции 7-10 суток в качестве десневой повязки, что способствует снижению воспалительных процессов в десне в области очага поражения, улучшению микрогемодициркуляции в пародонте, что подтверждается улучшением показателя индивидуальной гигиены полости рта на 68,02%, снижением показателя пробы Шиллера-Писарева на 61,75%, улучшением значения индекса периферического кровообращения при уменьшении времени образования и рассасывания гематом на слизистой оболочке полости рта, соответственно, на 54,78% и 44,44%.

В ходе работы отмечено что целесообразно большее время уделять обучению пациентов методам индивидуального ухода за полостью рта с применением различных лечебно-профилактических стоматологических средств, повышать мотивацию и приверженность к выполнению врачебных предписаний в полном объёме, а также следовать предписанному им режиму лечения и поведения.

Литература

1. Галеева З.Р. Морфофункциональные и этиопатогенетические связи при патологии эндодонта и пародонта // Эндодонтияtoday. 2012. №2. С. 3-7
2. Иорданишвили А.К., Мороз П.В. Эндодонтопародонтальные поражения взрослых // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2017. № 1 (57). С. 24 – 27.
3. Иорданишвили А.К., Мороз П.В., Перемышленко А.С. и др. Пульпа зуба и патология пародонта: клинико-морфологические параллели // Уральский мед. журн. 2017. № 8. С. 4 – 7.
4. Каршиев Х.К., Робустова Т.Г., Музыкин М.И., Иорданишвили А.К. Оценка степени тяжести течения осложнённых форм острой одонтогенной инфекции // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2017. № 4 (60). С. 67 – 71.
5. Комаров Ф.И., Шевченко Ю.Л., Иорданишвили А.К. Долгожителство: ремарки к патологии зубов и пародонта // Пародонтология. 2017. № 2. С. 13 – 15.
6. Мороз П.В., Атаева, С.В., Биркина Ю.А. Стратегия лечения больных с эндодонто-пародонтальными поражениями с применением направленной тканевой регенерации // Здоровье и образование в XXI веке. 2017. Т.19, № 8. С.27 – 31.
7. Митронин А.В., Попова В.М., Дашкова О.П. и др. Отдаленные результаты эндодонтического лечения при эндодонто-пародонтальных поражениях // Эндодонтияtoday. 2017. №2. С. 37 – 40.
8. Эндодонтопародонтальные поражения жевательного аппарата и их лечение: учебное пособие / А.К. Иорданишвили, П.В. Мороз. – СПб.: Изд-во «Человек», 2017. 80 с.
9. Siqueira, J.F, Rocas I.N. Community as the unit of pathogenicity: an emerging concept as to the microbial pathogenesis of apical periodontitis // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod. 2009. Vol. 107. P. 870 – 878.
10. Zehnder M., Gold S.I., Hasselgren G. Pathologic interaction in pulpal and periodontal tissues // J. Clin. Periodontol. 2002. Vol. 29. P. 663 – 671.
11. Walker M. The pathogenesis and treatment of endo-periolesions // Pathogenesis. 2001. Vol. 2, N 3. P. 91 – 95.

Изучение основных свойств средств гигиены рта

С.Б. Улитовский

зав. кафедрой ПФС, профессор

Е.С Алексеева, доцент, к.м.н.,

А.А. Васянина, доцент, к.м.н.

В последние годы изменилось отношение к средствам оральной гигиены, особенно таким, как зубные пасты и ополаскиватели. Это связано с тем, что стоматологи перестали выписывать рецептурные прописи, направленные на лечение тех или иных состояний рта, а им на замену стали рекомендовать средства гигиены, обладающие теми или иными свойствами. Данное обстоятельство и привело к тому, что специалистам необходимо знать активные компоненты, применяемые в них, разбираться в их свойствах, и

учитывая эти данные понимать направленность их действия, что обеспечивает правильность их назначения и применения. Зубная паста «СПЛАТ АКТИВ / ACTIVE здоровье десен и комплексный уход за полостью рта» предназначена для:

- ухода за деснами, который обеспечивается за счет активных экстрактов байкальского шлемника, бадана и спирулины обладающих кровоостанавливающей и противовоспалительным действием. Предназначена для профилактики пародонтита. Витамины А и Е

