



СПб

ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ

ГАЗЕТА ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ

ISSN 2221-5042

№2(39)

апрель 2014



Великолепный уход за вашими
стоматологическими наконечниками

PEOPLE HAVE PRIORITY



Вы хотите получить ключ к самым современным способам ухода за вашими стоматологическими наконечниками? Регулярная очистка и смазка в аппарате Assistina производства компании W&H – и ваши наконечники получат долгую жизнь! Assistina 301 предназначена для ухода за прямыми и угловыми наконечниками, турбинами, воздушными моторами и воздушными скалерами ведущих мировых производителей. Assistina осуществляет ротационную смазку стоматологических наконечников. Результат – несомненно – надежность, минимальное трение, сопротивление к износу и бесконечно долгий срок службы.

assistina

Представительство в Москве: Тел.: 499/270 48 68 E-mail: info.ru@wh.com Web-site: www.wh.com/ru_cis

Импортеры фирмы W&H: Дентекс, Москва Тел.: 495/974 30 30 ОМТ, Москва Тел.: 495/223 15 60 Эксподент, Москва Тел.: 495/959 92-92 Уралкавадромед, Екатеринбург Тел.: 343/262 87 50 Дистрибуция в Санкт-Петербурге – Алвис-Медэкспресс Тел.: 812/326 29 17

CORTEx
dental implants

Практический курс
дентальной имплантологии

Санто-Доминго, Доминиканская Республика
На базе международного центра CIDESID
17-24 мая 2014 года

ТЕОРИЯ

- Комплексное обучение
- Имплантационная хирургия
- Вопросы протезирования
- Вопросы эстетики
- Практика на реальных пациентах (до 30 операций имплантации за неделю)



Курс рекомендован
Международным Альянсом
современных стоматологий
Специальные условия для членов МАСС
☎ +7 (800) 333-45-43
www.mass.ru

БАЗОВАЯ ХИРУРГИЯ

- Установка 15-20 имплантатов
 - Атрауматичный синус-лифтинг
 - Регенерация костной ткани
 - Двухэтапный и одноэтапный протокол
- ## ПРОДВИНУТАЯ ХИРУРГИЯ
- Имплантация в сложных случаях
 - Синус-лифтинг
 - Немедленная нагрузка
 - Трансплантация костной ткани подбородка и нижнечелюстной ветви
 - Регенерация костной ткани
 - Расщепление альвеолярного гребня

АМИКО-СПб
рентгенотехника

ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР
ИМПЛАНТОВ CORTEx В РОССИИ

ЗАПИСЬ НА КУРСЫ
☎ +7 (911) 089-74-21 ✉ m.apatskaya@gmail.com Мария Анацкая



Прага

4-8 июня 2014

IF

INDEDENTAL

biomed



*1

ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ
ПЕРЕЛЕТ

*2

ГОСТИНИЦА

*3

ЛЕКЦИОННАЯ
ПРОГРАММА

*4

ГАЛА-УЖИН
С УЧАСТИЕМ
СПЕЦИАЛЬНОГО
ГОСТЯ

*5

ЗНАКОМСТВО
С ПРАГОЙ,
ЭКСПУРСИИ

Приглашаем
НА МЕЖДУНАРОДНЫЙ
КОНГРЕСС ПО
ДЕНТАЛЬНОЙ
ИМПЛАНТАЦИИ



ГРУППА

ВИА ГРА

СПРАВКА ПО
ТЕЛЕФОНУ:

+7 967 018 12 82

www.swissbiomed.ru

R.O.C.S.
REMINERALIZING ORAL CARE SYSTEMS

PRO
Professional Solutions



НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ СРЕДСТВ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ

* В СЕРДИЦАХ НАШИХ
Повар сертифицирован. На правах рекламы.

INSIDE THE SCIENCE*

ДВА ШАГА ДЛЯ ОСЛЕПИТЕЛЬНО БЕЛОЙ УЛЫБКИ

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

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

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

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

Без фторидов, красителей, парабенов и лаурилсульфата натрия.

* Клинически подтверждено



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



ОДОБРЕНО
Национальной Академией
эстетической стоматологии

WDS
LABORATORIES
www.rocs.pro

Полная электронная версия газеты
на сайте www.instom.ru

Colgate®

PRO • ЗДОРОВЬЕ ДЕСЕН

**ЭФФЕКТИВНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ВОСПАЛЕНИЯ ДЕСЕН
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИНГИВИТОМ И ПАРОДОНТИТОМ**

КУРСОВОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

ЕЖЕДНЕВНОЕ ДЛИТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

COLGATE® PERIOGARD
ОПОЛАСКИВАТЕЛЬ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА
0,2% ХЛОРГЕКСИДИН*

НЕ СОДЕРЖИТ СПИРТ**

COLGATE® TOTAL PRO-ЗДОРОВЬЕ ДЕСЕН
ЗУБНАЯ ПАСТА
С ТЕХНОЛОГИЕЙ ТРИКЛОЗАН/СОПОЛИМЕР

СОДЕРЖИТ 0,3% ТРИКЛОЗАНА, 2% СОПОЛИМЕРА И 1450 РРМ ФТОРИДА***

НОВИНКА



- ЭФФЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА ОТ БАКТЕРИАЛЬНОГО НАЛЕТА, ВЫЗЫВАЮЩЕГО РАЗВИТИЕ ГИНГИВИТА И ПАРОДОНТИТА
- РЕКОМЕНДОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДО И ПОСЛЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР



- КЛИНИЧЕСКИ ДОКАЗАННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ДОЛГОВРЕМЕННАЯ ЗАЩИТА ОТ ЗУБНОГО НАЛЕТА И ГИНГИВИТА

РЕКОМЕНДУЙТЕ СИСТЕМУ COLGATE® PRO-ЗДОРОВЬЕ ДЕСЕН
ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕСЕН ВАШИХ ПАЦИЕНТОВ



Одобрено
Стоматологической
Ассоциацией России



* В виде водного раствора хлоргексидина диглюконата. ** Не содержит этиловый спирт. *** В виде фторида натрия.
1. Amornchat C. et al. (2004). Mahidol Dent J. 24(2): 103–111. 2. Lindhe J. et al. (1993). J. Clin Periodontol. 20(5): 327–334.

Colgate®

ВАШ ПАРТНЁР В ЗДОРОВЬЕ ПОЛОСТИ РТА

www.colgateprofessional.ru



ЗУБОТЕХНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «НЕОДЕНТ» ПРИГЛАШАЕМ К СОТРУДНИЧЕСТВУ!

ВСЕ ВИДЫ ЗУБОТЕХНИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

- металлокерамика
- безметалловая керамика (вкладки, коронки, виниры, УЛЬТРАНИРЫ)
- конструкции любой протяженности и сложности из **диоксида циркония**, в том числе **Prettay Zirkon**
- съемные протезы (пластинчатые, бюгельные, гибкие)
- комбинированные конструкции любой сложности
- CAD/CAM (фрезерованные) конструкции (в том числе Procera®):
 - ✓ коронки, мостовидные протезы из **оксида алюминия, диоксида циркония и кобальтохромового сплава**:
 - ✓ балочные конструкции из **кобальтохромового сплава и титана**
 - ✓ индивидуальные абатменты из **кобальтохромового сплава, титана и диоксида циркония** на различные системы дентальных имплантатов
 - ✓ временные акриловые реставрации

УСЛУГИ ДЛЯ ЗУБОТЕХНИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ

- каркасы из диоксида циркония, титана, кобальтохромового сплава (CAD/CAM система сканирования и компьютерного моделирования Nobel Procera 2G (Nobel Biocare))
- инъекция термопластов (нейлон, ацетат, acfi-fri)
- каркасы e.max

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

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





20 мая 2014 г.
Авторский мастер-класс на пациентах "Перелечивание" с телетрансляцией.
21-22 мая 2014 г.
Семинар из цикла лекций — тема № 9: "Эндодонтия — Update in Endodontics".
Михаил Соломонов — директор постдипломной программы по эндодонтии, отделение эндодонтии госпиталя Шиба, Тель Хашомер, Израиль

21 июня 2014 г.
Лекция и мастер-класс "Стекловолоконное армирование в стоматологической практике".
Ольга Пономаренко — врач и преподаватель стоматологической Клиники-студии "Аполлония" Сергея Радлинского



28-29 июня 2014 г.
Лекция и мастер-класс «Эстетическая реставрация: алгоритмы, инновации, победы и неудачи».
Салова Анна Викторовна — к.м.н., главный врач СЦ "Аэлита"

Семинары **Михаила Соломонова** в **НОВОСИБИРСКЕ**:
10-11 июня 2014 г. Эндодонтия №5. "Смежные области в эндодонтии".
12-13 июня 2014 г. Эндодонтия №6. "Алгоритмы клинических процедур".

Подробная информация
о семинарах в Новосибирске по тел. **+7 (921) 862-98-24**

Полное расписание на январь-июль 2014 г. —
на сайте **WWW.aelita-dent.ru**
Моб. тел.: **+7952-277-30-94** или тел./факс: **(812) 386-11-79**

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
**ИНСТИТУТ
СТОМАТОЛОГИИ**
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ И ПЕРЕПОДГОТОВКА СТОМАТОЛОГОВ БЕЗ ОТРЫВА ОТ ПРАКТИКИ



ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ГРАФИК ОБУЧЕНИЯ
ФАНТОМНЫЙ КЛАСС
ДИПЛОМ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗЦА

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

www.instom.ru

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
**ИНСТИТУТ
СТОМАТОЛОГИИ**
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Приглашаем посетить семинары
и практические занятия в СПБИНСТОМ

Название курса	Даты	Стоимость (руб.)
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ		
Протезирование культевыми штифтовыми вкладками (коронками)	12 мая	10000
Восстановление дефектов твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов металлокерамическими зубными протезами	13 – 16 мая	32000
Безметалловые конструкции зубных протезов при нарушении эстетики, дефектах твердых тканей зубов и зубных рядов (вкладки, виниры, коронки, мостовидные протезы)	19 – 22 мая	32000
Основы клинической гнатологии	26 – 27 мая	20000
ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ		
Зубная имплантология (базовый курс)	12 – 14 мая	22000
Современные методы комплексного лечения заболеваний тканей пародонта	19 – 22 мая	28000
Современные аспекты работы ассистента стоматолога-хирурга на практическом приеме	22 – 23 мая	7000
Амбулаторная хирургическая стоматология в повседневной практике	29 – 30 мая	14000
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ		
Реставрация зубов с учетом особенностей окклюзии	6 мая	8000
Работа в 4 руки на терапевтическом приеме, секреты успеха	6 мая	7000
Повторное лечение корневых каналов	7 мая	10000
Отбеливание зубов — от теории к практике	7 мая, 21 мая	12000
Эндодонтия для начинающих	12 мая, 30 мая	8000
Эффективные технологии эндодонтического лечения, гарантирующие успех. Как быстро овладеть и избежать ошибок	13 – 15 мая	25000
Применение коффердама в терапевтической стоматологии	16 мая	8000
Реставрация зубов с использованием современных пломбировочных материалов	19 – 20 мая	15000
Организация и особенности работы ассистента врача-стоматолога на амбулаторном терапевтическом приеме	19 – 20 мая	7000
Современные волоконные адгезивные системы в комплексном лечении заболеваний пародонта и эстетической коррекции зубов	22 мая	10000
Прямое восстановление передней группы зубов композиционными материалами с применением красок	23 мая	10000
Пародонтальная терапия	26 – 27 мая	15000
Современные аспекты профилактической стоматологии	26 – 30 мая	12000
Обработка корневых каналов инструментами ProTaper, K3 и Mtwo	28 мая	10000
Пломбирование корневых каналов с использованием разогретой гуттаперчи	29 мая	10000
РЕНТГЕНОЛОГИЯ		
Радиационная безопасность и противорадиационная защита персонала и пациентов при проведении рентгенодиагностических исследований в лечебно-профилактических учреждениях	12 – 13 мая	10000
Цифровая и пленочная рентгенография в современной стоматологии	14 – 16 мая	15000
Радиовизиография — гарантия качества проведения стоматологического лечения	16 мая	9000
ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ		
Неотложная терапия общесоматических реакций у детей на амбулаторном стоматологическом приеме	23 мая	5000
Клинические аспекты лечения и профилактики в детской стоматологии	26 – 28 мая	18000
Особенности работы с детьми на хирургическом стоматологическом приеме	29 – 30 мая	12000
ОРТОДОНТИЯ		
Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц	15 мая	8000
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ		
Основы медицинского менеджмента	12 – 13 мая	10000
Организация стоматологической помощи	14 – 15 мая	10000
Контроль (экспертиза) качества медицинской помощи	19 – 20 мая	10000
Экспертиза временной нетрудоспособности	21 мая	10000
ПСИХОЛОГИЯ		
Болевые точки в управлении стоматологической клиникой	22 – 23 мая	11000
КУРС ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ		
Методы альтернативной медицины в комплексном лечении стоматологических заболеваний	5 мая	5000
Комплексная диагностика и лечение пациентов с сочетанной патологией	16 мая	5000
Неотложная помощь при критических состояниях у пациентов в амбулаторной стоматологической практике	30 мая	5000

