МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГБОУ ВПО «ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МЗ РФ

МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, ПОСВЯЩЕННОЙ 50-ЛЕТИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДАГЕСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

МАХАЧКАЛА 2015

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГБОУ ВПО «ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МЗ РФ

МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, ПОСВЯЩЕННОЙ 50-ЛЕТИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДАГЕСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

МАХАЧКАЛА 2015

УДК 616.31(061.2)ББК56.6-03М-34

Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию стоматологического факультета Дагестанской государственной медицинской академии. - Махачкала, 2015.

Материалы конференции отражают историю становления и развития стоматологического факультета Дагестанской государственной медицинской академии, представлены результаты исследований, посвященных инновациям в стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и других областях медицины. Материалы конференции охватывают широкий спектр научных направлений. Опубликованные работы представляют огромную ценность для широкого круга практикующих врачей-стоматологов (терапевтов, хирургов, ортопедов, педиатров), челюстно-лицевых хирургов, врачей других специальностей, а также для иных специалистов.

Редакционная коллегия:

Д.Р. Ахмедов, ректор ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор

Т.И. Ибрагимов, министр здравоохранения Республики Дагестан, доктор медицинских наук, профессор

С.Н. Маммаев, первый проректор, доктор медицинских наук, профессор

Е.А. Арбулиева, проректор по организационной работе и издательской деятельности, кандидат медицинских наук, доцент

Р.Т. Меджидов, проректор по лечебной работе, доктор медицинских наук, профессор

М.А. Хамидов, проректор по общим вопросам и социальной работе, доктор медицинских наук, профессор

Н.У. Чамсутдинов, проректор по инновационной работе и стратегическому развитию, доктор медицинских наук, профессор

И.И. Шихсаидов, проректор по внебюджетному обучению и международным связям, кандидат медицинских наук, доцент

Н. С.-М. Омаров, проректор по ПК и ПП, доктор медицинских наук, профессор

Т.А. Абакаров, декан стоматологического факультета, кандидат медицинских наук, доцент

Р.К. Шахбанов, декан факультета внебюджетного обучения, кандидат медицинских наук, профессор

М.Н. Меджидов, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии, доктор медицинских наук, доцент

А.Х. Асиятилов, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с усовершенствованием врачей, кандидат медицинских наук, профессор

И. М.-К. Расулов, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии, доктор медицинских наук, доцент

А.Р. Гаджиев, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста, кандидат медицинских наук, доцент

О.Г.-М. Омаров, заведующий кафедрой пропедевтической и профилактической стоматологии. кандидат медицинских наук, доцент.

Под общей редакцией **заведующего кафедрой терапевтической стоматологии,** доктора медицинских наук, доцента Меджидова М.Н.

© Стоматологический факультет Даггосмедакадемии, 2015.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДАГЕСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ.

Ахмедов Д.Р., Абакаров Т.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

50 лет назад – в 1965 году в Дагестанском Государственном медицинском институте был открыт стоматологический факультет. Заслуга в этом принадлежит ректору профессору **Максудову Магомеду Магомедовичу,** который внес огромный вклад в развитие практического здравоохранения и науки. Им и его сподвижниками (Гительман Н.Т., Алисултанов А.А., Гаджиев Н.Г. и др.) была построена современная образцовая поликлиника с челюстно-лицевым стационаром, на 45 коек в котором оказывают хирургическую помощь больным с челюстно-лицевыми травмами, врожденными пороками и приобретенными дефектами челюстно-лицевой области, полости рта, с острой и хронической гнойной инфекцией, открыт хирургический стационар. Заслуженный врач РСФСР и ДАСС, Заслуженный деятель науки РСФСР и ДАСС профессор Максудов М.М. является основоположником хирургической стоматологии в Дагестане и в целом на Северном Кавказе.

Магомед Магомедович Максудов – первый дагестанский стоматолог, получивший высшее образование – окончил Московский медицинский стоматологический институт в 1939 году. Ему суждено было стать видным организатором здравоохранения, основоположником научной школы стоматологов в Дагестане. Его многолетняя и многогранная деятельность в качестве рядового врача, заведующего челюстно-лицевым отделением, министра здравоохранения Дагестана, ректора Дагестанского медицинского института, ассистента, доцента, профессора, заведующего кафедрой хирургической стоматологии способствовала внедрению новейших методов организации лечебно-профилактической помощи населению, развитию медицинской науки в республике.

Справедливости ради следует отметить, что, когда М.М. Максудов вернулся в родной Дагестан в 1940 году, в республике уже сложилась стоматологическая служба. Функционировала приличная по тем временам Махачкалинская стоматологическая поликлиника, которой руководил Н.Т. Гительман, выпускала специалистов зубоврачебная школа, возглавляемая Н.В. Фетисовым, готовились зубные техники, с 1937 года работало Дагестанское отделение Всесоюзного общества стоматологов и зубных врачей.

Обладая незаурядными личностными качествами, М.М. Максудов, влившись в эту службу, сразу выдвинулся в ее лидеры. В грозные военные годы он являлся ведущим хирургом челюстно-лицевого отделения эвакогоспиталя. Его блестящие операции спасли жизни, вернули в строй сотни бойцов, раненых в челюстно-лицевую область. Его новаторские решения при лечении раненых были обобщены в научных публикациях. В частности, в 1943 г. вышла в свет его научная публикация «Вторичное кровотечение при огнестрельных ранениях челюсти», а в 1944 г. – «Восстановительная хирургия лица», в 1945 г. – «Филатовский стебель при пластике лица» и др.

Особую значимость среди публикаций военного периода и первых послевоенных лет представляли работы по остеопластике нижней челюсти. В этих работах автор выступает как новатор, разработавший принципиально новый метод пластического восстановления дефекта нижней челюсти путем свободного наложения трансплантата. По материалам деятельности в челюстно-лицевом отделении М.М. Максудов подготовил и успешно защитил в 1956 году кандидатскую диссертацию на тему: «Остеопластика нижней челюсти после огнестрельного ранения».

В 1967 г. М.М. Максудов блестяще защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук и вскоре стал профессором.

Будучи ректором Дагестанского медицинского института, М.М. Максудов отдал много душевных сил и творческой энергии организации своего любимого детища – стоматологического факультета, который открылся в 1965 г. Следует отметить, что к этому времени под его же руководством в Махачкале была уже подготовлена клиническая база – самая крупная на Северном Кавказе Республиканская стоматологическая поликлиника.

В 1967 году, когда студенты стоматологического факультета перешли на третий курс, была открыта кафедра стоматологии, которую возглавил профессор М.М. Максудов. Для оказания помощи в организации учебно-методической работы и чтения лекций по ортопедической и терапевтической стоматологии из Московского медицинского стоматологического института были приглашены опытные педагоги – доценты В.Д. Синицын и С.М. Базарнова. Лекции по хирургической стоматологии читал сам профессор М.М. Максудов.

В 1970 г. в связи с расширением объема работы и пополнением штата преподавателей (к этому времени вернулись и специалисты, окончившие целевую аспирантуру) кафедра стоматологии была преобразована в три самостоятельные профильные кафедры. Кафедру хирургической стоматологии возглавил профессор М.М. Максудов. Во главе кафедры ортопедической стоматологии стал доктор медицинских наук Я.С. Кнубовец – один из авторов популярного учебника «Зубопротезная техника». Заведовать кафедрой терапевтической стоматологии был приглашен доктор медицинских наук А.С. Заславский. Стоматологический факультет зажил полнокровной жизнью. На факультете была развернута научно-исследовательская работа, организована подготовка научно-педагогических кадров через аспирантуру на базе профильных кафедр.

В частности, под непосредственным руководством М.М. Максудова были подготовлены и защищены докторская диссертация Г.Е. Драновского, кандидатские диссертации Р.Р. Гусейнова, А.Р. Гаджиева, Г.М. Гусенова, А.С. Ахмедханова и ряд других. Монография М.М. Максудова «Гомотрансплантация зубных зачатков», изданная в 1970 году, явилась крупным вкладом в отечественную стоматологическую науку.

На кафедре терапевтической стоматологии, возглавляемой в первые 3 года А.С. Заславским, группа аспирантов разрабатывала вопросы, связанные с заболеваниями пародонта, а также краевой патологии. Сейчас на кафедре научные исследования выполняются в рамках федеральной и республиканской программ по теме «Основные стоматологические заболевания, их профилактика и лечение». Сотрудниками защищено 12 кандидатских диссертаций.

Ныне все пять профильных кафедр стоматологического факультета Дагмедакадемии возглавляют ученики и последователи профессора М.М. Максудова. Многие выпускники стоматологического факультета стали известными учеными и организаторами здравоохранения и успешно работают во многих регионах Российской Федерации и за рубежом.

Научные идеи, выдвинутые профессором М.М.Максудовым, и ныне разрабатываются его преемниками.

Резюмируя вышеизложенное можно сделать следующий вывод: М.М. Максудов, будучи выдающимся организатором здравоохранения, талантливым ученым, внес значительный вклад в развитие стоматологической науки в Дагестане и по сути является ее основоположником.

Во-первых, он организовал подготовку научно-педагогических кадров для стоматологического факультета через целевую аспирантуру.

Во-вторых, М.М. Максудов пригласил на работу в Дагестан опытных высококвалифицированных специалистов из крупных вузовских центров.

В-третьих, М.М. Максудов обеспечил подготовку научно - педагогических кадров из числа выпускников стоматологического факультета через аспирантуру как на собственной базе, так и в ведущих научных центрах страны.

И сегодня ученики, и последователи профессора М.М. Максудова продолжают вносить существенный вклад в развитие стоматологической науки в Дагестане и РФ.

Развитию и становлению стоматологического факультета Дагестанского Государственного Медицинского Института активно помогали стоматологи Москвы, Казани и других городов России – это профессора Драновский Г.Е., Заславский А.С., Кнубовец Я.С., доценты Гомерштейн Е.Е., Синицын В.Д., Горовой Ю.М., Рохленко А.Г., Базарнова М.И., Федорова Т.Ф. и др.

С 1986 года, наряду с Российскими гражданами в академии обучаются иностранные студенты. На сегодняшний день на стоматологическом факультете обучается 995 студента из них на бюджетной форме обучения -354 студента и на внебюджетной форме обучения 641 студентов. Всего на факультете внебюджетного обучения подготовлено с 1986 года более 700 врачей для 23 стран дальнего зарубежья: Сирии, Ливана, Иордании, Египта, Марокко, Палестины, Индии,

Бангладеш, Непала, Израиля и др. Для подготовки врачей в академии на факультете задействован большой учебно – педагогический и научный потенциал.

Ежегодно для оптимизации учебного процесса проводятся учебно-методические конференции с изданием сборника материалов конференции. В академии и клинические и теоретические кафедры оснащены компьютерной техникой и организованы компьютерные классы для экзаменационного контроля и для ежедневной подготовки студентов, что было положительно оценено членами Государственной аттестационной комиссии МЗ РФ при аттестации факультета внебюджетного обучения. Аттестационная комиссия МЗ РФ при очередной аттестации академии признала, что качество подготовки специалистов в Дагестанской Государственной медицинской академии, в том числе и на факультете внебюджетного обучения, соответствует Государственному образовательному стандарту высшего профессионального образования Российской Федерации.

Таким образом, в академии имеется большой опыт обучения иностранных граждан врачебным специальностям и за 5 лет внесен огромный вклад в подготовку специалистов для зарубежных стран.

В настоящее время на факультете трудятся, в основном, выпускники стоматологического факультета Дагестанской Государственной медицинской академии, которые защитили диссертации на соискание ученой степени кандидатов и докторов медицинских наук и заведуют кафедрами стоматологического факультета, избраны деканами на факультете.

Кафедрой терапевтической стоматологии с 1970 по 1973 годы заведовал профессор Заславский А.С., с 1973 года по 2011 годы заведовал профессор Османов Т.А., а с 2011 года по настоящее время заведует кафедрой д.м.н., доцент Меджидов М.Н. Заведующий кафедрой Меджидов М.Н. автор более 280 научных работ, из них 32 опубликованы в изданиях рекомендованных ВАК РФ. Имеет 2 авторских свидетельства и один патент на изобретение, а также 29 удостоверений на рационализаторские предложения. В 2007 году в г. Москве в соавторстве с Дмитриевой Л.А., Елизаровой В.М., выпущено учебное пособие «Пародонтит» с грифом Учебно-методического объединения (УМО) по медицинскому и фармацевтическому образования вузов РФ. Меджидов М.Н. стал ЛАУРЕАТОМ ЕЖЕГОДНОЙ ПРЕМИИ в сфере медицинского и фармацевтического образования РФ «За лучшее учебное издание» для обеспечения реализации образовательных программ высшего образования - программ специалитета «Стоматология» области образования «Здравоохранение и медицинские науки», церемония вручения которой состоялась 2 апреля 2014 г. в Москве в рамках Юбилейной V Общероссийской конференции с международным участием «Медицинское образование – 2014». Премия была вручена лауреату министром здравоохранения РФ В.И. Скворцовой.

Он же автор еще 3 других учебных пособий с грифом УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов РФ. Другими сотрудниками кафедры также изданы 4 учебных пособия с аналогичным грифом.

Кафедрой хирургической стоматологии заведует отличник здравоохранения СССР, профессор Асиятилов А.Х. Под его руководством сотрудниками разработана комплексная тема «Эпидемиология, патогенез, клиника и лечение сиаладеноза». Кафедра является центром лечебно - консультативной помощи больным с хирургической патологией, а также базой подготовки и переподготовки хирургов-стоматологов, клинических ординаторов и базой для прохождения интернатуры.

Кафедру ортопедической стоматологии с 1985 по 2012 год возглавлял профессор Расулов К.М. – первый выпускник стоматологического факультета ДМИ 1970 года, защитивший докторскую диссертацию. Научные исследования, проводимые на кафедре, были в основном посвящены изучению эпидемиологии стоматологических заболеваний, проблемам патогенетических аспектов развития и различных методов лечения заболеваний пародонта.

По материалам исследований, проводимых на кафедре под руководством Расулова К.М., было подготовлено 11 кандидатских диссертаций. С 2012 года кафедрой заведует д.м.н. доцент Расулов И. К. На кафедре успешно продолжаются научные исследования. Подготовлено и опубликовано 6 монографий, в том числе и учебник «Зубопротезная техника», переизданный в г. Москве в 2010 году.

В 1986 году на базе городской детской стоматологической поликлиники открыта кафедра стоматологии детского возраста, ее организатором и первым заведующим был доцент Шварц В.В.,

который внес значительный вклад в организацию, становление и развитие кафедры и всей детской стоматологии республики. С 1987 года поныне кафедрой заведует к.м.н., доцент Гаджиев А.Р. Заведующий кафедрой Гаджиев А.Р. является основоположником развития ортодонтической службы республики, ведет большую лечебно – консультативную работу в комплексном лечении детей с врожденными расщелинами губы и неба. На кафедре имеется ортодонтический музей, в котором наглядно представлены результаты многолетнего труда в лечении зубочелюстных аномалий специалистами – ортодонтами кафедры.

В 2000 году была организована кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний. Заведующим кафедрой был избран д.м.н., профессор Изабакаров Я.И. Он проработал на этой должности до 2003 года. С 2003 года кафедрой заведует к.м.н., доцент Омаров О.Г-М.

Заведующим кафедрой Омаровым О.Г-М. издано учебное пособие «Практикум по фантомному курсу терапевтической стоматологии» (Москва 2007г), которое вошло в список основной литературы для студентов 2 курса стоматологических факультетов вузов России, и целый ряд учебных и методических пособий.

Академия гордится тем, что многие выпускники факультета добились больших профессиональных успехов и работают в ведущих медицинских вузах России. Выпускник академии, профессор Ибрагимов Т.И., заведовал кафедрой ортопедической стоматологии Московского Государственного медико-стоматологического университета, а ныне является министром здравоохранения Республики Дагестан, доктор медицинских наук, профессор Абакаров С.И. в настоящее время заведует кафедрой ортопедической стоматологии и избран деканом Российской медицинской академии последипломного образования, здесь же трудится доцент Аджиев К.С., а на кафедре факультетской хирургической стоматологии и имплантологии МГМСУ работает д.м.н., доцент Ахмедов Г.Д. Профессор, д.м.н. Даурова Ф.Ю. заведует кафедрой терапевтической стоматологии Российского Университета Дружбы народов. В этом же университете работает заведующим кафедрой пропедевтической и общей стоматологии д.м.н., профессор Аванесов А.М.

В настоящее время деканом стоматологического факультета является к.м.н. доцент Абакаров Т.А., заместителем декана - к.м.н. доцент Аталаев М.М.. Заместителями декана факультета внебюджетного обучения по стоматологическому факультету являются, д.м.н. доц. Гусейнова С.Т. (1 – 3 курсы) и к.м.н., доц. Порсуков Э.А. (4 и 5 курсы).

Большую помощь в обучении студентов оказывает руководство и сотрудники Республиканской стоматологической поликлиники им. Максудова М.М., в лице главного врача Идрисова М.И. На стоматологическом факультете студенты активно участвуют в научно исследовательской работе (СНО СНК), в художественной самодеятельности, принимают участие в культпоходах, спартакиадах студентов и в спортивной жизни академии. В своей повседневной работе ректорат, деканаты, коллективы стоматологического факультета стараются улучшить качество подготовки будущих врачей стоматологов. За 50 лет со дня создания стоматологического факультета подготовлено около 4874 врачей – стоматологов, из них на диплом с отличием окончили более 300 выпускников. Многие выпускники стоматологического факультета работают не только в Дагестане и в других регионах Российской Федерации, но и за ее пределами в странах дальнего и ближнего зарубежья, направляя свои силы и знания на укрепление здоровья населения.

ВОСПОМИНАНИЯ ОБ ОСНОВАТЕЛЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПРОФЕССОРЕ МАКСУДОВЕ М.М.

Гусейнов Р.Р., Гусейнов Г.Р., Аталаев М.М., Минкаилова С.Р.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

В этом году мы отмечаем 50-летие со дня открытия стоматологического факультета в Дагестанской медицинской академии. Заслуга в этом, бесспорно, принадлежит профессору Максудову М.М., который открыл этот факультет в 1965 году, будучи в это время ректором медицинского института.

Ранее работая на посту министра здравоохранения Дагестана, Максудов М.М. хорошо знал, в каком неутешительном состоянии находилась стоматологическая служба в республике.

Профессору Максудову М.М. посвящено много печатных работ, как о хорошем организаторе и руководителе здравоохранения и стоматологической службы в Дагестане.

Постараюсь без преувеличения и прикрас рассказать о некоторых его качествах, как руководителя кафедры и клиники хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Работал Максудов М.М. в те годы одновременно ректором медицинского института и заведующим кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Челюстно-лицевую клинику, где я с 1969 года работал клиническим ординатором, он консультировал тяжелых и сложных больных. Был строгим и требовательным, но никогда не повышал голос.

Максудов М.М. был справедливым и доброжелательным руководителем, о чем свидетельствует следующий его поступок. В 1972 году впервые для поступления в очную аспирантуру в Дагестанский медицинский институт по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии был объявлен конкурс. На одно место подали заявление 4 врача-стоматолога. У некоторых из них были влиятельные родственники, которые просили профессора Максудова М.М. помочь им. Но Максудов М.М. был объективным и принял в аспирантуру того кандидата, кто лучше всех сдал вступительные экзамены.

Оперировал тогда профессор Максудов М.М. редко из-за чрезмерной занятости на посту ректора института, но однажды он взялся за очень сложную операцию по восстановлению дефекта концевого отдела носа. Кстати среди пластических хирургов бытует мнение, что профессиональный уровень пластического хирурга определяется умением реконструировать дефекты носа. Пациенткой была женщина средних лет из Буйнакского района с посттравматическим дефектом концевого отдела носа. Восстанавливал дефект профессор Максудов М.М. кожным лоскутом (Филатовский стебель) сформированный из боковой поверхности грудной клетки больной. Во время операции мы обратили внимание, как он уверенно оперировал, руки его работали четко и слаженно, расчеты были точные и верные. Оперировал он долго и аккуратно и в результате получился хороший, естественной формы кончик носа. Мы все были приятно удивлены результатом операции, хотя я лично до начала операции сомневался в таком исходе операции. После этого мы убедились, что профессор Максудов М.М. без преувеличения является пластическим хирургом высшего класса. Этим хирургическим методом по восстановлению дефекта концевого отдела носа в дальнейшем в своей практической деятельности мы воспользовались неоднократно с хорошими конечными результатами.

Максудов М.М. делал для лечения больных все, что мог и боролся за жизнь тяжелых и порою безнадежных больных. Вот пример подобного случая. Наш коллега ортопед Курамагомедов Дибир привел на консультацию пожилого мужчину с распространенной злокачественной опухолью околоушной слюнной железы с регионарными метастазами на шее. Больной ранее лечился в онкологическом лечебном учреждении, где провели полный курс лучевой терапии и от операции отказались из-за распространенности опухоли и возможности перехода ее на внутреннюю сонную артерию. Нередко при перевязке и частичном удалении внутренней сонной артерии во время операции, больные умирают на операционном столе, не говоря о тяжелых осложнениях, которые развиваются и в послеоперационном периоде. Мы все эти риски объяснили больному и его сыну. Несмотря на это они настаивали на операции. Потом больного консультировал заведующий кафедрой и клиникой профессор Максудов М.М.. Он внимательно выслушал и посмотрел больного и после этого сказал нам – «Надо оперировать». Мы выполнили травматичную и тяжелую операцию. Во время операции профессор Максудов М.М. стоя наблюдал за нашей работой до конца операции и давал нам по ходу операции нужные советы. К нашей радости мы во время операции обнаружили, что внутренняя сонная артерия не вовлечена в опухолевый процесс. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рецидива опухоли не было. Больной жил после операции более 20 лет. А если бы профессор Максудов М.М. не дал разрешения на операцию, то больной жил бы не более 3 лет.

ФОРМИРОВАНИЕ КАДРОВОГО СОСТАВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Ибрагимов Т.И., Абакаров Т.А., Эфендиев А.Р.
Министерство здравоохранения Республики Дагестан

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Современные экономические условия развития здравоохранения диктуют необходимость рационального использования трудовых ресурсов. При этом в стоматологии разработка и реализация мер, направленных на повышение эффективности использования труда врачей, является важнейшей задачей в деле совершенствования организации медицинской помощи населению и удовлетворения потребностей в ней [3].

Научно-технический прогресс и организационные нововведения, улучшение условий труда предъявляют новые требования к уровню знаний. Рыночная экономика предъявляет к работникам совершенно иные требования, чем централизованно управляемая экономика [2].

Учреждения, производящие услуги, в том числе стоматологические, должны продемонстрировать свою конкурентно - и кредитоспособность и потенциал как объекты инвестирования. В этих условиях колоссальное значение приобретает правильный подбор кадров, отвечающих психофизиологическим требованиям организации работы и обслуживания больных.

Концепцию долгосрочной, ориентированной на будущее кадровой политики, учитывающей все эти аспекты, можно реализовать с помощью кадрового планирования. Этот метод управления персоналом способен согласовать и уравновесить интересы работодателей и работополучателей. Сущность совершенствования кадрового планирования заключается в предоставлении людям рабочих мест в нужный момент времени и в необходимом количестве в соответствии с их способностями, склонностями и требованиями медицинского обслуживания. Современные методы диагностики и лечения основываются на специалистах, периодически повышающих уровень квалификации и вносящих свой вклад в работу в любой сложной клинической ситуации. Люди – это самый ценный ресурс любой организации [1]. Поэтому команда, составленная из работников, каждый из которых имеет свою теоретическую и высокую практическую подготовку, способна справиться с самыми сложными производственными заданиями. Это с полным правом можно отнести и к оказанию стоматологической помощи. На схеме отображена модель управления кадровым персоналом.

Формирование штата сотрудников в учреждениях разной формы собственности имеет свои особенности. Отбор работников с точки зрения профессиональной подготовки, личных качеств, ценностных установок является существенным условием эффективности труда.

Кадровое планирование реализуется посредством осуществления целого комплекса мероприятий, объединенных в оперативном плане работы с персоналом.

Для его разработки необходимо с помощью специально составленных анкет собрать следующую информацию:

– сведения о постоянном составе персонала (фамилия, имя, отчество, место жительства, возраст, время поступления на работу и др.);

– данные о структуре персонала (квалификационная, половозрастная, национальная структура и др.);

– текучесть кадров;

– потери времени в результате простоев, болезни;

– данные о продолжительности рабочего дня;

– заработная плата;

– данные об услугах социального характера, предоставляемых государством.

Анкеты следует заполнять таким образом, чтобы наряду с производственными целями они могли служить и кадровому планированию.

Информация о персонале представляет собой совокупность всех оперативных сведений, а также процессов их обработки для кадрового планирования.

При отборе врачей на работу в стоматологические организации следует отдавать предпочтение специалистам, обладающим наряду с высокой квалификацией такими качествами, как творческий подход к работе, постоянное стремление к самосовершенствованию и активной самореализации, готовность к восприятию и освоению новых идей и методов лечения.

В условиях рыночной конкуренции качество профессиональной подготовки врача стало главенствующим фактором, определяющим выполнение и экономическое положение здравоохранения. Отбор работников с точки зрения профессиональной подготовки, личных качеств, ценностных установок является существенным условием эффективности труда и основным фактором процветания лечебно-профилактического учреждения.

Указатель литературы:

1. Бойко В.В. Управление персоналом и внутренний маркетинг 2013. С.116-119.

2. Травин В.В, Дятлов А.С. Основы кадрового менеджмента. М.,2010. 36.с.

3. Цит. по: Мчелидзе Т.Ш. Особенности формирования штатов негосударственного стоматологического учреждения // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 3. СПб., 1998. - С. 247-251.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

К ВОПРОСУ О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.

Силантьева Е.Н., Березина Н.В., Кривонос С.М.
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Казань

Актуальность. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) является одной из актуальных и трудных задач практической стоматологии. Выбор методов и средств лечения остается проблематичным и неоднозначным в связи с многофакторностью патогенеза заболеваний СОПР. Отдается предпочтение комплексной терапии, одновременно воздействующей на несколько симптомов и патогенетических механизмов заболеваний.

Комплексная местная терапия также включается тщательную санацию полости рта, устранение очагов одонтогенной инфекции, назначение высококалорийной диеты, исключающей раздражающую пищу и алкоголь, даются рекомендации по гигиене полости рта.

Объем местного медикаментозного лечения зависимости от клинической формы заболевания определяется очагов поражения. Местно применяют различные лекарственные препараты: обезболивающие, антимикробные, противовурусные, протеолитические ферменты, кератопластические [Березина Н.В. с соатр., 2013, Боровский Е.В., 2011, Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л., 2001] и т.п. В тяжелых случаях заболевания используют обкалывание очагов поражения суспензией кортикостероидов, делагилом [Барер Г.М. с соавт., 2010; Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М., 2009; Лукиных Л.М. с соавт., 2003] и др. Среди медикаментозных средств общего действия наиболее часто назначают витамины и их производные, седативные и антималярийные, нейротропные, гипосенсибилизирующие, противовирусные препараты, антибиотики, кортикостероиды, цитостатики, иммуномодуляторы и другие [Боровский Е.В., 2011; Максимовский Ю.М с соат., 2002; Цветкова-Аксамит, 2009 и др.].

В комплексном лечении больных с заболеваниями СОПР находят применение также физические методы: электро- и фонофорез лекарственных средств, гальванизация шейных симпатических узлов, гелио-неоновый лазер, лазерная акупунктура [Боровский Е.В., 2011, Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М., 2009]; используют и гирудотерапию [Цветкова-Аксамит, 2009].

В настоящее время существует много лекарственных средств, которыми можно купировать острые и обострившиеся случаи патологического процесса, ингибировать отдельные стадии воспаления. В то же время для полного устранения заболеваний, развивающихся по типу рецидивирующих процессов, ни один из них не служит абсолютно надежным средством. То же самое можно сказать и о существующих методах лечения, ни один из не является абсолютно эффективным и не дает 100% положительный результат [Цветкова-Аксамит, 2009; Aweeka F.et al, 2001; Buajeeb W. et al., 1997; Carbone M. et al., 1997].