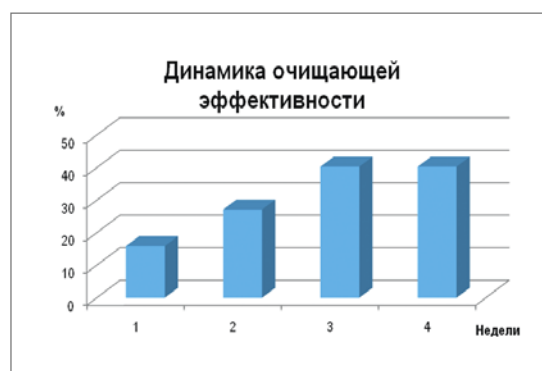


Рис. 1.
Изменение очищающей эффективности при использовании пасты Актив

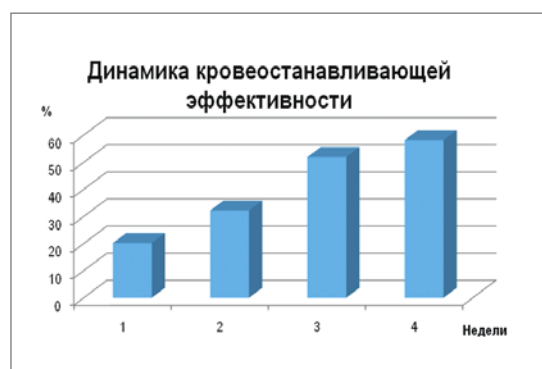


Рис. 2.
Показания изменения кровоостанавливающей эффективности при применении пасты Актив

Рис. 3.
Показатель противовоспалительной эффективности при использовании пасты «СПЛАТ АКТИВ / ACTIVE здоровье десен и комплексный уход за полостью рта»



БИОКАЛЬЦИЙ / BIOCALCIUM
Восстановление эмали и безопасное отбеливание

Без фтора

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭМАЛИ
Биоактивный Кальцис, полученный из яичной скорлупы, и гидроксиапатит – строительное вещество эмали для восстановления.
Омега-3-жирные кислоты – источник витамина D₃, способствуют лучшему усвоению кальция и минеральных веществ.
Высокое содержание активных компонентов позволяет укрепить эмаль и снизить ее повышенную чувствительность уже после нескольких дней использования.

БЕЗОПАСНОЕ ОТБЕЛИВАНИЕ
Сочетание натурального фермента папаина с Полидоном® препятствует образованию налета и зубного камня.

КОМПЛЕКСНЫЙ УХОД
Паста нормализует pH-баланс полости рта и заботится о здоровье десен.

АКТИВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ:

- ✓ Наногидроксиапатит
- ✓ Кальцис
- ✓ Папаин
- ✓ Полидон®
- ✓ Жирные кислоты Омега-3

благодаря антиоксидантным свойствам заживляют десны;

- укрепления эмали зубов, за счет глицерофосфата кальция, как источника ионов кальция, активирует процессы реминерализации;
- профилактики кариеса, посредством монофторфосфата натрия эффективно защищает от кариеса.

На рисунке 1 представлены сведения о изменении очищающей эффективности при использовании зубной пасты Актив.

На рисунке 2 представлены сведения об изучении показателей кровоостанавливающей

эффективности при использовании пасты в течение одного месяца.

На рисунке 3 представлены сведения об изменении показателей противовоспалительной эффективности в течение 4 недель.

Таким образом, установлено, что при использовании пасты Актив очищающий эффект составил 40,3%, противовоспалительный эффект – 54,2%, и кровоостанавливающий эффект – 58,2% (рис. 1-3).





ARCTICUM АРКТИКУМ

Защита от кариеса и сохранение свежести дыхания

F- 1000 ppm

ПРОПОНГИРОВАННОЕ СВЕЖЕЕ

Сильно освежающая инновационная зубная паста содержит комплекс натуральных активных компонентов. Экстракт корня ратании и глюконат цинка обеспечивают эффективную борьбу с бактериями в течение всего дня. Глюконат цинка обладает вяжущим действием и надолго сохраняет свежесть дыхания.