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

www.instom.ru

Научно-практическая конференция СПБИНСТОМ «Современные возможности диагностики и лечения в пародонтологии»

4 июня 2014 г., с 10.00 до 14.00, ПРИМЭКСПО

Организаторы: СПБИНСТОМ, ПРИМЭКСПО

Генеральный информационный партнер — журнал «Институт Стоматологии»

Председатель: Чибисова Марина Анатольевна — д.м.н, профессор, ректор, зав. кафедрой рентгенологии в стоматологии СПБИНСТОМ, главный врач Сети центров стоматологической рентгенодиагностики МЕДИ, Председатель секции СТАР «Лучевая диагностика в стоматологии».

1. **М.А.Чибисова**, д.м.н., профессор, ректор, зав. кафедрой рентгенологии в стоматологии СПБИНСТОМ. «Стандарты и алгоритмы рентгенологического обследования в пародонтологии. Конусно-лучевая компьютерная томография (ЗД КТ) — основа междисциплинарного взаимодействия и повышения качества стоматологического лечения в консервативной и хирургической пародонтологии».
2. **Ю.В.Волкова**, заместитель главного врача клиники «МЕДИ на Московском». «Комплексная реабилитация стоматологического пациента в пародонтологии».
3. **Е.И.Гусарина**, главный врач клиники «МЕДИ на Итальянской». «Практическая хирургия пародонта как подготовительный этап перед ортодонтическим лечением».
4. **Е.В.Гольдштейн**, к.м.н., зав. кафедрой хирургической стоматологии СПБИНСТОМ. «Выбор методов лечения заболеваний пародонта на консервативном и хирургическом этапе».
5. Дискуссия, ответы на вопросы.

X Научно-практическая конференция по детской стоматологии «Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний»

5 июня 2014 г., с 10.00 до 17.00, ПРИМЭКСПО

Организаторы: СПБИНСТОМ,

ГБОУ ВПУ МГМСУ им. А.И.Евдокимова, ПРИМЭКСПО, НМОС СПб

Генеральный информационный партнер — журнал «Институт Стоматологии»

Председатели:

Чибисова Марина Анатольевна — д.м.н, профессор, ректор, зав. кафедрой рентгенологии в стоматологии СПБИНСТОМ, Председатель секции СТАР «Лучевая диагностика в стоматологии»;
Фадеев Роман Александрович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой ортодонтии СПБИНСТОМ;
Страхова С.Ю., профессор, кафедра детской стоматологии МГМСУ.

- **Страхова С.Ю.** «Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей аллергического происхождения».
- **Седойкин А.Г.** «Роль профилактических мероприятий в клинике детской стоматологии».
- **Рзаева Т.А.** «Перспективы применения современных средств гигиены в детской стоматологии».
- **Хощевская И.А.** «Актуальные вопросы рентгенологии в практике детского стоматолога».
- **Виноградова Е.С., Виноградов С.И.** «Стоматологический статус детей Санкт-Петербурга» (ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова).
- **Фадеев Р.А., Галевская К.Ю.** «Особенности строения лица у пациентов с горизонтальным типом роста лицевого отдела черепа».
- **Кардаков Д.А., Фадеев Р.А.** «Результаты применения терморегистраторов в съемных ортодонтических аппаратах».
- **Ковалева М.С., Прошина Л.Г., Фадеев Р.А.** «Лечение кариеса зубов с применением глубокого фторирования и низкоинтенсивного лазерного излучения».
- **Чибисова М.А.** «Возможности конусно-лучевой компьютерной томографии в повышении качества диагностики стоматологических заболеваний детского возраста и зубочелюстных аномалий».
- **Бойко В.В.** «Стоматолог, у которого не боятся лечиться дети».

Стендовые доклады:

- **Сундукова К.А.** «Некоторые показатели стоматологического статуса у ВИЧ-инфицированных детей».
- **Саакян Ю.В.** «Иммунологические свойства слюны у детей с бронхиальной астмой».
- **Селютина Ю.И.** «Влияние исходного уровня минерализации фиссур моляров на поражаемость зубов кариесом».
- **Жевова М.В.** «Проявление многоформной экссудативной эритемы у детей».
- **Мартынов И.В., Червоток Е.А., Фадеев Р.А.** «Применение ТЭНС-терапии в реабилитации пациентов детского возраста с асимметрией зубных рядов».
- **Смоленцева А.Ю., Фадеев Р.А.** «Методики быстрого небного расширения. Сравнительная оценка. Показания к применению».

Научно-практическая конференция СПБИНСТОМ «Возможности достижения эстетических результатов в амбулаторной стоматологии»

6 июня 2014 г., с 10.00 до 14.00, ПРИМЭКСПО

Организаторы: СПБИНСТОМ, ПРИМЭКСПО

Генеральный информационный партнер — журнал «Институт Стоматологии»

Председатели:

Хощевская И.А., к.м.н., зав. кафедрой детской стоматологии СПБИНСТОМ;
Петухова И.А., главный специалист по отбеливанию зубов, врач-стоматолог ГК МЕДИ.

- **Вергасова Т.В.** «Эстетическая реставрация боковых зубов. Вкладки и накладки».
- **Петухова И.А.** «Комплекс мероприятий по улучшению эстетики улыбки».
- **Хощевская И.А.** «Эстетика в детской стоматологии».
- **Госьков И.А.** «Роль прикрепленной десны в эстетике полости рта».



«Как только мы начали учиться в LVI, практически сразу, после первых курсов, мы поняли, насколько высоко мы поднялись в профессиональном плане по сравнению с нашими коллегами.

А на сегодняшний день я даже не представляю себе, как мы могли работать по-старому», —
Иветта Шварцман, DMD, LVIF

ВПЕРВЫЕ ИНСТИТУТ ПЕРЕДОВЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ Г. ЛАС-ВЕГАС (LVI) ПРОВОДИТ КУРС ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ



 **Бостонский Институт
Эстетической Стоматологии**

**27 июля — 3 августа 2014 года
г. Лас-Вегас, США**

**Только по приглашению*



УНИКАЛЬНОСТЬ ДАННОГО КУРСА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО:

- впервые в истории LVI согласился создать специальную программу для российских докторов;
- программа составлена таким образом, что за пять дней вы станете специалистом, который способен осуществлять комплексный подход к лечению любого кейса;
- вы станете профессионалом такого уровня, что к вам будут направлять пациентов другие специалисты;
- в курс включены лекции и мастер-классы, представленные самыми именитыми профессорами LVI по самым острым вопросам в области окклюзии ВНЧС и ночного апноэ.

ТАКЖЕ В ПРОГРАММЕ:

- экскурсия на Гранд-Каньон;
- знаменитое шоу в Лас-Вегасе;
- торжественный ужин для всех участников курса в один из дней программы.

Преподаватели: Norman Thomas, Bill Dickerson, Mark Duncan, Ann Mary Cole будут в вашем распоряжении не только во время классов, но и после

**группа на этот курс формируется на основе приглашения доктора Институтом LVI*

**Все доктора, желающие принять участие в программе, должны подать заявку на сайте bostoninst.ru
или по телефонам 8-926-747-91-18, 8-495-514-35-17**

БОСТОНСКИЙ ИНСТИТУТ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ДВУХДНЕВНЫЙ СИМПОЗИУМ
С ВЕДУЩИМ СПЕЦИАЛИСТОМ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ СНА ДОКТОРОМ SAHAG MAHSEREDJIAN, DDS, LVIM. (КАНАДА)

НОВАЯ ЭРА В РАЗВИТИИ СТОМАТОЛОГИИ

Роль стоматологии в диагностике и лечении обструктивного апноэ сна — дата симпозиума 27-28 июня 2014 г.

Сотни миллионов людей всех возрастов во всем мире страдают от смертельного недуга — обструктивного апноэ сна (ОАС). В настоящее время доказана связь ОАС с сердечно-сосудистыми заболеваниями, церебро-васкулярными инсультами, эндокринными расстройствами, ожирением и другими заболеваниями. Нашим медицинским коллегам нужна помощь!

Позиция AASM (Американской академии медицины сна) состоит в том, что внутриротовые аппараты являются эффективным методом лечения пациентов с легкой и средней степенью ОАС. Пациенты предпочитают их продолжительной терапии положительного давления в дыхательных путях (CPAP). Кроме того, использование внутриротовых аппаратов показано у пациентов, у которых попытки лечения с CPAP не приносят результата.

ИССЛЕДОВАНИЯ ЯСНО ПОКАЗЫВАЮТ, ЧТО РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ВНУТРИРотовыми АППАРАТАМИ ПРЕВОСХОДЯТ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ. ИМЕННО ПОЭТОМУ ЛЕЧЕНИЕ НОЧНОГО АПНОЭ СТАНОВИТСЯ СФЕРОЙ ИНТЕРЕСОВ СТОМАТОЛОГОВ.

Лечение обструктивного апноэ сна должно проводиться высококвалифицированными стоматологами, имеющими соответствующую подготовку и опыт работы по полной функциональной реабилитации пациентов, лечению ДВНЧС и окклюзионных проблем.

Для тех из вас, кто хочет стать таким специалистом и расширить арсенал методов стоматологического лечения для привлечения миллионов пациентов, нуждающихся в лечении ночного апноэ, мы предлагаем посетить этот симпозиум, который проводит один из ведущих специалистов в области медицины сна в Канаде и США, доктор Sahag Mahseredjian.

Двухдневный симпозиум будет включать в себя лекционный обзорный курс (первый день) и мастер-класс (второй день). В первый день будут освещены базовые основы обструктивного апноэ и других нарушений сна и роли стоматолога в диагностике и лечении этих заболеваний. Будут даны все необходимые знания для проведения скрининга пациентов на предмет апноэ, выбора дополнительных методов обследования, определения оптимальной окклюзии для изготовления внутриротового аппарата для лечения ОАС (OSA). Второй день рассчитан на докторов, которые помимо теоретических знаний хотят получить практические навыки по лечению пациентов с ОАС (OSA). Участникам второго дня симпозиума будет предоставлена возможность провести домашнее полисомнографическое и визиографическое обследование с последующим анализом результатов. Также будет проведена демонстрация определения окклюзии для изготовления внутриротовых аппаратов с использованием различных методов, включая ТЕНС и К7. Каждый участник мастер-класса будет иметь возможность провести регистрацию окклюзии.