Однако, современная фармакология создает все новые и новые препараты, направленные на устранение воспалительных и/или дистрофических заболеваний слизистой оболочки рта. Одними из таких являются оригинальный препарат Мирамистин, разработанный в рамках программ по «Космической биотехнологии», выпускаемый ООО «Инфамед» (регистрационный PN 001926/01 от 13.12.2007 г.).

Цель исследования - оценить эффективность препарата Мирамистин для местного лечения в составе комплексном терапии больных с воспалительными заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы исследования. Клиническое изучение препарата мирамистин проводилось на кафедре терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ДПО «КГМА Минздрава России» с октября 2013 по сентябрь 2015 г. Под наблюдением находилось 42 человека (из них 30 женщины и 12 мужчин) в возрасте от 22 до 64 лет с различными нозологическими формами заболеваний СОПР.

В медицинские карты пациентов заносили результаты обследования до и после лечения. Фиксировали жалобы, анамнез, сопутствующие заболевания, результаты ранее проводимого

лечения, элементы поражения, их локализацию, размер. Определяли также гигиеническое состояние полости рта до и после окончании 7-ти дневного курса лечения по индексу Грин-Вермильона (ИГ OHI-S), который нередко в литературе называется упрощенным индексом гигиены OHI-S. О степени адекватности гигиенического ухода за полостью рта и выполнения пациентом рекомендаций судили по индексу качества ухода за полостью рта Podshadley, Halley (ИГ PdH) (1964).

Всем больным проводили дифференцированное местное комплексное лечение: устранение местных раздражающих факторов, профессиональную гигиену полости рта, санацию полости рта в период ремиссии. Пациентам также назначали поливитамины, десенсибилизирующие средства. Давали рекомендации по соблюдению диеты, нормализации режима питания, сна и отдыха.

Препарат Мирамистин относится к однокомпонентным лекарственным средствам, к группе катионных поверхностно активных веществ, по химическому составу – бензилдиметил [3-(миристоиламинопропил] аммония хлорид моногидрат. Он обладает широким спектром антимикробного и противовирусного действий, при этом избирательно воздействует на патогенные микроорганизмы, не оказывая отрицательного эффекта на ткани организма человека, повышает чувствительность бактерий, грибов и простейших к действию антибиотиков, усиливает местный иммунитет, ускоряет процессы регенерации. Препарат малотоксичен, не имеет ограничений по возрасту; готов к применению, не требует разведения.

Все пациенты были обучены методике использования 0,01% раствора мирамистина в домашних условиях. Больные применяли мирамистин после гигиенического ухода в виде ротовых ванночек (в количестве 10-15 мл препарата) в течение 3 минут 3 раза в день 7 дней. При необходимости препарат рекомендовался еще на 3 дня.

Клиническое улучшение, регистрируемое при расспросе и осмотре обследуемых пациентов в динамике лечения, оценивали по следующим признакам: противовоспалительный эффект - устранение воспаления (гиперемия, отек, боль); исчезновение морфологических элементов поражения (узелок, афта, эрозия, язва и другие); тенденция к заживлению раневой поверхности и сроки эпителизации элементов поражения.

При оценке эффективности лечения учитывались также обезболивающий эффект, переносимость препарата, отсутствие аллергических реакций.

Результаты исследования.

Проведенные нами клинические исследования позволили отметить определенный терапевтический эффект применения препарата мирамистин при различных нозологических формах поражения СОПР, сопровождающихся выраженным болевым симптомом и воспалительной реакцией тканей.

Гигиеническое состояние полости рта у всех пациентов за время исследования улучшилось. При первичном обследовании ГИ OHI-S в среднем составил 2,33±0,14; ГИ HdH – 1,8±0,11. Через 7 дней наблюдения среднее значение индексов составило, соответственно, 1,16±0,24 (эффективность составила 49,8%) и 0,3±0,02 (эффективность составила 88,2%).

При оценке субъективного мнения пациентов все отметили противовоспалительный и обезболивающий эффект. Ни в одном случае не было зарегистрировано аллергических реакций и побочных действий. После 7-ми дневного лечения у всех 42 больных был получен определенный положительный результат: 9 (21,4%) человек отметили улучшение, 20 (47,7%) больных – значительное улучшение (высокая оценка эффективности) и 13 (30,9%) лиц - полное исчезновение элементов поражения в течение 5-7 дней от начала лечения (очень высокая оценка эффективности).

Распределение пациентов по нозологическим формам следующее: полное исчезновение элементов при использовании препарата у всех больных было отмечено при неспецифических поражениях (травма СОПР), у 5 (71,4%) при язвенно-некротическом стоматите и у 2 (40%) лиц при десквамативном глоссите. Анализ результатов травматических повреждений СОПР показал, что у молодых лиц полная регенерация тканей наблюдается в течение 2 дней, у лиц пожилого возраста – через 7 дней; при десквамативном глоссите и язвенно-некротическом стоматите – через 5 дней.

Значительное улучшение выявлено у 3 (60%) больных с десквамативным глосситом, у 2 (28,6%) с язвенно-некротическим стоматитом. Им было рекомендовано продолжить лечение еще на 3 дня (до 10 дней). Полное исчезновение элементов поражения было констатировано к 10-му дню лечения.

У 4 (80%) пациентов с хроническим рецидивирующим герпесом локальное применения привело к исчезновению элементов поражения (эрозий) в течение 7- 9 дней.

У 3 (60%) лиц с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом исчезли элементы поражения (афты) и наступила полная регенерация тканей в течение 10 дней.

У 5 (55,5%) человек с диагнозом красный плоский лишай наблюдался переход экссудативно-гиперемической формы заболевания в типичную форму после 10 дней от начала лечения.

Улучшение определено лиц с отягощенным соматическим анамнезом. После окончания 10- ти дневного курса лечения у 4 (57,1%) пациентов с экссудативно-гиперемической формой красного плоского лишая, у 2 (40%) лиц с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и у 1 (20%) - с хроническим рецидивирующим герпесом отмечен выраженный обезболивающий и противовоспалительный эффект (исчезли боль, гиперемия, отек пораженных тканей), имелась тенденция к заживлению. Им было рекомендовано продолжить применение мирамистина еще на 4 дня (до 14 дней) и использовать масляный раствор витамина А для аппликаций 3 раза в день в течение 7 дней. К 21 дню от начала лечения у этих пациентов произошли эпителизация элементов поражения при хроническом рецидивирующем герпесе и хроническом рецидивирующем афтозном стоматите, а также переход экссудативно-гиперемической формы красного плоского лишая в типичную форму заболевания.

Выводы. Результаты клинических наблюдений свидетельствуют о том, что препарат мирамистин при местном применении является достаточно эффективным противовоспалительным, противомикробным, обезболивающим, противоотечным средством симптоматической терапии острых и хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта и может быть рекомендован как средство выбора самостоятельно, так и в комплексном лечении. Доступность, простота, эффективность позволяет рекомендовать его в клиническую практику.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОКЛАДКИ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ТРОМБОЦИТАРНОГО ФАКТОРА РОСТА-ББ, СИСТЕМЫ ФИБРИН-ФИБРОНЕКТИНА И ГИДРОКСИАПАТИТА В ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ.

Меджидов М.Н., Меджидова Н.Д.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

ГБУ Республики Дагестан "Детская поликлиника № 1" г. Махачкалы

В стоматологической практике наиболее распространенным методом лечения пульпита является удаление пульпы после предварительной девитализации. Необходимо заметить, что качественное проведение эндодонтического лечения с хорошим результатом в отдаленные сроки встречаются не всегда. Несмотря на целесообразность метода витальной ампутации, этот метод не занял доминирующей позиции среди других видов лечения пульпита [2, 3]. Используемые при витальной ампутации препараты, такие, как эвгеноловая паста, гидроокись кальция и др. не в состоянии обеспечить длительное противовоспалительное и антисептическое действие, герметичное закрытие культи пульпы и сохранение её жизнеспособности [1].

Цель настоящего исследования – разработка нового способа лечения хронического фиброзного пульпита методом витальной ампутации с применением комбинированного имплантата из препаратов тромбоцитарного фактора роста-ББ, системы фибрин-фибронектина и гидроксиапатита в качестве лечебной прокладки.

Материал и методы исследования. Экспериментальное исследование проводили на 20 зубах 20 крыс. Под тиопенталовым наркозом на жевательной поверхности моляров турбинной бормашиной формировали полости 1 класса, соответствующие по глубине дефектам при глубоком кариесе. Модель хронического фиброзного пульпита создавали путем перфорации острым зондом дна сформированной полости в области рога пульпы и оставлением такого зуба без лечения в течение 7

суток.

Лечение зубов проводили методом витальной ампутации через 7 суток от начала опыта с применением в качестве лечебных прокладок комбинированного имплантата из препаратов тромбоцитарного фактора роста-ББ «Бекаплермин», системы фибрин-фибронектина «Тиссукол» и гидроксиапатита «Остим-100» (опытная группа), и кальцевита (контрольная группа).

Методом витальной ампутации проведено лечение хронического фиброзного пульпита пациентам в возрасте от 23 до 50 лет с применением в качестве лечебных прокладок комбинированного имплантата из препаратов тромбоцитарного фактора роста-ББ «Бекаплермин», системы фибрин- фибронектина «Тиссукол» и гидроксиапатита «Остим-100» (32 моляра и премоляра у 30 больных) (1-я группа - основная) и кальцевита (23 моляра и премоляра у 21 больного) (2-я группа - сравнения).

В исследование принимались пациенты строго соответствующие критериям включения и исключения.

Критерии включения:

1. Постоянные витальные моляры.
2. Диагноз: хронический фиброзный пульпит.
3. Рентгенологически определяемые здоровые периапикальные ткани.
4. Отсутствие дискомфорта при накусывании на зуб.
5. Возраст пациента от 18 до 30 лет.

Критерии исключения:

1. Пациенты с нежизнеспособной пульпой.
2. Патологические рентгенологические изменения в периапикальных тканях.
3. Потология слизистой оболочки полости рта.
4. Генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени тяжести.
5. Аллергические реакции на применяемый препарат.
6. Тяжелая сопутствующая патология.
7. Неконтактный пациент.

Процедура лечения, её положительные стороны и возможные осложнения объяснялись пациентам. Информированные согласия были получены до начала исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. При гистоморфологическом исследовании в корневой пульпе зубов опытной группы, как в ранние сроки (до 14 суток), так и в поздние сроки (от 90 до 180 от начала лечения) происходило послойное образование заместительного дентина в области устьев корневых каналов и восстановление ее структуры, чего не наблюдалось в зубах контрольной группы, при которых в пульпе сохранялось хроническое воспаление с большим количеством петрификатов.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 32 больных (32 зуба) 1-й группы и у 20 пациентов (20 зубов) 2-й группы. При этом с помощью клинических, электроодонтометрических и рентгенологических методов исследований в 100% случаях в 1-й группе получены положительные результаты, а во 2-й группе в 45% случаев - неудовлетворительные результаты.

Таким образом, полученные результаты показали высокую лекарственную эффективность лекарственного воздействия на корневой дентин и пульпу зубов лечебной прокладки из комбинированного имплантата из препаратов тромбоцитарного фактора роста-ББ, системы фибрин-фибронектина и гидроксиапатита при терапии хронического фиброзного пульпита методом витальной ампутации, что дает возможность рекомендовать данный способ практикующим врачам для широкого внедрения в клинике.

Литература.

1. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 928 с.

2. Berezhnoĭ VP. Ultrasonic method for vital amputation of the pulp. Stomatologiia (Mosk). 1985 Jan-Feb;64(1):14-5.

3. Lommer MJ, Verstraete FJ. Results of crown-height reduction and partial coronal pulpectomy in rhesus monkeys (Macaca mulatta). Comp Med. 2001 Feb;51(1):70-4. Erratum in: Comp Med 2001 Jun;51(3):207.

ПИГМЕНТИРОВАННЫЙ ЗУБНОЙ НАЛЁТ.

Курбанова С.Х., Минкаилова С.Р., Булгакова Д.М.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Зубной налёт (ЗН) – это плотное образование, состоящее из бактерий, расположенных в середине матрицы. Матрица налета содержит белки, полисахариды, липиды и неорганические вещества (кальций, фосфаты, магний, калий, натрий и др.) [14]. Современные исследования изменили взгляд на ЗН, и сегодня он рассматривается как биопленка [9, 20]. Таким образом, ЗН – структурно и функционально организованная биоплёнка, прикреплённая к твёрдой поверхности зуба и покрытая матриксом, состоящим из полимеров бактериального происхождения.

В международном классификаторе болезней (МКБ-10) – пигментированный ЗН имеет шифр К03.60,ЗН может быть разного цвета: черный, зеленый, оранжевый, коричневый и т.д.

Пигментированный ЗН чёрного цвета определяется как тёмные пигментированные экзогенные отложения в виде линий, точек, пятен, которые локализуются в пришеечной области зуба параллельно краю десны и плотно соединены с эмалью на коронках временных и постоянных зубов [3]. Такой вид ЗН часто наблюдается у пациентов с надлежащей гигиеной полости рта и необычен тем, что механизм его связи с кариесрезистентностью остается неизвестным. Также существует мнение, что возникновение пигментации связано с активностью хроматогенных бактерий при плохой гигиене полости рта [3]. Микробиологические исследования показали, что за окрашивание налёта в чёрный цвет отвечает хромоген бактерий [19]. Впервые понятие «хроматогенные бактерии» в 1872 г. предложил немецкий микробиолог E. Cohn [25]. В 70-х годах прошлого столетия доказано, что бактерии рода Bacteroides (Porphyromonas gingivalis и Prevotella intermedia) окрашивают зубной налёт в чёрный цвет и способны вызывать заболевания тканей пародонта . Исследование ЗН, взятого со 100 зубов методом ПЦР показало, что бактерии Porphyromonas gingivalis и Prevotella melaninogenica не окрашивают налёт, а бактерии рода Actinomyces участвуют в этом процессе [17]. При обследовании 1100 детей города Валенсия (Испания) в возрасте от 4 до 11 лет чёрный зубной налёт обнаружен в 7,54% случаев. Примечательно, что каждые два месяца после проведения профессиональной чистки зубов наблюдалась тенденция к повторному образованию налёта [13]. Были проведены исследования по изучению взаимосвязи между появлением чёрного ЗН и кариесом зубов. Черный ЗН был выявлен у 67 из 1086 школьников в возрасте от 6 до 12 лет города Потенца (Италия). Индекс DMF-T (КПУ зубов) для детей с пигментированным ЗН составил 0,49- 1,05 зуба, а для детей без пигментированного налёта 0,97-1,40 [22]. При обследовании 1748 филиппинских школьников в возрасте 10-12 лет чёрный ЗН определялся у 16% детей [19]. Оба исследования показали, что интенсивность КЗ у детей при наличии пигментированного налёта значительно ниже в сравнении с детьми, у которых пигментированный ЗН отсутствует [22,23].

Был детально исследован чёрный налёт на постоянных зубах у китайского населения Гонконга: при окрашивании по Граму обнаруживались преимущественно грамположительные микроорганизмы, нитчатые и палочковидные.

Окрашивание толуидином синим показало на шлифах отложения на наружной поверхности эмали, которые чётко разделены на два абсолютно разных слоя: внутренний - жёлтый непрозрачный и внешний слой микроорганизмов. Сканирующая электронная микроскопия удалённых зубов детализировала, что налёт полностью состоял из микроорганизмов и что в слое, близком к эмали, они зачастую затемнены каким-то веществом, что свидетельствует о кальцификации. Таким образом, пигментированный ЗН черного цвета представляет собой особенный вид ЗН, который характеризируется простой флорой, склонной к кальцификации .

При исследовании химического состава слюны у детей с чёрным налётом выявлено значительно большее содержание кальция, неорганических фосфатов, меди, натрия, общего белка и низкое содержание глюкозы по сравнению с детьми, не имеющих ЗН. Таким образом, химический состав слюны обследованных детей и подростков с пигментированным ЗН черного цвета, характерен для лице низкой восприимчивостью к кариесу.

Ротовая жидкость детей до четырехлетнего возраста содержит много невосстановленного железа, которое, связываясь в полости рта с серой белковых веществ продуктов питания, обусловливает окрашивание белого ЗН в тёмный цвет. У детей старше 4 лет количество невосстановленного железа в ротовой уменьшается, об этом свидетельствует снижение распространённости пигментированного налёта как в группе здоровых детей, так и у детей, зубы которых поражены КЗ [5].

Причиной чёрного пигментированного налёта также может стать такой экзогенный фактор, как жевание бетеля, который представляет собой соединения натуральных веществ с ореха пальмы (Areca catechu), листьев перца бетеля (Piper betle) и лайма (Calcium hydroxide). Около 200 млн. людей в мире регулярно жуют бетель. Только три наркотических вещества (никотин, этанол и кофеин) употребляют более широко, чем бетель. После нескольких лет жевания бетеля цвет зубов может измениться от красно-коричневого до чёрного [14]. У детей и подростков встречается зелёный ЗН, который плотно соединяется с эмалью зуба, практически не удаляется зубной щёткой и с трудом удаляется инструментами [1].Этот вид ЗН наиболее распространён у детей с недостаточной гигиеной полости рта; может возникать в результате разрушения пигментов крови после кровоточивости десен или под воздействием хромогенных бактерий [8,10,11]. Пигментированный ЗН зелёного цвета встречается при дисбиозе кишечника [18]. У детей с аскаридозом налёт в пришеечной области интенсивно окрашен в зеленый цвет, по мере приближения к режущему краю коронки зуба интенсивность окраски резко уменьшается [15].

Бразильские учёные сообщили о зелёных пятнах на молочных зубах у 3-хлетней девочки, которые связаны с гипербилирубинемией, вызванной сепсисом [23]. Характерным для пигментированного ЗН зелёного цвета является локализация только на губной и щёчной поверхности молочных и постоянных в виде каймы или борозд в области края десны (в основном у детей). Чаще отмечаются отложения на зубах верхней челюсти, реже – на зубах нижней челюсти. Под микроскопом в эмали таких зубов наблюдаются многочисленные тонкие отверстия, густо заселённые бактериями [1]. Неорганический качественный и количественный состав зелёного налёта изучался ещё в 1955 году.

Пигментированный ЗН зелёного цвета раньше называли зеленым камнем или пристлиевой массой [8]. По мнению Н. В. Курякиной [8], Пристли считал, что причиной окраски пеликулы и/или зубной бляшки является грибок Lichen dentalis, который продуцирует хлорофилл. Lichenes (лихенобразующие симбитрофные грибы) в ряде системы грибов раньше рассматривались как самостоятельный вид – лишайники [11], в последнее время они классифицируются как самостоятельная трофическая группа [2]. Некоторые специалисты [6] считают, что зелёный цвет налёта связан с действием гриба Ziehen dentalis. С помощью микроскопических исследований выявлены мелкие отверстия, густо заселённые грибами, которые, поражая органическую основу эмали, способствуют возникновению КЗ.

Появление оранжевого ЗН связывают с влиянием хромогенных бактерий, металлов и доксициклина . Жёлто-золотистые пятна на поверхности зубов могут образовываться при использовании фторида олова (SnF_2). Считается, что низкий уровень pH SnF_2 вызывает денатурацию белка пелликулы под воздействием сульфгидрильных групп, которые в дальнейшем образуют сульфид олова, дающий соответствующий оттенок [21]. Коричневый ЗН в основном возникает там, где образуется зубная бляшка, например, между зубами, ближе к маргинальному краю десны, в углублениях и фиссурах под действием экзогенных факторов: продуктов питания и напитков (чай, кофе, вино, кат (листья Catha edulis, Арабский чай) и т.д.), табачных изделий, металлов, йода, полоскания растворами хлоргексидина, цетилпиридинхлорида, зубных пастсофтором, фторидом олова, принятием доксициклина. Тёмно-коричневый, мягкий жёлтый или белый налёты, которые плотно фиксированы на шейках зубов, определяются у 1/3 больных хроническим пиелонефритом. Тёмно-коричневый налёт выявляется преимущественно на фронтальных зубах у детей, имеющих

здоровый пародонт. Налёт локализован узкой полосой вдоль края десны и напоминает налёт курильщиков. Окрашивание дентина появляется, очевидно, по той же причине, что и пигментация при пародонтопатиях: гемосидерин и др. продукты гибели эритроцитов, которые определяются в слюне в результате диффузной кровоточивости дёсен, окрашивают налёт в темный цвет [16]. При обследовании 4-х летнего ребёнка с синдромом West (особенная форма эпилепсии у детей первого года жизни) обнаружили голубой ЗН. После гистопатологического исследования материала был выделен Pseudomonas aeruginosa. Бактерии, продуцирующие голубой пигмент, обычно выделяют при хронических легочных инфекциях [24].

Список литературы:

1. Введенская С.В. Использование ультразвука в нехирургическом лечении заболеваний пародонта/СВ.Введенская, А.М.Базан// Материалы 7-ой Всероссийской научно-практич. Конференции. – М., 2001- С.41-43.
2. Гарибова Л.В. Основы микологии: морфология и систематика грибов и грибоподобных организмов: учеб. пособие /Л.В.Гарибова, С.Н.Лекомцева. - М.: Т-во науч. изданий КМК, 2005. - 220с.
3. Гигиена полости рта метод профилактики стоматологических заболеваний: учеб.пособие / С.В.Чуйкин, Г.ГАкатьева, Е.Ш.Мухаметова, С.А.Гунаева. - Уфа,2004.- 100 с.
4. Грошиков М.И. Профилактика и лечение кариеса зубов /М.И. Грошиков. - М:. Медицина, 1980. -189 с.
5. Кошель П. фотосинтез/П. Кошель//Биология.-2004,-№42 (758). -С. 7.
6. Курякина Н.В. Стоматология профилактическая: руководство по первичной профилактике стоматологических заболеваний / Н.В. Курякина, Н.А. Савельева. - М.: Мед. книга; Н.Новогород: НГМА, 2003. - С. 117-134.
7. Леус П.А. Микробный биофильм на зубах: физиологическая роль и патогенное значение /П/А. Леус //Стомат. журнал.-2007. - №2. - С. 100- 111.
8. Малая медицинская энциклопедия. - М.: Мед. энциклопедия, 1991- 3520 с.
9. Маргелис Л. Роль симбиоза в эволюции клетки/Л.Маргелис//М.: Мир, 1983. - 352 с.
10. Пахомов, Т.Н. Первичная профилактика в стоматологии/Т.Н. Пахомов М.: Медицина, 1982. - 240 с.
11. Персин Л.С. Стоматология детского возраста/Л.С Персин, В.М. Елизарова, СВ. Дьякова. - М:. Медицина, 2006, - 640с.
12. Терехова Т.Н. Комплексное лечение и реабилитация стоматологических проявлений почечной патологии в детском возрасте: учеб.-метод.пособие -Т.Н.Терехова, Л. П. Велик. - Мн.: БГМУ, 2003. - 20 с.
13. Улитовский Сб. Гигиена полости рта - первичная профилактика стоматологических заболеваний / С.Б. Улитовский/. - М.: [б.в.],1999. - 144 с.
14. Шугля Л.В. Состояние и функциональная характеристика органов полости рта у детей с хроническим гастродуоденитом: автореф. Дис. Мн., 1994 - 20 с.
15. Щеголева В.Д. Пигментированный зубной налет у детей и методы его удаления / В. Д. Щеголева, Е.С. Бояркина // Стоматолог. - 2005.-№'7.-С.10-11.
16. Allais G. Derorale biofilm/G. Allah//Новое в стоматологии. - 2006. - №4 (136). - С 4-14.
17. Association between black stains and dental caries in primary teeth: findings from a Brazilian population-based birth cohort/C.C. Franca-Pinto, M.S. Cenci, M.B. Correa. et al. /I Caries Res. -2012.- Vol. -46,№>2. -P. 170-176.
18. Black stain and dental caries in schoolchildren in Potenza, Italy/M.J. Koch, M. Bove, J. Schroff. etal. //ASDCJourn. Dent. Child. - 2001, Sep.-Dec. - Vol. 68. - №5-6. - P. 353-355.
19. Blackstainsinthemixeddentition:aPCRmicrobiologicalstudyoftheetiopatbogenicbacteria./C.5aba,M .Solidani,F.BerluW
20. Bussell R.M. Case report: Blue chromogenic dental staining in child with West syndrome IR.M. Bussell, C Deery/i Eur Arch Paediatr Dent. -2010, Dec. -Vol.11.-№6.-P. 298-300.
21. Cohn E. Untersuchngenuber Bacterien ("Beitraegezur Biologieder Planzen") /E.Cohn.-1872.-Bd. I.-S. 127-222.
22. Dorothy A. Perry. Periodontology for the Dental Hygienist. -3-rd. ed. / Perry Dorothy A.,

Beemsterboer Phyllis L. Missouri: Saunders Elsevier. -2007.- 504 P.

23. Ellingsen J.E. Extrinsic dental stain caused by stannous fluoride/I.E. Ellingsen, H.M.Eriksen, G.R6lla//Scand.Journ. Dent. Res. - 1982,Feb.-Vol. 90, № 1,-P. 9-13.

24. Guimaraes LP. Green teeth associated with cholestasis caused by sepsis: a case report and review of the literature./LP. Guimaraes, T.A. Silva/ZOral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. - 2003,Apr. - Vol. 95, №4. -P. 446-451.

25. Norton S.A. Betel: consumption and consequences / S.A. Norton //hum. Am. Acad. Dermatol. - 1998, Jan. - Vol.38, №1.- P. 81 -88.

26. Paredes Gallardo V. Black stain: a common problem in pediatrics/V. Paredes Gallardo, C. Paredes Cencillo //An. Pediatr. (Bare). - 2005, Mar. - Vol.62. -

ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРАКТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

Курбанова С.Х., Махмудова З.К. , Багатаева П.Р.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Точная диагностика кариозных поражений гладкой межконтактной эмали и дентина является сложной задачей для клинициста. Кариес контактных поверхностей обычно диагностируется с различными интраоральными приспособлениями, включая визуализацию дисколоритов поверхностной эмали с использованием диагностического зонда для определения шероховатости поверхности и наличия полостей в комбинации с рентгенографией зубов в прикусе. В большинстве клинических случаев доступ для диагностики дистальной проксимальной поверхности очень ограничен. Рентгенография – важный диагностический инструмент для определения контактного кариеса, и ренгенография зубов в прикусе является наиболее широко используемым средством для диагностики кариеса проксимальных поверхностей зубов. На данный момент диагностика кариеса контактных поверхностей с использованием рентгенографии показывает точность, колеблющуюся от 40% до 65%.[7,16].Также частота использования рентгенографии для диагностики варьируется в зависимости от врача, поскольку стоматологи как профессионалы заинтересованы в уменьшении воздействия ионизирующего рентгенизлучения на своих пациентов. Широко известно и доказано, что дозированная ионизирующая радиация является кумулятивной в своих эффектах и рисках.[3,9]

Чтобы снизить воздействие на пациента ионизирующего излучения, клиницисты могут использовать волоконно-оптическую трансиллюминацию для безопасной диагностики труднодоступных поверхностей во время клинического исследования. Волоконно-оптическая транс иллюминация является безопасной, минимально инвазивной и безболезненной процедурой, которая может легко применяться на повседневном приеме.[1,13] При использовании прямого луча яркого белого света, направленного сквозь вестибулярную и контактные поверхности сухого зуба, можно визуализировать изменения его цвета, текстуры поверхности и наличие или отсутствие теней внутри зуба.[5,9]

Определение кариеса контактных поверхностей передних зубов

Для зубов как верхней, так и нижней челюсти при визуализации контактного кариеса передних зубов источник света должен быть размещен в области шейки с вестибулярной стороны зуба, а поверхность нужно исследовать с язычной стороны при помощи зеркала. В некоторых случаях из-за небольшой толщины нижних резцов источник света можно разместить и с язычной стороны.[4,8]

Определение кариеса контактных поверхностей боковых зубов

Для визуализации контактного кариеса боковых зубов источник света нужно размещать в пришеечной области зуба со щечной или язычной стороны. Свет проходит через ткани шейки зуба, а затем отражается окклюзионно. Кариес выглядит как темная тень на окклюзионной поверхности.