ЗАЩИТА ОТ КАРИЕСА

Органическая форма фтора Аминофторид эффективно защищает от кариеса.

КОМПЛЕКСНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Комплекс ионов кальция и фосфатов – основных компонентов эмали, укрепляет зубы. Сочетание натурального фермента папаина с высокоэффективным антисептиком Биосол позволяет надежно защищать от образования налета на зубах. Эфирное масло цветов дикого апельсина заряжает энергией и создает отличное настроение.

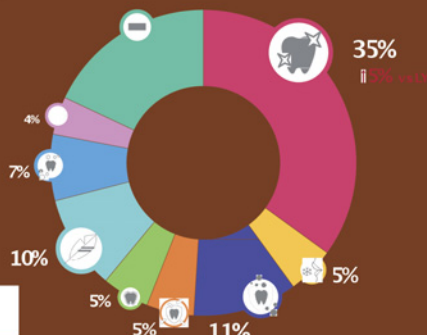
АКТИВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ:

- ✓ Наногидроксиапатит
- ✓ Экстракт ратании
- ✓ Ионы цинка
- ✓ Полидон®
- ✓ Биосол®
- ✓ Папаин
- ✓ Фторид-ионы
- ✓ Эфирное масло нероли
- ✓ Экстракт стевии.



ОТБЕЛИВАНИЕ- КЛЮЧЕВАЯ ФУНКЦИЯ ПРЕМИУМ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА*

- 1 Отбеливание
- 2 Свежее дыхание
- 3 Комплекс уход и защита кариеса
- 4 Здоровые десна и защита от бактерий
- 5 Укрепление эмали
- 6 Снижение чувствительности
- 7 Зубной камень
- 8 Временные зубы



Премиум сегмент, представляющий 19% доли рынка в денежном выражении, за 2017 г. вырос на 17%. Основные драйверы роста - сегмент отбеливания

*По данным AC Nielsen/JAMA в сегменте зубной пасты среднего ценового диапазона 200+ руб/кг

Структура премиум сегмента

ГИПЕРЕСТЕЗИЯ ЗУБОВ



СТАТИСТИКА



В России до 57% взрослого населения страдают повышенной чувствительностью твердых тканей зубов!

Повышенная чувствительность твердых тканей зубов проявляется возникновением острой и, как правило, быстро проходящей болью, в ответ на действие раздражающих факторов.

ГИПЕРЕСТЕЗИЯ ЗУБОВ

ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ГИПЕРЕСТЕЗИИ:

1. Рецессия десны - это апикальное смещение края десны, сопровождающееся обнажением шейки и корня зуба
2. Потеря твердых тканей зубов
3. Ятрогенные факторы (нарушение технологии постановки пломб, последствия после отбеливания)
4. Чувствительность к некоторым продуктам (пища с низкой величиной pH – помидоры, кислые яблоки)
5. Чувствительность к лекарствам
6. Гипер- и гипофункции щитовидной железы, гастрит, общие заболевания

«Порочный круг», связанный с гиперчувствительностью зубов

SPILAT ПРОДУКТЫ RINODIA www.spilat.ru

СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ СРЕДСТВ ORAL CARE:

Ca > РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ
Закупоривание (обтурация) дентинных канальцев с помощью нерастворимых солей кальция

K > МАСКИРОВКА
Снижение возбудимости нервных волокон с помощью солей калия

SPILAT ПРОДУКТЫ RINODIA www.spilat.ru

ФОРМЫ ГИДРОКСИАПАТИТА

АМОРФНАЯ

АКТИВНАЯ ФОРМА ГИДРОКСИАПАТИТА

- Присутствует в слюне
- Определяет минерализующую функцию слюны
- Активно обтурирует дентинные каналы

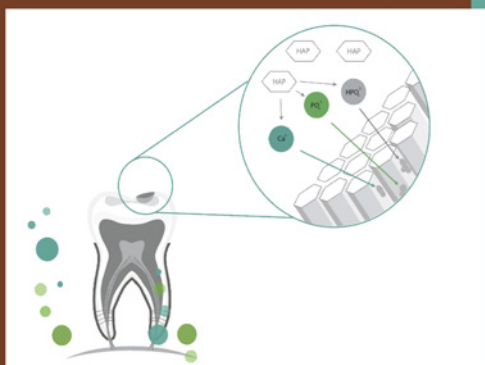
КРИСТАЛЛИЧЕСКАЯ

НЕАКТИВНАЯ ФОРМА ГИДРОКСИАПАТИТА

- Не участвует в природном равновесии минерализации эмали
- Малоэффективен при снижении чувствительности зубов