Основные темы симпозиума:

- Определение РОЛИ СТОМАТОЛОГА В ЛЕЧЕНИИ ОАС (OSA)
- Связь ОАС (OSA) со стоматологией.
- Понимание терминологии, используемой в медицине сна.
- Интеграция признаков и симптомов ОАС (OSA) в обязательную схему стоматологической диагностики.
- Проведение скрининга на наличие ОАС (OSA) и синдрома резистентности верхних дыхательных путей (UARS).
- Проведение и анализ визиографического исследования в ОАС (OSA).
- Понимание полисомнографического исследования сна.
- Связь между ОАС (OSA) / UARS и ДВНЧС.
- Важность нейромышечного физиологического лечения апноэ: ТЕНС и К7.
- Использование наиболее эффективных и комфортных для пациента внутриротовых аппаратов для лечения ОАС (OSA).
- Методы нахождения и регистрации оптимального положения нижней челюсти с целью скорейшего устранения симптомов ОАС (OSA).

Практические навыки:

- Анализ объема дыхательных путей на основе конусно-лучевой томографии.
- Проведение домашнего полисомнографического обследования.
- Интерпретация результатов полисомнографического обследования.
- Регистрация окклюзии различными методами для изготовления внутриротового аппарата для лечения обструктивного апноэ сна.
- Использование ТЕНС и К7 в диагностике и лечении ОАС (OSA).

*СПЕЦИАЛЬНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

Скидка для членов ICCMO — 7,5%

Скидка для членов IACA — 7,5%

Скидки суммируются, для членов обеих организаций скидка — 15%

Дополнительная скидка 5% для тех, кто оплачивает семинар до 31 марта

Стоимость: первый день — 20 000 руб.

Стоимость: второй день — 34 000 руб.

techno-dent gruppe «Техно-Дент-Групп»

Официальный дилер фирмы
Sirona Dental Systems GmbH (Германия)

sirona.
The Dental Company

Стоматологические установки
от эконом до Hi-класса,
стоматологические томографы,
ортопантомографы,
интраоральные аппараты,
визиографы, лазеры, приборы,
наконечники

Мы помогаем вам быть профессионалами

Санкт-Петербург, Невский пр., д. 46
тел./факс: (812) 570-41-31, 570-41-28, 935-51-85
e-mail: techno-dent@mail.ru www.techno-dent.ru



17-Я МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА

СТОМАТОЛОГИЯ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

ИТОГИ 2013:

Стоматологическое
оборудование,
инструменты и материалы
из 24 стран мира

2 этажа павильона №4,
ВК «Ленэкспо»

Экспозиция **2 776 м²**

130 компаний-участниц

3 210 уникальных посетителей



4-6 ИЮНЯ 2014 МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: **ЛЕНЭКСПО, ПАВИЛЬОН 4**

Организаторы:



0+

+7 (812) 380 6006/00
med@primexpo.ru
<http://stomatology.primexpo.ru>

DENTALEXPO®

+7 (495) 921 4069
region@dental-expo.com
www.dental-expo.com/stomatology

Генеральный
информационный партнер:



Запросите
условия участия
на сайте

<http://stomatology.primexpo.ru>

MEGASONEX®

Первый и единственный
Ультразвуковой скребок для языка



УЛЬТРА НЕЖНО. МЕГА ЧИСТО®

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

Чтобы найти ближайшего поставщика MEGASONEX, звоните по телефону
(495) 795 0621

О САМОРЕГУЛИРОВАНИИ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ — РЕАЛЬНОСТЬ, ВОЗМОЖНОСТИ, ПРЕИМУЩЕСТВА



С.Ю.Остренко

• исполнительный директор,
СРО НП «Медпалата
Санкт-Петербурга»;
преподаватель кафедры
организации здравоохранения
и медицинского менеджмента,
СПБИНСТОМ
Адрес: 191025, СПб.,
Невский пр., д. 82
Тел.: +7 (812) 984-10-79
E-mail: medpalata@medpalata.spb.ru



С.В.Лазарев

• к.м.н., исполнительный
директор,
СРО НП «Объединение частных
медицинских клиник и центров»
Адрес: Москва,
Кожевническая ул., д. 7, стр. 1
Тел.: +7 (916) 611-22-02
E-mail: selasik@mail.ru

В прошлых номерах журнала мы начали разговор о саморегулировании в сфере оказания медицинских услуг по предпринимательскому типу, которое развивается в России уже в течение двух лет и набирает обороты.

Мы продолжаем разговор о деятельности СРО... и сегодня поговорим о выполнении одной из важных функций СРО — представление интересов членов Партнерств в их отношениях с органами государственной власти РФ, защита их прав и, как следствие, создание единого информационного поля.

Разговор о работе негосударственных клиник, системе обязательного медицинского страхования (далее ОМС) как части системы создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

ВВЕДЕНИЕ

Медицинское страхование представляет собой форму социальной защиты интересов граждан в сфере охраны здоровья, его основная цель — гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств.

При медицинском страховании выплата производится не в денежной, а в натуральной форме, в виде комплекса медицинских и иных услуг, оплаченных страховщиком.

При этом застрахованный является потребителем страховой и одновременно медицинской услуги, что должно обуславливать высокую степень ответственности страховщика за качество организации медицинской помощи, за безопасность и эффективность оказываемых медицинских услуг.

В России существуют два вида страхования — ОМС и ДМС.

Обязательное медицинское страхование обеспечено законодательством, является составной частью государственного социального страхования и предоставляет всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, осуществляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, которые соответствуют программам обязательного медицинского страхования.

Система обязательного медицинского страхования строится на принципе общественной солидарности, когда богатый платит за бедного, здоровый — за больного, она основана на стабильном источнике финансирования здравоохранения посредством целевого взноса.

В этой системе оплата медицинской помощи должна осуществляться в зависимости от объема и качества проделанной работы с одновременным контролем за целевым использованием средств.

Предметом страхования является здоровье застрахованного лица. Страховым случаем — обращение застрахованного в медицинскую организацию в связи с болезнью или определенным состоянием здоровья, которые требуют оказания медицинской помощи и предусмотрены программой страхования. Страховой случай считается урегулированным, когда по медицинским показателям исчезает необходимость в дальнейшем лечении. Т.е. в соответствии с законодательством основная цель медицинского страхования состоит в обеспечении гражданам гарантии получения медицинской помощи при возникновении страхового случая, за счет накопленных средств федерального Фонда обязательного медицинского страхования.

Медицинское страхование появилось в России относительно недавно; этим видом деятельности занимается более 30% российских страховых компаний, при этом ведущая роль принадлежит обязательному медицинскому страхованию. Показатели финансирования Территориальных программ ОМС на примере Санкт-Петербурга с 2002 по 2013 гг. показывают, что «рынок» ОМС динамично развивается, т.к. растёт финансирование системы ОМС и увеличивается количество медицинских организаций, работающих в системе ОМС, в том числе и негосударственных (рис. 1). Т.е. у государства есть все необходимые атрибуты, чтобы, согласно Основам охраны здоровья, гражданам Российской Федерации предоставлять право на охрану здоровья в полном соответствии с Конституцией РФ.

Итак, страховые платежи по ОМС уплачиваются за всех граждан, но востребование финансовых ресурсов осуществляется лишь при их обращении за медицинской помощью.

Номенклатура и объем предоставляемых услуг не зависят от абсолютного размера платежа по ОМС. Граждане с различным уровнем дохода (например, бизнесмен, домохозяйка, дворник) и, соответственно, с различным объемом страховых отчислений имеют одинаковые права, как говорилось ранее, на получение медицинских услуг, входящих в программу обязательного медицинского страхования.

КОНТРОЛЬ ЗА «НЕЦЕЛЕВЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ» СРЕДСТВ ОМС

Согласно ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» работать в системе ОМС имеют право медицинские организации любой формы собственности. Медицинская организация включается в реестр ФОМС на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Однако проблемы, с которыми сталкиваются негосударственные медицинские ор-

ганизации, заставляют задуматься о целесообразности таких шагов. На первый взгляд, система ОМС чрезмерно зарегулирована законодательством и нормативно-правовыми актами. Однако, при внимательном изучении всего пакета документов, выясняется, что регулируется не то и не тем. В частности, контроль за нецелевым расходованием средств ОМС, которое усложняет работу негосударственных медицинских организаций в системе ОМС...

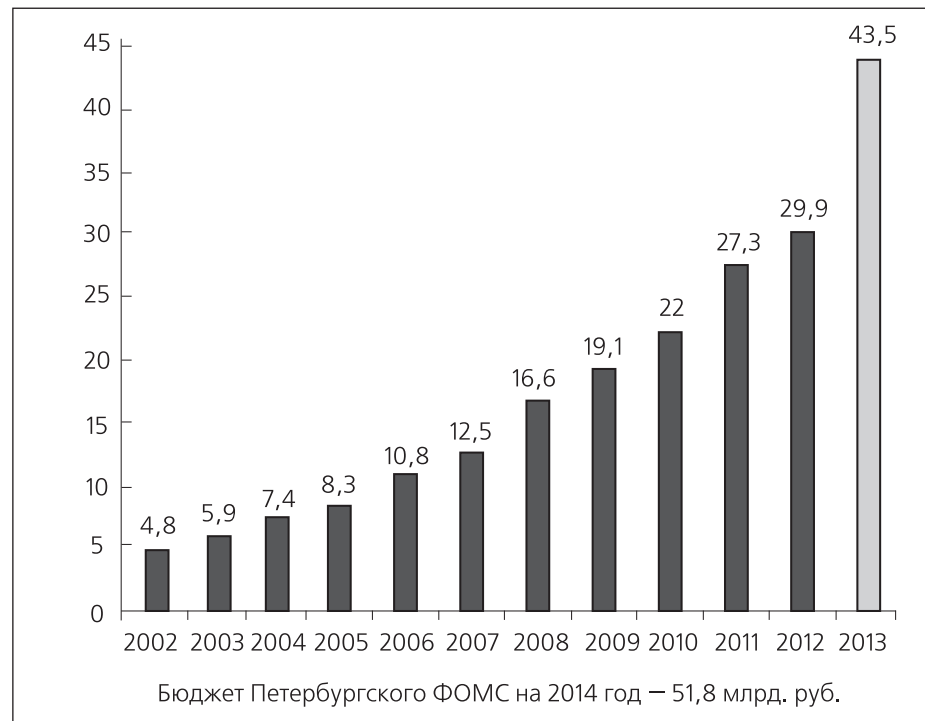
Для примера возьмем контроль, проводимый территориальными фондами за целевым использованием медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору.

Пункт 9 статьи 39 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусматривает, что в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности медицинской организации: «... за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования...»

Однако, изучая документы, мы не нашли определение и нормы понятия «целевое назначение средств ОМС» для медицинской организации.

Новая редакция закона «Об обязательном медицинском страховании» такое определение не дает.

Во-первых, обязательное медицинское страхование является частью обязательного социального страхования, которое регу-



■Рис. 1. Показатели финансирования Территориальных программ ОМС Санкт-Петербурга в 2002-2013 гг.

Резюме. Статья продолжает серию статей о работе саморегулируемых организаций (далее СРО) в сфере оказания медицинских услуг.

Ключевые слова: саморегулирование медицинской деятельности, саморегулирование в здравоохранении, обязательное медицинское страхование.

On self-regulation of medical services — reality, perspectives, advantages (S.Yu. Ostrenko, S.V. Lazarev).

Summary. The authors continue the article series devoted to self-regulating organizations in the field of rendering the medical services.