Недавно был разработан инновационный тонкий и гибкий волоконный кончик для определения контактного кариеса боковых зубов (Микролюкс Проксимал Кариес Лайт Гайд, Ад-Дент, Инк./Microlux Proximal Caries Light Guide, AdDent, Inc.).[5,7] Этот кончик толщиной 0,75 мм также отлично справляется с визуализацией устьев корневых каналов в полости зуба. Для диагностики кариеса тонкий кончик световода помещается в зубодесенную борозду ниже уровня

проксимального контакта под десенный край. Этот метод всегда показывает кариес с более высоким разрешением, чем стандартные волоконно-оптические световоды.

Дополнительное определение кариеса

Передние зубы. Для верхних передних зубов и клыков нижней челюсти наилучшая визуализация достигается при расположении световода под правильным углом к вестибулярной поверхности, просвечивая зуб к язычной поверхности. Язычная поверхность осматривается с помощью зеркала. Расположение световода с язычной поверхности не дает оптимального диагностического изображения. Начальное препарирование подтверждает распротсранение кариеса, которое было визуализировано с помощью волоконно-оптической трансиллюминации.[3,6]

Кариес дистальных поверхностей клыков более сложно визуализировать клинчески и радиографически. Использование волоконно-оптической трансиллюминации в комбинации с клиническим и рентгенографическим исследованием может дать более точный диагноз. Для более тонких и прямых резцов нижней челюсти источник света с язычной стороны может обеспечить отличный диагностический вид.

Боковые зубы. Визуализация контактного кариеса боковых зубов требует изначально правильного размещения световода под правильным углом к вестибулярной поверхности, ниже контактного пункта. Наилучший диагностический вид дает специализированный тонкий волоконно-оптический кончик, который может быть помещен между зубами. Контактный кариес боковых зубов должен диагностироваться с помощью клинического исследования, рентгенографии в прикусе и волоконно-оптической трансиллюминации. Окончательное препарирование и удаление кариеса подтверждает достоверность волоконно-оптического изображения распространения поражения. Обычные волоконно-оптические световоды также могут послужить дополнительным инструментом при диагностике интерпроксимального кариеса боковых зубов.[8,14]

Определение других патологий зубов

Гипоплазия эмали. Поверхностные дисколориты эмали могут быть выявлены с помощью волоконно-оптической трансиллюминации, путем определения глубины дисколорита и степени его опаковости.

Наиболее частый вид дисплазии эмали, встречающийся в практике стоматологов, – это флюороз зубов. При использовании волоконно-оптической трансиллюминации определяется глубина и распространенность опаковости на поверхности эмали.[4,9]

Неполные переломы зубов. Обычно неполные переломы зубов обнаруживаются у пациентов, имеющих жалобы на боль при жевании[33] (фото 15). Всесторонняя оценка включает опрос пациента и исследования прикуса. Жалобы пациента могут быть подтверждены путем визуализации неполного перелома с помощью волоконно-оптической трансиллюминации. В некоторых случаях неполные переломы могут быть не переломами бугров, а мезиодистальными вертикальными переломами стенок полости зуба. Доказать наличие фрактуры можно после удаления реставрации и проведения трансиллюминации зуба. Важно использовать различные направления светового потока для лучшей визуализации неполных переломов зубов.

Другой пример – это случай определения неполного перелома зуба при препарировании, без наличия симптомов, необходимых для составления прогноза. Волоконно-оптическая трансиллюминация была использована для демонстрации пациенту прогноза лечения. В этом случае была выполнена композитная реставрация и пациент назначен на дальнейшее наблюдение. [2,8]

Трансиллюминация устьев корневых каналов

В некоторых случаях, требующих подготовки эндодонтического доступа или обнаружения устьев корневых каналов, использование волоконно-оптического световода в пришеечной зоне под кламмером позволяет осветить внутреннюю часть зуба для лучшей визуализации корневых каналов.[1,7]

Существующие дефекты композитных реставраций

Во время препарирования зубов, особенно при наличии дефектов композитных реставраций, бывает сложно визуализировать полное удаление старого композита. Использование волоконно-

оптической трансил-люминации позволяет облегчить визуализацию оптической разницы между тканями зуба и композитом, а также увидеть границы старой реставрации, которую необходимо удалить. Также, если композиты имеют прокрашенные края, трансиллюминация позволяет увидеть не только их, но и распространение вторичного кариеса внутрь зуба.[9,15]

Выводы.

Обычные клинические исследования и рентгенография не обеспечивают достаточной информации для диагностики различных патологий полости рта. В последние годы обилие цифровых устройств как средств для дополнительной диагностики стоматологических патологий позволило врачам пополнить свой диагностический арсенал. Помимо увлечений новыми технологиями, клиницисты должны помнить обычные проверенные методы, которые также могут помочь.

Волоконно-оптическая трансиллюминация входит в категорию средств, не требующих дополнительной цифровой поддержки. Простое просвечивание ярким светом прозрачных тканей зуба с применением общепринятых техник позволяет клиницистам расширить их способности в постановке точного диагноза. Более того, волоконно-оптическая трансиллюминация выступает в качестве дополнительного инструмента во время лечения. Области применения трансиллюминации:

- дополнительное диагностическое средство для определения интерпроксимального кариеса в передних и боковых зубах;
- определение зубных отложений;
- определение прокрашенных краев композитных материалов, выявление переломов и трещин зубов;
- освещение эндодонтического доступа и устьев корневых каналов в полости зуба во время эндодонтического лечения;
- улучшение определения поражений мягких тканей;
- определение трещин цельнокерамических реставраций перед цементировкой;
- клиническое выявление переломов и трещин цельнокерамических реставраций и натуральных зубов;
- определение глубины и распространения наружных прокрашиваний для назначения адекватного лечения.

Литература

1. Friedman J, Marcus Ml. Transillumination of the oral cavity with use of fiber optics. J Am Dent Assoc. 1970;80(4):801-809.

2. DeCusatis C, DeCusatis CJ. Fiber, cables, and connectors. In: DeCu-satis C, DeCusatis CJ, eds. Fiber Optic Essentials. San Diego, CA: Elsevier; 2006:1-28.

3. Erne HC, Gardner TR, Strauch RJ. Transillumination of hand tumors: a cadaver study to evaluate accuracy and intraobserver reliability. Hand (N Y). 2011;6(4):390-393.

4. Dixit SS, Kim H, Comstock C, Faris GW. Near infrared transillumination imaging of breast cancer with vasoactive inhalation contrast. Biomed Opt Express. 2010; (1):295-309.

5. Sharan R, Thankappan K, Iyer S, et al. Intraoperative transillumination to determine the extent of frontal sinus in subcranial approach to anterior skull base. Skull Base. 2011; 21(2):71-74.

6. Ripa LW, Leske GS, Sposato A. The surface-specific caries pattern of participants in a school-based fluoride mouthrinsing program with im-plications for the use of sealants. J Public Health Dent. 1985; 45(2):90-94.

7. Diagnosis and Management of Dental Caries Throughout Life. NIH Consensus Statement. Bethesda, MD: National Institutes of Health. 2001;18(l):l-24.

8. Gordan VV, Riley JL 3rd, Carvalho RM, et al. Methods used by Den-tal Practice-based Research Network (DPBRN) dentists to diagnose dental caries. Oper Dent. 2011;36(1):2-11.

9. Roberson TM. Cariology: the lesion, etiology, prevention and control. In: Roberson TM, Heymann HO, Swift EJ Jr, eds. Sturdevant's Art and Science of Operative Dentistry. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2006:67-134.

10.Nielsen LL, Hoernoe M, Wenzel A. Radiographic detection of cavitation in approximal surfaces of primary teeth using a digital storage phosphor system and conventional film, and the relationship

between cavitation and radiographic lesion depth: an in vitro study. Int J Paediatr Dent. 1996;6(3):167-172.

11.Davies GM, Worthington HV, Clarkson JE, et al. The use of fi-bre-optic transillumination in general dental practice. Br Dent J. 2011;191(3):145-147.

12.Kidd EA, Pitts NB. A reappraisal of the value of bitewing radio-graph in the diagnosis of posterior approximate caries. Br Dent J. 1990;169(7):195-200.

13.Pitts NB. Advances in radiographic detection methods and caries management rationale. In: Stookey GK, ed. Early Detection of Dental Caries: Proceedings of the First Annual Indiana Conference. India-napolis, IN: Indiana University School of Dentistry; 1996.

14.Espelid I. Radiographic diagnoses and treatment decisions on ap-proximal caries. Community Dent Oral Epidemol. 1986;14(5):265-270.

15.Espelid I, Tveit AB. Clinical and radiographic assessment of ap-proximal carious lesions. Acta Odontol Scand. 1986;44(l):31-37.

16.Mileman PA, van der Weele LT. Accuracy in radiographic diagnosis: Dutch practitioners and dental caries. J Dent. 1990;18(3):130-136.

17.Dental Treatment. GDS Quarterly Statistics. January-March, 1999.DPB.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ: УДАЛЕНИЕ ФРАГМЕНТОВ ИНСТРУМЕНТОВ ИЗ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ.

Магомедов А.А., Караммаева М.Р., Курбанова Э.А.,

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Фрагментация (отлом) эндодонтических инструментов в корневом канале зуба случается довольно часто в практической деятельности врача-стоматолога. Сломанный в корневом канале инструмент представляет серьезную проблему, как для врача, так и для пациента. Причинами поломки инструмента в корневом канале могут быть следующие:

- неправильно сформированный доступ,
- нарушение методики работы инструментом,
- несоблюдение последовательности использования инструментов,
- неучтенная сложная анатомия каналов (искривления, сильная кальцификация),
- работа в заблокированном канале,
- неправильно выбранная скорость вращения машинных файлов, чрезмерное давление на инструмент,
- хрупкость инструмента в результате многократной стерилизации, особенно звуковой,
- превышение сроков эксплуатации инструмента,
- использование поврежденного инструмента. [3,4]

Отлом эндодонтического инструмента вызывает стресс у стоматолога и влечет за собой определенные трудности при дальнейшем лечении зуба вплоть до его удаления. Поэтому в настоящее время проблема извлечения фрагментов эндодонтических инструментов из каналов зубов является актуальной.

Согласно данным литературы, известно множество методик и приспособлений для удаления обломков металлических инструментов из корневых каналов зубов. Способ, предложенный А.Ж. Петрикасом с соавторами, имеет некоторые недостатки. Во-первых, необходимо изготовить специальное устройство из инъекционной иглы и использовать мандрен для насаживания и заклинивания фрагмента эндодонтического инструмента внутри инъекционной иглы. Во-вторых, в узких и искривленных корневых каналах это устройство применить невозможно. Но самый большой недостаток заключается в том, что предлагаемое устройство может протолкнуть фрагмент инструмента за верхушку корня зуба, тем самым приведя к еще большему осложнению, требующего хирургического вмешательства. Способ извлечения инородных тел, предложенный И.А. Шляхтовой, также имеет недостатки, заключающиеся в трудоемкости, длительности и частых неудачах при извлечении фрагментов эндодонтических инструментов из корневых каналов зубов.[5,6]

На сегодняшний день не существует какой-либо единой возможной процедуры для безопасного и успешного удаления фрагментов инструментов. Однако удаление обломков при

помощи старых традиционных способов требует больших затрат времени, довольно рискованно и не всегда происходит успешно. В настоящее время удаление сломанных частей инструментов выполняется с использованием ультразвука, операционных микроскопов или при помощи набора Массерана (Micromega, Безансон, Франция), а также экстракторов Del Zotto (Evident, Швеция). Система Массерана применима и эффективна в наши дни лишь в некоторых случаях, когда, например, обломки инструментов находятся в удобной позиции для их извлечения. С другой стороны, применение этого набора затруднительно для удаления отломков из задних зубов, а также из тонких и изогнутых каналов.[3,7] Успех нехирургического удаления сломанного инструмента из корневых каналов зависит от анатомии канала, расположения фрагментов в канале, их длины, диаметра и кривизны самого канала, а также сдавливания обломков стенками канала. Инструменты, находящиеся в прямой части корневого канала, как правило, могут быть легко извлечены. Если части поломанных инструментов находятся частично вдоль изгибов канала и к ним возможен прямой доступ, они могут быть удалены. Удаление сломанных частей, которые расположены в апикальной части изогнутого канала, как правило, почти невозможно.

Многие производители инструментов и материалов для стоматологии разрабатывают новинки, которые обеспечивают более эффективное лечение зубов и корневых каналов. К примеру, фирма Evident разработала систему для извлечения отломков инструментов из зубных каналов – Extractor Del Zotto. На конце инструмента смонтирована гибкая пружина, что позволяет работать экстрактором Del Zotto даже в искривленных каналах.[1,2]

Для повышения безопасности и успеха процедуры, были разработаны специальные ультразвуковые наконечники. Они вибрируют, ослабляя препятствия, тем самым причиняя минимальные повреждения стенкам канала. Оперативные стоматологические микроскопы также играют важную роль в удалении обломков инструментов. Освещение, расширение обзора и приближение участка канала при помощи микроскопа позволяет врачам наиболее детально рассмотреть части сломанного инструмента и удалять их без перфорации. Данная методика использует создание площадки ультразвуковыми приборами вокруг сломанного фрагмента, затем следует воздействие на него ультразвуковыми колебаниями в сочетании с ирригационным раствором. Все процедуры данной методики выполняются при помощи оперативного микроскопа. [2,8]

Исследования на практике показали, что успех удаления обломков инструментов из корневых каналов без негативных последствий зависит от типа обломка, который откололся от инструмента, анатомии канала, степени его искривленности и, конечно же, от техники извлечения, которую выберет врач. Сложность удаления фрагмента зависит от многих факторов, таких как: уровень, на котором был сломан инструмент, анатомия канала, первичное или повторное проводится эндодонтическое вмешательство и на наш взгляд, немаловажный фактор – инструментальное оснащение и оборудование стоматологического кабинета, а также квалификационный уровень врача-стоматолога.

К сожалению, далеко не многие стоматологические клиники нашей республики оснащены системами операционных микроскопов и ультразвуковыми приборами со специальными насадками для эндодонтического лечения и перелечивания корневых каналов зубов. Вероятно такая обстановка объясняется недостаточным финансированием или отсутствием материальных средств обеспечения стоматологических лечебных учреждений современным оборудованием.

Цель. В условиях сложной экономической ситуации представляется целесообразным оптимизировать процесс эндодонтических манипуляций на этапе устранения ошибок и осложнений, связанных с лечением каналов зубов.

Материал и метод исследования. С целью повышения эффективности эндодонтических вмешательств, а также улучшения качества перелечивания зубов, нами, сотрудниками кафедры терапевтической стоматологии ДГМА, разработана методика извлечения фрагментов инструментов из корневых каналов зубов с помощью профайлов и магнита.

Предлагаемая методика заключается в следующем:

1. Предварительная рентгенография для определения уровня расположения фрагмента в корневом канале зуба;

2. Расширение корневого канала стандартным методом (К-файлы, Н-файлы, профайлы, протейперы) до фрагментаи далее на протяжении фрагмента, исключая апикальную треть канала;

3. Введение профайла в корневой канал до соприкосновения с обломком инструмента;

4. Прикладывание магнита к рукоятке профайла, притягивание фрагмента инструмента к рабочей части профайла силой магнитного поля;

5. Извлечение системы магнит-профайл-фрагмент из корневого канала.

Результаты исследования. Разработанный нами способ экстракции отломков эндодонтических инструментов из корневых каналов зубов успешно используется в клинике терапевтического отделения республиканской стоматологической поликлиники им. М.Максудова и сотрудниками кафедры терапевтической стоматологии ДГМА. По изложенной выше методике было извлечено 27 фрагментов инструментов из 35 случаев, что в процентном соотношении составляет 77,1% - положительных результатов, 22,9% - неудачных попыток. Успех удаления отломков инструментов зависел от уровня их местоположения в корневом канале (в средней или апикальной трети) и от степени искривления каналов зубов. Из середины прямых каналов было извлечено 15 фрагментов из 22 случаев, и 3 отломка из апикальной части, что составляет 67,5% и 13,5% соответственно. Из 13 корневых каналов, имеющих искривления, удалось извлечь 9 фрагментов, причем из средней трети удалили 8 отломков, а из нижней – 1, в процентном соотношении это составило 61,6% и 7,7% соответственно.

Выводы. Таким образом, разработанный нами способ удаления фрагментов эндодонтических инструментов из корневых каналов зубов является результативным и помогает предотвратить возможные осложнения, связанные с перелечиванием зубов. Применяемая нами методика достаточно проста и эффективна в использовании, не требует дополнительных затрат, доступна для практикующих стоматологов. Быстрота, надежность и результативность предлагаемого способа экстракции фрагментов инструментов из корневых каналов поможет предотвратить нежелательные осложнения при проведении эндодонтических манипуляций во время лечения зубов.

Литература:

1. Зырянов Б.Н. Система удаления фрагментов эндодонтических инстументов из корневых каналов зуба. // Институт стоматологии, 2012, №3, с.44-45.

2. И.А.Серебренникова И.А. Извлечение сломанных эндодонтических инструментов из каналов корней зубов. // Медицина, 2013, №7, с.50-51.

3. Копьев Д.А. Ошибки и осложнения в процессе эндодонтического лечения. Простые правила их профилактики. Часть 1. // Эндодонтия Today, 2007, №1, с.22-24.

4. Молоков В.Д. и соавторы. Ошибки при эндодонтическом лечении. Учебное пособие. Иркутск. 2010. – С.14-17.

5. Петрикас А.Ж. Устройство для извлечения штифтов и сломанных эндодонтических инструментов / А.Ж.Петрикас, Е.В.Сергеева, Г.П.Лобашов // Стоматология. - 1991. - № 1. - С. 72.

6. Шляхтова И.А. Извлечение инородных тел из корневых каналов. // Новости Dentsplay. - 2005. - №11. - С. 42-46.

7. Carrotte P. Endodontic Problems / P. Carrotte // British Dental Jornal. - 2005. - Vol. 198, N 3. - P. 127-133.

8. Spill P. The Impact of Instrument Fracture on Outcome of Endodontic Treatment. // Journal of Endodontics. – 2005. – Vol 31, №12. – P. 88-92.

ОЦЕНКА И АНАЛИЗ ПРОТИВОМИКРОБНОГО ДЕЙСТВИЯ «ЯГЕЛЬ» ПРИ ГИНГИВИТЕ.

Ушницкий И.Д., Черемкина А.С., Никифорова Е.Ю., Ахременко Я.А., Тарасова Л.А., Прокопьев И.А., Данилова Ю.Ю.

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», г. Якутск

Введение. В настоящее время заболевания пародонта остаются актуальной проблемой стоматологии и медицины [4, 2]. Необходимо отметить, что особую роль в формировании и развитии воспалительного процесса краевой десны имеет плохое гигиеническое состояние

полости рта, где начальными признаками раздражения и воспаления являются гиперемия, отек и кровоточивость [1,5]. При длительном течении гингивита в поддесневой микрофлоре происходит значительное увеличение грамотрицательных палочек. Особенностью анаэробов и сапрофитных микроорганизмов в развитии воспалительного процесса десны являются выделение экзотоксинов и эндотоксинов, которые активно повреждают клетки, соединительнотканные образования и основное вещество, которые, как правило, связаны со снижением специфических и неспецифических механизмов местной и общей реактивности организма [3].

Несмотря на широкое изучение профилактики и лечения гингивита до конца данные проблемы не решены, что диктует необходимость постоянного поиска новых эффективных средств и методов. При этом изучение и оценка антимикробной активности «Ягель» к микрофлоре при воспалительных заболеваниях тканей пародонта имеет важное теоретическое и практическое значение в стоматологии, тем более подобные исследования ранее не проводились.

Цель исследования. На основании микробиологического анализа результатов антимикробного действия «Ягель» определить минимальную ингибирующую и минимальную бактерицидную концентрацию к микроорганизмам при гингивите.

Материал и методы исследования. На первом этапе проводилось комплексное клинико-эпидемиологическое исследование 1853 школьника в возрасте от 7 до 17 лет в средних общеобразовательных учреждениях №9, 30 и 31 городского округа «Город Якутск». Для оценки стоматологического статуса использовалась специальная карта, рекомендованная ВОЗ (1997). Гигиеническое состояние полости рта определяли по индексу ИГР-У (1964). Распространенность и тяжесть заболеваемости тканей пародонта определяли с применением индекса PMA (Parma, 1960).

Второй этап исследования включал оценку антимикробного действия «Ягель» при гингивите. Исследование проводилось на базе учебно-научной микробиологической лаборатории клиники медицинского института ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова». Материал из воспалительного очага десневой борозды при гингивите был получен с помощью тампона, который помещался в транспортную среду с углем.

Первичный посев материала осуществлялся на анаэробный кровяной агар, «шоколадный» агар и среду Сабуро. Инкубацию посевов осуществляли при 37^0Св течение 24-48 часов. Чашки с анаэробным гемагаром инкубировали в герметичных контейнерах для создания атмосферы с газогенераторами и анаэробной атмосферы «GENbagAnaer» (Bio-Merieux). Посевы на «шоколадном» агаре, также помещались в герметичные контейнеры, но с газогенераторами для микроаэрофилов «GENbagMicroaer» (Bio-Merieux).

Для подсчета количества микроорганизмов в материале посев производился по способу Мельникова-Царева: тампоном производили посев исследуемого материала на 1-й сектор чашки Петри с питательной средой. После этого бактериологической петлей диаметром 3 мм проводили 4 штриховых посева из 1-го сектора во 2-й, аналогичным образом из 2-го сектора в 3-й, прожигая петлю после пересева каждого сектора. Количество бактерий в материале определяли с помощью специальной таблицы. Идентификацию выделенных культур осуществляли по морфологическим, тинкториальным и биохимическим свойствам. С выросших колоний брали мазки, окрашивали по методу Грама. Чистую культуру накапливали на соответствующей среде в подходящей атмосфере, затем идентифицировали на микробиологическом анализаторе «Vitek-II Compact» с применением карт для идентификации «Vitek 2 GN», «Vitek 2 GP»,«Vitek NH», «Vitek 2 YST» и «Vitek 2 ANC» (Bio-Merieux).

Биопрепарат «Ягель» разработан в ФГБУН «Институт биологических проблем криолитозоны» СО РАН (Якутск) и имеет свидетельство о государственной регистрации Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ №77.99.23.3.У.3522.5.08 от 04.05.2008; ТУ 9219-002-36971185-08; санитарно-эпидемиологическое заключение Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ №77.99.03.003.Т.000928.05.08 от 04.05.2008 года; свидетельство о государственной регистрации таможенный союз Республики Беларусь, Республики Казахстан и Российской Федерации №RU.77.99.11.003.E.051236.11.11 от 17.11.2011 года; патент РФ №2006100978 от 01.08.2007. Он изготавливается из экстракта слоевищ лишайников рода кладина (Cladina) и в своем составе содержит: основные активные вещества – амино-β-олигосахариды, образующиеся из амино-β-

полисахаридов при обработке их водой в среде диоксида углерода в состоянии сверхкритической жидкости. Содержит также комплекс веществ антиоксидантного действия: орселиновые, лекноровые, грифоровые, хиастовые кислоты и хиноны; витамин B_{12}, фолиевая кислота; природные антибиотики – усниновые кислоты и их производные. Приготовление суспензии на основе «Ягель» проводили методом рефрижераторного центрифугирования в аппарате «К-70Д» (Германия) при частоте вращения 3500 оборотов в минуту и температуре 70+2ºС в течение 40-45 минут.

Результаты исследования. Проведенное клинико-эпидемиологическое исследование свидетельствует о распространенности гингивита, где у 7-летних детей она находилась на уровне 41,23±0,63%, а в группе подростков 17 лет достигает до 85,57±0,15%. При этом среднестатистический показатель распространенности гингивита у обследованных групп детей составлял 63,08±0,18%. Следует подчеркнуть, что интенсивность воспалительного процесса по индексу РМА у детей от 7 до 12 лет характеризуется как легкой степени, а с 13 до 17 лет – средней степени тяжести. Тем временем среднеарифметический показатель интерпретируется как средняя степень выраженности воспаления краевой десны у обследованных групп школьников. Но, в тоже время, у 6,43±0,45% выявлялся локализованный хронический пародонтит легкой степени тяжести.

С учетом изложенного нами впервые проведено изучение антимикробного действия «Ягель» в клинической стоматологии. В начале исследования было проведено определение минимальной ингибирующей концентрации данного средства. Так, концентрация «Ягель», которая оказывает ингибирующее действие по отношению Candida albicans10^3 и Candida dubliniensis10^3 составляла 0,07 мг/мл, тогда как в группе Candida dubliniensis10^4 она больше в 2 раза и находилась в пределах цифровых значений 0,15 мг/мл. Тем временем средняя минимальная ингибирующая концентрация «Ягель» для грибов рода Candida находилась на уровне 0,31 мг/мл.

Следует отметить, концентрация активности «Ягель» для рода Neisseria sicca10^7 была равна 0,6 мг/мл, а Neisseria sicca10^6 – 0,31 мг/мл. При этом средняя концентрация, замедляющая рост Neisseria составляла 0,5 мг/мл. Но в тоже время при различных уровнях колониеобразующих единиц стрептококков (Streptococcus oralis 10^5, Streptococcus mutans10^6) минимальная ингибирующая концентрация и средний статистический показатель данного средства находился на уровне 0,07 мг/мл.

Необходимо отметить, что выявленные минимальные ингибирующие концентрации «Ягель» на условно-патогенную микрофлору при гингивите способствовали нас проведению дальнейших исследований по изучению его минимальной бактерицидной концентрации. Так, при различных количественных показателях Candida albicans10^3 и Candida dubliniensis10^3 минимальная бактерицидная концентрация составляла 0,15 мг/мл, тогда как у Candida dubliniensis10^4 концентрация повышается в 2 раза и находилась в пределах 0,3 мг/мл. Проведенный анализ и оценка также способствовали определению средней бактерицидной концентрации «Ягель» для грибов рода Candida, который более в 2 раз выше, чем МИК и она находилась на уровне 0,66 мг/мл.

Необходимо отметить, что по отношению грамм отрицательных микроорганизмов рода Neisseria sicca10^6 МБК составляла разведение 0,6 мг/мл. Но в тоже время в количественных значениях Neisseria sicca10^7 данный показатель повышается в 2 раза и достигал уровня 1,2 мг/мл. При этом средняя бактерицидная концентрация «Ягель» для рода Neisseria находилась в пределах 1 мг/мл. Тем временем по отношению таких грамположительных микроорганизмов Streptococcus oralis10^5 и Streptococcus mutans10^6 МБК была на уровне 0,15мг/мл. Аналогичный показатель также определялся при средней концентрации для рода Streptococcus.

Выводы. Проведенная оценка и анализ противомикробной активности «Ягель» к грамположительной и грамотрицательной микрофлоре, а также к грибам рода Candida при гингивите характеризуют его эффективность. На фоне высокого уровня распространенности гингивита среди различных возрастных групп детей школьного возраста полученные результаты минимальной ингибирующей концентрации и минимальной бактерицидной концентрации «Ягель» при их практическом применении будут оказывать позитивное действие в профилактике и лечении гингивита.

Литература

1. Бакшеева С.Л. Научное обоснование концепции оптимизации стоматологической помощи взрослому населению Эвенкии : дис… докт. мед. наук : код спец. 14.01.14 / Бакшеева Светлана Лукинична ; ГБОУ ВПО ”Красн. гос. мед. ун-т им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого”. – Красноярск, 2014. – 293 с.

2. Девяткова М.А. Клинико-физиологические обоснование применение гирудо- и фитотерапии при лечении хронических воспалительных заболеваний пародонта : автореф. дис. …канд.мед. наук / Мария Александровна Девяткова.- Архангельск, 2005. – 22 с.

3. Иванкина Н. Профессиональная профилактика в практике стоматолога / Н. Иванкина // Кафедра. Стоматологическое образование. – 2013. – № 44. – С.48-50.

4. Сарап Л.Р. Оценка клинической эффективности комплекса профилактических мероприятий у детей младшего школьного возраста / Л.Р. Сарап, А.В.О. Мансимов, Е.В. Сарап [и др.] // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2012. – Т.11. –№2 (41). – С. 64-68.

5. Dolgin J.L. Who’s smiling now?: disparities in American dental health / J.L. Dolgin // Fordham Urban Law J. – 2013. – Vol.40. –№ 4. – P. 1421-1446.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НАСТОЙКИ КАЛГАНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА.