SPILAT ПРОДУКТЫ RINODIA www.spilat.ru

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ



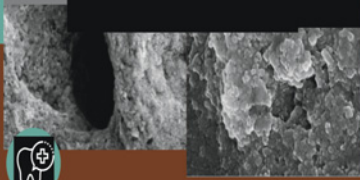
- Восстанавливает плотность деминерализованной эмали
- Восстанавливает гладкость эмали
- Устраняет кариес на стадии мелового пятна
- Активно обтурирует дентинные канальцы
- Определяет минерализующую функцию слюны
- Высокая эффективность в снижении гиперестезии

БАЗА ИССЛЕДОВАНИЙ

Поперечный срез дентина с открытым дентинным канальцем (диаметр 1-4 мкм)

ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В СНИЖЕНИИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ДОКАЗАНА:

1. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
2. Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
3. Московский государственный медико-стоматологический университет (МГМСУ)



ОДНОКРАТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЗУБНОЙ ПАСТЫ (2,25% наноГАП (диаметр 20-40 нм))

ИННОВА Интенсивное восстановление эмали



АКТИВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

Иновационная система WhiTanine

1. НаноГАП в терапевтической дозировке (2,25%)
2. Экстракт косточек красного винограда
3. Иновационный фермент Танназа бережно осветляет эмаль

КАЛЬЦИС

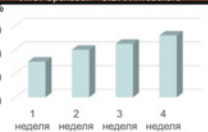
Экстракт стевии и полифенолы (Эвкалипты Тимол, Анетол)

Аминофторид 1100 ppm

Динамика чувствительной эффективности на основании диагностических проб



Динамика десенсибилизационной эффективности, по индексу чувствительности зубов ЛЮ. Ореховой - С.Б. Улитовского



Таким образом, максимальной эффективности в профилактике основных стоматологических заболеваний можно добиться при

сочетанном использовании средств оральной гигиены, а для этого их необходимо правильно сочетать между собой, чтобы они

SPLAT

SENSITIVE/СЕНСИТИВ
Серия PROFESSIONAL

АКТИВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

1. Гидроксиапатит
2. Экстракт грецкого ореха
3. Эфирное масло голубой ромашки
4. Папаин
5. Полидон
6. Biosol

СНИЖЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

- ✓ Эффективная укрепляющая зубная паста для людей с повышенной чувствительностью зубов.
- ✓ Восстанавливает эмаль, восполняет потерю минералов
- ✓ Снижает чувствительность эмали благодаря гидроксиапатиту кальция.
- ✓ Снижает кровоточивость десен благодаря эфирным маслам ромашки и испанского лимона.
- ✓ Обладает антиоксидантным действием и защищает от бактерий благодаря экстракту грецкого ореха, который содержит витамины С, РР, Е, флавоноидам и компоненту Biosol

Гидроксиапатит Кальция
Биосол
Sp.White system®

SPLAT ПРОДУКТЫ INNOVA

SPLAT

НОВАЯ ЛИНЕЙКА ополаскивателей
Splat PROFESSIONAL

98-99% natural
275 мл

BIO Sp.White® Mouthwash
Инновационный комплекс, состоящий из фермента бромелаина и лизата бифидобактерий, полидона. Поддерживает местный иммунитет, осветляет эмаль.

Ополаскиватели Splat Professional заботятся не только о ваших зубах, но и об местном иммунитете.