Key words: Self-regulation of medical activities, self-regulation in public health services, obligatory medical insurance.

лируется Федеральным законом от 16 июля 1999 г. N 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования». Одним из принципов обязательного социального страхования, определенным этим законом, является ответственность за целевое использование средств обязательного социального страхования.

В статье 19 установлено, что денежные средства бюджетов фондов конкретных видов обязательного социального страхования расходуются на цели, устанавливаемые федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования и о бюджетах фондов конкретных видов обязательного социального страхования на очередной финансовый год и на плановый период.

При этом «нецелевое расходование денежных средств бюджетов фондов конкретных видов обязательного социального страхования не допускается и влечет за собой ответственность должностных лиц, допустивших указанное в настоящем пункте нарушение, в соответствии с законодательством Российской Федерации».

То есть речь в законодательстве идет изначально о нецелевом расходовании средств фондов ОМС, но никоим образом не медицинских организаций.

Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31 июля 1998 г. N 145-ФЗ в статье 147 (Расходы бюджетов государственных внебюджетных фондов) устанавливает, что расходы бюджетов государственных внебюджетных фондов осуществляются исключительно на цели, определенные законодательством Российской Федерации, включая законодательство о конкретных видах обязательного социального страхования (пенсионного, социального, медицинского), в соответствии с бюджетами указанных фондов, утвержденными федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации.

Согласно части 2 ст. 26 Закона об обязательном медицинском страховании расходы бюджета Федерального фонда ОМС осуществляются в целях финансового обеспечения:

- 1) предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территори-

альных фондов для финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона полномочий;

- 2) исполнения расходных обязательств Российской Федерации, возникающих в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Российской Федерации, и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;
- 3) выполнения функций органа управления Федерального фонда.

В части 5 указанной ст. 26 Закона об обязательном медицинском страховании предусмотрено, что расходы бюджетов территориальных фондов ОМС осуществляются в целях финансового обеспечения:

- 1) выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;
- 2) исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Российской Федерации, и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;
- 3) исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в результате принятия законов и (или) нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации;
- 4) ведения дела по обязательному медицинскому страхованию страховыми медицинскими организациями;
- 5) выполнения функций органа управления территориального фонда.

Целевое назначение средств обязательного медицинского страхования определено, так же как и наказание за нецелевое их использование (статья 285.2 УК РФ, ч. 1 ст. 15.14 КоАП РФ).

Если посмотреть историю развития «самостоятельности» в системе ОМС, то истоки её идут с 1996 года, когда во исполнение функции контроля за рациональным использованием финансовых средств, направляемых на обязательное медицинское страхование граждан, вышло совместное письмо Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ и Федерального фонда ОМС от 24.01.96 N 2510/250-96-20/295/21-и «Об обеспечении контроля за использованием средств ОМС в медицинских учреждениях», в соответствии с которым Федеральный и территориальные фонды стали осуществлять в медицинских учреждениях контрольные проверки использования средств обязательного медицинского страхования.

Через два года вышел приказ Федерального фонда ОМС от 17 декабря 1998 г. N 100 «Об утверждении и введении в действие инструкции «О порядке проведения территориальными фондами ОМС контрольных проверок целевого и рационального использования средств ОМС в медицинских учреждениях, функционирующих в системе ОМС», который был отменен только в 2012 году.

Все эти годы политику рациональности расходования средств медицинскими организациями диктуют фонды ОМС, а не местные органы власти. Призывы дать самостоятельность главным врачам наших больниц и поликлиник ничего не значат на фоне существующего тотального контроля со стороны фондов ОМС не только доходов, но и расходов этих организаций.

В настоящее время действует приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 апреля 2012 г. N 73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования», в котором присутствует контроль нецелевого использования средств ОМС медицинской организацией.

Таким образом, возложенная законодательством на фонды ответственность за нецелевое расходование средств ОМС

умело переложена на медицинские организации, что является не просто избыточным, но и нарушает нормы, установленные в федеральных законах, тем самым приводит к произвольному трактованию норм контроля за нецелевым использованием средств, когда у организации, оказавшей медицинские услуги в системе ОМС, «отбирают» деньги в виде штрафов только за то, что они расходуют собственные заработанные средства не так, как думают чиновники от фондов.

Для участников, пришедших в систему ОМС, это не просто неприятно — это разорительно, так как противоречит понятию предпринимательства, определенного Гражданским Кодексом, и обычаям делового оборота.

Для снижения административных барьеров и, как следствие, дальнейшего развития не только ОМС, но и всей системы здравоохранения необходимо исключить из Закона об обязательном медицинском страховании понятие нецелевого расходования средств для медицинских организаций и убрать данный вид контроля.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гражданский Кодекс Российской Федерации. Часть 2. Глава 48.
2. Конституция Российской Федерации.
3. Налоговый Кодекс Российской Федерации. Часть П. Главы 23 и 25.
4. Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования.
5. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 апреля 2012 г. N 73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования».
6. Федеральный закон N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
7. Федеральный закон N 321-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».
8. Федеральный закон N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
9. Федеральный закон от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».



МЕДИЦИНСКАЯ
ПАЛАТА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Приглашаем медицинские организации Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа вступить в СРО

Участие в СРО «Медицинская Палата Санкт-Петербурга» это:

- защита собственных профессиональных интересов частных компаний медицинского сектора;
- расширение возможностей для эффективного взаимодействия с органами законодательной и исполнительной власти;
- снижение административного давления;
- возможность оспаривать любые акты, решения, действия органов государственной власти.

Подробная информация о деятельности «Медицинской Палаты Санкт-Петербурга», условия вступления — на сайте www.medpalata.spb.ru или по телефону + 7 (812) 984-10-79

191025, Россия, Санкт-Петербург, Невский пр., д. 82, Литер А, пом. 18 Н
тел./факс: + 7(812) 275 00 59; e-mail: medpalata@medpalata.spb.ru

ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СИСТЕМЕ «ЭМАЛЬ – СЛЮНА» И ЕГО СВЯЗЬ С СОСТАВОМ И СВОЙСТВАМИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

В.К.Леонтьев

• академик РАМН, лауреат Гос. премии РФ, вице-президент СтАР, д.м.н., профессор
Адрес: 119048, Москва, ул. Ефремова, д. 12, стр. 2, офис 501
Тел.: 8 (499) 766-44-93
E-mail: Leontyevvk@mail.ru

А.Н.Питаева

• зав. межфакультетской лабораторией стоматологического факультета, ОмГМА
Адрес: 644043, г. Омск, ул. Ленина, дом 12, деканат стоматологического факультета, ОмГМА
Тел.: 8 (3812) 23-22-60
E-mail: stomfak@omsk-osma.ru

Г.И.Скрипкина

• д.м.н., доцент, зав. кафедрой детской стоматологии, ОмГМА
Адрес: 644043, г. Омск, ул. Ленина, дом 12, деканат стоматологического факультета, ОмГМА
Тел.: 8 (3812) 23-22-60
E-mail: stomfak@omsk-osma.ru

Г.В.Адкина

• к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии, БООУ ВПО «Тверская ГМА Минздрава России»
Адрес: 170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4
Тел.: 8 (4822) 32-17-79
E-mail: stomatology@tvergma.ru

Резюме. В последнее время при изучении патогенеза кариеса зубов уделяется большое внимание процессам взаимодействия слюны и эмали. Целью данного исследования явилось изучение энергетического взаимодействия слюны с поверхностью эмали у кариесрезистентных (КР) и кариесподверженных (КП) лиц, установление связи изучаемых явлений с физико-химическим составом слюны.

Установлено, что у КП лиц pH ниже, чем у КР лиц, вязкость слюны выше у КП лиц, чем у КР лиц. Концентрация кальция и фосфора выше у КП лиц по сравнению с КР лицами. При изучении угла смачивания и работы адгезии можно отметить статистически значимо большую величину этих показателей у КП лиц.

Следовательно, у кариесподверженных лиц смачиваемость эмали зубов слюной менее выражена, поэтому поверхность и время контакта слюны с эмалью уменьшается, что снижает уровень диффузии ионов из слюны в эмаль. При этом в большей степени оказывают влияние на взаимодействие слюны и эмали такие факторы, как pH слюны и концентрация ионов кальция.

Ключевые слова: система «эмаль – слюна», энергетическое взаимодействие, работа адгезии, поверхностное натяжение, угол смачивания.

Energy interaction in the system enamel-saliva and its connection with composition and properties of oral fluid (Leontyev V.K., Pitaeva A.N., Skripkina G.I., Adkina G.V.)

Summary. Great attention has recently been paid to the processes of interaction between saliva and enamel while studying pathogenesis of dental caries.

The aim of the study was to study energy interaction between saliva and surface of enamel in cariesresistant people and in those vulnerable to caries, to establish connection of the phenomena being studied with physico-chemical composition of saliva.

It's established that pH is lower in people vulnerable to caries, than in cariesresistant people, viscosity of saliva is higher in people vulnerable to caries, than in cariesresistant people. Concentration of calcium and phosphorus is higher in people vulnerable to caries compared to cariesresistant people. While studying the angle of contact and work of adhesion, one can notice a higher rate of these indexes in people vulnerable to caries.

Therefore, in people vulnerable to caries moistening of dental enamel with saliva is less evident, so the surface and the duration of saliva contact with enamel decreases. It lowers the level of diffusion of ions from saliva into enamel. Such factors as pH of saliva and concentration of calcium ions influence greatly the interaction between saliva and enamel.

Key words: system «enamel – saliva», energy interaction, work of adhesion, superficial tension, angle of contact.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последнее время при изучении патогенеза кариеса зубов уделяется большое внимание процессам взаимодействия слюны и эмали [5, 6]. Имеются многочисленные исследования биохимического состава слюны, ее физико-химических свойств [2, 6, 7]. Однако работ, посвященных изучению свойств слюны с учетом поверхностно-энергетических взаимодействий в системе «эмаль – слюна», практически нет. Так как система «эмаль – слюна» гетерогенная, обменные процессы происходят на поверхности раздела фаз. Взаимодействие твердого тела (эмаль) с жидкостью (слюна) на границе раздела определяется свободной энергией на межфазных границах. Это взаимодействие можно выразить через работу адгезии. Адгезия играет большую роль в процессах проникновения растворов в пористые тела, в процессах обмена [3].

Целью данного исследования явилось изучение энергетического взаимодействия слюны с поверхностью эмали у кариесрезистентных (КР) и кариесподверженных (КП)

■Таблица 1. Физико-химические показатели смешанной слюны у КР и КП лиц (M ± m)

Обследуемые группы	pH	Вязкость спз	Поверхностное натяжение, мН/м	Концентрация белка, г/л	Концентрация общего кальция, г/л	Концентрация неорганического фосфора, г/л
КР M ± m	7,31±0,04	0,79±0,02	64,20±1,5	1,28±0,17	0,029±0,003	0,106±0,01
КП M ± m	7,15±0,03	0,92±0,03	62,51±1,27	1,65±0,10	0,058±0,029	0,161±0,02
t	3,2	3,6	0,09	1,8	4,1	2,75
p**	<0,01	<0,01	>0,01	>0,05	<0,01	<0,05

Примечание: p** — рассчитано по отношению к кариесрезистентным лицам (КР)

■Таблица 2. Показатели угла смачивания и работы адгезии у КР и КП лиц (M ± m)

Обследуемые группы	Эмалевые пластинки							
	№1		№2		№3		№4	
	Θ	A	Θ	A	Θ	A	Θ	A
КР M ± m	14,6±0,5	2,07±0,14	16,09±0,47	2,52±0,18	14,62±0,42	2,20±0,13	14,94±0,53	2,22±0,14
КП M ± m	19,96±0,55	3,77±0,17	20,46±0,81	3,97±0,43	20,96±1,1	4,15±0,7	18,34±0,61	3,20±0,21
t	7,65	7,7	4,65	3,2	4,51	2,7	4,2	3,9
p**	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: p** — рассчитано по отношению к кариесрезистентным лицам (КР)

лиц, установление связи изучаемых явлений с физико-химическим составом слюны.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом исследования служила смешанная слюна кариесрезистентных, практически здоровых лиц в возрасте от 19 до 25 лет (13 человек). Индекс КПУ в группе кариесподверженных лиц составил в среднем 5,2. В состав исследуемых не включались лица с заболеваниями слизистой оболочки, пародонта, с обильными зубными отложениями, с осложнениями кариеса зубов.