Османова Т.Т., Султанова М.А., Исаева С.М.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Увеличение продолжительности ремиссии при лечении пародонтита у пациентов с сахарным диабетом является актуальной проблемой стоматологии [1, 4, 5]. С этой целью используются различные средства, в том числе и растительного происхождения. К таким средствам относится спиртовая настойка корня калгана, которая обладает противовоспалительным действием. Экспериментальное обоснование применения корня калгана для ускорения стихания воспалительного процесса при пародонтите на фоне сахарного диабета 2 типа явилось **целью настоящего применения.**

Материал и методы исследования. В опыт взято 45 белых половозрелых крыс линии Вистар, из них у 30 вызывали диабет 2 типа путем введения антиметаболита инсулина – стрептотизина. После развития диабета в области нижних резцов в десну крыс под наркозом вшивали тонкую шелковую лигатуру. Через 14 дней, после развития воспаления в тканях пародонта её удаляли [2, 3]. В I группе 15 животных содержали на обычной воде, во II группе 15 других крыс поили настойкой калгана, разведенной в воде. Контролем (III группа) служили 15 животных, у которых пародонтит воспроизводили без сахарного диабета. Крыс выводили из опыта под наркозом на 15-е, 30-е и 60-е сутки после удаления лигатуры, т.е. в период естественного стихания воспаления. В периферической крови при забое определяли общее число лейкоцитов, количество гранулоцитов и лимфоцитов. Проводили патоморфологическое исследование.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ крови в контрольной группе, в которой у крыс воспроизводили пародонтит без других воздействий, на 15-й день опыта показал развитие нейтрофильного лейкоцитоза до 9.9 х 109/л. На 30-й день лейкоцитоз снизился до 8.1 х 109/л., но сохранился регенераторный сдвиг лейкоцитов, а на 60-й день данный показатель крови соответствовал норме и составлял 6.8 х 109/л. При сахарном диабете лейкоцитоз был выражен в меньшей степени главным образом за счет снижения числа лимфоцитов, что свидетельствовало о развитии иммунодефицитного состояния. При применении настойки калгана отмечено незначительное влияние на показатели периферической крови у крыс.

В результате патоморфологического исследования установлено, что вливание лигатуры в десну контрольных животных вызывает резко выраженное воспаление тканей пародонта. После удаления лигатуры явления воспаления стихали, и к 60-м суткам у интактных животных происходило восстановление структуры пародонта, но явления деструкции ещё сохранились. Через 15 дней после начала эксперимента у животных I группы с диабетом отмечались более выраженные и распространенные, чем в контроле (III группа) воспалительные изменения в тканях пародонта, образовывались десневые карманы. Через 30 суток после снятия лигатуры у контрольных животных воспалительная реакция значительно ослабевала, а у крыс I группы либо

оставалась без изменений, или даже усиливалась. При сахарном диабете 2 типа воспалительный процесс в тканях пародонта сохранялся даже на 60-е сутки, несмотря на удаление лигатуры, вызвавшей повреждение ткани. При этом значительно страдали как поверхностные ткани – эпителий десны, так и костная ткань альвеол. Применение настойки калгана способствовало стиханию воспалительного процесса в мягких тканях пародонта. В меньшей степени применение настойки калгана повлияло на костную ткань челюсти, в которой сохранились явления резорбции.

Литература:

1. Вайнштейн Н.В. Раннее выявление сахарного диабета среди больных пародонтитом и родственников больным сахарным диабетом // Проблема эндокринологии – 2011 .- №3 С. 26.

2. Воложин А.И., Сашкина Т.И., Салдусова И.В. Иммунологические аспекты воспалительных заболеваний пародонтита // Тезисы докладов научной сессии РАМН., ММСИ, 2007 – С. 17.

3. Григорян А.С., Фролова А.О., Иванова Е.В. Морфогенез ранних стадий воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология – 2009 – Т.75, №2. – С. 28-30.

4. Pinto A. Prevalence, topographic distribution and pathogenesis of macro- and micro- angiopathic vascular lesions in patiants with diabetec mellitus // Deriver Cardioang – 2009 – Vol. 47, №12, P. 581-582.

5. Poppe B., Faustmann U., Saffan G, Dietrich F. Zur Bedeutung der Bissflugelaufnahme in der Frukherkennung von Karies und Periodontalerkrankungen bei Kindem und Jugendlichcn // Zahn Mund Kieferheikd. – 2007 – Bd. 78 - № 8 – S.705-711.

ДИНАМИКА ПОРАЖЕННОСТИ КАРИЕСОМ ЗУБОВ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН г.ДЕРБЕНТА (ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОВЕДЁННОГО В 1998 И 2013 ГГ.).

Алиева З.Б., Бахмудов Б.Р.

Стоматологическая поликлиника и женская консультация
Центральной городской больницы, г. Дербент
НГОУ ВО «Дагестанский медицинский стоматологический институт», г. Махачкала

Установлено, что эффективность лечебно-профилактических стоматологических мероприятий в регионе зависит от правильной их организации, для планирования которых крайне важно знать данные повозрастной структуры стоматологической заболеваемости у изучаемого контингента [4-6].

Самым достоверным методом определения показателей стоматологических заболеваний среди разных контингентов населения является метод изучения динамики пораженности через определенное время после первичного обследования [1,2]. Согласно рекомендации ВОЗ повторные эпидемиологические исследования следует проводить через каждые 5 лет [7]. Более того, на основании данных эпидемиологических обследований и их динамики через определённое время можно оценивать и результаты деятельности стоматологических учреждений в регионе [1,2,4,5].

Нам представлялось интересным изучить динамику кариесологического статуса беременных женщин г.Дербента через 15 лет после аналогичного обследования, что и послужило целью настоящего исследования.

Материал и методы. Для изучения стоматологического статуса в 2013г. обследовали 631 беременную, используя метод сплошной выборки. Необходимым условием включения в обследование было рождение и постоянное жительство в г.Дербенте. При первичном посещении женской консультации на каждую беременную заполняли специально разработанную для этих целей «Карту осмотра полости рта беременной». Клиническое обследование полости рта выполняли с помощью стандартного набора стоматологических инструментов по общепринятой методике выявления кариозного поражения.

При группировке женщин по возрасту и проведении у них клинического обследования полости рта придерживались рекомендаций Комитета экспертов ВОЗ, с вычислением общепринятых индексов распространённости кариеса и интенсивности кариеса в виде индекса $КПУ_з$ [7]. Кроме того, в каждой возрастной группе изучали структуру $КПУ_з$ – среднее количество кариозных, пломбированных и удалённых зубов на одного обследованного.

Для оценки динамики пораженности кариесом беременных за 15 лет проводили сопоставление показателей распространенности и интенсивности кариеса зубов, полученных в ходе настоящего исследования, с аналогичными данными, полученными нами при обследовании беременных женщин в 1998г., которые были ранее опубликованы в печати [3].

Уровень стоматологической помощи (УСП) оценивали с помощью группового индекса, предложенного профессором П.А.Леусом [5].

$$УСП = 100\ \% - \left(100\frac{\hat{E} + \grave{A}}{\hat{E}\ddot{I}\acute{O}}\right),\ \%\ ,\ \text{где:}$$

УСП – уровень оказания стоматологической помощи; 100% – условно максимальный уровень обеспечения потребности населения; К – кариозные (нелеченные зубы); А – отсутствующие зубы (не восстановленные протезами); КПУ – средняя интенсивность кариеса зубов.

Оценку значения УСП проводили по следующей градации: очень низкий (0–9%), низкий или недостаточный (10 – 49%), удовлетворительный (50 – 79%) и оптимальный (80 – 100%).

Достоверность полученных данных обусловлена использованием одинаковой методикой обследования, одинаковым составом участников обследования. Результаты исследования обрабатывали математически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Сравнительное изучение возрастного состава беременных за 1998г. и за 2013г. представлено в табл. 1.

Таблица 1.

Распределение беременных по возрасту и году наблюдения (M±m)

Год наблюдения	Возраст беременных, годы										Всего
	17-19		20-24		25-29		30-34		35 и более		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
1998	118	17,77 ±1,48	285	42,92 ±1,92	153	23,04 ±1,63	82	12,35 ±1,27	26	3,91 ±0,75	664
2013	122	19,33 ±1,57	265	41,99 ±1,96	156	24,72 ±1,72	66	10,46 ±1,22	22	3,48 ±0,73	631

Как показало сопоставление полученных данных, за сравниваемые годы среди обследованных женщин доли беременных разных возрастных групп практически не различались (P>0,05).

Результаты изучения динамики эпидемиологического обследования беременных отражено в табл.2.

Согласно полученным данным достоверной разницы в распространённости и интенсивности поражения кариесом, среди обследованных беременных одинаковых возрастных групп в разные годы наблюдения не выявлено.

Таблица 2.

Распространенность (в %) и интенсивность кариеса у беременных женщин в 1998г. и 2013г. (M±m)

Группы	Возраст, годы	Распространенность кариеса (%)		Значение P	КПУ (M±m)		Значение P
		1998 г.	2013 г.		1998 г.	2013 г.	
1-я	17-19	92,37 ±2,44	91,80 ±2,06	>0,05	5,46 ±0,21	5,41 ±0,21	>0,05
2-я	20-24	96,14 ±1,14	96,60 ±1,11	>0,05	6,93 ±0,15	6,87 ±0,16	>0,05
3-я	25-29	99,35 ±0,64	100,0 ±0,0	>0,05	10,20 ±0,96	10,57 ±0,26	>0,05
4-я	30-34	100,0	100,0	_	11,78	12,12	>0,05

		±0,0	±0,0		±0,38	±0,43	
5-я	34 и более	100,0 ±0,0	100,0 ±0,0	_	14,73 ±0,75	15,75 ±0,85	>0,05
Среднее значение		97,50	97,68	> 0,05	9,82	10,15	>0,05

Примечание: данные за 1988г. опубликованы в журнале «Стоматология», 2000, №3 с. 12-14.

Это очевидно при сопоставлении, как в средних показателей на всех обследованных, так и во всех сравниваемых возрастных группах (P>0,05 во всех сравниваемых показателях).

Наиболее ценную информацию для планирования и организации стоматологической помощи дают данные о структуре поражения кариесом и уровне стоматологической помощи, которые представлены в таблице 3.

Изучение динамики заболеваемости кариесом беременных показало, что структура поражения кариесом беременных г. Дербента имеет весьма характерную картину, которая типична для обоих сроков обследования.

Таблица 3.

Структура КПУ$_з$ (средний стандартизованный показатель) и уровень стоматологической помощи (УСП) за 1998 и 2013гг.

Год наблюдения	**Среднее значение КПУ**	**Структура значение КПУ**						**УСП,%**
		К		**П**		**У**		
		Абс.	**%**	**Абс.**	**%**	**Абс.**	**%**	
1998	9,82	2,99	30,45	2,24	22,81	4,59	46,74	22,81
2013	10,15	1, 98	19,50	3,67	36,16	4,50	44,33	36,16

Примечание: данные за 1988г. опубликованы в журнале «Стоматология», 2000, №3 с. 12-14.

В структуре КПУ$_з$ по средним стандартизованным показателям наименьшую долю в 1998г. составляли запломбированные зубы – индекс «П» равнялся 22,81%, тогда как удельный вес кариозных зубов – индекс «К» составлял 30,45%.

В 2013г. наблюдались определенные положительные тенденции в структуре индекса КПУ$_з$. Среднее число запломбированных зубов у беременных женщин при их первичном обследовании было больше – индекс «П» составлял 36,16%, и соответственно количество кариозных зубов, которым требовалось оперативно-восстановительное лечение было меньше – индекс «К» равнялся 19,50%.

Наибольшую долю в структуре КПУ$_з$ за годы наблюдения приходилось на индекс «У» – удаленные зубы: в 1998г. – 46,74% и в 2013г. – 44,92%.

Таким образом, проведённый анализ структуры КПУ$_з$ показал, что за годы обследования от 64% (2013г.) до 75% (1998г.) удельного веса кариозных поражений составляют кариозные и удалённые зубы. Это можно рассматривать как закономерность для изучаемого региона, так как схожая картина наблюдается в течение 15 лет после первого эпидемиологического обследования.

Одним из наиболее весомых факторов, влияющих на безвозвратную потерю зубов у населения, является уровень стоматологической помощи в регионе. Изучение индекса уровня стоматологической помощи (УСП) показало, что значения этого показателя соответственно равнялись в 1998г. – 22,81% , а в 2013г. – 36,16 %. Другими словами, за оба срока наблюдения показатель УСП соответствует низкому недостаточному уровню оказания стоматологической помощи в регионе [5].

Таким образом, за пятнадцатилетний период наблюдения не выявлено существенных различий в показателях распространенности и интенсивности поражения кариесом зубов у беременных женщин г. Дербента. Выявленное увеличение в структуре КПУ$_з$ доли запломбированных зубов в 2013г. (элемент«П») в регионе можно объяснить ростом в городе количества частных стоматологических кабинетов и повышением мотивации населения к лечению зубов в связи большей доступностью стоматологической помощи. Неудовлетворительное качество лечебно - профилактической работы в регионе обуславливает сохранение тенденции большого процента безвозвратной потери зубов в структуре КПУ$_з$.

Заключение Результаты эпидемиологического исследования по изучению динамики пораженности кариесом и индекса УСП среди беременных женщин г.Дербента свидетельствуют о

необходимости совершенствования стоматологической помощи в регионе. Полученные данные следует использовать при организации стоматологической помощи беременным с внедрением индивидуализированных мер профилактики кариеса зубов с целью улучшения их стоматологического и общего здоровья.

Литература

1. Алимский А.В., Алпатова Л.М. Принципы и методические особенности изучения динамики стоматологической заболеваемости среди жителей северных регионов // Новое в стоматологии. – М., 2001. – С. 77-80.

2. Алимский А.В., Шалабаева К.З, Долгоаршинных А.Я. Динамика пораженности кариесом школьников г. Караганды (по материалам эпидемиологического обследования, проведенного в 1988 и 1998гг). // Новое в стоматологии. – М., 2002. – С. 101-102.

3. Бахмудов Б.Р., Бахмудова З.Б. Распространённость и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенические навыки ухода за полостью рта у беременных женщин // Стоматология. – М., 2000. – №3. – С. 12-14.

4. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2006. – С. 64-96.

5. Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология. – М, 2008. – 442с.

6. Рыбаков А.И., Базиян Г.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний и пути их профилактики. – М., 1973. –320с.

7. Стоматологические обследования. Основные методы. // Третье издание. ВОЗ. – Женева, 1989. – 61с.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ В ГОРОДЕ ДЕРБЕНТЕ.

[1]Бахмудов Б.Р.,[2] Муртазалиев Г-М.Г., [1]Алиева З.Б., [3]Бахмудов М.Б.

[1]Стоматологическая поликлиника и женская консультация
Центральной городской больницы, г. Дербент

[2]ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

[3]НГОУ ВО «Дагестанский медицинский стоматологический институт», г. Махачкала

Ввиду высоких показателей пораженности кариесом беременных женщин, для приближения к ним стоматологической помощи и улучшения качества их обслуживания, в 1997году приказом главного врача ЦРБ в женской консультации города Дербента был организован стоматологический кабинет, выделив по 1-й штатной единицы врача-стоматолога и медицинской сестры. Основной задачей при открытии кабинета ставилась организация эффективной санации полости рта у беременных. Важнейшим условием для эффективной работы стоматологического кабинета было то, что участковые акушеры-гинекологи направляли в стоматологический кабинет беременных при первичном посещении ими женской консультации по поводу текущей беременности с «Индивидуальной картой беременной и родильницы» (учётная медицинская документация Форма №111/у). Это позволяло в зависимости от исходного акушерского и стоматологического статуса беременной составлять индивидуальный план оздоровления полости рта и регулировать посещения стоматолога с учётом индивидуальных особенностей течения беременности.

Поскольку в «Индивидуальной карте беременной и родильницы» нет специального листа для записей врача-стоматолога, мы разработали для неё специальный вкладыш «Карта осмотра полости рта беременной» [2].

В этом вкладыше, наряду с исходными стоматологическими данными с указанием зубной формулы для динамического наблюдения у стоматолога, отмечали срок очередной явки к стоматологу и делали одну из трёх видов записей для участкового акушера-гинеколога: «полость рта здорова», «санация полости рта сохранена» и «нуждается в санации». Такие записи помогали, во-первых, регулировать поток беременных на приём к стоматологу, во-вторых, проводить участковым акушер-гинекологом целенаправленную санитарно-просветительную работу среди

лиц, нуждающихся в оздоровлении полости рта, и, в-третьих, стоматологу больше уделять время беременным, нуждающимся в санации полости рта. Внедрение этих организационных мероприятий позволило за 5 лет с 2003года по 2007год увеличить процент лиц санированных от числа нуждающихся с 77,59±2,07% до 90,15±1,36% (P<0,001) , и соответственно уменьшить процент лиц отказавшихся от санации с 15,02±1,77% до 7,33±1,19% (P<0,001) и процент лиц не успевших завершить санацию с 7,39±1,30% до 2,52±0,72% (P<0,01). Важно подчеркнуть, что улучшение указанных показателей санации полости рта происходило благодаря слаженной работе всего персонала женской консультации [1].

Несколько иная ситуация складывается за последние годы, обусловленная требованиями новых нормативных материалов и соответствующих проверяющих инстанций, для которых основными документами для оценки качества работы врача является учётная медицинская документация [4,8].

Согласно Приказу Минздрава России от 1 ноября 2012 года за № 572 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» регламентировано осмотры врача-стоматолога не менее 2-х раз при физиологически протекающей беременности. При осложнённом течении беременности и сопутствующей патологии кратность осмотров и консультаций врачей специалистов определяется индивидуально.

Для проверяющих работу участковых акушер-гинекологов экспертов основным учётным медицинским документом является «Индивидуальная карта беременной и родильницы» (учётная форма №111/у). Отсутствие в ней за период беременности обязательных трёх записей осмотра полости рта, независимо от исходной стоматологической ситуации полости рта, от сопутствующей экстрагенитальной патологии и особенностей течения беременности, проверяющими лицами ставится в вину врачу, как дефект обследования и оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, и как результат проверки накладывают штрафные санкции. Акушер-гинеколог, независимо от содержания первичного заключения стоматолога о состоянии полости рта беременной, чтобы оградить себя от неминуемых штрафных санкций, проверяющих экспертов, вынужден посылать всех беременных не на санацию, а на получение трёх заветных «подписей стоматолога».

Простой математический расчёт на основе элементарных арифметических действий позволяет показать не только нецелесообразность такого подхода к оценке работы врачей, но и вред уже налаженной на основе данных стоматологического и акушерского статуса организации эффективной, проверенной практикой санации полости рта у беременных женщин.

Покажем это на примере одного из последних лет работы женской консультации.

Постановлением Правительства РФ от 14.02.03 за №101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от должности и (или) специальности» врачам-стоматологам всех специальностей и зубным врачам установлена 33 часовая рабочая неделя, то есть врач стоматолог при 5-дневной рабочей неделе должен работать 6 часов 36 минут – **396** минут в день [7]. При 5-дневной рабочей неделе, с учётом количества нерабочих дней, выпадающих на субботние и воскресные дни, отпускные и разные (государственные российские и региональные местные, в том числе религиозные) праздничные дни, число рабочих дней в году колеблется от 243 до 247.

Другими словами, за год стоматолог любой специальности при 5-дневной рабочей неделе работает в среднем **244** рабочих дня, или общая продолжительность рабочего времени за 1 год будет равняться – **244 рабочих дня × 396 минут (продолжительность 1 рабочего дня) = 96624 минутам.**

Согласно годовым отчётам в женской консультации ежегодно наблюдаются больше 2000 беременных: в 2013 году – 2131 женщина, в 2014 году – 2140 женщин. Мы сделаем расчёты на примере данных за 2013 года.

2131 беременная для получения трёх «подписей стоматолога » должны сделать 2131×3=6393 посещений врача за 2013 год.

Таким образом, в 2013году за **244** рабочих дня, при общей продолжительности рабочего времени стоматолога на одной ставке за один год **96624 минут,** стоматолог должен был обслужить

6393 посещений беременных. Расчёты показывают, что стоматолог ежедневно за рабочую смену должен был принимать по 26 беременных **6393 : 244 = 26,20 посещений в день,** уделяя при этом на одно посещение в среднем чуть больше 15 минут **96624 :6393=15,11 время в минутах на 1 посещение.**

Проведённые расчёты показывают, для того чтобы успеть осмотреть три раза всех беременных, находившихся на учёте в женской консультации в 2013 году, для получения трёх «заветных для эксперта» подписей стоматолога, надо было принимать ежедневно конвейерным потоком по 26 женщин, уделяя каждой по 15 минут.

Вместе с тем согласно исследованиям В.Д. Вагнера, О.В. Чекункова, Б.Ц. Нимаева, В.М. Ларионова [5] при приеме одного пациента на обязательные, но непроизводительные затраты (переход от кресла к умывальнику, мытье рук, переход от умывальника к креслу, манипуляции с креслом, настрой светильника, накрывание пациента салфеткой, ожидание сплёвывания пациентом в плевательницу, рекомендаций больному, повторное назначение) расходуется в среднем 5 минут рабочего времени стоматолога. Не меньше времени уходит и на заполнение зубной формулы на каждую беременную женщину, и на индивидуальную оценку состояния тканей пародонта и уровня гигиены полости рта – необходимых показателей для динамического наблюдения за состоянием полости рта. Кроме того, согласно приказу Министерства здравоохранения РФ, стоматолог обязан ежедневно заполнять учётные медицинские документы – листок ежедневного учёта работы врача-стоматолога (форма № 037у), сводную ведомость учёта работы врача-стоматолога (форма 039у), реестры для предоставления в ТО ОМС, а в нашем случае надо заполнять ещё диспансерный журнал наблюдения за беременными.

Вместе с тем по результатам многолетних наших эпидемиологических исследований, проведённых среди беременных женщин города Дербента, на одну беременную в среднем приходится 2,8±0,09 кариозных зубов, подлежащих пломбированию, и 0,5±0,04 – подлежащих удалению [3], на что, как показывают наши расчёты, времени у стоматолога не остается.

При этом интересно отметить, что по мнению отечественных исследователей [7], для оказания качественной современной стоматологической помощи ежедневная нагрузка стоматолога в условиях работы с ассистентом стоматологическим в 4 руки должна составлять 7 посещений в день. А средние затраты рабочего времени врача составляют: при лечении кариеса от 31,9 минут до 41,3 мин., при лечении пульпита от 41,9 мин. до 65,7мин. и при лечении периодонтита от 51,6 мин до 78,4 мин.

Таким образом, на основании данных литературы и проведенного нами анализа сложившейся ситуации можно считать оценку экспертами качества оказываемой помощи врачом-стоматологом беременными по обязательным количествам посещений порочной и не соответствующей современным требованиям. Проведённый анализ свидетельствует об отсутствии реальной возможности у врача-стоматолога обеспечить беременных качественной стоматологической помощью при таких штатах и такой потребности в стоматологической помощи. По-видимому, правы эксперты тех развитых странах (к примеру, Англии) и те исследователи [4,6], которые считают единственным критерием оценки качества работы стоматолога мнение населения, которое получает эту медицинскую помощь.

Литература.

1. Алиева З.Б., Бахмудов М.Б., Бахмудов Б.Р. Роль стоматологического просвещения в повышении эффективности санации полости рта у беременных //Российский стоматологический журнал. – М., 2010. – №4. – С. 41-44.

2. Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б., Бахмудов М.Б. Документальное обеспечение процесса стоматологической диспансеризации беременных женщин //Сборник трудов научно-практической конференции, посвященной 40-летию Дербентской городской стоматологической поликлинике. – Дербент, 2012. – С.105-109.

3. Бахмудов Б.Р., Г-М., Г. Муртузалиев, Бахмудов М.Б. Динамика нуждаемости в лечении кариеса зубов у беременных женщин.// Вестник Дагестанской государственной Медицинской академии. – Махачкала, 2014. – №3. – С. 52-56.

4. Бутова В.Г.,Зимина Э.В., Каплан М.З. Управление качеством стоматологической помощи – М., 2007. – 223с.

5. Вагнер В.Д., Чекунков О.В., Нимаев Б.Ц., Ларионов В. М. Правильная организация режима труда и рационального отдыха – одна из важных составляющих обеспечения биобезапасности врача-стоматолога. // Российский стоматологический журнал. – М., 2007. – №2. – С. 42-44.

6. Гринин В.М., Караханян В.Т., Адилханян В.А. Системные вопросы качества оказания стоматологической помощи населению. // Российский стоматологический журнал. – М., 2011. – №4. – С. 35-37.

7. Калининская А.А., Шляфер С.И., Мещеряков Д.Г., Трифонов Б.В. Нормативы труда стоматолога в новых условиях // Российский стоматологический журнал. – М., 2007. – №6. – С. 38-41.

8. Умарова К.В., Бутова В.Г., Суражев Б.Ю. Значение медицинской документации для оценки качества оказания стоматологической помощи. // Российский стоматологический журнал. – М., 2011. – №5. – С. 47-49.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И СЕЛЕНА У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ.

Пинелис И.С., Орагвелидзе М.П.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита

Актуальность. Воспалительные процессы в пародонте являются активными очагами одонтогенной инфекции, приводящими к развитию гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и представляющие большую опасность для здоровья (Грудянов А.И., 2014). В патогенезе пародонтита особая роль принадлежит механизмам окислительного стресса и свободнорадикального окисления (СРО) биологических субстратов. Важным элементом антирадикальной защиты является селен как компонент селензависимой глутатионпероксидазы. Вместе с тем, у 80% населения России уровень селена в крови составляет менее 70 мкг/л (норма не ниже 100 мкг/л). К наиболее селенодефицитным регионам относят Новосибирскую, Иркутскую, Амурскую области, Забайкальский, Красноярский, Хабаровский, Приморский края, республику Саха-Якутия. Следовательно, существует необходимость изучения состояния системы «перекисное окисление липидов - антиоксидантная защита» (ПОЛ-АОЗ) у больных хроническим генерализованным пародонтитом, проживающих в районах с дефицитом микроэлемента – селена и ее патогенетически обоснованная медикаментозная коррекция (Цепов Л.М., 2004; Пинелис И.С. и соавт., 2010 и др.).

Цель: изучить состояния системы ПОЛ-АОЗ в крови и слюне больных с различными степенями тяжести хронического генерализованного пародонтита под влиянием традиционной терапии, проживающих в Амурской области.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 75 больных с генерализованным пародонтитом в возрасте от 19 до 45 лет, находившихся на лечении в стоматологической поликлинике №1 г. Благовещенска. Пациентов разделили на 3 группы по 25 человек. В 1-ю группу вошли пациенты с генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести, во 2-ю - генерализованным пародонтитом средней степени тяжести и в 3-ю - генерализованным пародонтитом тяжелой степени тяжести. Обследуемые получали традиционный комплекс лечебных мероприятий. Контролем служили данные клинико-лабораторных исследований полученных у 15 здоровых доноров такого же возраста с интактным пародонтом.

Клиническое обследование включало опрос (жалобы, анамнез заболевания и жизни), осмотр полости рта и дополнительные методы исследования тканей пародонта, определение упрощенного индекса гигиены (Greene-Wermillion, 1964), пародонтальный индекс (Russel, 1956); кровоточивости десен (Коуэлл, 1975), рецессии (Миллер, 1985), проводили внутриротовую рентгенографию и ортопантомографию.

В крови изучали содержание общих липидов (Кейтс М., 1975), малонового диальдегида (Бородин Е.А., 1987), гидроперекисей липидов (Бородин Е.А., 1992.), витамина Е (Кисилевич Р.Ж., 1972). В слюне определяли уровень промежуточных интермедиатов свободнорадикального окисления липидов (Андреева Л.И., 1988), диеновых коньюгатов, кетодиенов и сопряженных триенов (И.А. Волчегорский, 1989), антиокислительную активность (Промыслов М.Ш., 1990).

Концентрацию селена в крови, слюне и моче определяли по методу И.И. Назаренко (1970). Все исследования выполняли до лечения, спустя 6 и 12 месяцев после его окончания.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли на компьютере IBM Pentium-IV пакетом “Microsoft Excel professional for Windows XP”.