ОПОЛАСКИВАТЕЛИ. РЕШАЮЩИЕ ВСЕ
задачи гигиены полости рта

	Отбеливание + свежесть	Чувствительность + свежесть	Здоровье десен + свежесть	Комплексный уход + свежесть
Ополаскиватель	White Plus	BioSens	Health Herb	Total Care
Зубная паста	Extra Fresh Sensitive White Биокальций Ультракомплекс Отбеливание плюс Максимум	Sensitive Ultra Ультракомплекс Сенситив Ароматерапия	Актив Лечебные травы Лавандасепт Сенситив Зеленый чай	Биокальций Ультракомплекс Актив Лечебные травы Лавандасепт Ароматерапия Ликвум-гель Арктикум Зеленый чай

усиливали действие друг друга, а не гасили. Добиться этого эффекта можно только за счет знания правил сочетания компонентов используемых в средствах оральной ги-

гиены и назначения их в соответствии с направленностью их действия и личного стоматологического и гигиенического статусов конкретного пациента.

Четырнадцать лет в строю – Февральские встречи в Петербурге

С.Б. Улитовский,

д.м.н. профессор,
председатель оргкомитета конференции

Вот уже 14 лет мы регулярно проводим научно-практическую конференцию «Февральские встречи в Петербурге». С введением непрерывного медицинского образования мы регистрируем нашу конференцию в рамках НМО с расчетом 6 учетных баллов за один день работы конференции. На конференции было много выступлений, среди которых следует отметить следующие:

Доклад «Вместе 14 лет» - отчет за прошедший период. Доклад посвящена вопросам организации, проведения и динамического роста конференции с изменением качественного и профессионального состава докладчиков и тематики докладов, истории проведения мероприятия. Докладчик проф. С.Б. Улитовский, президент Ассоциации Гигиенистов стоматологических СПб и ЛО, председатель секции Коммунальной стоматологии и профессиональной гигиены СтАР, заслуженный врач РФ, заслуженный стоматолог СтАР.

Доклад «Новые технологии – путь к стоматологическому здоровью». Доклад посвящена современным вопросам изменения подходов и роли средств оральной гигиены при комплексной профилактике основных стоматологических заболеваний. Докладчик проф. С.Б. Улитовский. Соавторы: доц. А.А. Васянина, доц. Е.С. Алексеева.

Доклад «Роль средств местного действия в профилактике повышенной чувствительности зубов». В лекции освещаются вопросы использования различных средств оральной гигиены, относящихся к последнему пятому

поколению и их месту при формировании личных программ гигиенической профилактики у лиц страдающих повышенной чувствительностью зубов. Докладчик С.Б. Улитовский, соавтор: к.м.н. доцент АА Лентьев.

Доклад «Роль антиоксидантов оральных средств гигиены при воспалительных процессах». Доклад отражает современные представления об антиоксидантах, направленность их действия в композициях средств оральной гигиены, показания к их использованию, и особенностям применения. Докладчик проф. С.Б. Улитовский, соавторы: доц. к.м.н. Е.С. Алексеева, доц. к.м.н. А.А. Васянина.

Доклад «Для чего нужна профессиональная гигиена и какие используются системы для ее проведения». Доклад отражает современные представления об аппаратных системах применяемых для проведения профессиональных средств гигиены рта, способах их применения, особенностях и отличиях. Докладчик проф. С.Б. Улитовский, соавторы: доц. А.А. Васянина, доц. Е.С. Алексеева.

Доклад «Критерии планирования программ профилактики у беременных женщин при патологии твердых тканей зубов». Доклад посвящена вопросам организации профилактических мероприятий женщинам в период беременности с некариозными поражениями твердых тканей зубов. Докладчик доцент, к.м.н. Калинина О.В. Соавтор: зав. кафедрой, заслуженный врач РФ, заслуженный стоматолог СтАР, академик ПАНИ, академик



Рис. 1-2. Конференция проходила в аудитории 1 ПСПбГМУ. В работе конференции приняли участие 421 человек, из них 185 врачей-стоматологов (по специальностям – стоматология общей практики, терапевтическая стоматология, детская стоматология и ортодонтия) и 236 студентов-стоматологов. Было представлено 18 докладов.

МАН ЭБ, проф., д.м.н. Улитовский С.Б. зав. кафедрой стоматологии профилактической, зам. директора по научной работе НИИС и ЧЛХ ПСПбГМУ.

