

Это не означает, что начала процесса реформирования надо ждать «сверху». Но, проводя реформирование зуботехнических производств опережающими темпами, надо его согласовывать с общими темпами перестройки в учреждении и в целом в стоматологической службе.

Так называемый «революционный» путь проведения реформ, как в самих зуботехнических производствах, так и в самостоятельных учреждениях и в стоматологической службе считаем неприемлемым. Подобный путь может привести к кадровым потерям, конфликтам в коллективах и, в конечном итоге, к снижению конкурентоспособности учреждений на рынке стоматологических услуг.

Первые шаги следует начинать с детального изучения и анализа деятельности зуботехнического производства, его взаимоотношений со структурами, которые являются заказчиками работ, производственных отношений внутри зуботехнических отделений, отношений с другими службами инфраструктуры учреждений, с анализа экономических показателей, документооборота, имеющихся ресурсов и пр.

Далее необходимо определить так называемые «тонкие места» в зуботехническом производстве, которые в уже сложившихся отношениях существенно тормозят работу подразделения.

Следует также сказать, что прежде чем предпринимать конкретные шаги на пути реформирования зуботехнического производства следует детализировать цели и задачи в долгосрочной и краткосрочной перспективах.

Нам понятно, что многое из вышеприведенного не является особым откровением. Более того, это общепризнанные и понятные положения. Но проблема состоит в их реализации на практике, когда действующие зуботехнические производства государственных поликлиник должны перестраивать свою работу «на ходу», без прекращения работы.

На наш взгляд, существует два основных положения, без реализации которых реформирование зуботехнических подразделений обречено на неудачу. Это желание и активное участие в процессах реформирования руководства подразделения и учреждения, а также привлечение всех сотрудников зуботехнического подразделения к этим процессам.



УДК 616.31:61-022

*А. П. Левицкий, д. биол. н., О. В. Деньга, д. мед. н., И. А. Селиванская, к. тех. н.,
О. А. Макаренко, к. биол. н., С. В. Гончарук, к. мед. н., С. А. Демьяненко, к. мед. н.,
В. В. Лепский, к. мед. н., К. В. Скидан, к. мед. н., Ю. Г. Романова, к. мед. н.*

ГУ "Институт стоматологии АМНУ"

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕБИОТИКОВ В СТОМАТОЛОГИИ

Пребиотики – это вещества, стимулирующие рост пробиотической микрофлоры, представленной бифидобактериями, лактобациллами, пропионибактериями и некоторыми видами стрептококков.

Первоначально к пребиотикам относили лишь олигосахариды, нерасщепляемые ферментами макроорганизма, однако легко гидролизуемые микробными гидролазами. В последующем к пребиотикам стали относить и ряд витаминов, аминокислот, ферментов. Из последних особо следует выделить лизоцим, который влияет, прежде всего, на систему неспецифического иммунитета.

В стоматологии нашли свое применение следующие препараты пребиотиков: инулин из корней цикория, кальцикор (фруктоолигосахариды из корней цикория), ЕКСО (галактосахара из семян сои), Биокорн (фруктоолигосахариды из зерна пшеницы молочной спелости), Биотрит (пребиотики из проростков пшеницы), зубной эликсир "Биодент-4", содержащий пребиотики из семян сои, корней цикория и проростков пшеницы, зубной эликсир "Ексодент-1", содержащий пребиотики из семян сои, зубные эликсиры "Лизодент" и "Лизомукоид", содержащие лизоцим.

В экспериментальных условиях изучено лечебно-профилактическое действие вышеперечисленных пребиотиков при стоматитах, пародонтите, гингивите, кариесе зубов, при переломах челюстей, при периодонтитах, а также при сочетанной патологии печени и дисбиозе.

*© Левицкий А. П., Деньга О. В., Селиванская И. А., Макаренко О. А.,
Гончарук С. В., Демьяненко С. А., Лепский В. В., Скидан К. В.,
Романова Ю. Г., 2010*

Установлено положительное влияние пребиотиков на ткани полости рта, оцениваемое по снижению уровня биохимических маркеров воспаления: МДА, ОПА и эластазы, а также по увеличению уровня защитных ферментов: лизоцима и эластазы. Все испытанные пребиотики снижали степень дисбиоза в слизистых оболочках полости рта (щека, язык, десна), а также оказывали гепатопротекторное и мукопротекторное действие на ткани тонкой и толстой кишки. Из всех препаратов пребиотиков наиболее эффективным оказался препарат "Биотрит", снижавший степень дисбиоза, главным образом, за счет активации лизоцима, и повышавший уровень антиоксидантной системы.

Все вышеперечисленные препараты пребиотиков разработаны в Институте стоматологии и выпускаются НПА "Одесская биотехнология".



УДК 616.31-022+616.078

*А. П. Левицкий, д. биол. н., О. А. Макаренко, к. биол. н., О. В. Деньга, д. мед. н.,
Л. Н. Россаханова, к. тех. н., С. А. Демьяненко, к. мед. н., О. Э. Кнава,
И. В. Ходаков, С. В. Гончарук, к. мед. н.*

ГУ "Институт стоматологии АМНУ"

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ДИСБИОЗА В ТКАНЯХ ПОЛОСТИ РТА

Ротовая полость занимает второе место после толстой кишки по видовому и количественному составу микроорганизмов.

Главными очагами обитания микробов в полости рта являются складки слизистой языка, пародонтальные карманы, слизистые оболочки щеки, десны, неба и мягкий налет на поверхности зубов.

У здоровых людей преобладающими (до 98 %) видами микробов в полости рта являются индигенные, сапрофитные или, точнее, пробиотические виды, представленные бифидобактериями, лактобациллами и некоторыми видами стрептококков. Остальное количество (менее 2 %) приходится на условно патогенные виды (стафилококки, некоторые виды стрептококков, вейлонеллы) и даже патогенные (клебсиеллы, протей, порфиромонады и др.).

Стабильность орального микробиоценоза определяется рядом факторов: уровнем антимикробной защиты, алиментарными факторами, состоянием гигиены полости рта.

К сожалению, нарушение нормального микробиоценоза (дисбиоз) полости рта очень часто возникает не только от снижения уровня антимикробной защиты, нерационального питания и нерегулярной гигиены полости рта, но и как результат лекарственного воздействия (применение антибиотиков или антисептических средств).

Классические методы оценки степени дисбиоза весьма затруднительны по следующим причинам:

1. В полости рта насчитывается много разных видов микробов, некоторые из которых обладают пробиотическими свойствами, другие – патогенными, что очень затрудняет чисто технически их микробиологическое определение.

2. Посевные методы очень громоздки и весьма длительны, что требует проведения многодневных исследований.

3. Самое главное – посевные методы не дают объективной оценки микробиоценоза, поскольку многие виды микробов вообще не растут на питательных средах. Ряд исследователей полагает, что посевные методы позволяют выявить не более 5 % наличных микробов в полости рта.

С целью устранения вышеперечисленных отрицательных факторов мы предлагаем объективный, количественный метод определения степени дисбиоза путем измерения степени активности фермента