Результаты исследования. Больные 1-й группы до лечения жаловались на периодическую кровоточивость десен при чистке зубов и приеме пищи. У них нарушалась конфигурация и цвет десневых сосочков. В 79,5±0,4 % случаев текстура десны отличалась от нормы за счет ее шероховатости и наличия вдавлений. У десневых сосочков отмечено усечение их вершины на 1/3. Они приобретали цианотичную или красноватую окраску, становились отечными, а при зондировании возникала их кровоточивость. Пародонтальные карманы обнаруживали преимущественно с язычной поверхности нижних резцов и дистальной стороны верхних первых моляров, их средняя глубина составляла 4,2±0,5 мм. Патологическая подвижность зубов не определялась. Многие пациенты имели низкий уровень гигиены полости рта, у 34,0±0,3 % из них выявлены зубные отложения. Индексная оценка состояния пародонта соответствовала клинической картине (удовлетворительный индекс гигиены OHI-S равнялся 2,5±0,5, пародонтальный индекс Рассела - 0,8±0,1 балла). На ОПГ у больных имелись деструкция кортикальной пластинки межальвеолярных перегородок в области моляров и резцов, очаги пятнистого остеопороза в костной ткани альвеолярных отростков обеих челюстей.

В этой группе до лечения отмечено накопление интермедиатов свободнорадикальных реакций (повышение концентрации ДК, ТБК-активных продуктов, гидроперекисей) и снижение общей антиокислительной активности (снижение уровня витамина Е) в крови. В слюне у них выявлена активация реакций ПОЛ, проявляющаяся повышением содержания гептанрастворимых первичных и вторичных интермедиатов ПОЛ (таб. 2). Коэффициенты $E_{232/220}$ и $E_{278/220}$ превышали норму соответственно на 2,2% и 8,0% ($P < 0,05$), а количество продуктов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой возрос на 2,1% ($P < 0,05$). На этом фоне происходило снижение ОАЗ слюны на 2,5% ($P < 0,05$). Уровень селена в крови больных до лечения был в 3,2 раза ($p<0,001$) ниже нормы, а его элиминация микроэлемента с мочой превышала контрольные значения почти в 2 раза ($p<0,001$).

Через 10 дней после традиционной терапии у них отсутствовали боли, уменьшилась кровоточивость десен, индекс гигиены OHI-S составил 0,5±0,2 балла, десна приобрела бледно-розовую окраску и плотно прилегала к шейкам зубов. Однако существенных сдвигов параметров ПОЛ-АОЗ в крови не происходило. В слюне на фоне снижения в изопропанольной фазе первичных продуктов окисления замечено увеличение вторичных интермедиатов в гептановой фазе. Антиокислительная активность оставалась такой же, как и до лечения.

Через 3 месяца 42 % пациента вновь жаловалась на кровоточивость десен при чистке зубов, индекс гигиены OHI-S составил 1,6±0,6 балла, кровоточивость 3 степени. В кровеносном русле изменений параметров ПОЛ не наблюдалось, а в ротовой жидкости отмечено усиление накопления в изопропанольной фазе диеновых коньюгатов. Несмотря на повторные курсы базисной терапии, уровень антиокислительной активности и селена в крови не восстанавливался. Элиминация микроэлемента с мочой снизилась, но уровня контроля не достигла. Выделение селена со слюной через 6 месяцев уменьшилось в 2,2 раза ($P<0,001$).

Через 6 месяцев все пациенты первой подгруппы предъявляли жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов и приеме твердой пищи. Индекс гигиены OHI-S неудовлетворительный – 3,6 балла, кровоточивость 3 степени – в момент зондирования, что явилось основанием для назначения повторного курса лечения.

Больные 2-й группы жаловались на боли, кровоточивость, изменение цвета и вида десны, подвижность отдельных зубов. У них выявлена гиперемия и отек десны с цианотическим оттенком. Она легко кровоточила при зондировании и неплотно прилегала к шейкам зубов. Глубина пародонтальных карманов 5,5±0,6 мм, из которых выделялось серозное и реже гнойное содержимое. Индекс OHI-S возрос нарастал до 4,5±0,2, а индекс Рассела - до 3,4±0,2 баллов. Рентгенологически у них определялась деструкция костной ткани межзубных перегородок до 1/2 длины корня, очаги остеопороза, расширение периодонтальной щели в пришеечной части зуба. Показатели системы ПОЛ-АОЗ в этой группе до лечения указывали на накопление

промежуточных и конечных интермедиатов свободнорадикальных реакций и снижение общей антиокислительной активности в крови. В слюне отмечена активация реакций перекисного окисления липидов, проявляющихся повышением содержания гептанрастворимых первичных и вторичных интермедиатов ПОЛ. Коэффициенты $E_{232/220}$ и $E_{278/220}$ превышали норму, а уровень продуктов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой возрастал, в 1,4 раза. На этом фоне была сниженной ее общая антиокислительная активность. Концентрации селена в крови больных пародонтитом была существенно снижена.

Через 10 дней у пациентов отсутствовали боли в десне, уменьшалась их кровоточивость при чистке зубов, индекс гигиены OHI-S уменьшился до 0,7±0,5 балла, кровоточивость снизилась до 2 степени по Мюллеману, глубина карманов сократилась до 5,0±0,3 мм, усеченные вершины десневых сосочков сохраняли цианотичный оттенок. Изменений показателей ПОЛ-АОЗ не происходило. Уровень витамина Е после лечения уменьшился в 1,2 раза. В слюне на фоне снижения в изопропанольной фазе первичных продуктов окисления увеличилось сожержание вторичных интермедиатов в гептановой фазе. Антиокислительная активность имела те же значения, что и до лечения.

Через 6 месяцев сохранялись жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов и приеме твердой пищи, иИндекс гигиены OHI-S был неудовлетворительным, а кровоточивость 3 степени. Параметры системы ПОЛ-АОЗ были такими же, как и до начала лечения. Несмотря на повторные курсы базисной терапии, уровень антиокислительной активности имел исходные значения, концентрация селена в крови не менялась, а его элиминация с мочой снизилась.

У пациентов с генерализованным пародонтитом тяжелой степени тяжести до лечения отмечено накопление интермедиатов свободнорадикальных реакций и снижение общей антиокислительной активности в крови. В слюне активировались реакции ПОЛ и происходило снижение общей антиокислительной активности. В крови выявлялся выраженный дефицит селена.

После лечения у пациентов отсутствовали боли в десне, снизилась кровоточивости при чистке зубов, индекс гигиены OHI-S составил 0,9±0,5 балла, глубина карманов уменьшалась до 6,5±0,3 мм, десна оставалась рыхлой, цианотичной, рисунок кровеносных сосудов не выражен. Изменения ПОЛ в крови характеризовались увеличением диеновых конъюгатов и снижением промежуточных и ТБК-активных продуктов, уровень витамина Е уменьшился в 1,5 раза ($p>0,001$). В слюне на фоне увеличения в гептановой и изопропанольной фазах диеновых коньюгатов, кетодиенов и сопряженных триенов, ТБК-активных продуктов, антиокислительная активность не менялась.

Через 6 месяцев ухудшилась гигиена полости рта, появились признаки воспаления десны, пародонтальные индексы имели тенденцию к нарастанию. В крови выявлено накопление диеновых конъюгатов, гидроперекисей, ТБК-активных продуктов и снижение общей антиоксидантной активности, т.е. картина, была такой же, как и до начала лечения. Несмотря на повторные курсы базисной терапии, уровень антиокислительной активности имел исходные значения. Уровень селена в крови по сравнению с исходными данными оставался низким.

Выводы. Результаты клинических и лабораторных исследований у больных генерализованным пародонтитом с различной степенью тяжести, свидетельствуют о существенных сдвигах в системе ПОЛ-АОЗ, проявляющиеся накоплением первичных и вторичных продуктов липопероксидации. Последнее усугубляется повышением промежуточных продуктов пероксидации, на фоне снижения общей антиоксидантной защиты и дефицита селена в организме. Установлено, что сдвиги в системе ПОЛ-АОЗ более существенны в слюне, что говорит о преимущественном нарушении перекисного гомеостаза в ротовой полости. Сказанное является основанием для включения в традиционную терапию генерализованного пародонтита препаратов селена.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ДЕСНЫ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ.

Шерстюк О.А., Маковка И.Л., Янко Н.В., Моргун Н.А.
Высшее государственное учебное заведение Украины
ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Актуальность темы. Современные эпидемиологические данные свидетельствуют не только о значительной распространенности патологии пародонта у детей и взрослых, но и о влиянии на частоту заболеваний сопутствующих (интеркуррентных) патологий, приводящих к нарушению механизмов иммунитета [1,2,3]. Часто стоматологическая патология возникает на фоне хронических соматических заболеваний, среди которых особое место занимают гастродуодениты [4]. Хронический гастродуоденит и гингивит взаимно отягощают друг друга [5]. Тем не менее, патогенетическая сущность данной интеркуррентной связи остается не установленной [6,7,8].

Целью данного морфологического исследования было изучение состояния слизистой оболочки в области межзубных десневых сосочков у пациентов, страдающих хроническим гастродуоденитом.

Материал и методы исследования. Исследовано 18 биоптатов десневых сосочков, которые фиксировали и заключали в эпоксидную смолу согласно требованиям, предъявляемым в электронной микроскопии для получения серийных полутонких срезов [9]. Окраска срезов производилась 0,1% раствором ортолуидинового синего на фосфатном буфере.

Результаты исследования. Деструктивные изменения у больных, страдающих хроническими гастродуодентами, как правило, первыми возникают в десневых сосочках. На срезах биоптатов венозные сегменты шпилькообразных капилляров межзубных сосочков десны характеризуются отчетливо выраженными морфологическими признаками дилятации, о чем говорят широкие их внутренние просветы. В одних случаях они полностью лишены форменных элементов крови, тогда как в других случаях в микрососудах смежных соединительно-тканных сосочков того же биоптата визуализируются лимфоциты и ПМЯ (полиморфно-ядерные) лейкоциты с пристеночным стоянием. То есть эмиграция лимфоцитов одновременно сопровождается диапедезом ПМЯ-лейкоцитов, хотя известно, что диапедез последних должен предшествовать выселению лимфоцитов из крови в соединительную ткань очага воспаления. Эммиграция лейкоцитов в развитии воспаления является морфологическим свидетельством почти полной остановки кровотока или его замедления. Этот процесс может привести к развитию сладж-синдрома (слипанию). Однако в данной группе препаратов подобное явление нами не отмечено. На всех биоптатах десны строма соединительнотканных сосочков инфильтрирована разнообразными формами лейкоцитов. Встречаются малые, средние, большие лимфоциты, иногда преобладают ПМЯ-лейкоциты и плазматические клетки, среди которых встречаются одиночные моноцитарно-макрофагальные элементы, что повсеместно сочетается с явлениями диапедеза преимущественно ПМЯ-лейкоцитов и моноцитов.

Пусковыми медиаторами триггерного механизма воспаления могут быть не только тучные клетки, но и ПМЯ-лейкоциты, а также базофилы крови [10]. Очевидно, что это должно в первую очередь сказываться на состоянии покровного эпителия. Вследствие экссудации жидкости из венулярных сегментов капиллярного русла при развитии в них воспалительной гиперемии возникает повышенная очаговая гидратация интерстиция соединительнотканных сосочков десны. Гидратация вызывает расширение межклеточного пространства покровного эпителия, что хорошо визуализируется на полутонких срезах при большом увеличении микроскопа. Это с большей отчетливостью наблюдается по границе между базальным и шиповатыми эпителиоцитами. Происходит незначительное отслоение базального слоя, состоящего из одного ряда клеток, от шиповатого, но при сохранении интердигитирующих связей между ними. Необходимо отметить, что наблюдаемые явления по степени своего проявления имеют мозаичный характер.

Предполагается, что после рождения одновременно с колонизацией микрофлорой ротовой полости происходит заселение слизистой желудка и 12-перстной кишки [11]. В результате мутаций возникли патогенные штаммы, способные вызвать воспалительный процесс на всем протяжении желудочно-кишечного тракта, особенно в гастродуоденальной зоне, где имеются оптимальные условия для жизни и размножения микроорганизмов. Ими, при определенных условиях, вызывается активизация механизмов местного иммунитета, представленного иммунокомпетентными клетками, которые ассоциированы с тканевыми элементами слизистой оболочки. Данное корпоративное взаимодействие получило название «иммунной системы слизистых оболочек». Слизистая пищеварительного тракта становится эффектором местного иммунитета благодаря одновременному включению иммунного ответа на всех слизистых оболочках вне зависимости от очага антигенного стимула. В данном случае прослеживается

замкнутый порочный круг, в котором слизистая рта представляется одним из самых уязвимых звеньев. Хроническое поражение слизистой оболочки гастродуоденальной зоны и состояние слизистой полости рта является результатом местной реакции иммунного поражения пищеварительного тракта в ответ на инфекцию.

Выводы. Биоптаты, полученные от пациентов с хроническим гастродуоденитом, демонстрируют классическую форму воспалительного процесса, развивающегося на иммунной основе по нормоэргическому типу или находящегося в начальной стадии своего развития. Об этом свидетельствуют следующие морфологические признаки: полнокровие венулярных сегментов капилляров соединительнотканных сосочков десны, краевое стояние в их просветах и диапедез ПМЯ-лейкоцитов и лимфоцитов, гидратация интерстициального пространства и инфильтрация иммунокомпетентными клетками соединительнотканных сосочков с преобладанием лимфоцитов. Вследствие этих процессов происходит гидратация и умеренное расширение межклеточного пространства покровного эпителия, сопровождающееся частичным отслоением базального слоя от шиповатого. Гистологическое исследование десневых сосочков у пациентов с хроническим гастродуоденитом может быть ранним диагностическим признаком развития гингивита.

Литература:

1. Плескановская Н.В., Перепечко В.П., Наумов А.В., Верткин А.Л., Арутюнов С.Д. Гендерные особенности заболеваний пародонта у пациентов с соматической патологией // Российская стоматология. – 2011. - №2. – С. 47-51.

2. Мавзютов А.Р., Тамарова Э.Р. Исследование распространённости соматической патологии у больных пародонтитом // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". – 2013. – Вып. 3. – С. 53-56.

3. Пикалова Л.П. Взаимосвязь между заболеваниями полости рта и системными заболеваниями / Стоматологические и соматические заболевания у детей: этиопатогенетические аспекты их взаимосвязей, особенности профилактики, диагностики и лечения [Электронный ресурс]: материалы научно-практической конференции Центрального Федерального округа Российской Федерации с международным участием.- Тверь, 2013. – С. 151-155.

4. Романенко Е.Г. Характер и частота изменений в полости рта у детей с хроническим гастродуоденитом // Здоровье ребёнка [Электронный ресурс]. -2012. – Т.36, Вып. 1.

5. Уразова Р.З., Шамсудинов Н.Ш., Казанцева Т.Ю. Состояние слизистой полости рта и тканей пародонта у детей с гастродуоденитом, ассоциированным с Helicobacter pylori // Стоматология. – 2001. - №1.- С.2-5.

6. Шерстюк О.А. Структурно-функциональное состояние тканей десневого сосочка человека при язвенной болезни желудка // Вестник стоматологии. –2000. – Т.6, №1.– С.97-99.

7. Барановская И. А. Роль микроэлементов в развитии воспалительных заболеваний пародонта на фоне хронического гастродуоденита у детей школьного возраста // Казанский медицинский журнал. – 2009. – Т. 90, Вып.1. -С. 87-88.

8. Цимбалистов А.В. Патофизиологические аспекты сочетанной патологии полости рта и желудочно-кишечного тракта / А.В. Цимбалистов, Н.С. Робакидзе // Стоматология для всех. — 2005. — № 1. — С. 28-34.

9. Морозов И.А. Морфологические аспекты в желудке // Труды 6 сессии Российской группы по изучению Helicobacter pylori, 20-21 мая. – Омск, 1997. – С.19-23.

10. Клименко Н.А., Татарко С.В. Роль тучных клеток в репаративных явлениях при воспалении // Бюллетень экспериментальной биологии. – 1995. – Т. 119, Вып.3. – С. 262-265.

11. Клиническая патофизиология для стоматологов / В.Т.Долгих, И.Е.Матусов, В.И.Чесноков и др. / Под ред проф.В.Т.Долгих. – М.: Медицинская книга, 2000. – 200 с.

ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ.

Исаева С.М., Османов Т.Т., Султанова М.А., Мадиева М.Н.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

При сниженной секреции эстрогенов у женщин с патологией различных органов и систем, положительный эффект оказывают препараты заместительной гормональной терапии.

В настоящее время все больше внимания уделяется изучению зависимости между заболеваниями пародонта у женщин с нарушениями функции яичников, при которых падает концентрация эстрогенов (Вишняк Г.Н.,1998). По данным некоторых авторов дефицит женских половых гормонов негативно влияет на состояние пародонта, что вызывает развитие хронического генерализованного пародонтита.

По мнению Белякова Ю.А.(1993), таким женщинам заболевания пародонта следует лечить вместе с гинекологами и эндокринологами, а для успешной терапии и профилактики воспалительных процессов в пародонте, помимо традиционной терапии, применять заместительную гормональную терапию (ЗГТ).

В этой связи нам показалось целесообразным применение комбинированного препарата ЗГТ «Фемостон» в комплексном лечении заболевания пародонта у женщин в период менопаузы, что и явилось **целью настоящего исследования**.

Материал и методы исследования. Клиническим материалом настоящего исследования явились 105 женщин в возрасте от 40 до 75 лет с различными нарушениями функции яичников. В зависимости от состояния гипоэстрогении пациенты были распределены на 2 группы:

1-ую группу А составили 55 женщин, находящихся в перименопаузе, средний возраст которых составил 46,5 ±1,7 лет;

2-ую группу В составили 50 женщин, находящихся в постменопаузе, средний возраст которых составил 55,7 ±1,7 лет.

Объективная оценка пародонтального статуса включала определение:

1. Упрощенного индекса гигиены полости рта УИГР/OHI-S-Green I.S. Vermillion J.K./
2. Папиллярно-маргииально-альвеолярного индекса РМА/Parma C/
3. Индекса папиллярной кровоточивости SBI/Muhiemann/
4. Индекса налета контактных поверхностей API/Iange/
5. Патологической подвижности зубов /Энтин Д.А./
6. Рентгенологической картины зубочелюстной системы.

Результаты исследования и их обсуждение. В начале обследования все женщины предъявляли жалобы, характерные для воспалительных, реже дистрофических заболеваний пародонта. У пациенток в перименопаузе (группа А) наблюдались преимущественно следующие заболевания пародонта: хронический генерализованный пародонтит легкой степени (30%), хронический локализованный пародонтит средней степени тяжести (18%), хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (41%), хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени (8%).

Наиболее тяжелые изменения в пародонте выявлены у женщин в постменопаузе (группа В). Отмечено увеличение числа пациенток с хроническим генерализованным пародонтитом средней и тяжелой степеней тяжести до 56% и 21% соответственно, хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести до 32%, а также наличие

112 единичных случаев больных с пародонтозом. Пациенты с интактным пародонтом в этой группе отсутствовали.

Показатели индексов гигиены полости рта УИГР и налета контактных поверхностей API возрастали соответственно длительности менопаузы. Индекс папиллярной кровоточивости SBI и индекс РМА, отражающие воспалительные процессы в десне, были наиболее выражены в группе В по сравнению с группой А.

С учетом проводимых лечебных мероприятий вышеуказанные группы пациентов (А, В), в свою очередь, были распределены на 4 подгруппы (см. табл.1.)

Таблица 1

Распределение больных по методам лечения

Количество больных	Группа А (55 пациентов)		Группа Б (50 пациентов)	
	35 (1 подгруппа)	20 (2 подгруппа)	35 (3 подгруппа)	20 (4 подгруппа)
Форма лечения	Местное стома-	Местное стома-	Местное стома-	Местное стома-

	тологическое лечение	тологическое лечение в комп- лексе + ЗГТ	тологическое лечение	тологическое лечение в комплексе + ЗГТ

Таким образом, для оценки эффективности гормонального препарата «Фемостон» все исследуемые пациентки групп А и В образовали 4 подгруппы соответственно А (1 и 2), В (3 и 4). Подбор подгрупп был сделан так, чтобы указанные показатели состояния пародонта в одноименных группах стали приблизительно одинаковыми.

Было исследовано длительное влияние препарата «Фемостон» на состояние пародонта пациенток 2 и 4 подгрупп в динамике через 6 и 12 месяцев. На фоне ЗГТ параллельно проводили общепринятые местные лечебно-профилактические мероприятия, направленные на улучшение состояния пародонта.

В качестве контроля пациентам подгрупп 1 и 3 проводили аналогичные общепринятые лечебно-профилактические мероприятия без назначения курса ЗГТ.

При сравнении показателей состояния пародонта у пациенток в подгруппах 2-4 через 6 и 12 месяцев были выявлены значимые различия большинства показателей (УИГР, API, SB 1, PMA, глубина пародонтальных карманов). После проведения комплексного лечения с применением препарата «Фемостон» была выявлена положительная динамика большинства показателей пародонтального статуса. При этом, наблюдая состояние пародонта в подгруппах 1 и 3, где проводилась общепринятая комплексная терапия заболеваний пародонта без включения ЗГТ через 6 и 12 месяцев, и, сравнивая эти данные между собой, какой-либо положительной динамики мы не наблюдали. Кроме того, выявлено даже ухудшение отдельных показателей, таких, как глубина пародонтальных карманов и состояние местного иммунитета. Устойчивость, а в некоторых случаях и ухудшение показателей состояния пародонта в подгруппах без применения ЗГТ в течение года дает дополнительное основание доверять результатам, выявленным при воздействии препарата «Фемостон».

Через 12 месяцев положительные изменения в состоянии пародонта у женщин, получавших «Фемостон» (подгруппы 2 и 4), были более значительными, достоверно отличались как от исходных данных, так и от показателей после 6-месячного срока наблюдения (прогресс в сторону уменьшения глубины пародонтальных карманов, стабилизация подвижности зубов и состояния местного иммунитета).

Лечение ЗГТ, направленное на нормализацию секреции эстрогенов, оказывает положительное влияние на уменьшение воспалительно-деструктивных явлений в тканях пародонта.

Следовательно, для предотвращения прогрессирования остеопороза и отягощения пародонтологического статуса у пациенток с гипоэстрогенией можно рекомендовать в комплексной терапии заболеваний пародонта применение препарата «Фемостон».

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ВН СА ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА.

Михальченко Д.В., Михальченко А.В., Бадрак Е.Ю.
ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г. Волгоград

Актуальность. Дентальная имплантация как метод лечения частичного и полного отсутствия зубов за последние полтора десятилетия завоевала прочные позиции в современнои ортопедическои стоматологии. Возрастающии интерес врачеи и пациентов к использованию данного метода лечения способствовал появлению на рынке огромного количества различных систем, различающихся по форме имплантата, характеру его поверхности, геометрии резьбы, а также типу соединения абатмента с имплантатом [1; 4; 8]. При этом основнои задачеи любои системы имплантатов является восстановление отсутствующих зубов при максимальном сохранении собственных тканеи. Анализ рынка стоматологических услуг свидетельствует о том, что ежегодно в мире устанавливается более 2 млн имплантатов [5; 7]. Общепринятои нормои стало применение двухчастных имплантатов корневиднои формы, состоящих из фикстуры (непосредственно имплантата, внедряемого в костную ткань) и присоединяемои к неи

супраструктуры (абатмента). Типы присоединения не отличаются большим количеством вариантов: либо это плоское шестигранное соединение при помощи винта, либо конусное сочленение с малым углом схождения гранеи (от 3 до 7 градусов, по типу конуса Морзе), либо сочетание двух этих типов.

По заверениям производителей, точность прилегания сочленяемых поверхностеи достаточно высока для того, чтобы гарантировать отсутствие бактериального заселения внутреннего пространства дентального имплантата. Зазор между имплантатом и абатментом составляет от 2 до 5 мкм. Однако известно, что линеиные размеры микроорганизмов, составляющих микробиоценоз ротовои полости, находятся в границах от 0,5 до 2,0 мкм [2; 3]. Т.е. даже при идеальном прилегании супраструктуры к имплантату величина зазора, остающегося между ними, достаточна как для проникновения бактерии внутрь интерфеиса имплантата, так и для обратнои экспансии в ротовую полость [2; 6]. В то же время условия, создающиеся во внутреннем пространстве дентального имплантата, близки к идеальным для инкубирования микрофлоры полости рта: температура около 38 градусов, постоянная влажность и отсутствие кислорода (большинство условно-патогеннои и патогеннои микрофлоры полости рта - анаэробы).

В современнои научнои литературе встречаются работы, посвященные проблеме микроутечек во внутреннии интерфеис имплантата и из него. Несколько исследовании in vitro и in vivo изучили и продемонстрировали загрязнение внутреннеи поверхности остеоинтегрированного имплантата бактериальнои флорои.

В ходе микробиологических исследовании Persson с соавт. было выявлено преобладание факультативных и анаэробных стрептококков, грамположительных анаэробных палочек, таких как Propionibacterium, Eubacterium и Actinomyces, а также грамотрицательных анаэробных палочек, таких как Fusobacterium, Prevotella и Porphyromonas [9]. Nakazato с соавт. показал в эксперименте in vivo, что четырехчасовои экспозиции в полости рта достаточно для формирования бактериальнои пленки на поверхности внедренного имплантата [10]. Koka и др. зарегистрировал вторичную субгингивальную бактериальную колонизацию через 14 днеи после присоединения абатмента к имплантату [11].

И в то же время Иванов С.Ю., Солодкая Д.В., Козловскии В.С. и соавторы исследовали герметичность конструкции «имплантат - абатмент - фиксирующии винт» в различных системах дентальных имплантатов, изготовленных из разных материалов. Проведенное исследование показало герметичность систем имплантатов ЛИКО, ЛИКО-М и НАНО-ЛИКО, что в свою очередь позволило сделать авторам вывод об отсутствии вторичного инфицирования из-за наличия ортопедических конструкции с опорои на имплантаты исследуемых систем в полости рта [2].

Цель: определить возможность контаминации внутреннего интерфеиса дентального имплантата в реальных условиях полости рта, а также определить количественныи и качественныи состав заселяющих данное пространство микроорганизмов.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 8 пациентов ортопедического отделения клиники стоматологии ВолгГМУ с установленными и остеоинтегрированными дентальными имплантатами фирмы AlphaBio, находящиеся на ортопедическом этапе лечения. Данная система имеет соединение имплантат-абатмент по типу шестигранного соединения при помощи фиксирующего винта. Всем пациентам поставлен диагноз К.08.1 «Частичное отсутствие зубов». Во всех случаях были изготовлены цементируемые коронки с опорои на дентальныи имплантаты и зафиксированы на цемент для временнои фиксации. Во время контрольного посещения через 1 месяц производилось снятие ортопедическои конструкции и отсоединение супраструктуры. При помощи стерильных (автоклавированных) бумажных штифтов производился забор биоматериала из внутреннего пространства имплантата путем десятисекуннои экспозиции трех штифтов внутри имплантата. Материал помещался в транспортную систему со средои Стюарта и в течение трех часов передавался в микробиологическую лабораторию.

Для микробиологического исследования использовались следующие питательные среды: 5%-ныи кровянои агар, желточно-солевои агар, среда Эндо, среда Сабуро и другие элективные и селективные среды. В чашке Петри посев производили ватным тампоном, равномерно растирая

материал по поверхности питательнои среды. Посевы инкубировали в термостате при температуре 37 °С в течение 36-78 часов. Затем чашки просматривали и подсчитывали каждыи вид микроорганизма. Учитывали количество выросших колонии, соотношение отдельных ассоциантов. Выделенные чистые культуры идентифицировали, используя культуральныи, бактериостатическии и биохимическии методы.

Результаты исследования. Микробиологическии анализ содержимого внутреннего пространства дентального имплантата однозначно свидетельствует об отсутствии внутри него стерильности. Выявлено наличие практически полного перечня микроорганизмов, характерного для микробиоценоза ротовои полости (таблица 1). Вполне очевидно преобладание факультативно-анаэробнои и облигатно-анаэробнои флоры (Staphylococcus aureus, Streptococcus haemolyticus, Prevotella int., Porphyromonas ging., бактероиды и др.) вследствие отсутствия свободного доступа к кислороду в исследуемом пространстве, однако и аэробные виды микроорганизмов вполне способны населять данныи объем (Micrococcus spp., Branchamella catarrhalis). Следует отметить почти полное отсутствие дрожжеподобнои флоры(Candida spp. и Actinomyces spp.).