Смешанную слюну собирали без стимуляции, однократно, утром натощак, до чистки зубов, в количестве 10-15 мл.

После центрифугирования в надосадочной жидкости определяли pH, кальций, фосфор по методике [4], общий белок [4], вязкость, поверхностное натяжение по методике Ребиндера [9] и угол смачивания [9].

Для определения угла смачивания использовали эмалевые пластинки, изготовленные из верхних центральных резцов (практически здоровых лиц в возрасте 20-21 год), удаленных по медицинским показаниям.

Работу адгезии рассчитывали по формуле:

$$A_{\text{тв. тело-жидк.}} = G_{\text{ж-г}} (1 - \cos \Theta)$$

A — работа адгезии;
G_{ж-г} — поверхностное натяжение жидкости (слюны) на границе «жидкость – газ»;
Θ — угол смачивания твердого тела.

Полученные результаты исследования подвергнуты статистической обработке методом вариационной статистики; связь изучаемых параметров устанавливали с помощью ранговой корреляции [10]. Результаты исследования физико-химических показателей смешанной слюны у КР и КП лиц представлены в табл. 1.

Согласно данным табл. 1, у КП лиц pH ниже, чем у КР лиц, вязкость слюны выше у КП лиц, чем у КР лиц. Концентрация кальция и фосфора выше у КП лиц по сравнению с КР лицами. Статистически значимых различий в значениях поверхностного натяжения и содержания белка в слюне у КП и КР лиц установлено не было.

Результаты исследования энергетических взаимодействий в системе «эмаль – слюна» представлены в табл. 2.

При изучении угла смачивания и работы адгезии можно отметить статистически значимую большую величину этих показателей у КП лиц на всех эмалевых пластинках. Статистически значимых различий между данными по углу смачивания и работы адгезии между эмалевыми пластинками установлено не было.

Далее нами была сделана попытка проанализировать взаимосвязь физико-химических параметров ротовой жидкости с работой адгезии в обеих группах исследуемых лиц. Используя методику ранговой корреляции Спирмена, установлено следующее: у КП лиц наблюдается прямая связь (от слабой до средней) работы адгезии с концентрацией кальция в слюне (p = 0,3-0,5); обратная связь (от средней до высокой) с pH слюны (p = -0,3-(-0,9)). У КР лиц мы отметили колебания связи работы адгезии с концентрацией кальция и pH то в сторону слабых отрицательных значений, то в сторону слабых положительных значений коэффициента корреляции. Что касается связи работы адгезии с другими показателями слюны, то как у КР лиц, так и у КП лиц она колеблется как в сторону слабых отрицательных (обратных), так в сторону положительных (прямых) значений коэффициента корреляции.

Полученные результаты исследования позволяют сделать следующий вывод. У кариесподверженных лиц смачиваемость эмали зубов слюной менее выражена, а следовательно, поверхность и время контакта слюны с эмалью уменьшается, что снижает уровень диффузии ионов из слюны в эмаль. При этом в большей степени оказывают влияние на взаимодействие слюны и эмали такие факторы, как pH слюны и концентрация ионов кальция.

Увеличение работы адгезии сказывается на уровне минерализации и реминерализации эмали, что и наблюдается при возникновении и развитии кариеса зубов. Полученные данные позволяют выделить новую факторную линию в патогенезе кариеса зубов, дают возможность глубже понять механизм взаимодействия в системе «эмаль – слюна» и целенаправленно воздействовать на обменные процессы при выборе профилактических средств.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Айвазов Б.В. Практикум по химии поверхностных явлений и адсорбций. - Москва, 1973.
2. Денисов А.Б. Слюна и слюнные железы. - Москва: Издательство РАМН, 2006. - 272 с.
3. Зимон А.Д. Адгезия жидкости и смачивание. - Москва, 1974.
4. Леонтьев В.К., Петрович Ю.А. Биохимические методы исследования в клинической и экспериментальной стоматологии. - Омск, 1976.
5. Леонтьев В.К., Сунцов В.Г. Изучение слюны в стоматологии (методические рекомендации). - Омск, 1974.
6. Леонтьев В.К., Сунцов В.Г. О комплексном изучении состава слюны. - Пермь, 1972. - 114 с.
7. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., Воронин В.Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии. - Москва: Медицинская книга, 2007. - 279 с.
8. Лошкова Н.П., Северин С.Е. Практикум по биохимии. - Москва, 1979. - 90-91 с.
9. Питаева А.Н., Коршунов А.П., Сунцов В.Г., Дистель В.А., Вагнер В.Д., Пузикова О.Ю. Физико-химические методы исследования смешанной слюны в клинической и экспериментальной стоматологии. - Омск, 2001.
10. Stanton A. Primer of biostatistics / A.Stanton, Ph.D.Glantz. - 4th ed. - Philadelphia-London-Toronto: McGRAW-HILL, Health Professions Division, 1994. - 459 p.



РАЗДЕЛЬНЫЙ ЭРГОНОМИЧНЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТУЛ-СЕДЛО SALLI

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТУЛ-СЕДЛО, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ СОХРАНЯТЬ БЕЗОПАСНУЮ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ПОЗУ

Раздельный стоматологический стул-седло Salli — стул, позволяющий улучшить осанку и поддерживать комфортную, правильную и безопасную для здоровья позу; идеальное решение для стоматологических кабинетов.

По сравнению с обычными стульями, раздельный стул-седло Salli помогает улучшить состояние как мужского, так и женского здоровья благодаря тому, что при сидении на таком стуле устраняется нежелательное давление на большинство важных органов женского и мужского организмов. Благодаря широкому модельному ряду, большому ассортименту аксессуаров, различному цветовому исполнению, использованию разных материалов, стул-седло Salli разработан именно для Вас.

ПРЕИМУЩЕСТВА

Позвоночник находится в вертикальном положении с естественными изгибами, создается здоровая поза сидящего

Вес тела удерживается на сиделичных буграх, задавая тем самым вертикальное положение основанию позвоночника. Здоровая поза сидящего облегчает нагрузку на позвоночник, за счет чего расслабляются мышцы в области шеи, спины и плечевого пояса.

Улучшение кровообращения и здоровые суставы

Между бедрами и телом образуется угол в 135°, за счет чего улучшается кровообращение. Международные исследования показали, что повышение притока крови к тазобедренным и коленным суставам улучшает общую циркуляцию, уменьшает отечность ног, при этом проходят головные боли.

Улучшение общего состояния здоровья за счет поддержания правильной осанки

Стуль-седла позволяют сохранить осанку, за счет чего улучшается общее состояние организма: человек чувствует себя бодрее и собраннее. При правильной осанке расправляется грудная клетка, что способствует свободному дыханию, снижению давления на внутренние органы между бедрами и верхней частью тела.

Активизация и укрепление поструральной системы организма в течение всего дня

Сидение и передвижение на стуле-седле задействуют ключевые мышцы организма, что улучшает общее состояние здоровья.

Стул-седло способствует постепенному укреплению мышц спины, живота, ягодиц и мышц ног, создает правильную осанку, восстанавливая правильный баланс задних отделов позвоночного столба, обеспечивая при этом стабильность.

Улучшение здоровья, не вставая с рабочего места

Правильная осанка прямо на рабочем месте. За счет того что ноги широко расставлены, повышается устойчивость и обеспечивается безопасность при сидении в вертикальном положении и при движении вперед, что очень важно в работе стоматолога.

Улучшение здоровья суставов и мышц

Снижается нагрузка на тазобедренные и коленные суставы, повышается их подвижность.

Небольшая растяжка, которая возможна только на стуле-седле, способствует значительному уменьшению боли при наличии артрозо-артрита в тазобедренном суставе, при этом повышается эластичность суставов.

ПОЧЕМУ ИМЕННО РАЗДЕЛЬНЫЙ СТУЛ-СЕДЛО?

Мужское здоровье

Сидя на обычном стуле или односекционном стуле-седле, мужчины, как правило, отодвигают бедра чуть назад, чтобы снизить сильное давление на паховую область. Раздельный стул-седло позволяет сидеть в положении с чуть наклоненными вперед бедрами, за счет чего создается естественный изгиб нижней части позвоночного столба, снимается давление с паховой области.

Обычные стулья могут способствовать повышению температуры репродуктивных органов с оптимальных 33°C (около 91°F) до 39°C (около 99°F), что может негативно отразиться на репродуктивной функции в целом. Раздельный стул-седло позволяет снизить температуру репродуктивных органов на 4°C, постепенно снижая риск угнетения репродуктивной функции.

Было доказано, что у велосипедистов чрезмерное давление на ткани паховой области может вызывать импотенцию и рак яичек. Аналогичные последствия наблюдаются у мужчин, использующих односекционные стулья-седла, которые могут оказывать давление на нижние части мужского полового органа (в том числе половой нерв, артерии и вены). Двухсекционный стул-седло Salli исключает давление на эти ткани: он задействует только сиделичные бугры, обеспечивая равномерное распределение веса тела сидящего.

Женское здоровье

Сидение на стуле-седле Salli Swing способствует активации, тренировке и укреплению мышц тазового дна, за счет чего снимается ряд проблем, которые связаны с давлением на эту область.

Сидение на односекционном стуле-седле или при неправильной регулировке ширины раздельного стула-седла способствует повышению давления в зоне расположения лобковой кости, может пережимать нервы и кровеносные сосуды половых органов, что в свою очередь приводит к снижению циркуляции крови и может представлять опасность для женского здоровья.

При сидении на обычном стуле повышается давление на мочевой пузырь, яичники, матку, влагалище и прямую кишку, что само по себе уже вредно для этих органов. Двухсекционный стул-седло Salli предотвращает давление на органы малого таза, позволяя тем самым избежать возникновения распространенных заболеваний этих органов.



SALLI
SIT HAPPY

Официальный дистрибьютор стульев-сидл SALLI в России



HEXAGON INTERNATIONAL (GB) LTD

www.hexagonlimited.ru; info@hexagonlimited.ru
тел.: (495) 646-75-21, 961-20-51

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

В.В.Лобейко

• к.м.н., старший научный сотрудник, Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, главный врач ООО «МедСтом»
Адрес: 197110, СПб., пр. Динамо, д. 3
Тел.: 8 (911) 280-66-64
E-mail: mdgrey@bk.ru

А.К.Иорданишвили

• д.м.н., профессор, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, ВМА им. С.М.Кирова
Адрес: 194044, СПб., ул. Лебедева, д. 6
Тел.: 8 (812) 995-00-03

М.И.Батманов

• челюстно-лицевой хирург, ЛОГУЗ, детская клиническая больница, ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»
Адрес: 195009, СПб., ул. Комсомола, д. 6
Тел.: 8 (812) 542-65-87
E-mail: Rex-max@mail.ru

М.А.Морозов

• врач-стоматолог, ООО «ДЕКО»
Адрес: 188661, СПб., ул. Шоссе в Лаврики, 34
Тел.: 8 (812) 491-16-57
E-mail: Morozoff22@mail.ru

Резюме. В ходе клинического исследования проанализировано 13563 истории болезни людей разных возрастных групп, которые проходили стационарное обследование и (или) лечение за двадцать лет в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. По возрасту пациенты распределялись следующим образом (табл.1): людей молодого возраста было 4273 (2847 мужчин и 1426 женщин) человека, среднего возраста — 4541 чел. (2566 мужчин и 1975 женщин), пожилого возраста — 3786 чел. (1862 мужчины и 1924 женщины) и старческого возраста — 963 чел. (568 мужчин и 395 женщин). При изучении первичной медицинской документации оценивали причины обращаемости взрослых больных различных возрастных групп по поводу патологии слюнных желез (СЖ), проводили анализ частоты распространенности новообразований слюнных желез и их характеристик. В ходе исследования установлено, что опухоли слюнных желез у взрослых людей разных возрастных групп встречаются нередко, а именно в 0,72% случаев. Наиболее часто (в 1,5%) случаев новообразования СЖ встречаются у людей среднего возраста. Показано, что с возрастом в структуре новообразований СЖ растет доля злокачественных новообразований.