Доклад «Влияние психоэмоциональных особенностей на стоматологический статус младших школьников с нарушением слуха». Доклад посвящена вопросам изучения гигиенических знаний и умений школьников младших классов с целью повышения их навыком по личной профилактике заболеваний полости рта. Также отражены вопросы подготовки родителей по воспитанию детей к проведению ежедневных профилактических мероприятий во рту с приучением их использования различных средств гигиены. Отмечается большая роль мотивации, как стимула к совершению поступка. Докладчик А.Ю. Гулиева, ассистент каф. ПФС*. Соавторы: Н.Ю. Шевелева, к.м.н. доцент**, И.В. Тельнюк, к.п.н доцент***, *Кафедра стоматологии профилактической, **Кафедра стоматологии

детского возраста с курсом ЧЛХ, ***Кафедра педагогики и психологии ПСПбГМУ.

Доклад «Физиологический и репаративный остеогенез: пути оптимизации в стоматологической практике». Доклад отражает актуальные проблемы физиологического и восстановительного остеогенеза, его роли в развитии и восстановлении у пациентов в процессе лечения. Докладчик проф. д.м.н. А.К. Иорданишвили, соавторы: В.С. Солдатов, к.м.н. доцент Л.Н. Солдатова, к.м.н. М. И. Музыкин, к.м.н. А.А. Сериков, А.Г. Серикова, (ПСПбГМУ, ВМедА, МСЧ МВД по СПб и ЛО, СПбМСИ, СЗГМУ им. Мечникова, ВМедА).

Доклад «Обследование пациентов при скученном положении зубов на основе рентгеноцефалометрических параметров челюстных костей». Доклад отражает роль рентгенологических методов исследования в процессе лечения скученности зубов. Докладчик Севастьянов А. В. – д.м.н., доцент, профессор каф. стоматологии, соавтор: Галстян С.Г. асс.



Рис. 3-6. История проведения конференции и чемпионатов профессионального мастерства за 14 лет

каф. стоматологии; Рубежов А.Л. к.м.н, главный врач ГБУЗ СП № 9 г. СПб; Субботин Р.С. асп. каф. стоматологии детского возраста и ортодонтии; Кондратьев А.А. клин. орд. каф. стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО СПбГПУ МЗ РФ.

Доклад «Обоснование методов профилактики истинного патологического орального

галитоза». В лекции представлены результаты проведения профилактических мероприятий у пациентов с оральным галитозом. Составление программ профессиональных и личных мероприятий по устранению явлений галитоза. Докладчик доцент, к.м.н. Калинина О.В., соавторы: зав. кафедрой, заслуженный врач РФ, проф., д.м.н. Улитовский С.Б., ассистент Панкратьева Л.И., студентка Кулик Л.Р.

Доклад «Опыт применения профилактической зубной пасты для комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта». В лекции отражен опыт применения профилактических паст на основе различных активных компонентов, которые обеспечивают лечебное воздействие в комплексе лечебных мероприятий при воспалительных заболеваниях пародонта. Докладчик А.В. Антипова ассистент каф. стоматологии про-



филактической ПСПбГМУ. Соавтор: С.Б. Улитовский, профессор, зав. каф. стоматологии профилактической, В.В. Тэц, профессор, зав. каф. микробиологии, А.А. Доморад, ст. н. сотр., к.б.н. каф. микробиологии, О.М. Яковлева, вр. выс. Кат. каф. микробиологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Доклад «Особенности лечения пациентов с синдромом Стентона-Капдепона». В докладе представлены сведения об этиологии синдрома Стентона-Капдепона, современных представлениях о методах его профилактики. Докладчик Фищев С.Б. д.м.н., профес-

сор, зав. каф. стоматологии детского возраста и ортодонтии; Соавторы: Балахничев Д.Н. асп. Каф. стоматологии детского возраста и ортодонтии; Орлова И.В. к.м.н., доцент каф. стоматологии детского возраста и ортодонтии; Рубежов А.Л. к.м.н, гл.вр. ГБУЗ СП № 9 г. СПб; Пузырева М.Н. асс. каф. стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ.

Доклад "Социально - психологические проблемы при оказании стоматологической помощи больным ВИЧ инфекцией". В докладе отражены результаты проведенного на базе

областного центра профилактики ВИЧ инфекции анкетирования больных о качестве и особенностях их стоматологического лечения. Докладчик асс. каф. ПФС Ковеленова М.Т., соавтор: студ. Антуганова А.