Таблица

Микроорганизмы внутреннего пространства дентального имплантата

№	**Микроорганизмы**	**Встречаемость микроорганизмов (количество имплантатов)**		
		-	**x10**	**x100**
1	Staphylococcus aureu	5	2	1
2	Prevotella Intermedia	4	3	1
3	Porphyromonas Gingivalis	2	6	-
4	Bacteroides Forsythus	-	-	-
5	Treponema Denticola	4	3	1
6	Micrococcus Spp.	4	2	2
7	Candida Spp.	-	-	-
8	Actinomyces Spp.	-	-	-
9	Veillonella Spp.	6	2	-
10	Corynebacterium Spp.	7	1	-
11	Branhamella Catarrhalis	3	4	1
12	Streptococcus haemolyticus	5	2	1

Большинство видов выявленных микроорганизмов являются условно-патогенными, некоторые - сапрофитами. Столь высокии удельныи вес анаэробных агентов и их разнообразие затрудняет выявление ведущего патогенного микроорганизма, которыи мог бы являться «лидером» инфекционно-воспалительного процесса. Очевидно, что именно сочетанное воздеиствие наиболее часто диагностируемых патогенов и особенности взаимодеиствия анаэробных агентов паразитоциноза во многом могут определять характер воспалительно-деструктивного процесса в периимплантнои зоне.

Не выявлено никаких специфических возбудителеи заболевании полости рта. Необходимо отметить, что в достаточно высоких количествах выявлены виды микроорганизмов, наличие которых характерно для воспалительных процессов пародонта - гингивита и пародонтита (Prevotella int., Porphyromonas ging., Treponema dent., Veillonella sp, Branhamella Catarrhalis). Если учесть тот факт, что именно очаги перечисленнои хроническои инфекции зачастую лежат в основе заболевании пародонта, можно предположить, что в нашем случае, при возможности экспансии бактерии из интерфеиса имплантата в ротовую полость, могут возникать воспалительные процессы в периимплантатных тканях, приводящие впоследствии к нарушению стабильности имплантата.

Выводы. Исходя из выше сказанного можно сделать вывод о том, что наличие у дентального имплантата платформы сочленения фикстуры и супраструктуры, а также внутреннего пространства допускает появление миграции бактерии и продуктов их жизнедеятельности из и во внутреннии интерфеис дентального имплантата, независимо от линеиных размеров этих пространств. У всех пациентов в нашем исследовании отмечается загрязнение внутреннеи поверхности остеоинтегрированного имплантата бактериальнои флорои. Выявлено преобладание таких микроорганизмов, как Porphyromonas Gingivalis, Treponema Denticola, Micrococcus spp.,

Branhamella Catarrhalis. Клиническое значение зазора между имплантатом и абатментом часто игнорируется практическими врачами. В частности, сборка супраструктуры и фикстуры часто производится без соблюдения усилия крутящего момента, рекомендованного производителем. Важность идеального соблюдения величины торка при сборке труднопереоценить, так как его несоблюдение может привести к увеличению промежутка между имплантатом и абатментом.

Неудовлетворительную точность прилегания абатмента к фикстуре можно считать фактором риска, подобно плохому качеству прилегания ортопедическои конструкции к отпрепарированному зубу, способным привести к негативным изменениям в периимплантных тканях. Независимо от дизаина сочленяемых поверхностеи (конусное или плоское шестигранное соединение) интерфеис имплантата и абатмента допускает проникновение бактерии и жидкостей. Даже сверхточное сопряжение с величиной зазора менее 5 мкм оказалось неспособно к предотвращению утечки. Значительное количество видов микроорганизмов – от грамположительных кокков до грамотрицательных палочек, - оказались способны к проникновению через этот зазор. Существуют некоторые предположения относительно влияния зазора в области сочленения импланта и абатмента на процессы остеоинтеграции и воспалительнои реакции в тканях периимплантнои зоны, однако на настоящии момент они детально не исследованы. Развитие периимплантита и атрофии костнои ткани периимплантнои зоны не находится в прямои зависимости от размера интерфеиса «имплантат - абатмент». Также пока не наидена прямая взаимосвязь потери костнои ткани и объема микроутечки в интерфеисе сочленения. Остается спорным вопрос влияния уровня расположения платформы сочленения имплантата и абатмента на развитие атрофии кости в области имплантата. Представляется клинически важным продолжить исследования в даннои области с целью подтвердить или опровергнуть предположения об этои взаимосвязи.

Список литературы

1. Алимскии А.В., Долгоаршинных А.Я. Дентальная имплантация как лучшая альтернатива традиционным методам ортопедического лечения лиц подросткового и юношеского возраста // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2008. - Т. 7, No 3. - С. 52-54. 2. Иванов С.Ю., Солодкая Д.В., Козловскии В.С., Солодкии В.Г., Мураев А.А. Исследование герметичности конструкции имплантат-абатмент-винт крепления систем имплантатов ЛИКО, ЛИКО-М И НАНО-ЛИКО // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – No 6. - URL: www.science-education.ru/106-7676.

2. Колесова Т.В., Колесов О.Ю., Михальченко Д.В., Денисенко Л.Н. Анализ осложнении ортопедического лечения зубными протезами, крепящимися на имплантатах // Фундаментальные исследования. - 2013. - No 5-2. - С. 296-299.

3. Крамарь В.С., Дмитриенко С.В., Климова Т.Н., Крамарь В.О., Матисова Е.В. Микроэкология полости рта и ее роль в развитии стоматологических заболевании. - Волгоград, 2010. 5. Леоненко П.В., Закиев В.И., Михальченко Д.В. Усовершенствование поверхности дентальных имплантатов для применения у пациентов с метаболическими остеопатиями на фоне генерализованного пародонтита // Фундаментальные исследования. - 2013. - No 9-6. - С. 1029-1033.

4. Наказато Г., Цутия Н., Сато М., Ямаучи М. В естественных условиях образование налета на имплантационных материалах // Инт. дж. оральн. верхнечелюстн. имплант. - 1989. - No 4. – С. 321-326. 7. Перссон Л.Г., Лекхолм У., Леонхардт А., Дахлен Г., Линдхе Дж. Бактериальная колонизация на внутреннеи поверхности Бра немарк системы компонентов имплантата // Клин. оральн. имплант. РЭС. - 1996. - No 7. – С. 90-95.

5. Шемонаев В.И., Михальченко Д.В., Порошин А.В., Жидовинов А.В., Величко А.С., Маиборода А.Ю. Способ временного протезирования на период остеоинтеграции дентального имплантата // Современные наукоемкие технологии. - 2013. - No 1. - С. 55-58. 9. Шемонаев В.И., Ильин Д.В. Применение систем мини-имплантатов у пациентов с полным отсутствием зубов // Волгоградскии научно-медицинскии журнал. - 2011. - No 1. - С. 7-11.

6. Янсен В.К., Конрадс Г., Рихтер Е.Дж. Микробные утечки и маргинальная посадка имплантатом и абатментом // Инт. дж. оральн. верхнечелюстн. имплант. - 1997. - No 12. – С. 527-540.

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПУЛЬПЫ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ.

Курбанова Э.А., Магомедов А.А., Караммаева М.Р.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Определение электровозбудимости пульпы зубов является одним из объективных методов оценки ее функционального состояния и важной частью диагностики в стоматологии.

К использованию электроодонтодиагностики привели исследования Л.Р.Рубина (1949). По его данным, болевая реакция пульпы интактных зубов у практически здоровых лиц возникает при силе тока 2 – 6 мкА. При начальных стадиях кариеса этот показатель не изменяется или слегка снижается при глубоком кариесе в пределах 10 – 15 мкА. При пульпитах электровозбудимость пульпы понижается. Порог болевой реакции, составляющий 50 – 60 мкА, свидетельствует о гибели коронковой части пульпы, а отсутствие болевой реакции на электроимпульсы силой тока более 90 мкА – симптом гибели корневой пульпы.

В этой связи представляет интерес и практическую значимость использование метода электроодонтодиагностики для оценки функционального состояния пульпы в ходе проводимого лечения зубов.

Целью нашей работы явилась оценка функционального состояния нервных образований пульпы зубов в ходе консервативного лечения глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита.

Материал и методы. Для оценки уровня возбудимости и контроля за состоянием нервных образований пульпы зубов были проведены электроодонтометрические исследования (ЭОД) при лечении глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита.

Всего выполнено 240 электроодонтометрических исследований, в том числе у практически здоровых лиц – 40, у лиц с диагнозом глубокий кариес – 80, с хроническим фиброзным пульпитом, протекающим при закрытой пульповой камере, – 60, с хроническим фиброзным пульпитом, протекающим при открытой пульповой камере, – 60.

Результаты и их обсуждение. ЭОД – исследования показали, что у практически здоровых лиц в возрасте 20 – 40 лет с интактными зубами ответная реакция пульпы наступает при показателях 7,2 ± 1,23 мкА. При глубоком кариесе исходные данные составили 14,9 ± 1,78 мкА, а через сутки после наложения кальцийсодержащих прокладок с последующим восстановлением анатомической формы зубов светоотверждаемыми материалами эти значения снижались до 11,4 ± 1,95 мкА ($\rho>0,05$). Через 7 дней наблюдалась тенденция к дальнейшему снижению показателей ЭОД (10,5 ± 1,55 мкА), а через 3 месяца порог электровозбудимости пульпы составил 9,3 ± 1,34 мкА. Достоверное увеличение электровозбудимости пульпы зубов отмечалось у 90% обследуемых уже через 3 месяца ($\rho<0,05$), а через 6 месяцев значения ЭОД снижались до 8,4 ± 1,1 мкА.

Представляли практический интерес результаты исследования электровозбудимости зубов при клиническом диагнозе хронический фиброзный пульпит, протекающий при закрытой пульповой камере. При этом до лечения показатели ЭОД в среднем составляли 23,4 ± 1,85 мкА, а через 7 дней после консервативного лечения – 20,1 ± 0,87 мкА ($\rho<0,05$). При сравнении исходных данных ЭОД с наблюдениями через 3 месяца отмечалось снижение порога электровозбудимости до 19,3 ± 0,96 мкА, через 6 месяцев – до 16,2 ± 1,04 мкА ($\rho<0,01$). Через год нами выявлено достоверное снижение показателей ЭОД, которые составили 15,3 ± 1,07 мкА. Подобная закономерность указывает на восстановление утраченных функций нервными образованиями пульпы зуба.

В случае использования консервативных методов лечения при клиническом диагнозе хронический фиброзный пульпит, протекающий при открытой пульповой камере, показатель ЭОД до лечения в среднем был равен 35,1 ± 1,74 мкА. Через сутки он снижался до 32,2 ± 1,83 мкА, через 7 дней показатель оставался таким же. Через 3 месяца значение ЭОД составило 30,0 ± 1,86 мкА ($\rho<0,001$), через 6 месяцев – 28,1 ± 1,87 мкА ($\rho<0,05$), через 1 год – 29,3 ± 1,96 мкА ($\rho<0,05$).

Нами не установлено стабильности показателей при ЭОД – исследованиях в динамике после проведенного консервативного лечения хронического фиброзного пульпита, протекающего при открытой пульповой камере. Следовательно, мы не можем прогнозировать благоприятный исход лечения при данном методе.

Выводы. Проведенные нами исследования показали, что определение функционального состояния нервных образований пульпы зубов является дополнительным объективным методом исследования. Данный метод может быть рекомендован для оценки качества проведенного лечения и исхода заболевания, в частности консервативного лечения глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита.

Литература

1. Апарина Е.А. Оценка качества пломбирования кариозных полостей с использованием различных технологий пломбирования. – Автореф. канд. дисс., М., 2006, МГМСУ, 112 с.

2. Малахов А.В., Апарина Е.А., Митронин А.В. Оценка краевой проницаемости при прямой реставрации зубов композитом с использованием прокладочных материалов. – Dental Forum, 2007, №2, с. 16-22.

3. Николаев Д.А. Адгезивные системы: что необходимо знать практикующему стоматологу? – Dental Magazine, 2014, № 3 (123), с. 88-91.

4. Николаев А.И., Шашмурина В.Р., Николаев Д.А. с соавт. Материалы, методы и инструменты, применяемые при эстетической реставрации зубов композитными материалами. – Институт стоматологии, 2014, № 3, с. 48-51.

5. Радлинский С.В. Реставрация контактных поверхностей в боковых зубах. – ДентАрт, 2011, № 1, с. 22-40.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОГЕРМЕТИКОВ ENDOMETASON, АН – PLUS, MTA FILLAPEX.

Курбанова Э.А., Магомедов А.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Целью любого эндодонтического вмешательства является качественная обтурация корневых каналов зубов. Поэтому поиск оптимально приемлемых силеров и метода пломбирования корневых каналов зубов до сих пор остается важной проблемой стоматологии.

По мере развития научно – технического прогресса на стоматологическом рынке появлялись все новые материалы для обтурации каналов зубов [1,3,7].

Идеальный материал для пломбирования корневых каналов должен отвечать следующим требованиям [2,6]:

- легко вводиться в канал;
- обеспечивать его надежную апикальную и латеральную герметизацию;
- обладать минимальной усадкой;
- быть устойчивым к воздействию тканевых жидкостей;
- обладать бактерицидным или бактериостатическим действием;
- быть рентгеноконтрастным;
- не окрашивать ткани зуба;
- быть стерильным или подвергаться простой, быстрой дезинфекции;
- не оказывать раздражающего действия на периапикальные ткани;
- при необходимости легко извлекаться из корневого канала.

На основании этих требований можно выделить главные параметры, необходимые для сравнительной оценки материалов, уже представленных на стоматологическом рынке, а также для разработки новых.

Среди методов пломбирования корневых каналов зубов широко применяются методы с использованием гуттаперчи. По частоте применения лидирует метод холодной латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов. Это обусловлено его простотой, доступностью (не требуется специального оборудования) и высокой эффективностью. Исследования подтвердили, что плотность заполнения корневого канала гуттаперчей методом холодной латеральной конденсации выше, чем методом термопластической инъекционной техники [2,4,5]. Хотя гуттаперча отвечает ряду требований, предъявляемых к корневым герметикам, она имеет и недостатки, которые должны быть компенсированы силерами.

Поэтому представляется интересным и необходимым для практической стоматологии сравнение эффективности применения различных силеров при пломбировании корневых каналов зубов методом холодной латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов.

Цель исследования – клинико-рентгенологическая оценка эффективности применения эндодонтических силеров Endometason (Septodont), АН – plus (Dentsplay)**,** MTA Fillapex (Angelus Dental Solutions).

Материалы и методы. Проведено эндодонтическое лечение 46 зубов у 32 пациентов в возрасте от 22 до 54 лет. Все зубы были вылечены методом холодной латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов с использованием силеров: 16 зубов – «Endometason», 18 зуба – «АН – plus» и 12 зубов – «MTA Fillapex». С диагнозом хронический фиброзный пульпит вылечено 4 зуба, хронический гангренозный пульпит – 5, острый апикальный периодонтит – 8, хронический гранулирующий периодонтит – 9, хронический гранулематозный периодонтит – 6, хронический периодонтит в стадии обострения – 4; депульпировано по ортопедическим показаниям – 10 зубов.

Эндодонтическое препарирование включало раскрытие полости зуба, расширение устьев каналов борами ларго №1-3 , определение рабочей длины зуба, механическую обработку корневых каналов ручными инструментами – каналорасширителями по методике «Step-Back» и «Crown-Down», ирригацию 2,5%-ным раствором гипохлорита натрия и 19%-ным раствором ЭДТА, высушивание корневых каналов калиброванными бумажными штифтами. Пломбирование корневых каналов осуществляли по методике латеральной конденсации холодной гуттаперчи. После удаления излишков гуттаперчевых штифтов и очистки полости доступа этиловым спиртом зуб закрывали временной пломбой на 1-2 суток.

Проведена сравнительная клиническая и рентгенологическая оценка результатов эндодонтического лечения. Об эффективности проведенного лечения судили на основании отсутствия жалоб (анамнез вылеченного зуба), результатов объективного обследования (оценивался местный статус, включая осмотр тканей пародонта и слизистой оболочки, перкуссию, пальпацию) и рентгенологических данных. Проводили оценку ближайших клинических результатов лечения через 1, 2 и 3 суток. Качество пломбирования корневых каналов зубов и состояние периапикальных тканей оценивали по данным рентгенологического обследования. Рентгенологический контроль осуществляли через 3, 6 и 9 месяцев после лечения.

Результаты и их обсуждение. Клиническая оценка результатов внутриканальной терапии показала, что через 1 – 2 дня после лечения болезненная перкуссия наблюдалась в зубах, пломбированных силером «Endometason» в 19,6% случаев, «АН – plus» – 23,3% и «MTA Fillapex» – 8,4%.

При пломбировании каналов зубов материалом «Endometason» были диагностированы осложнения в виде болезненности при накусывании на зуб в ближайшие 24 – 48 часов (19,6% случаев), гиперемии и отечности по переходной складке (8,3% случаев), жалоб на болевой синдром в течение 3 и более дней (11,4% случаев). Восстановление рентгенологического рисунка костных структур в области очага деструкции отмечено в 43,6% случаев.

Эдодонтическое лечение зубов силером «АН – plus» дало следующие результаты: болезненность при накусывании на зуб через 24 – 48 часов (23,3% случаев), гиперемии и отечности по переходной складке (7,4% случаев), жалоб на болевой синдром в течение 3 и более дней (17,2% случаев). Восстановление рентгенологического рисунка костных структур в области очага деструкции отмечено в 64,2% случаев.

В последующие сроки наблюдения (3, 6 и 9 месяцев) отрицательная динамика (жалобы на неприятные ощущения в области леченого зуба), отсутствие положительной рентгенологической динамики наблюдали в зубах с эндогерметиком «Endometason» в 15,9% случаев, «АН – plus» – 7,8% и «Fillapex» – 4,2%.

При лечении зубов с использованием препарата MTA Fillapex у пациентов в ближайшие сроки после пломбирования корневых каналов осложнений не наблюдалось. При проведении клинических исследований пломбирования корневых каналов с использованием силера Fillapex не было обнаружено выраженной постоперационной чувствительности зубов у пациентов, поступивших с диагнозом необратимого пульпита или некроза пульпы. Благоприятное клиническое течение подтверждено результатами рентгенологического обследования. На

контрольной рентгенограмме наблюдали трехмерную обтурацию корневых каналов, герметизацию апикального отверстия и латеральных канальцев в 97,2% случаев. В то же время излишки силера, выведенные за верхушку корня, достаточно быстро (в течение 3 мес) растворились. Через 6-9 месяцев после лечения зубов силером Fillapex на рентгенограммах отмечали полное восстановление периапикальных тканей, в отдельных случаях (4,2%) выявили расширение периодонтальной щели и неполную регенерацию костной ткани в патологическом очаге.

Выводы. Анализ ближайших результатов эндодонтического лечения зубов с использованием различных силеров показал, что препарат «Endometason» редко провоцирует постпломбировочные боли и реакцию верхушечного периодонта. Отдаленные результаты лечения указывают на силеры «АН – plus» и «Fillapex» как на материалы, позволяющие получить наилучшие клинические и рентгенологические результаты.

На основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что благодаря высвобождению ионов кальция и высокому значению pH силер МТА Fillapex обладает уникальными биологическими свойствами и антибактериальным действием. Данный материал сочетает высокие изолирующие свойства, обусловленные наличием полимера в составе, и способность стимулировать репарацию тканей дентина, пульпы и периодонта благодаря включению в силер минерального триоксид агрегата.

Силер МТА Fillapex (Angelus) показал высокую клиническую и рентгенологическую эффективность, что делает его материалом выбора для использования в эндодонтической практике, в частности при лечении деструктивных процессов в периодонте.

Литература

1. Бир Р., Бауманн М., Ким С. Эндодонтология. – М.: МЕДпресс-информ, 2010, 288 с.
2. Боровский Е.В. Эндодонтическое лечение. // Практическое руководство.– М.: МИА, 2012, 140 с.
3. Дубова М.А., Шпак Т.А., Корнетова И.В. Современные технологии в эндодонтии. // Учебное пособие. – СПб., 2009, 96 с.
4. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия. ИД “STBOOK”, 2010, 705 с.
5. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Основные направления профилактики и лечения хронического воспаления в области периодонта. – Рос. стом. журнал, 2008, №1, с.16-19.
6. Мамедова Л.А., Подойникова М.Н. Ошибки и осложнения в эндодонтии. – М.: Мед. книга, 2009, 43 с.
7. Тронстад Лейф. Клиническая эндодонтия. – М.: МЕДпресс-информ, 20014, 288 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРАЕВОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ ПЛОМБ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ ПОЛОСТЕЙ ПО V КЛАССУ.

Курбанова Э.А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

На современном рынке стоматологических материалов представлен широкий выбор композитных пломбировочных материалов, применяемых при реставрации зубов. Краевая проницаемость пломб – это главный фактор, определяющий срок их службы, так как нарушение краевого прилегания наиболее часто приводит к появлению дефектов и выпадению пломб [2,5,8].

В последние годы в стоматологической практике совершенствуется клиническая методика применения реставрационных пломбировочных материалов и расширяются показания к их применению. Это связано с усовершенствованием свойств и выявлением новых механизмов их взаимодействия с тканями зуба.

Несмотря на достижения современной стоматологии, краевое прилегание пломбировочного материала к тканям зуба остается проблемой. Наличие микрощели на границе реставраций ведет к проникновению микроорганизмов, возникновению гиперестезии, разгерметизации, окрашиванию краев, рецидиву кариеса и возникновению его осложнений [1,4,10].

Результаты ранее проведенных исследований со сроками наблюдения от 2 до 4 лет [3,6,9] показали, что от 36 до 50% из числа осложнений составляет нарушение краевого прилегания материала с увеличением при этом краевой проницаемости. Решение проблемы ранней

диагностики рецидивного кариеса и прогнозирования срока службы пломб является актуальной проблемой [2,7,11].

Исходя из вышеизложенного, **целью** данной работы была оценка качества реставраций зубов на основе изучения краевой проницаемости пломб из композитных материалов при пломбировании полостей по V классу.

Материал и методы. Проведена реставрация 46 зубов (полости по V классу) у 28 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет. Для сравнительной оценки краевой проницаемости пломб были использованы микрогибридный светоотверждаемый композиционный материал Filtek Supreme (3M ESPE) и стеклоиономерный цемент химического отверждения Vitremer (3M ESPE).

Подготовка и препарирование полостей, нанесение пломбировочного материала и обработка поверхностей пломб проводилась по общепринятой методике.

Оценку качества выполненных реставраций осуществляли в следующие сроки: непосредственно после выполнения реставрации, через 3, 6 и 12 месяцев. Клиническое определение качества реставраций производилось по 8 критериям G. Ruge (1998):

- анатомическая форма (соответствие форме зуба);
- краевое прилегание (уровень краевой адаптации);
- соответствие цвета пломбы (уровень цветоадаптации пломбы);
- дефекты поверхности пломбы (отсутствие гладкости, наличие пор, узур, сколов);
- рецидивный (вторичный) кариес;
- краевая пигментация (изменение цвета по наружному краю пломбы);
- осложнения (отлом, выпадение пломбы, пульпит, периодонтит);
- субъективная оценка пациента.

Использовали 4 кода:

A — не выявлено признаков нарушения качества пломбирования зубов;

B — имеются небольшие признаки нарушения, но реставрация не требует замены;

C — выраженные нарушения, требуется замена реставрации;

D — крайняя степень нарушения: выпадение реставрации или необходимость перелечивания зубов по поводу осложненного кариеса.

Соответственно кодам выставлялся оценочный балл: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

В связи с тем, что для клинической оценки краевой адаптации пломбировочного материала, особенно при реставрации современными материалами, недостаточно визуального и тактильного методов, нами был использован объективный метод исследования краевой проницаемости — электрометрический. Для проведения этой части работы использовалось высокочувствительное устройство для диагностики различных поражений твердых тканей зубов – электродиагностический прибор «Дентэст» («Геософт», Москва).

Результаты и их обсуждение. Краевая проницаемость из композитного материала «Filtek Supreme» была обнаружена в 65,3% случаев и находилась в пределах от 0,5 до 1,4 мкА, ее среднее значение составило 0,68 мкА. Пломбы из стеклоиономерного цемента обладали краевой проницаемостью в 72, 9% случаев, среднее значение составило 1,54 мкА.

Количество отличных результатов при пломбировании полостей композитом «Filtek Supreme» составило 55,6%, хороших — 24,9%, удовлетворительных — 16,6%, неудовлетворительных — 2,9%.

При пломбировании СИЦ «Vitremer» оценочный балл «отлично» выставляли в 43,4% случаев, «хорошо» — 17,9%, «удовлетворительно» — 28,1%, «неудовлетворительно» —10,6%.

Наилучшее клиническое состояние мы отметили у тех реставраций, где значения электрометрии были до 0,9 – 1 мкА. В отдельных случаях повышение электропроводимости до 2,0 мкА можно рассматривать как возможность разгерметизации и при обнаружении таких клинических изменений, как наличие «зондируемой» линии, пигментации края реставрации, а также «белой» полосы, обязательно следует проводить коррекцию этих проявлений.

Электрометрический метод оценки краевой проницаемости границ реставрации, основанный на определении электропроводности области прилегания материала к тканям зуба, позволил нам рассмотреть краевую адаптацию как процесс, способный изменяться с течением времени и находящийся в зависимости от множества факторов.

При исследовании электрометрии в динамике практически во всех случаях: при рассмотрении в зависимости от вида диагноза, вида прокладочного материала – наблюдалось снижение электропроводности на границе реставрации в интервале до 3 месяцев от момента завершения работы с последующим постоянным ее возрастанием в течение года, что свидетельствовало о постепенном ухудшении краевого прилегания.

Изменения электропроводности в динамике, наблюдаемые при различных видах диагноза позволили нам предположить, что в процессе адаптации пломбировочного материала существенную роль, кроме вида полимеризации используемого материала, играют тяжесть и вид патологического процесса в зубе, по поводу которого проводилось лечение.

Выводы. Среднее значение краевой проницаемости пломб из композитного светоотверждаемого материала Filtek Supreme незначительно ниже, чем у пломб из стеклоиономерного цемента химического отверждения Vitremer. Предложенные материалы могут быть использованы для реставраций зубов, в том числе для пломбирования полостей по V классу.

Таким образом, для достижения и сохранения успешного результата и высококачественной краевой адаптации реставрации необходимо учитывать вид пломбировочного материала, тяжесть и вид поражения и точно соблюдать технологию выполнения реставрации, а также осуществлять дальнейшее наблюдение за восстановленным зубом с целью предотвращения клинических нарушений или их коррекции.

Для профилактики осложнений пациенты должны быть осведомлены о том, что сохранение оптимальных эстетических характеристик реставраций возможно только при качественной гигиене полости рта, поскольку при нерегулярной чистке зубов отмечается краевая пигментация и быстрая потеря блеска поверхности реставрации.

Электрометрический метод определения краевой проницаемости в области прилегания реставраций дает возможность получить объективные оценки для исследования влияния различных факторов относительно друг друга при лечении зубов.

Литература

1. Апарина Е.А. Оценка качества пломбирования кариозных полостей с использованием различных технологий пломбирования. – Автореф. канд. дисс., М., 2008, МГМСУ, 112 с.

2. Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология. // Национальное руководство. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009, 912 с.

3. Максимовский Ю.М., Ульянова Т.В., Заболоцкая Н.В. Современные пломбировочные материалы в клинической стоматологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2008, 48 с.

4. Малахов А.В., Апарина Е.А., Митронин А.В. Оценка краевой проницаемости при прямой реставрации зубов композитом с использованием прокладочных материалов. – Dental Forum, 2008, №2, с. 16-22.

5. Николаев Д.А. Адгезивные системы: что необходимо знать практикующему стоматологу? – Dental Magazine, 2014, № 3 (123), с. 88-91.

6. Николаев Д.А., Данилова Д.А. Адгезивные системы: стабилизация гибридного слоя. – Cathedra, 2014, № 48, с. 8-12.

7. Николаев А.И., Шашмурина В.Р., Николаев Д.А. с соавт. Материалы, методы и инструменты, применяемые при эстетической реставрации зубов композитными материалами. – Институт стоматологии, 2014, № 3, с. 48-51.