Ключевые слова: слюнные железы, новообразования слюнных желез, доброкачественные опухоли, злокачественные опухоли, геронто-стоматология, возрастная патология слюнных желез, возрастные особенности, возрастная патология.

Tumours Of Salivary Glands At Adults Of Different Age Groups (V.V.Lobejko, A.K.Iordanishvili, M.A.Morozov).

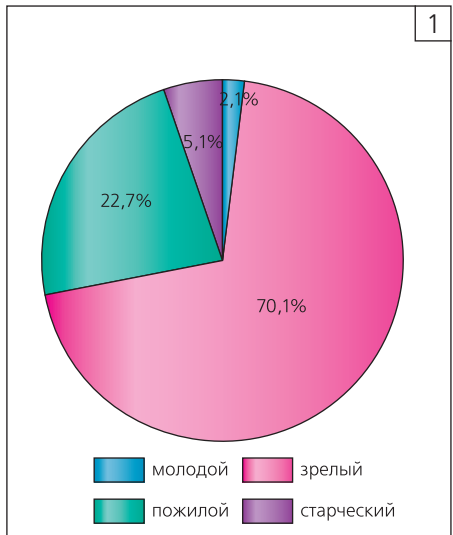
Summary. During clinical trial 13563 clinical records of people of different age groups which passed treatment in maxillo-facial surgery and stomatology clinic in twenty years are analysed. When studying primary medical documentation estimated the reasons of negotiability of adult sick various age groups concerning pathology of salivary glands. It carried out the analysis of frequency of prevalence of tumours of salivary glands and their characteristics. During research it was established that tumors of salivary glands at adults of different age groups, meet in 0,72% of cases. Most often tumors of salivary glands are defined at people of middle age (in 1.5% of cases). It is shown that the quantity of malignant tumors grows among elderly people.

Key words: salivary glands, tumours of salivary glands, benign tumors, malignant tumors, gerontostomatology, age pathology of salivary glands, age features, age pathology.

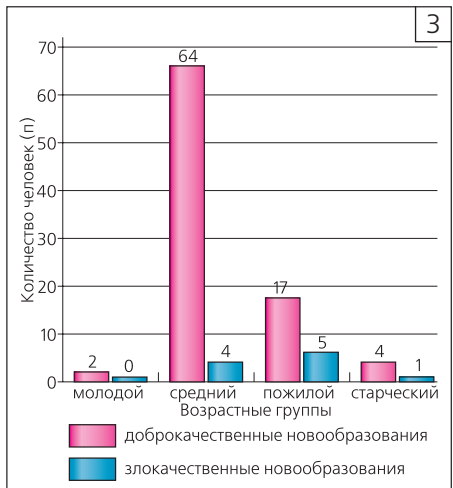
Опухоли слюнных желез (СЖ) составляют 0,5-5% всех новообразований человека [3-5,8]. Они имеют самую разнообразную гистологическую структуру, анатомическую локализацию и клиническое течение, что обуславливает значительные трудности в диагностике и лечении [4, 6, 7]. Общеизвестно, что опухоли больших слюнных желез чаще бывают доброкачественными [1-5, 8]. Характерной особенностью малых слюнных желез, по мнению ряда авторов, является частое поражение их злокачественными опухолями, а именно

в 31,4 — 88% случаев [4-5, 8]. Главная задача при лечении новообразований СЖ, в том числе и злокачественных, состоит в радикальном их удалении путем хирургического, лучевого и лекарственного воздействия. В случае реализации этой задачи можно говорить о радикальном лечении. В то же время, к сожалению, в силу многих причин это далеко не всегда возможно, главным образом — из-за несвоевременного обращения больных в лечебные учреждения, а также поздней диагностики новообразований СЖ, что требует необходимости выполнения паллиативного или симптоматического лечения. В целях онкологической настороженности важно знать данные о встречаемости доброкачественных и злокачественных новообразований СЖ у людей разных возрастных групп [6, 7]. Несмотря на наличие в специальной литературе сведений о распространенности новообразований слюнных желез [4-5, 8], отсутствуют данные об особенностях их распространенности среди людей разных возрастных групп.

Цель настоящего исследования состояла в оценке заболеваемости новообразованиями слюнных желез взрослых людей разных возрастных групп.



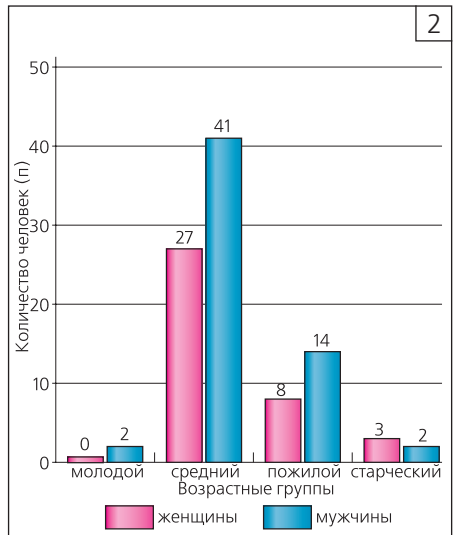
■Рис. 1. Распределение больных с новообразованиями слюнных желез по возрастным группам



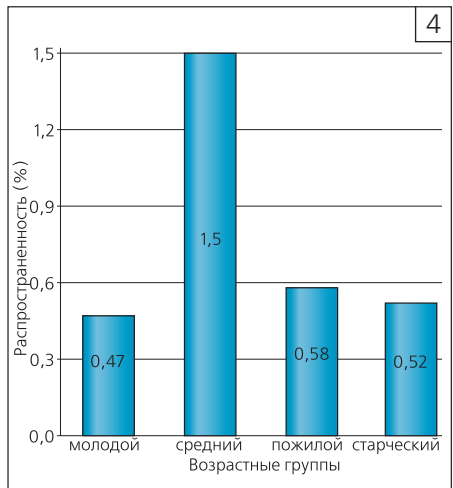
■Рис. 3. Встречаемость доброкачественных и злокачественных новообразований слюнных желез в разных возрастных группах, n (чел.)

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В ходе проведения клинического исследования было проанализировано 13563 истории болезни людей разных возрастных групп, которые проходили стационарное обследование и (или) лечение за двадцать лет в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ФГКУ «442 военный клинический госпиталь» МО РФ. По возрасту пациенты распределялись следующим образом (табл. 1): людей молодого возраста было 4273 (2847 мужчин и 1426 женщин) человека, среднего возраста — 4541 чел. (2566 мужчин и 1975 женщин), пожилого возраста — 3786 чел. (1862 мужчины и 1924 женщины) и старческого возраста — 963 чел. (568 мужчин и 395 женщин). При изучении первичной медицинской документации оценивали причины обращаемости взрослых больных различных возрастных групп в отделение челюстно-лицевой хирургии и стоматологии многопрофильного стационара по поводу патологии слюнных желез, изучали структуру заболеваний слюнных желез у людей разных возрастных групп, а также проводили анализ частоты распространённости новообразований слюнных желез и их характеристики.



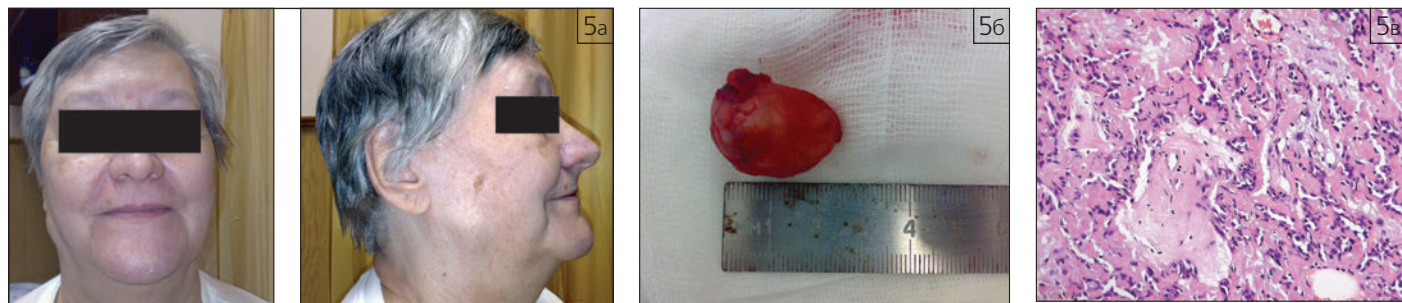
■Рис. 2. Заболеваемость новообразованиями слюнных желез в разных возрастных группах с учетом гендерных особенностей, n (чел.)



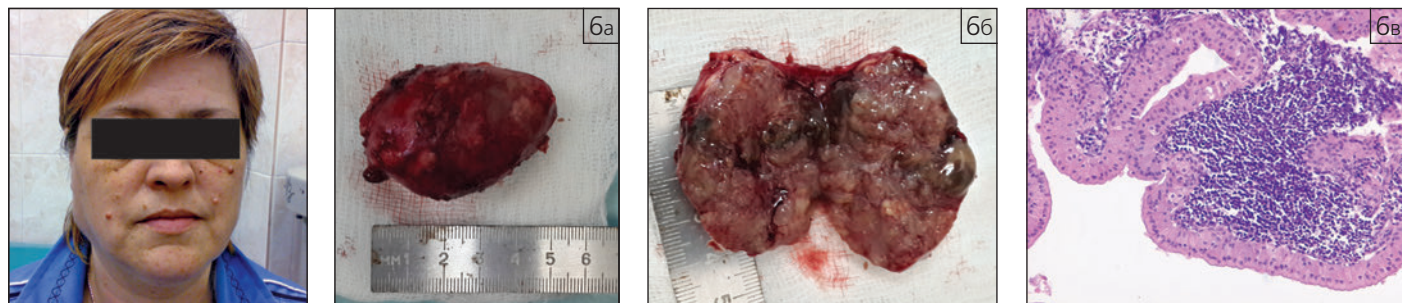
■Рис. 4. Распространенность новообразований слюнных желез у людей разных возрастных групп (%)

■Таблица 1. Количество и возраст людей, подвергнутых обследованию, n (чел.)