Доклад "Профилактика кариеса у ортодонтических пациентов". В докладе представлены сведения об особенностях оказания первичной профилактики у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с использованием несъемной аппаратуры. Докладчик асс. каф. стом. профилактической Шевцов А.В.

Доклад «Стоматологическое здоровье сотрудников органов внутренних дел и пути его сохранения». В докладе даны сведения об оказании стоматологической помощи сотрудникам внутренних дел в условиях специализированной клиники. Представлены данные о распространенности и интенсивности течения основных стоматологических заболеваний у данного контингента. Докладчик засл. врач РФ В.В. Зайцев. Соавторы: Е.В. Кевлова, проф. А.К. Иорданишвили (МСЧ МВД по СПб и ЛО, ВМедА).

Доклад «Характеристика тканей пародонта и гигиены полости рта у лиц старшего возраста при коморбидной патологии и пути её улучшения». В докладе представлены сведения о связи между состоянием здоровья пародонта и качеством гигиенических процедур, проводимых пациентами старшего возраста при коморбидной патологии. Докладчик к.м.н. доцент Л.Н. Солдатова. Соавторы: М.А. Зуйкова, к.м.н. старший научный сотрудник С.В. Солдатов, проф. А.К. Иорданишвили (ВМедА, ВМедА, ЛДСЦ «Альфа-Дент», СПб Институт биорегуляции и геронтологии, СЗГМУ им. Мечникова).

Доклад «Изучение качества усвоения материала по профилактической стоматологии иностранными студентами». В докладе представлены материалы по изучению вопросов обучения иностранных студентов стоматологии профилактической, качеству усвоения материала, и выживаемости полученных знаний. Докладчик доц. к.м.н. Леонтьев А.А. каф. ПФС ПСПбГМУ.

На рисунках представлены моменты конференции, которые попали в объектив фотоаппарата.

8-й Студенческий Чемпионат профессионального мастерства в номинации «Профилактическая стоматология»

С.Б. Улитовский,
председатель жюри

А.В. Шевцов,
член жюри

31 мая 2019 в Санкт-Петербурге прошел очередной «8-й Студенческий Чемпионат профессионального мастерства Ассоциации Гигиенистов стоматологических Санкт-Петербурга и Ленинградской области» в номинации «Профилактическая стоматология» в рамках которого приняли участие 12 человек. Чемпионат проходил по традиционной программе которая включала проведение информационного собрания участников на котором доложили о правилах проведения Чемпионата и требованиях, предъявляемых к участникам.

После информационного блока проводилась жеребьевка с целью определения последовательности выступления участников (рис. 1), после чего начинались собственно выступления участников. После чего жюри провело заседание по определению победителей и подготовке дипломов участникам. По завершении подготовительных работ прошло награждение участников Чемпионата с вручения им ценных подарков. Подарки были предоставлены компаниями ФК «Вертекс», ООО «Колгейт-Палмолив», ООО «Вита», и ООО «Векторфарм», ежегодно поддерживающими данное мероприятие. Предоставляемые средства гигиены применяют пациенты для демонстрации своих мануальных навыков, а после завершения проце-

дуры, получают эти средства в подарок. Мы признательны этим компаниям за оказываемую помощь при проведении нашего мероприятия и надеемся на дальнейшее плодотворное сотрудничество.

На рисунке представлен вариант одной из тех ошибок, которые молодые специалисты допускают во время своей работы. Иметь такие длинные волосы и подвергать их загрязнению, а не работать в шапочке, которая защитит их от загрязнения, не говоря уж о вероятности попадания их на рабочий стол и т.д. (рис. 2).

Рис. 1. Проведение жеребьевки.