8. Радлинский С.В. Реставрация контактных поверхностей в боковых зубах. – ДентАрт, 2012, № 1, с. 22-40.

9. Салова А.В., Рехачев В.М. Особенности эстетической реставрации в стоматологии. – СПб.: Человек, 2009, 160 с.

10. Смирнова М.А., Хиора Ж.П. Filtek Silorane (3M ESPE) – представитель нового класса соединений в стоматологии.// Учебное пособие. – СПб.: Человек, 2008, 64 с.

11. Чиликин В.Н. Новейшие технологии в эстетической стоматологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2014, 96 с.

ТЕХНОЛОГИЯ ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ГИДРООКСИДА КАЛЬЦИЯ.

Курбанова Э.А., Магомедов А.А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Повышение эффективности лечения больных с хроническим периодонтитом и профилактика воспалительных осложнений этого заболевания являются одной из актуальных проблем терапевтической стоматологии [3,4]. Пациенты с различными формами периодонтита составляют от 18 до 35% из общего числа обратившихся за стоматологической помощью [1,2,6]. Исследования последних лет свидетельствуют об увеличении указанной патологии, ее высокой распространенности: 45–50% у лиц в возрасте до 44 лет [7,8].

Среди хронических форм периодонтита преобладают деструктивные (гранулирующий, гранулематозный, кистогранулемы). Поэтому, помимо стандартного эндодонтического лечения (механическая и антисептическая обработка макро- и микроканалов зуба), необходима активная заапикальная терапия.

Характерно, что даже при полной обтурации корневого канала зуба пломбировочным материалом ликвидация очага хронического воспаления в периодонте длится не один месяц и зависит от ряда факторов, в том числе от вирулентности бактерий и реактивности организма больного [5,9,10].

Современное течение деструктивных форм хронического периодонтита требует разработки новых подходов к диагностике и лечению заболевания с избирательным подбором медикаментозных препаратов для санации периапикального очага.

Следует отметить, что традиционно используемые лекарственные вещества в растворах оказывают лишь кратковременное действие на бактерии, находящиеся в дентине корня зуба, а временная пломба остается герметичной непродолжительное время. Остро встает вопрос о разработке и применении препаратов, обладающих не только антисептическим, но и остеостимулирующим эффектом. В связи с этим внутриканальная обтурация препаратом гидрооксида кальция может способствовать устранению подобных недостатков.

Целью исследования: клинико-рентгенологическая оценка эффективности применения препарата на основе гидрооксида кальция для временной обтурации корневого канала при лечении деструктивных форм хронического периодонтита.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 25 пациентов (основная группа) в возрасте от 18 до 46 лет с деструктивными формами хронического периодонтита. Проведена сравнительная клиническая и рентгенологическая оценка ближайших результатов односеансного и отсроченного методов эндодонтического лечения 22 зубов: с хроническим гранулирующим периодонтитом – 10, с хроническим гранулематозным периодонтитом – 12. Контролем служили 15 зубов у 8 больных, которым эндодонтическое лечение осуществляли по традиционной методике.

Подготовка корневого канала включала определение рабочей длины зуба, механическую обработку по методике «Step-Back» и «Crown-Down», медикаментозную обработку 3% раствором гипохлорита натрия и ЭДТА с последующим пломбированием каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи.

В наших исследованиях был использован гидроксидсодержащий препарат «Calasept» («Scania Dental») с высоким значением pH (выше 12), обусловливающим антисептическое пролонгированное действие лекарственного средства на систему корневого канала зуба. Гидроксид кальция вводится в корневой канал после его инструментальной и медикаментозной обработки и стерилизует дентинные канальцы, приводя в действие механизмы интеграции цементобластов, стимулируя биологический барьер в периапикальных тканях.

В контрольной группе больным по традиционной методике проводили механическую и медикаментозную обработку корневых каналов зубов, с последующим наложением антисептической повязки с препаратом «Крезофен» под временной пломбой на 2 дня. Во второе

посещение каналы пломбировали методом латеральной конденсации гуттаперчи с использованием силера Endometason (Septodont).

В основной группе пациентам проводили механическую обработку корневых каналов зубов по методикам «Step-Back» и «Crown-Down», ирригацию растворами гипохлорита натрия и ЭДТА, затем канал промывали изотоническим раствором хлорида натрия и высушивали бумажными штифтами, после чего корневой канал заполняли препаратом «Calasept», зуб герметично закрывали временной пломбой. В зависимости от формы периодонтита и размера очага деструкции временная корневая обтурация составляла от 4 недель до 6 месяцев. После достижения положительного эффекта (оценка на основании клинических и рентгенологических данных) препарат извлекали из корневого канала, проводили медикаментозную обработку и пломбировали гуттаперчевыми штифтами с эндогерметиком АН – plus (Dentsplay) под контролем рентгенографии. Затем проводили оценку ближайших клинических результатов лечения и рентгенологический контроль через 3, 6, 9 и 12 месяцев после лечения.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов внутриканальной терапии показал, что при лечении хронического периодонтита с использованием препарата «Calasept» у пациентов основной группы в 8,3% случаев были отмечены осложнения в виде умеренной болезненности при накусывании в ближайшие сроки (1-3 дня). В контрольной группе о клинической периодонтальной реакции сообщили 5 (41,2%) пациентов: у 3 (24,9%) – отмечали гиперемию и отечность по переходной складке, 2 (16,6%) – жаловались на болевой синдром в течение 5 дней, купированный противовоспалительными препаратами с предварительным распломбированием корневого канала.

Полученные результаты рентгенологического обследования демонстрируют, что применение гидроксида кальция с пролонгированным антисептическим действием на систему корневых каналов зуба привело к улучшению отдаленных результатов (через 6 и 9 месяцев) лечения деструктивных форм хронического периодонтита и сопровождалось частичным или полным восстановлением костной ткани (в 58,2% и 76,6% случаев, соответственно).

Восстановление рентгенологического рисунка костных структур в области очага деструкции при традиционном односеансном методе лечения было отмечено через 6 месяцев в 32,7% случаев и через 9 месяцев в 54,9% случаев.

По результатам рентгенологического исследования через 12 месяцев после лечения в основной группе полное или частичное восстановление костной ткани в периапикальной области наблюдалось в 89,6 % случаев, в контрольной группе – в 63,5% случаев.

Выводы. Таким образом, применение отсроченного лечения при деструктивных формах хронического периодонтита с использованием гидроксидсодержащего препарата «Calasept» с пролонгированным антисептическим действием на систему корневого канала зуба дает высокий терапевтический эффект и способствует снижению осложнений эндодонтического лечения в 3 раза по сравнению с традиционными методами лечения зубов.

Полученные данные свидетельствуют, что методика применения кальцийсодержащих препаратов повышает клиническую эффективность эндодонтического лечения, способствуя ускоренной ликвидации хронического воспалительного процесса в периапикальных тканях.

Результаты исследования дают основания рекомендовать использование технологии отсроченного пломбирования корневых каналов препаратами на основе гидроокиси кальция при консервативном эндодонтическом лечении деструктивных форм хронического периодонтита, что способствует повышению эффективности лечения и улучшает регенерацию костных структур в отдаленные сроки.

Литература

1. Базикян Э.А. Практическое руководство по эндодонтии. // Учебное пособие. – М.: Практич. медицина, 2007, 111 с.

2. Бир Р., Бауманн М., Ким С. Эндодонтология. – М.: МЕДпресс-информ, 2010, 288 с.

3. Боровский Е.В. Эндодонтическое лечение. // Практическое руководство.– М.: МИА, 2012, 140 с.

4. Дубова М.А., Шпак Т.А., Корнетова И.В. Современные технологии в эндодонтии. // Учебное пособие. – СПб., 2009, 96 с.

5. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия. ИД “STBOOK”, 2010, 705 с.
6. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Основные направления профилактики и лечения хронического воспаления в области периодонта. – Рос. стом. журнал, 2008, №1, с.16-19.
7. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология: руководство к практическим занятиям. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014, 446 с. - Режим доступа: http//www. studmedlib.ru
8. Мамедова Л.А., Подойникова М.Н. Ошибки и осложнения в эндодонтии. – М.: Мед. книга, 2009, 43 с.
9. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. – М.: МЕДпресс-информ, 2014, 924 с.
10. Тронстад Лейф. Клиническая эндодонтия. – М.: МЕДпресс-информ, 20012, 288 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОЛУБРИКАНТА «ЭНДОГЕЛЬ» ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ.

Курбанова Э.А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Современная эндодонтия, как самостоятельная отрасль консервативной стоматологии, получила широкое распространение, так как позволяет предотвратить удаление зубов. Повышение качества эндодонтического лечения зубов остается актуальной проблемой практической стоматологии. Одними из важных факторов, обеспечивающих хорошие результаты эндодонтического лечения, являются формирование полости доступа корневых каналов, их препарирование и механическое расширение [2,4,5].

Поиск оптимально приемлемых эндолубрикантов для применения в эндодонтии является важной задачей. Зарубежные производители предлагают для использования большое количество препаратов, однако, высокая цена импортных материалов делает их малодоступными для использования в сети бюджетных поликлинических учреждений. Поэтому актуальным является внедрение отечественных аналогов, успешное применение которых могло бы повысить эффективность эндодонтического лечения зубов [2,6].

В этой связи представляется интересным и необходимым для практической стоматологии сравнение эффективности применения различных эндолубрикантов для обработки корневых каналов зубов.

Цель исследования – оценка эффективности применения эндолубриканта «Эндогель» («ВладМиВа») для химического расширения корневых каналов зубов.

Материалы и методы. Гелеобразный материал «Эндогель», содержащий ЭДТА (15%) и пероксид (10%), предназначен для химико-механического расширения, очистки, формирования и антисептической обработки труднопроходимых и разветвленных корневых каналов зубов.

Проведено эндодонтическое лечение 42 зубов у 36 пациентов в возрасте от 28 до 62 лет, у которых были диагностированы: хронический фиброзный пульпит – 4 зуба, хронический гангренозный пульпит – 6, острый апикальный периодонтит – 8, хронический гранулирующий периодонтит – 12, хронический гранулематозный периодонтит – 7, хронический периодонтит в стадии обострения – 5.

Эндодонтическое препарирование включало раскрытие полости зуба, расширение устьев каналов борами ларго №1-3 , определение рабочей длины зуба. Механическую обработку корневых каналов проводили ручными инструментами – каналорасширителями по методике «Step-Back» и «Crown-Down», ирригацию 2,5%-ным раствором гипохлорита натрия и 19%-ным раствором ЭДТА. В 1-й группе у 14 пациентов (15 зубов) для химического расширения корневых каналов использовали эндолубрикант «Эндогель», во 2-й группе у 12 больных (15 зубов) – «Canal +» (Septodont), в 3-й группе у 10 пациентов (12 зубов) обработка каналов проводилась без применения лубриканта.

Высушивали корневые каналы калиброванными бумажными штифтами. Пломбирование корневых каналов осуществляли по методике латеральной конденсации холодной гуттаперчи с использованием силеров: 22 зуба – «Endometason», 20 зубов – «АН – plus». После удаления

излишков гуттаперчевых штифтов и очистки полости доступа этиловым спиртом зуб закрывали временной пломбой на 1-2 суток.

Проводили оценку ближайших клинических результатов лечения через 24 и 48 часов. Качество пломбирования корневых каналов зубов и состояние периапикальных тканей оценивали по данным рентгенологического обследования.

Результаты и их обсуждение. Совместное применение эндолубрикантов с 3% раствором гипохлорита натрия у пациентов 1-й и 2-й группы способствовало пенообразованию в корневых каналах, удалению некротизированой пульпы и инфицированного дентина. Гелеобразные препараты способствовали более легкому прохождению стержневых инструментов при формировании канала, обеспечивая скольжение инструмента по его кривизне и предупреждая такие осложнения, как перфорация корня, отлом инструмента и образование уступов по линии изгиба.

Оба эндолубриканта обладают высокой лечебной эффективностью, не вызывают осложнений и являются универсальными средствами для химико-механического расширения корневых каналов зубов. В ближайшие сроки после пломбирования корневых каналов зубов у пациентов 1-й и 2-й группы осложнений не наблюдалось. Однако, учитывая, что стоимость отечественного препарата в 3 раза дешевле, то он является материалом выбора у стоматологов –терапевтов.

В 3-й группе, где обработка корневых каналов проводилась без применения лубриканта, отмечалось образование уступов (14,8% случаев), не прохождение инструмента на всю рабочую длину зуба (9,6% случаев), отлом инструмента (4,2% случаев), болезненность при накусывании (5,4% случаев), а также увеличения времени, затраченного на механическую обработку корневого канала.

Выводы. Материал «Эндогель» («ВладМиВа») показал высокую клиническую эффективность: обладает выраженным антимикробным действием, вязкая консистенция геля способствует механической смазке при работе эндодонтическими инструментами, что значительно уменьшает возможность их «заклинивания» и поломки в корневом канале. Препарат прост в использовании и не оказывает токсического действия на периапикальные ткани.

Проведенное исследование показало, что препарат «Эндогель» наряду с зарубежными материалами может быть широко использован для химико-механической обработки труднопроходимых, искривленных корневых каналов зубов. Отечественный эндолубрикант по своему действию не уступает импортным аналогам, а учитывая его доступность, позволяет рекомендовать его к использованию в клинической практике.

Литература

1. Бир Р., Бауманн М., Ким С. Эндодонтология. – М.: МЕДпресс-информ, 2010, 288 с.
2. Боровский Е.В. Эндодонтическое лечение. // Практическое руководство.– М.: МИА, 2012, 140 с.
3. Дубова М.А., Шпак Т.А., Корнетова И.В. Современные технологии в эндодонтии. // Учебное пособие. – СПб., 2009, 96 с.
4. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия. ИД “STBOOK”, 2010, 705 с.
5. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Основные направления профилактики и лечения хронического воспаления в области периодонта. – Рос. стом. журнал, 2008, №1, с.16-19.
6. Мамедова Л.А., Подойникова М.Н. Ошибки и осложнения в эндодонтии. – М.: Мед. книга, 2009, 43 с.
7. Тронстад Лейф. Клиническая эндодонтия. – М.: МЕДпресс-информ, 20014, 288 с.

КОРРЕКЦИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ.

Курбанова Э.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

В настоящее время для лечения зубочелюстных аномалий широко применяется несъемная ортодонтическая аппаратура (НОА). Однако при длительном ее использовании возможны

осложнения, одним из которых является развитие очага деминерализации и как следствие – возникновение кариозных полостей на вестибулярных поверхностях коронок зубов [1,2,5].

Любая несъемная ортодонтическая конструкция создает неблагоприятные условия для естественного самоочищения полости рта (ПР), изменяет микрофлору в качественном и количественном отношении, а также оказывает негативное влияние на уровень гигиены в связи со снижением эффективности обычных методов чистки зубов, которые закрепились у пациента в виде привычки [4,6]. В процессе перемещения зубов затрудняется очищение отдельных участков зубного ряда, что может привести к застойным явлениям в системе кровообращения в области краевой десны и в результате к ее воспалению – гингивиту [2,4].

Немаловажным является и то, что в основе любого ортодонтического воздействия лежит приложение постоянной нагрузки с заданным вектором к тканям зуба, что вызывает адаптационную перестройку [3,5]. Это может приводить к возникновению в периодонте асептического воспаления, сопровождающегося болью, что также мешает адекватному воздействию на ткани ПР при проведении индивидуальной гигиены. Помимо этого, НОА сами по себе создают условия для образования дополнительных ретенционных пунктов и скопления зубного налета, который является одним из основных этиопатогенетических факторов стоматологических заболеваний [9,10,12].

Невозможность соблюдения пациентами адекватной гигиены в области НОА приводит к кумуляции зубной бляшки и, как следствие, воспалительным процессам в ПР [8,11]. Степень контаминации протеза микроорганизмами во многом зависит от качества гигиены зубных конструкций [7,9].

Для пациентов, получивших ортодонтическую помощь, должна быть разработана система профилактических мероприятий, повышающих резистентность тканей ПР и снижающих интенсивность влияния патологических факторов. Приоритет профилактики стоматологических заболеваний в современных условиях принадлежит первичному уровню, который включает в себя комплексное воздействие (прежде всего, индивидуальная и профессиональная гигиена ПР) на факторы риска, обуславливающие развитие стоматологической патологии.

Целью данной работы явилось совершенствование методов профилактики осложнений и негативных факторов у пациентов, находившихся на лечении с использованием НОА.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 46 пациентов с брекет-системами. Были сформированы 2 группы: 1) контрольная – 10 человек, 2) профилактическая – 36 человек. В первой группе обследования никакой коррекции, кроме обычно принятой (традиционной) гигиены ПР, не проводилось. Во второй группе ортодонтическое лечение совмещалось с проведением всего комплекса мероприятий профессиональной гигиены.

Пациентам профилактической группы была предложена техника индивидуальной чистки зубов монопучковой зубной щеткой (Oral-B Interdental) со сменными ершиками «Inter brush», а также использование противовоспалительной зубной пасты «Parodontax» (pH=8,4) и одноименного ополаскивателя ПР. Пасту рекомендовали применять 2 раза в день для чистки зубов и массажа десен в течение 2-4 минут. Были подобраны специальные профилактические зубные щетки: щетки с мягкой (soft) или очень мягкой (extrasoft) щетиной.

Пациенты второй группы использовали дополнительно для гигиены ПР в домашних условиях ручной ирригатор. Ирригацию проводили как с водой (гидромассаж в режиме «душа»), так и с 0,05% раствором хлоргексидина (ирригация в режиме «струи») ежедневно в течение 15-30 сек. Пациентам профилактической группы назначили общее применение антиоксидатного препарата «Компливит» (по 1 табл. перед едой 1 раз в день) в течение 6 месяцев.

Клинические наблюдения (проф. осмотры) проводили в течение 6 месяцев с использованием метода объективного контроля – индексной оценки стоматологического и гигиенического статуса пациентов. Определяли следующие показатели: индекс гингивита PMA (C. Parma, 1960), упрощенный индекс гигиены ПР OHI-S (J.Green, I.Vermillion, 1964), индекс эффективности гигиены ПР PHP (Podshadley-Haley, 1968). Для объективной оценки гигиенического состояния НОА использовали ИГ НОК (С.Б. Улитовский, 2006). Гигиенический статус пациента – пользователя несъемными зубными протезами, оценивали по сумме значений индексов OHI-S и ИГ НОК.

Результаты исследования. Исходный уровень гигиены ПР у обследованных соответствовал удовлетворительному гигиеническому состоянию ПР. Показатель индекса OHI-S составил 1,78±0,09 в контрольной группе и 2,95±0,51 – в профилактической группе (табл. 1,2).

Через 6 месяцев во второй (профилактической) группе значения OHI-S и PHP уменьшились и составили 0,92±0,06 и 1,08±0,07 соответственно, что оценивается как хороший уровень гигиены ПР.

Таблица 1. Сравнительные данные динамики индексов в контрольной группе

Показатели	Исходные данные	Через 6 месяцев
PMA (%)	23,66±2,64	56,03±3,17
OHI-S	1,78±0,09	3,44±0,07
PHP	2,12±0,02	4,13±0,07
ИГ НОК	1	3

Таблица 2. Сравнительные данные динамики индексов в профилактической группе

Показатели	Исходные данные	Через 6 месяцев
PMA (%)	32,06±2,47	5,88±1,09
OHI-S	2,95±0,51	0,92±0,06
PHP	3,01±0,02	1,08±0,07
ИГ НОК	2	1

Динамика ИГ НОК показала эффективность проведенных профилактических мероприятий во второй группе, где отмечали удовлетворительную и хорошую гигиену НОА. В контрольной группе пациенты имели плохое гигиеническое состояние НОА.

Выводы. Обязательным условием успеха в комплексном лечении пациентов, имеющих в полости рта несъемные ортодонтические аппараты, является адекватная рациональная гигиена, как индивидуальная, так и профессиональная. Тщательное выполнение гигиенических мероприятий с использованием дополнительных приспособлений (ирригаторов ПР, профилактических зубных щеток, зубных ершиков), а также применение различных ирригантов, содержащих антисептические средства типа триклозана и хлоргексидина для блокады микробной адгезии к ортодонтическим конструкционным материалам, позволяет значительно уменьшить риск развития воспалительных и других патологических процессов в ПР и увеличить период ремиссии у пациентов после лечения путем постоянного контроля микробиоценоза ПР.

На основании полученных данных следует рекомендовать практическим врачам: проведение соответствующих и целенаправленных профилактических (гигиенических) мероприятий у лиц, пользующихся несъемными зубными аппаратами; до лечения проводить профессиональную гигиену ПР; ортодонтическое лечение сопровождать периодической коррекцией гигиенического состояния ПР; после завершения лечения каждые 6 месяцев проводить профилактические осмотры. Таким образом, совершенствование методик индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта способствовало бы профилактике многих приобретенных заболеваний, стабильному и долговременному функционированию ортодонтических конструкций и устойчивой реабилитации больных.

Литература

1. Абрамова О.Ю., Арсенина О.И., Оспанова Г.Б., Стояновская Л.Ю. Профилактические мероприятия при лечении пациентов эстетическими брекетами. – М.,2009. – 37 с.

2. Антонова И.Н. Роль профессиональной гигиены полости рта в комплексном подходе к диагностике и лечению воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дисс. ... к. м. н. – СПб, 2000. – 17с.

3. Гожая Л.Д. Заболевания слизистой оболочки полости рта, обусловленные материалом зубных протезов (этиология, патогенез, диагностика, лечение, профилактика): Дисс. ... д.м.н. / МГМСУ. – 2001. – 240 с.

4. Дмитриева Н.Г. Применение современных средств гигиены полости рта в комплексном лечении пародонтита: Автореф. дисс. ... к.м.н. – М., МГМСУ, 2006. – 19 с.

5. Коржукова М.В. Анализ состояния тканей полости рта и смешанной слюны у пациентов, пользующихся современной несъемной ортодонтической техникой: Автореф. дисс…к.м.н. / М., 2001. – 23 с.

6. Кузьмина Э.М., Юсефи М.К. Состояние гигиены полости рта пациентов при лечении несъемной ортодонтической техникой. // Стоматологический форум. – 2005. - №2(3). С. 64 – 66.

7. Улитовский С.Б. Гигиенический статус пользователя несъемными ортопедическими конструкциями. // DENTAL MARKET. – №2. – 2006. – С.64-66.

8. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта при заболеваниях десен. // Маэстро стоматологии. – №3 – 2009. – С.27-30.

9. Царев В.Н. Динамика колонизации микробной флоры полости рта различных материалов, используемых для протезирования. / В.Н.Царев, С.И.Абакаров, С.Э.Умарова. // Стоматология. – №1 – 2005. – С.24-28.

10. Царев В.Н. Микробиология полости рта: Учебное пособие. / В.Н.Царев, М.М.Давыдова, Р.В.Завадский. – М., 2008. – 54 с.

11. Beck J., Loe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. // Periodontology. – 2009. –V.25. – P.34-35

12. Lessaa F., Enokia C., Itob I., Fariac G., Aiko M. In-vivo evaluation of the bacterial contamination and disinfection of acrylic baseplates of removable orthodontic appliances. // American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. – 2010. – P.727.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА И КОРНЕВЫХ КИСТ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА «МЕТАПЕКС».

Курбанова Э.А., Магомедов А.А., Караммаева М.Р.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Среди хронических форм периодонтита преобладают деструктивные: гранулирующий, гранулематозный, кистогранулемы, радикулярные кисты. Основными принципами современного лечения верхушечного периодонтита являются полное купирование воспалительного процесса в околоверхушечных тканях, репарация костной ткани в очаге воспаления и восстановление иммунной реактивности [2,3,5,6]. Поэтому, помимо стандартного эндодонтического лечения (хирургическая и антисептическая обработка макро- и микроканалов зуба), необходимо активное заапикальное воздействие.

Анализ специальной литературы и собственные клинические наблюдения позволяют сформулировать требования к лекарственным препаратам для неоперативного лечения очагов деструкции в периодонте:

- пролонгированное антисептическое и противовоспалительное действие;
- выраженные остеостимулирующие свойства;
- устойчивость к воздействию тканевых жидкостей;
- отсутствие раздражающего действия на периапикальные ткани;
- выраженное бактерицидное или бактериостатическое действие;
- рентгеноконтрастность;
- при необходимости легко извлекаться из корневого канала.

Перечисленным требованиям соответствует препарат «Метапекс» («META BIOMED», Южная Корея), который выпускается в удобной упаковке – шприц с одноразовыми и стерилизуемыми многоразовыми насадками, позволяющими вводить пасту в корневой канал под давлением.

«Метапекс» – рентгеноконтрастная паста, основными действующими компонентами которой являются гидроокись кальция и йодоформ. За счет высокого процента содержания чистой гидроокиси кальция pH пасты составляет 12,5. Препарат характеризуется щелочным pH и высоким высвобождением ионов кальция, что обеспечивает выраженный антибактериальный и противовоспалительный эффект и способствует минерализации тканей. При контакте с водой оксид кальция превращается в гидроксид кальция, гидроксильные ионы увеличивают значения pH на поверхности корня и в периодонте, инактивируются остеокластические процессы, что способствует регенерации периапикальных тканей [1,4,7]. Наличие в составе пасты йодоформа усиливает ее бактерицидное и противовоспалительное действие.

Целью исследования явилась клинико-рентгенологическая оценка эффективности применения препарата «Матапекс» при лечении деструктивных воспалительных процессов в периодонте.

Материал и методы. Проведено лечение 34 зубов у 26 пациентов в возрасте от 32 до 56 лет с различными формами деструктивного периодонтита: с хроническим гранулирующим периодонтитом – 12, с хроническим гранулематозным периодонтитом – 10, с кистогранулемой – 8, с корневой кистой – 4.

Эндодонтическое препарирование включало раскрытие полости зуба, расширение устьев каналов борами ларго №1-3 , определение рабочей длины зуба, механическую обработку корневых каналов ручными инструментами – каналорасширителями по методике «Crown-Down», ирригацию 2,5%-ным раствором гипохлорита натрия и 19%-ным раствором ЭДТА, высушивание корневых каналов калиброванными бумажными штифтами. В просвет канала помещали насадку (на 2/3 его длины), через которую вводили пасту под давлением. Временное пломбирование канала проводили под рентгенологическим контролем. Из полости зуба удаляли излишки пасты и закрывали временной пломбой. В зависимости от клинического состояния и размеров очага деструкции в периапикальной области повторный прием планировали через 1-3 месяца. Пациентов информировали о необходимости обращения в клинику в случае появления каких-либо неприятных ощущений или выпадения временной пломбы. Во второе посещение при отсутствии жалоб и благоприятной рентгенологической картине вводили свежую порцию материала. В зависимости от формы периодонтита временная корневая обтурация составляла от 4 недель до 6 месяцев. Пломбирование корневых каналов осуществляли по методике латеральной конденсации холодной гуттаперчи с использованием силера Fillapex.

Об эффективности проведенного лечения судили на основании отсутствия жалоб, результатов объективного обследования и рентгенологических данных. Проводили оценку ближайших клинических результатов лечения через 24 и 48 часов. Рентгенологический контроль осуществляли через 1, 3, 6 и 9 месяцев после лечения.

Результаты и их обсуждение. В ближайшие дни после лечения наблюдали признаки купирования воспалительных явлений в области причинного зуба: отсутствие жалоб, безболезненную перкуссию, снятие отека и нормализацию окраски слизистой оболочки.

Благоприятное клиническое течение подтверждено результатами рентгенологического обследования. Через 4 недели частичное восстановление костной ткани наблюдали у 8 пациентов. Через 3 месяца костная ткань восстановилась полностью у 3 пациентов, на 1/2 – у 18 больных. Через 6 месяцев полную регенирацию очага деструкции отмечали у 12 пациентов, на 2/3 – у 9 больных, на 1/2 – у 6 человек.

Отдаленные результаты лечения оценивали на основании данных повторных рентгенологических исследований. Через 6-9 месяцев после лечения на рентгенограммах отмечали (95,8% случаев) полное или частичное восстановление костной ткани в области околоверхушечного патологического очага, в отдельных случаях (4,2% случаев) выявили расширение периодонтальной щели и неполную регенерацию костной ткани в очаге деструкции.