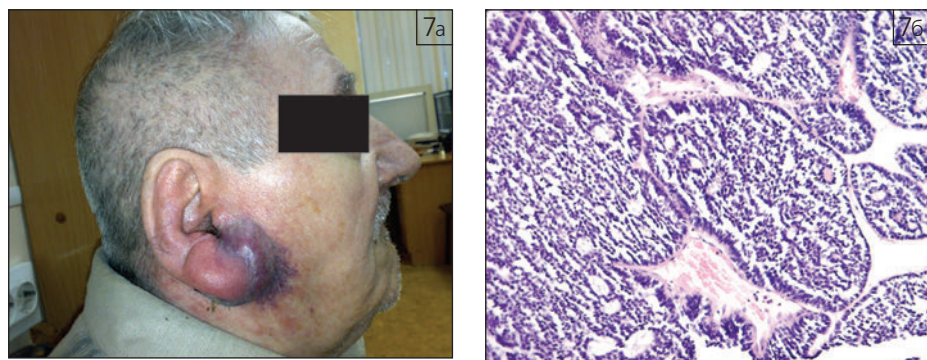
Возраст/пол	Молодой возраст		Средний возраст		Пожилой возраст		Средний возраст		Всего	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
Количество обследованных лиц	2847	1426	2566	1975	1862	1924	568	395	7843	5720
Итого	4273		4541		3786		963		13563	



■Рис. 5. а) Внешний вид больной М., 62 года, страдающей новообразованием правой околоушной железы (плеоморфная аденома); б) вид макропрепарата смешанной опухоли правой околоушной железы; в) гистологическая картина смешанной опухоли правой околоушной железы (окраска гематоксилин-эозин, увеличение x 100)



■Рис. 6. а) Внешний вид больной К., 60 лет, страдающей аденолимфомой околоушных слюнных желез (опухоль Уортина); б) макропрепарат аденолимфомы околоушной железы; в) гистологическая картина (гематоксилин-эозин, увеличение x 100)



■Рис. 7. а) Внешний вид больного В., 85 лет, страдающего злокачественным новообразованием правой околоушной слюнной железы (аденокистозная карцинома); б) гистологическая картина (гематоксилин-эозин, увеличение x 200)

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования было установлено, что по поводу новообразований слюнных желез в стационаре проходили обследование и лечение 97 (0,72%) человек. Распределение больных, страдающих новообразованиями слюнных желез (СЖ), представлено на рис. 1.

В молодом возрасте (рис. 2) опухоли СЖ были выявлены у 2 (0,07%) мужчин и встречались у людей этой возрастной группы в 0,47% случаев.

Наиболее часто новообразования СЖ встречались у людей среднего возраста. Так, в этой возрастной группе новообразования СЖ были диагностированы у 41 (1,6%) мужчины и 27 (1,37%) женщин и встречались у 1,5% больных этой возрастной группы. У людей пожилого и старческого возраста новообразования слюнных желез встречались одинаково часто. Среди людей пожилого возраста новообразования СЖ были диагностированы в 0,58% (22 чел.) случаев [у 14 (0,75%) мужчин и 8 (0,42%) женщин], а среди людей старческого возраста — в 0,52% (5 чел.) случаев [у 2 (0,35%) мужчин и 3 (0,76%) женщин]. Таким образом, распространенность новообразований СЖ у взрослых людей с учетом их возраста составила 0,47-1,5% (рис. 3).

Анализ клинко-морфологического распределения опухолей СЖ показал, что во всех возрастных группах чаще выявлялись доброкачественные новообразования СЖ, однако с возрастом отчетливо выявлялась тенденция к увеличению заболеваемости злокачественными новообразованиями СЖ (рис. 4).

У одного больного (50%) молодого возраста была диагностирована плеоморфная аденома (смешанная опухоль), а у другого (50%) — киста околоушной железы.

Плеоморфные аденомы были диагностированы в среднем возрасте у 49 (72%) человек, в том числе у 28 (41%) мужчин и 20 (29%) женщин (рис. 5). Также часто в среднем возрасте диагностировались

кисты СЖ — в 7,35% случаев [у 3 (4,4%) мужчин и 2 (2,95%) женщин], а также мономорфные аденомы — в 8,8% случаев. Среди мономорфных аденом у 3 (4,4%) мужчин диагностирована оксифильная аденома, а в 3 (4,4%) случаев — аденолимфома [у 1 (1,4%) мужчины и 2 (2,9%) женщины]. Следует отметить, что у одной женщины, страдающей аденолимфомой, поражение СЖ было двусторонним, что говорило о наличии болезни Уортина (рис. 6); это было подтверждено при гистологическом исследовании. Также у людей среднего возраста были диагностированы: нейрофиброма СЖ — у одной (1,5% случаев) женщины, гемангиома СЖ — у одной (1,5% случаев), а также липомы СЖ — у двух (3% случаев) мужчин. Следует подчеркнуть, что у 4 (6% случаев) человек среднего возраста (трех мужчин и одной женщины) диагностированы злокачественные опухоли слюнных желез, а именно аденокистозная карцинома (цилиндромы) у 3 (4,5%) человек, лимфосаркома — у одной (1,5%) женщины (рис. 7).

У людей пожилого возраста в 81,8% случаев диагностирована плеоморфная аденома (у 18 человек: 12 мужчин и 6 женщин). Только у одной женщины (4,5%) этого возраста выявлена киста околоушной железы. Злокачественные опухоли в пожилом возрасте встречались в 13,5% случаев. Среди злокачественных новообразований СЖ в пожилом возрасте выявлены: аденокистозная карцинома [в 13,5% случаев: у 1 (4,5%) мужчины и 1 (4,5%) женщины], а также озлокачествленная (малигнизированная) плеоморфная аденома — у 1 (4,5%) женщины.

В старческом возрасте среди новообразований слюнных желез были диагностированы: плеоморфная аденома в 60,5% случаев [у 2 (40%) мужчин и 1 (20%) женщины], а также киста околоушной железы — у одной (20%) женщины. Также у одной (20%) женщины старческого возраста диагностировано злокачественное новообразование — аденосаркома.

ли. Поэтому представляется необходимым в дооперационном периоде шире использовать методы гистологического исследования, в частности — метод клинической цитологии, который является безопасным, достаточно простым в получении материала и экономичным, а достоверность его, по литературным данным [5], достигает 80-94%.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Жмудь М.В. и соавт. Частота и причины функциональных нарушений слюноотделения у людей разного возраста // Успехи геронтологии. - 2012. - Т. 25, № 3 - С. 531-534.
2. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Поленс А.А. и соавт. Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желез // Пародонтология. - 2012. - № 2 (63). - С. 71-75.
3. Матина В.Н. Заболевания и опухоли слюнных желез / Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой локализации: рук-во для врачей / Под ред. проф. А.К.Иорданишвили. - СПб.: СпецЛит, 2007. - С. 202-246.
4. Паникаровский В.В. Новообразования слюнных желез: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1963. - 36 с.
5. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1983. - С. 202-235.
6. Рыжак Г.А., Иорданишвили А.К., Самсонов В.В. и соавт. Заболевания жевательного аппарата в пожилом и старческом возрасте // Российский семейный врач. - 2011. - Том 15, № 4. - С. 70-71.
7. Самсонов В.В., Иорданишвили А.К., Солдатов Л.Н. и соавт. Актуальные вопросы геронтостоматологии в России на современном этапе // Успехи геронтологии. - 2013. - Т. 26, № 3. - С. 540-543.
8. Spiro R.N., Koss U.G., Hajdu S.I. Cancer of Head and Neck. - New York, 1973. - P. 400-412.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обобщая представленные данные, следует отметить, что опухоли слюнных желез у взрослых людей разных возрастных групп встречаются нередко, а именно в 0,72% случаев. При этом установлено, что наиболее часто (в 1,5% случаев) новообразования СЖ встречаются у людей среднего возраста. В то же время необходимо подчеркнуть, что с возрастом в структуре новообразований СЖ растет доля злокачественных новообразований. Учитывая сложность дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований СЖ на начальном этапе их развития, для правильной тактики лечения необходимо четкое представление о гистологической структуре опухо-

стоматология

МАКСИМЕД

клиника-студия

Наша лаборатория —
залог Вашей успешной практики!

**Зуботехническая
лаборатория**

**ГАРАНТИЯ
НА ВЫПОЛНЕННЫЕ
РАБОТЫ —
2 ГОДА**

металлокерамика
на основе титана,
никелевых, кобальтовых
и других сплавов

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

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

ВАКАНСИИ

Приглашаются специалисты — зубные техники:

- съемное протезирование
- металл, металлокерамика — CAD/CAM-технологии
- протезирование на диоксиде циркония — CAD/CAM-технологии

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

тел.: +7(812) 702-77-79
+7(812) 716-97-27
факс: +7(812) 579-56-21
www.maximed.ru

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ РАЗМЕРОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ И АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Е.В.Кирсанова

• к.м.н., доцент кафедры стоматологии общей практики, СЗГМУ им. И.И.Мечникова
Адрес: 193015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41
Тел.: 8 (812) 303-50-00
E-mail: medvedeva2004@list.ru

Е.Ю.Медведева

• ассистент кафедры стоматологии общей практики, СЗГМУ им. И.И.Мечникова
Адрес: 193015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41
Тел.: (812) 303-50-00
E-mail: medvedeva2004@list.ru

Д.И.Акимова

• клинический ординатор кафедры стоматологии общей практики, СЗГМУ им. И.И.Мечникова
Адрес: 193015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41
Тел.: 8 (812) 303-50-00
E-mail: medvedeva2004@list.ru

К.И.Ломакина

• клинический ординатор кафедры стоматологии общей практики, СЗГМУ им. И.И.Мечникова
Адрес: 193015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41
Тел.: 8 (812) 303-50-00
E-mail: medvedeva2004@list.ru

Резюме. Данные проведенного исследования показали, что при проведении ортодонтического лечения у пациентов с завершённым скелетным ростом не происходит клинически значимого расширения зубных дуг и апикальных базисов челюстей. При наличии дефицита места в зубной дуге в виде скученности и протрузионного положения зубов, ортодонтическое лечение должно быть запланировано с удалением отдельных зубов для предотвращения отдаленных осложнений со стороны пародонта.

Ключевые слова: ортодонтическое лечение с удалением зубов, зубочелюстная аномалия, инклинация зубов, расширение зубных дуг.

Changes of transverse parameters of jaws during orthodontic treatment of adult patients (E.V.Kirsanova, E.Y.Medvedeva, D.I.Akimova, K.I.Lomakina).

Summary. The data of this survey show that in orthodontic treatment of patients with complete skeletal growth does not occur clinically significant expansion of the dental arches and apical bases jaws. If there is a deficit place in the dental arch, in the form of crowding and protrusive position of the teeth, orthodontic treatment should be planned with the removal of teeth to prevent remote periodontal complications.

Key words: orthodontic treatment with the extraction of teeth, dental anomaly, teeth inclination, expansion of the dental arches.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В клинической ортодонтической практике существуют различные подходы к решению проблемы дефицита места, сопровождающегося тесным положением зубов. Одни авторы (R.P.Jiang, M.K.Fu, 2008; Y.L.Yu et al., 2008; L.A.Maltagliati et al., 2013) полагают, что под воздействием несъемной ортодонтической техники можно получить аппозиционный рост костной ткани в любом возрасте, тем самым расширяя зубные дуги не только за счет изменения наклона зубов, но и путем увеличения размеров апикального базиса. Такой подход не подразумевает решения вопроса дефицита места в зубной дуге путем удаления зубов.

Другие авторы (T.Bartzela, I.Jonas, 2007; H.G.Gurel et al., 2010) считают, что при ортодонтическом лечении пациентов с завершённым скелетным ростом направленная резорбция ортодонтического перемещения, накладываясь на физиологическую резорбцию кости, дает клинически значимую убыль костной ткани, требующую уменьшения количества зубов. Особенно критичной ситуация становится при наличии дегенеративных изменений в пародонте, что нередко встречается у так наз. «взрослых» пациентов, нуждающихся в ортодонтическом лечении, а также при наличии воспалительной резорбции кости в случае ухудшения гигиены полости рта. Вышеперечисленные факторы зачастую диктуют необходимость сокращения длины зубного ряда для восстановления баланса «кость/зубы» во избежание осложнений со стороны пародонта перемещаемых зубов, рецидива аномалии вследствие вторичной деформации зубного ряда.