Рис. 2. Это пример того, как не надо поступать



Рис. 3. Контроль за проведением гигиенической процедуры во рту

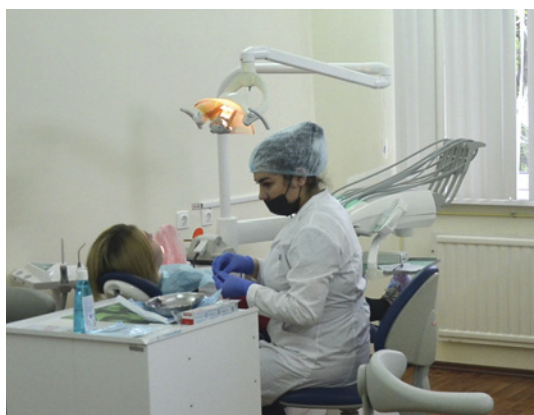


Рис. 4. Работа с пациентами проводилась сразу на двух креслах

Рис. 5. Следующий участник уже не допускает ошибок – маска сидит на месте



На рисунке 3 представлен момент проведения личной гигиены во рту, это один из этапов практической части чемпионата, на котором участники должны оценить правильность проводимых манипуляций, а потом

объяснить пациенту, что он делал неправильно и как это надо изменить, для оптимизации проводимой процедуры.

На рисунке 4 представлен рабочий момент Чемпионата. Однако, если присмотреться к участникам, то возникает вопрос – «Зачем они надевают маски?». Они только слегка прикрыли ими рты, а носы у них остаются открытыми, соответственно, вся пыль и грязь, которая неизбежно образуется в результате нашей профессиональной деятельности попадает им в дыхательные пути...

На рисунке 5 участник проводит процедуру полирования поверхности зубов после удаления зубных отложений.



Рис. 6-7. Почетные грамоты вручили призерам, занявшим третье и второе и места

Рис. 8. Вручение почетной грамоты победителю Чемпионата профессионального мастерства

По окончании практической части Чемпионата перешли к торжественному награждению участников. Распределение призовых мест было следующим:

3-е место - Оганесян Давид Самвелович - 26 группа ИСО ПСПБГМУ;

2-е место - Бушаева Гульжанат Пайзутдиновна - 26 группа, ИСО ПСПБГМУ;

1-е место - Ирдис Али Яссер - ВМедА им. Кирова, 4 курс, 4 факультет, 17 взвод.

Поздравляем победителей и участников Чемпионата профессионального мастерства с праздником и желаем дальнейших творческих успехов!

Colgate®

ПРЕДСТАВЛЯЕМ НОВЫЙ СТАНДАРТ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА ДЛЯ ЗАЩИТЫ ОТ КАРИЕСА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДТВЕРЖДЕНА 8 ГОДАМИ КЛИНИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ С УЧАСТИЕМ 14.000 ЧЕЛОВЕК



Pro-Argin™
Технология



Фторид

- Нейтрализует сахарные кислоты - причину развития кариеса №1^{1,2}
- Реминерализация в 4 раза эффективнее*³
- В 2 раза эффективнее восстанавливает ранние кариозные поражения^{† 4}
- На 20% эффективнее снижает образование новых кариозных полостей^{‡ 5,6}

Фторид



COLGATE.
ЗА БУДУЩЕЕ БЕЗ КАРИЕСА



Одобрено
Стоматологической
Ассоциацией России

* По результатам клинического исследования реминерализации в сравнении с фторидсодержащей зубной пастой с таким же содержанием фторида, равным 1450 ppm.

† По результатам 6-месячного исследования оценки улучшения состояния эмали, пораженной кариесом, методом QLF™ (Количественная светоиндуцированная флуоресценция) в сравнении с фторидсодержащей зубной пастой с таким же содержанием фторида, равным 1450 ppm.

‡ По результатам 2-летнего клинического исследования в сравнении с обычной фторидсодержащей зубной пастой с таким же содержанием фторида, равным 1450 ppm.

QLF является товарным знаком компании Inspektor Research Systems BV.

Ссылки: 1. Wolff M, Corby P, Kiaczany G et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A45-A54. 2. Santarpia P, Lavender S, Giltins E, et al. Submitted for publication in Am J Dent. 3. Cantore R, Petrou I, Lavender S, et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A32-A44. 4. Yin Q, Hu DY, Fan X, et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A15-A22. 5. Kraivaphan P et al. Caries Res 2013;47:582-590. 6. Hu DY et al. 2013 Data on file. Colgate-Palmolive Company