В исследовании L.A.Maltagliati, Y.I.Miyahira, L.Fattori (2013) описано лечение 29 пациентов,

которые были пролечены на несъемной самолигирующей аппаратуре без удаления зубов, дисфункции моляров и сепарации. По результатам данного исследования расширение зубной дуги на верхней челюсти в области моляров составило в среднем 2,5 мм, на нижней челюсти — 2,3 мм. В области первых премоляров верхней челюсти было достигнуто расширение на 3,0 мм, на нижней челюсти — 2,95 мм.

В исследовании Y.L.Yu, F.F.Gong (2008) также изучался объем расширения зубных дуг как при использовании самолигирующей несъемной аппаратуры, так и при использовании аппарата Дерихсвайлера. При лечении с помощью брекет-системы получено изменение ширины зубной дуги на 3,1 мм на верхней челюсти в области моляров, при лечении на аппарате Дерихсвайлера расширение составило 5,3 мм. При этом расширение апикального базиса на верхней челюсти наблюдалось при использовании аппарата Дерихсвайлера (2,1 мм), тогда как при лечении на несъемной технике изменения ширины апикального базиса были минимальны (0,6 мм).

Исследования R.P.Jiang, M.K.Fu (2008); P.S.Fleming, A.T.DiBiase (2009) подтверждают увеличение ширины зубных дуг в области премоляров и моляров в процессе лечения на несъемной самолигирующей технике, однако среди полученных результатов, в том числе, фигурирует значительное увеличение наклона резцов на верхней и нижней челюстях.

Все больше внимания уделяется оценке долгосрочной стабильности результатов ортодонтического лечения, в частности — трансверсальных параметров зубных дуг и апикального базиса, в связи с большим количеством отдаленных осложнений ортодонтического лечения. T.Bartzela, I.Jonas (2007) на протяжении 8 лет проводили клинические наблюдения стабильности результата лечения двусторонней перекрестной окклюзии в позднем сменном прикусе с применением и без применения

результаты показывают, что в среднем было достигнуто расширение зубной дуги в области премоляров — 4,6±2,6 мм, в области моляров — 4,3±2,5 мм, а процент рецидива по ширине зубной дуги в постретенционном периоде составил 19% в области премоляров, 17% — в области моляров.

При рассмотрении пародонтальных осложнений ортодонтического лечения, наиболее клинически значимым является рецессия десны. В литературе встречаются противоречивые результаты, касающиеся статистической оценки возникновения рецессии десны и ее корреляции с объемом расширения зубных дуг и изменением инклинации зубов. Одни авторы (Scott et al., 2008) отмечают, что чрезмерное расширение зубных дуг влечет за собой увеличение инклинации передней группы зубов, что в свою очередь (Yared et al., 2006) является предпосылкой для возникновения рецессии десны. Другие исследователи (A.M.Renkema, P.S.Fudalej, 2012) не выявляют корреляции между изменением наклона нижних резцов и развитием рецессии в постретенционном периоде, однако отмечают, что частота возникновения рецессии значительно выше у пациентов, проходивших ортодонтическое лечение, чем у пациентов, которые вообще не лечились ортодонтически. Большинство авторов (the Angle Society of Europe 2013 Meeting) признают, что факторами риска, значительно повышающими частоту возникновения рецессии десны, являются: неконтролируемое расширение зубных дуг при наличии значительного дефицита места и лечении без удаления, применение быстрого небного расширения у взрослых пациентов, значительное изменение формы зубной дуги в процессе ортодонтического лечения, чрезмерное изменение инклинации зубов, травматическая окклюзия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить степень изменения ширины и длины зубных дуг, а также размеров апикальных базисов челюстей у взрослых пациентов при лечении с помощью несъемной ортодонтической техники.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 40 пациентов, находящихся на заключительном этапе ортодонтического лечения или окончивших лечение не более года назад. Все пациенты были пролечены с использованием несъемной ортодонтической техники. Из исследования были исключены пациенты, прошедшие хирургическую коррекцию зубочелюстной аномалии. В исследуемую группу были включены пациенты в возрасте от 16 лет. Учитываемые параметры: ширина апикального базиса [ШАБ (мм), ШАБ (%)], ширина зубной дуги в области премоляров [ШЗД 4-4 (мм)], ширина зубной дуги в области моляров [ШЗД 6-6 (мм)] на верхней и нижней челюстях. Расчет производился до начала ортодонтического лечения и на этапе и/или по окончании лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По окончании ортодонтического лечения в области премоляров на верхней челюсти было получено расширение в объеме 2,8 мм, в области моляров — 0,6 мм. На нижней челюсти изменение ширины зубного ряда в области премоляров составило 1,9 мм, в области моляров — 0,2 мм (рис. 1).

Изменение ШАБ составило в среднем 1 мм на верхней и нижней челюстях, изменение ШАБ (%) на верхней челюсти — 1%, на нижней челюсти — 2% (рис. 2).

По окончании ортодонтического лечения пациентов с завершённым скелетным ростом было получено значительное расширение зубной дуги в области премоляров на верхней и нижней челюстях, в области моляров расширение произошло в пределах 1 мм. Расширение апикального базиса составило около 1 мм на обеих челюстях, что является статистически незначимым показателем. Полученные результаты свидетельствуют о том, что расширение зубных рядов было в большей степени обусловлено наклоном зубов и изменением формы и длины зубной дуги, чем оппозиционным ростом костной ткани альвеолярных отростков челюстей.

ВЫВОДЫ

Перерасширение зубной дуги, а также значительное изменение генетически детерминированной формы зубной дуги являются нестабильными результатами ортодонтического лечения, что приводит к непосредственным и отдаленным осложнениям в виде рецессии десны и рецидива зубочелюстной аномалии соответственно.

Все эти факторы свидетельствуют в пользу выбора лечения с удалением отдельных зубов, чем лечения с «расширением» зубных дуг у пациентов с завершённым скелетным ростом и скученным положением зубов.

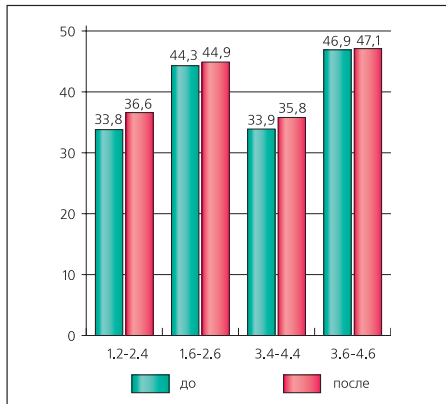


Рис. 1. Динамика изменения ширины зубных рядов у взрослых пациентов в процессе ортодонтического лечения

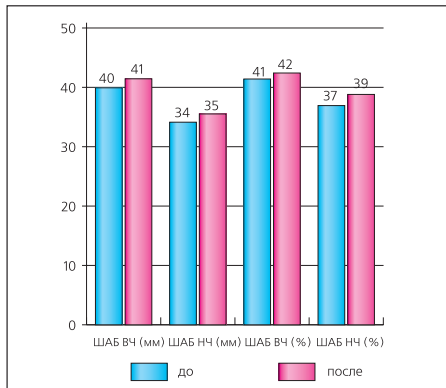


Рис. 2. Динамика изменения ширины апикального базиса у взрослых пациентов в процессе ортодонтического лечения

быстрого небного расширения. На завершающих этапах лечения в обеих группах была достигнута «идеальная» индивидуальная ширина зубных дуг, рассчитанная по индексу Пола для каждого пациента. По результатам исследования в среднем было получено увеличение ширины зубных дуг на верхней и нижней челюстях в объеме 3,1±2,3 мм. Процент рецидива по изменению ширины зубных дуг на верхней и нижней челюстях в обеих группах составил около 21%, значительных различий между группами не наблюдалось.

В исследовании H.G.Gurela; B.Memilib (2010) описывается лечение 41 пациента (возрастом от 12 до 24 лет) с применением несъемной самолигирующей ортодонтической аппаратуры. Полученные

«Институт Стоматологии.
Газета для профессионалов»
№2(39), апрель 2014 года

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

д.м.н., проф. **Иванова Г.Г.**
главный редактор (С.-Петербург)

д.м.н. **Мчедлидзе Т.Ш.**
зам. главного редактора (С.-Петербург)

д.м.н., проф. **Фадеев Р.А.**
зам. главного редактора (С.-Петербург)

Аврамова О.Г.
д.м.н.

Арсенина О.И.
д.м.н., профессор

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

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

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

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

Григорьянц Л.А.
д.м.н., профессор

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

Данилов Е.О.
к.м.н., доцент

Иорданишвили А.К.
д.м.н., профессор

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

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

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

Макеева И.М.
д.м.н., профессор

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

Малый А.Ю.
д.м.н., профессор

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

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

Мороз Б.Т.
д.м.н., профессор

Морозова Н.В.
д.м.н., профессор

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

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

Рабинович И.М.
д.м.н., профессор

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

Ряховский А.Н.
д.м.н., профессор

Семенов М.Г.
д.м.н., профессор

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

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

Хацкевич Г.А.
д.м.н., профессор

Царев В.Н.
д.м.н., профессор

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

Чибисова М.А.
д.м.н., профессор

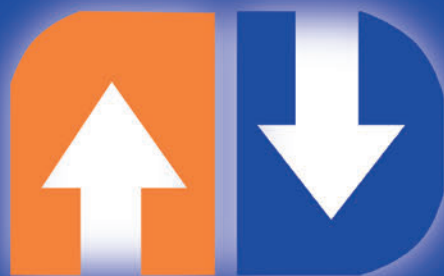
УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «МЕДИ издательство»

Адрес редакции

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

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

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



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

Deflex®

The denture of contact



МИКРОИНЖЕКЦИОННАЯ МАШИНА Deflex

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



Полиамид Deflex

Это безмономерный термопластичный полимер повышенной прочности

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

Упаковка

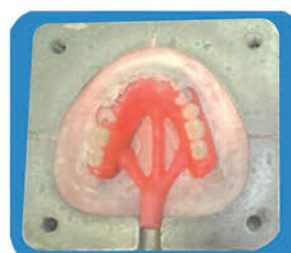
Инжекционный материал представлен в алюминиевых картриджах, которые герметично упакованы, готовы к инъекции, защищены от атмосферной влаги



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

Преимущества для зуботехнических лабораторий

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



ASTRODENT

e.max[®] IPS

КЛИНИЧЕСКИ ПРОВЕРЕННОЕ РЕШЕНИЕ ДЛЯ ВСЕХ ВАШИХ CAD/CAM ЗАДАЧ



IPS e.max CAD

ПЕРЕДОВАЯ CAD/CAM ДИСИЛИКАТЛИТИЕВАЯ КЕРАМИКА

- Монолитные единичные реставрации;
NEW: также мостовидные протезы из 3 единиц
- **NEW:** рациональные в применении гибридные абатменты и гибридные абатменты-коронки
- Высокопрочные облицовочные конструкции;
NEW: также для мостовидных протезов большой протяженности (CAD-on)
- Изготовление своими силами или через сеть авторизованных партнерских фрезерных центров
- Клинически протестированная фиксация на Multilink Automix

all ceramic
all you need

ООО "Ивоклар Вивадент"

Россия | 115432, Москва | проспект Андропова, 18, корп. 6, офис 10-06

Тел.: +7 (499) 418-03-01

Факс: +7 (499) 418-03-10

E-mail: info.ru@ivoclarvivadent.com

Следите за информацией об обучении на нашем сайте www.ivoclarvivadent.ru

ivoclar
vivadent[®]
passion vision innovation