Выводы. Опыт работы с препаратом «Метапекс» свидетельствует о его высокой эффективности при лечении зубов с деструктивными воспалительными процессами в периодонте. Проведенный анализ позволяет сделать вывод о наличии стойкой положительной динамики по восстановлению костной ткани после временной обтурации препаратом в течение 3 – 6 месяцев.

Результаты исследования дают основания рекомендовать «Метапекс» для неоперативного лечения хронических деструктивных форм периодонтита и корневых кист.

Литература

1. Бир Р., Бауманн М., Ким С. Эндодонтология. – М.: МЕДпресс-информ, 2010, 288 с.
2. Боровский Е.В. Эндодонтическое лечение. // Практическое руководство.– М.: МИА, 2011, 140 с.
3. Дубова М.А., Шпак Т.А., Корнетова И.В. Современные технологии в эндодонтии. // Учебное пособие. – СПб., 2009, 96 с.
4. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия. ИД “STBOOK”, 2010, 705 с.
5. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Основные направления профилактики и лечения хронического воспаления в области периодонта. – Рос. стом. журнал, 2008, №1, с.16-19.
6. Мамедова Л.А., Подойникова М.Н. Ошибки и осложнения в эндодонтии. – М.: Мед. книга, 2008, 43 с.
7. Тронстад Лейф. Клиническая эндодонтия. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. - 288 с.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЯЗЫКА. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД.

С.В. Латышева, Т.В. Будевская
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Как считают многие клиницисты, язык – это зеркало, отражающее ряд общих изменений организма [1, 3]. Трудности диагностики патологи языка обусловлены схожестью клинических симптомов, характерных для многих нозологических форм. По данным исследователей, максимальное количество микроорганизмов, связанных с эпителием слизистой оболочки рта, располагается на дорсальной поверхности языка и в области десневой борозды [2, 3, 5]. Заболевания языка — это воспалительный процесс, который расценивается как глоссит вследствие влияния различных причин экзогенного и эндогенного характера. полостью рта, уровень их осведомленности и состояние общего здоровья.

Цель. Систематизировать диагностические приемы при определенных нозоформах болезней языка.

Патологические состояния слизистой языка могут быть вызваны многофакторными причинами, такими, как вирусной активацией, грибковой и хронической бактериальной инфекциями и различными заболеваниями внутренних органов. Доказано, именно **дорсальная поверхность языка** служит местом первичных проявлений многих системных заболеваний (дерматозов, сахарного диабета, патологии желудочно-кишечного тракта, болезней крови и т. д.). К сожалению, идентификация пораженных участков слизистой языка часто проблематична, так как клинические проявления различных нозологических форм болезней языка могут быть схожими, а причины их развития — различными. При разных нозологических формах патологии пациенты могут иметь идентичные жалобы: чувство жжения и пощипывания в области языка; дискомфорт; сухость (ксеростомия); запах изо рта; болезненность и др. При опросе необходимо выяснить давность заболевания, начало и продолжительность неприятных ощущений в полости рта, их динамику и взаимосвязь с вероятными эндогенными и экзогенными факторами. Затем приступают к визуальному осмотру для оценки слизистой рта по общепринятой методике, рекомендованной ВОЗ. Обследование начинают с области коммиссур, щек (справа и слева) и переходят на область ротоглотки — мягкое и твердое небо, небные поверхности десны, затем все **поверхности языка,** дно полости рта и язычные поверхности десны. После просят пациента сомкнуть зубы, для определения прикуса и состояния тканей преддверия полости рта и поверхности губ. Методика последовательного внутриротового обследования по ВОЗ позволяет **оценить** различные цветовые оттенки слизистой полости рта, в том числе и языка, имеет важное диагностическое значение. Так, например, при анемии слизистая оболочка, в том числе и языка, имеет, в основном, бледно-розовые оттенки, а при расширении сосудов собственной пластинки (обычно вследствие воздействия микробного фактора) при воспалительном процессе приобретает **ярко-красную** окраску. Сочетанием различных факторов экзогенного и эндогенного характера, особенно при несоблюдении правил гигиенического ухода за полостью рта, а также у курящих пациентов цвет слизистой языка на различных его участках может изменяться от ярко-красных оттенков (сосудистая реакция) до белесовато-сероватых или коричневатых (кератотический тип) воспаления. Определенное значение в диагностике патологии языка имеет оценка слюны, которая как в норме, так и при патологии, играет защитную роль. При заболеваниях, связанных со снижением выработки слюны, гипосаливацией, больные испытывают постоянную сухость слизистой рта (ксеростомию).

Уместно подчеркнуть, что именно правильный гигиенический уход за полостью рта (чистка зубов, языка, межзубных промежутков, контроль гигиены и др.) способствует поддержанию орального здоровья. Описанный в литературе «биологический (микробный) фактор» свидетельствует о подавлении активности нормальных механизмов очищения слизистой оболочки и высокой вероятности развития инфекционного процесса, особенно на дорсальной поверхности языка [1,2]**.**

Патогенные микроорганизмы и их токсины обуславливают определенный тип воспаления с различными клиническими проявлениями и, в основном, вследствие микробного воздействия, сопровождаются сосудистой реакцией в виде изменения красного цвета — **гиперемии** или

эритемы. В то же время, под действием различных причин пораженные участки слизистой языка могут приобретать цвет от **розовых** до **красных оттенков** в результате истончения многослойного плоского эпителия (атрофические участки на языке), усиления васкуляризации (сосудистая реакция в ответ на различные виды раздражителей) [1, 3].

Белые участки поражения с измененным возвышенным рельефом за счет нарушения процесса ороговения, которые не соскабливаются инструментом, представляют **кератотический тип** воспаления и могут быть обнаружены при различных нозоформах. С одной стороны, белые поражения обусловлены морфологическими изменениями структуры ороговевающего эпителия, а с другой - снижением иммунологической резистентности слизистой рта и взаимосвязью с общесоматической патологией, которые способствуют нарушению процесса ороговения [3].

Клинические проявления глоссита очень разнообразны и среди них нередко встречается **складчатый язык,** описанный в литературе, как **морщинистый, бороздчатый, расщепленный язык.** Дифференциальную диагностику в таких случаях необходимо проводить со склерозирующим глосситом при третичном сифилисе, кандидозом. Кроме того, **складчатый язык** может быть при синдроме Мелькерсона-Розенталя или при других общесоматических заболеваниях (кандидоз и др.) [3], поэтому требуется консультация интернистов и проведение лабораторных тестов (серологических, бактериологических и др.).

Практически важно при обследовании пораженных участков языка охарактеризовать **вид поверхности,** которая может быть **выпуклой и гладкой** (проявления герпетической инфекции, абсцесс языка и др.) или **шероховатой** (папилломатоз, фиброматоз, карцинома и др.). Иногда очаг поражения может иметь **зернистую поверхность** с видимыми грануляциями (травматические изъязвления языка), в таких случаях необходимо исключить местные факторы риска и направить на биопсию для исключения малигнизации.

С позиций современных представлений оценка патологических изменений слизистой проводится по таким диагностическим **критериям, как** изменение цвета, изменение рельефа, нарушение целостности эпителия, оценка локализации участков поражения (дорсальная, вентральная поверхность языка и т. д.), формы, размеров и глубины поражения в сопоставлении с нормальными окружающими тканями, оценка контуров поражения, объема (площади).

Практически руководствуясь этими критериями, врач-стоматолог может предположить рабочий диагноз. Такой диагностический прием обследования пациента, включающий методику ВОЗ, является практической аксиомой профилактики стоматологических заболеваний, в том числе и болезней языка. Для дифференциации предлагаемого диагноза требуются лабораторные методы исследования (серологические, бактериологические и др.) с консультативным заключением других специалистов.

Важной клинической проблемой остается рак слизистой языка, который составляет 5-10 % всех злокачественных опухолей человека [4]**.** *Особенно следует обратить внимание на* травматические поражения слизистой языка в виде эрозий, язв, протекающие длительно и безболезненно. *Опубликованные за последние годы данные свидетельствуют о том, что в большинстве случаев, онкологическим заболеваниям полости рта и языка предшествуют несвоевременно диагностируемые и длительно протекающие патологические процессы* [1, 4].

В большинстве случаев для верификации диагноза требуются лабораторные методы исследования *(серологические, бактериологические и др.)* с консультативным заключением других специалистов [1, 2, 5].

Безусловно, от компетентности врача-стоматолога зависит результат диагностики патологии языка. Первостепенное значение имеет грамотное комплексное обследование стоматологического пациента, умение систематизировать данные опроса и осмотра, как в норме, так и при патологии, что предопределяет правильный комплексный подход при планировании лечебно - профилактической, врачебной тактики.

Таким образом, диагностика болезней языка базируется на выяснении причин и оценки, в целом, состояния организма Своевременная диагностика, включающая обследование согласно рекомендациям ВОЗ, позволяет выявить ранние поражения языка, что является залогом успеха.

Литература

1. *Банченко Г.В., Машковский Ю.М., Гринин В.М.* Язык — «зеркало» организма: Клиническое руководство для врачей. - М., 2000. - 403 с.

2. Латышева С.В. Болезни языка (диагностика, методы лечения): Учеб-метод, пособие / С.В. Латышева, Л.В. Белясова, В.И. Урбанович. - Мн.: БГМУ, 2004. - 42 с.

3. *Dluholucky S.* Traumatic atrophic glossitis (Riga-Fede disease) as a symptom of familial dys-autonomia - the Riley-Day syndrome // Cesk. Pediatr. 1991, 46,6-7,347-348.

4. *Hammer J.E. Этиология и эпидемиология рака полости рта / J.E.Hammer // Квинтэссенцияю – 1993. – Т. 4. С. 34 – 46.*

5. *Norman K., Wood N., Paul W., Goaz P.* Differential diagnosis of oral lesions and Maxollofacial lesions // Fifth addition, London, 1997. - p. 1.-150 p.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БИОПЛЕНКИ В ЭНДОДОНТИИ.

Латышева С.В., Будевская Т.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

В последние годы все больше внимания уделяется качеству эндодонтического лечения. И это не случайно: ни для кого не секрет, что на сегодняшний день ситуация с оказанием такой помощи населению в нашей стране неутешительна. Отчасти, это связано тем, что многие стоматологи рассматривают эту патологию в отрыве и без оценки состояния окружающих тканей зуба. Не всегда учитывают ведущий этиологический фактор в развитии патологии периодонта и осложненного кариеса, а также не обращают внимание на резервуары инфицирования в ротовой полости (микробная инвазия). Нельзя игнорировать существующую взаимосвязь функционального и морфологического единства между тканями зуба, периодонта и организма в целом. Как известно, полость рта – уникальная часть организма, в которой всегда находятся различные штаммы бактерий (полезные и агрессивные). Исследователями P.D.Marsh (1994) установлено, что здоровье полости рта обусловлено микробным гомеостазом в зубном налете, который достигается при определенном взаимодействии разных видов бактерий между собой и хозяином (организмом человека), с одной стороны, а также различными внешними и внутренними факторами (гигиена рта, диета, защитные силы организма и др.) – с другой стороны. Благодаря использованию современных методов (электронной микроскопии, трансмиссионной и флюорисцентной микроскопии, сканирования и т.д.) изучена как физиологическая роль зубного налета, так и его патогенное значение в ротовой полости. Важно заметить, что в современной научной стоматологической литературе чаще встречается термин – биофильм (биопленка), имеющий такое же значение как зубной налет. За последние годы результаты научных исследований пролили свет на раскрытие механизмов образования биопленки, ее ультраструктуры, жизнеспособности и метаболизма бактерий. Так доказано, пелликула на зубах обладает защитными свойствами и служит антибактериальным барьером. С другой стороны, она содержит специфические рецепторы для прилипания бактерий, что способствует бактериальной колонизации и дифференцировке бактерий (начальная фаза образования зубного налета (биопленки)). В последующем послойно преобразуются структурные компоненты пелликулы, активизируются биохимические процессы, способствующие прилипаемости различных штаммов микробов, усиливается их способность к размножению, образуется конгломерат зубного налета (биопленки). С позиции доказательной стоматологии бактериальный налет на зубах (биопленка или биофильм) расценивается как совокупность различных штаммов бактерий, предназначенных для совместного выживания, среди которых могут находиться как некариесогенные, так и кариесогенные. Научно-обоснованные доказательства патогенной роли биопленки составляют главный фундамент в раскрытии механизмов развития заболевания полости рта, в том числе кариеса и его осложнений. Результаты исследования легли в основу концепции о роли биопленки (biofilm) в ротовой полости, которая рассматривается как единый активный биоагрегат, взаимодействующий с организмом в целом.

Общепризнанной причиной поражения зубов (кариеса и его осложнений) является результат воздействия кислотообразующих микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности. Невозможно предсказать какое количество патогенных бактерий и их токсинов проникает в ткани зуба во время развития кариозного процесса. При этом следует учитывать, что агрессивность биопленки (зубного налета) может определяться не только временем накопления, но и его количеством и вирулентностью в труднодоступных местах для очищения (фиссуры, десневая

бороздка). Но, безусловно, главное значение – это поступление субстрата (углеводов) для выработки кислот, участвующих в процессе деминерализации и эмали. В то же время низкий уровень информированности пациентов о правилах ухода за полостью рта, несвоевременная диагностика заболеваний гингивита и ранних форм кариеса способствуют развитию необратимых форм пульпита или апикального периодонтита.

С этих позиций главная цель эндодонтического лечения – это воздействие на биопленку для уменьшения количества и устранения патогенных микроорганизмов в пораженном зубе и окружающих его тканях. Для практической реализации рекомендуют современную тактику в эндодонтии с обязательным использованием антисептиков:

– коффердам стерильный;

– некротомия и раскрытие крыши пульпарной камеры (коронковое препарирование) при тщательной ирригации антисептиков;

– по показаниям - ампутация и экстирпация пульпы под контролем антисептиков;

– расширение устьев канала (Gates Glidden, intro Fill) с обильной ирригацией антисептиков;

– корневое препарирование на всех уровнях канала корня с соответствующими эндодонтическими инструментами (определенный тип Flex – Master) и обильной ирригацией антисептиков;

– для узких и искривленных корней чаще используют никель-титановые файлы (NiTi) - Profill Flex Master, Reamer-type, Pro Taper и др. с обязательной ирригацией антисептиков.

– для медикаментозной дезинфекции используют антисептики Calcium hydroxide, Sodium hydrochlorid (0,5-5%), Chlorhexidine (0,2-«%) и др..

Эндодонтическое лечение начинают после проведения профессиональной гигиены при наличии предварительной R-граммы. После постановки коффердама эндодонтическое препарирование проводится соответствующими инструментами. При работе с файлами (Profill Flex Master, Pro Taper и др.) для определения длины канала используют измерительные аппараты – Denta PORT, Raypex5 и проводят повторную R-грамму. По показаниям с учетом диагноза используют для временной обтурации каналов препараты кальция (Calcium hydroxide) в течение 2-х недель. Во второе посещение осуществляют окончательную обтурацию каналов силлером и гуттаперчей под контролем R-снимка, реставрацию коронки (фото-, химио- композиты, компомеры, СИЦ). Повторное назначение на R-контроль через 2-6 месяцев.

В заключении следует подчеркнуть основные классические стандарты эндодонтии, способствующие благоприятному прогнозу:

— профессиональная гигиена полости рта (периодическая мотивация и очищение секстантов) – воздействие на патогенную микрофлору (биопленку);

— адекватная диагностика пораженного зуба с оценкой окружающих тканей и работа с коффердамом;

— соблюдение техники эндодонтического препарирования (коронкового и корневого) с учетом характерных признаков зубов в 3-х измерениях и возрастных особенностей;

— выбор соответствующих эндодонтических инструментов и антисептиков для ирригации;

— плотная обтурация на всех уровнях корневого канала (соответствующие силеры и латеральная конденсация гуттаперчи) с использованием апекс-локатора и реставраций зуба;

— динамическое наблюдение за экосистемой полости рта и R-контроль (через 1-3 года) после эндодонтического лечения;

— контрольные визиты к стоматологу для сохранения орального здоровья (коррекция показателей индексов OHI-S, КПИ, КПУ и др.).

Литература:

1. Леус П.А. Биофильм на поверхности зуба и кариес. Москва, 2008. 88 с.

2. C. Hannig, M. Follo, E.Hellwig and Ali Al-Ahmad / Visualization of adherent micro-organisms using different techniques / Journal of Medical Microbiology (2010), 59, 1-7.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАЛИТОЗА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ.

Сулковская С.П., Гринкевич Е.М.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Галитоз — термин, используемый для обозначения устойчивого неприятного запаха воздуха, выдыхаемого человеком. Проблема галитоза имеет медицинский и психологический аспекты. Во-первых, наличие галитоза может быть индикатором патологии различных органов и систем организма человека. Во-вторых, благополучие человека в современном обществе во многом определяется его имиджем и межличностными связями. Именно поэтому в последние годы галитоз рассматривается как социальная проблема [3,4].

Неприятный запах выдыхаемому воздуху, как правило, придают летучие соединения серы (сероводород, метилмеркаптан, диметилсуфид и т.д.), амины (диметиламин, аммиак), органические кислоты (масляная, изовалериановая). Эти виды соединений появляются в процессе анаэробного расщепления белков (гниения), соответственно и запах нередко характеризируется как гнилостный. Более чем в 85% случаев причина галитоза обнаруживается в полости рта [1]. По данным калифорнийского исследователя Nachnani S. (2004) 40-50% стоматологов констатируют, что еженедельно к ним обращаются 6-7 пациентов с жалобами на неприятный запах изо рта [2]. По данным Gerlach R.H. all. (1998) по меньшей мере 50% населения страдают галитозом [3].

В связи с этим целью нашего исследования явилось определение распространенности галитоза среди пациентов на приеме у стоматолога.

Материалом для исследования явились 186 пациентов в возрасте от 15 до 75 лет, обратившихся в Республиканскую клиническую стоматологическую поликлинику.

Использовался социологический метод исследования (анкетирование пациентов) и метод натурного наблюдения, включающий определение индексов (OHI-S), GI, КПИ. Для осмотра использовался стандартный набор инструментов.

Результаты исследования: в результате анкетирования установлено, что только 18% респондентов никогда не испытывали ощущения неприятного запаха изо рта, 5,6% обследованных постоянно ощущают галитоз, 20,4% - периодически, 55,7 %– очень редко.

По мнению самих пациентов чаще всего неприятный запах связан с употреблением специфических продуктов питания (32,3% опрошенных), 21,5% обследованных считают причиной галитоза различные стоматологические заболевания (кариес, болезни десен), 14% пациентов предполагают, что их проблема связана с недостаточной гигиеной полости рта, 9% с табакокурением, 7% с голоданием, 17% с заболеваниями внутренних органов.

По результатам исследования регулярно посещают стоматолога около 36,4% опрошенных. На приеме у врача только 28% респондентов получили информацию о правильной технике чистки зубов. Самым распространенным дополнительным средством гигиены для 42% опрошенных является зубочистка, 12% используют спички, 9% - ополаскиватели для полости рта. Только 6% пациентов используют флоссы, 53% опрошенных никогда не слышали о флоссинге.

За помощью к врачу с целью устранения галитоза обращались 68% женщин и только 14% мужчин, 19% обследованных пытались справиться с проблемой самостоятельно, в основном с помощью освежителей полости рта и жевательных резинок с мятным вкусом.

Таким образом, распространенность неприятного запаха изо рта среди обследованных пациентов составила 82%. Полученные нами данные говорят о том, что пациенты плохо информированы о средствах и методах очищения ротовой полости. Очевидна необходимость участия стоматолога в решении данной проблемы.

Литература:

1. Arowoijulo, V.O. Halitosis (Fetor oris) in patients seen at the periodontology clinic of the University College Hospital, Ibadan – a subjective evaluation / V.O. Arowoijulo, E.B. Dosumu // Niger. Postgrad. Med. J. 2004. Vol. 11, №3. P. 221-4.

2. Greenman, J. Study on the organoleptic intensity scale for measuring oral malodor / J. Greenman [et. al] // J. Dent. Res. 2004. Vol. 41, №1. P. 81-5.

3. Kazor, C.E. Diversity of bacterial population on the tongue of patients with halitosis and healthy patients / C.E. Kazor [et. al] // J. Clin. Micbiol. 2003. Vol. 41, №2. P. 558-63.

4. Заверная, А.М. Современные подходы антигалитозной терапии PRESIDENT и Air-Lift // Соврем, стоматол. - 2008. - № 2. - 20-22 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗНОСА КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ.

Тарасенко О.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Актуальность проблемы. Одно из условий долговечности реставраций – устойчивость к износу. В последнее время наблюдается тенденция к расширению показаний к применению композитов, однако на сегодняшний день нет результатов долгосрочных наблюдений больших реставраций, находящихся в непосредственном окклюзионном контакте. Клинические методы оценки износа требуют дополнительных временных и материальных затрат, продолжительных сроков наблюдения. Лабораторное моделирование износа реставрационных материалов в условиях, приближенных к условиям в полости рта – эффективный метод оценки износа существующих и новых стоматологических материалов, позволяющий получить предварительные результаты в течение непродолжительного периода [1, 2].

Цель работы: сравнить износ различных композиционных материалов для реставрации окклюзионных поверхностей.

Объекты и методы. Исследование устойчивости к износу проводили с помощью устройства для оценки износа твердых тканей зубов и стоматологических материалов, созданного в соответствии с анатомо-физиологическими характеристиками процесса жевания (антагонист совершает однонаправленные поступательные движения по образцу в жидкой среде). Износ оценивали путем измерения глубины образовавшейся бороздки с помощью профилометра-профилографа модели 525 «Калибр». Для эксперимента были выбраны следующие материалы: эмаль, дентин удаленных зубов человека, и композиционные материалы: микрогибрид, нанокомпозит, пакуемый композит, компомер, ормокер.

Статистическая обработка данных выполнялась методом Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Средняя глубина износа образцов приведена в табл. 1.

Таблица 1.

Средняя глубина износа образцов.

Образец	Антагонист	Глубина износа, мкм		
		Me	LQ	UQ
эмаль	эмаль	13,5	10,7	14,7
дентин	дентин	205,4	100,0	280,0
дентин	эмаль	775,0	733,0	776,7
микрогибридный композит	эмаль	73,3	58,3	75,0
нанокомпозит	эмаль	93,3	88,3	108,3
пакуемый композит	эмаль	52,3	51,7	53,0
компомер	эмаль	209,2	195,0	233,3
ормокер	эмаль	43,3	41,7	48,3

Износ дентина (антагонист – эмаль) был максимальным и достоверно отличался от всех остальных групп, $p<0,001$.

Среди композиционных материалов наименьшим износом обладали ормокер и пакуемый композит ($p<0,05$). Их стирание не имело статистически значимых различий ($p>0,05$). Стирание нанокомпозита не отличалось от такового микрогибридного композита ($p>0,05$). Максимальным износом обладал компомер ($p<0,05$). Компомер стирался статистически значимо больше, чем микрогибрид, нанокомпозит, пакуемый композит, ормокер и меньше, чем дентин (антагонист – эмаль) ($p<0,05$).

Значительный износ компомера ставит под сомнение его пригодность для восстановления для окклюзионных поверхностей. Эстетические свойства пакуемого композита, обладающего

наименьшим износом, ограничивают его применение в области передних зубов. Наиболее приемлемым является использование ормокера, сочетающего в себе необходимые эстетические и механические характеристики.

Выводы: по сравнению со стиранием дентина (антагонист – эмаль) наиболее износостойкие композиционные материалы – пакуемый композит и ормокер – стирались в 15-18 раз меньше, что позволяет рекомендовать данные материалы для реставрации окклюзионных поверхностей как наиболее устойчивые к износу.

Литература:

1. Николаенко С.А. Исследование износа восстановительных материалов и зубов - антагонистов in vitro / С.А. Николаенко и др. // Стоматология. 2006. №4. С. 9-13.

2. ISO/TS. Dental materials – Guidance on testing wear. Part2; Wear by two- and/or three body contact.

ВОСПАЛЕНИЕ ПУЛЬПЫ ЗУБА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.

Митронин А.В., Вавилова Т.П., Островская И.Г.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва

Актуальность. Причинами, приводящими к структурным изменениям в пульпе, являются кариес зубов, острые и хронические травмы, химические и физические воздействия (Fouad A., Levin L., 2006). Были предложены различные методики, позволяющие провести прижизненное исследование пульпы зуба, а также лекарственные комбинации, способствующие сохранению жизнеспособности пульпы. Однако, биологический метод лечения пульпы зуба, прошедший уже немалый путь с момента возникновения, всё ещё не находит достаточно широкого применения в лечебной практике.

В современной стоматологической практике для лечения пульпитов биологическим методом в качестве лечебных прокладок широко стали применять антибиотики, обладающих противовоспалительным, антимикробным и гипосенсибилизирующим действиям. Однако, анализ отдаленных результатов показал, что воспалительные процессы в пульпе приобретают хроническое бессимптомное течение (Бурдули М.А., 1982; Дмитриева Л.А. с соавт., 1985; Liu M., et al., 1992). При этом появляются актибиотикоустойчивые штаммы бактерий типа Candida yeasts, которые подавляют активность мононуклеарных клеток и энергетическую функцию одонтобластов (Love, Jenkinson, 2002). К таким же необратимым морфологическим изменениям приводит и применение сульфаниламидных препаратов (Марченко А.И. с соавт., 1986). Препараты глюкокортикоидного ряда применяют для купирования воспалительных процессов и стимуляции катаболизма белков межклеточного матрикса пульпы зуба (Ибрагимов М.Х., 1986). Но при их длительном применении в пульпе зуба, снижается количество тучных клеток, подавляется пролиферация фибробластов, угнетается синтез коллагена I типа и неколлагеновых белков, в том числе протеогликанов и остеопонтина, что неизбежно отражается на формировании вторичного и третичного дентина (Love, Jenkinson, 2002).

В качестве лечебно-изолирующих прокладок используются цинк-оксид-эвгенольные препараты, обладающие антисептическим, обезболивающим и одонтотропным действием (Елизова Л.А., 1993). Однако, выявлены случаи, когда при прямом покрытии пульпы этими препаратами наблюдается её ограниченное воспаление в зоне прилегания лечебной прокладки, вплоть до некроза (Комнов Д.В., 1989). Это связано с тем, что эвгенол содержит большое количество летучих фитонцидов, оказывающих цитотоксическое действие. В то же время, окись цинка способствует повышению пролиферации одонтобластов и увеличением зоны предентина за счёт стимуляции вторичного дентиногенеза.

В настоящее время уделяется внимание препаратам, содержащим гидроокись кальция, обладающих не только одонтотропным, но и реминерализующим действием. Данные препараты имеют выраженные щелочные свойства и благодаря этому их применение вызывает нейтрализацию кислой среды в зоне воспаления (Kolips A., Rask-Andersen M., 1983; Mount G.J., 1994). В то же время, при уменьшении воспалительных явлений превалирующее щелочное воздействие препарата также

может вызывать некроз клеток пульпы, вакуольную дистрофию одонтобластов с последующим обызвествлением поражённого участка (Комнова З.Д. с соавт., 1987; Комнов Д.В., 1989; Wataha J.C., et al., 1994).

Цель: оценка эффективности биологического метода лечения пульпита с использованием гидроокиси кальция и мази Безорнил по клинико-биохимическим показателям.

Материал и метод исследования. Был обследован 31 пациент (23 женщины и 8 мужчин) в возрасте от 25 до 42 лет, обратившиеся с клинику МГМСУ им. А.И. Евдокимова с жалобами на невыраженные болевые симптомы в области причинного зуба, которые усиливались при приёме холодной или горячей пищи. При осмотре пациентов обнаружена глубокая кариозная полость. В 38,7% случаев полость зуба вскрыта в одной точке, зондирование которой резко была болезненна, а в 61,3% зуб находился под пломбой, после удаления которой, было обнаружено болезненное сообщение с полостью зуба. Для диагностики пульпы зуба была проведена перкуссия, температурные пробы, электроодонтометрия при помощи прибора «Аверон» и рентгенодиагностика. Диагностику пульпита проводили по данным клинического обследования.

Полость зуба препарировали при помощи турбинной бормашины с водным охлаждением, удаляли пигментированный дентин, вскрытый рог пульпы обрабатывали физиологическим раствором и накладывали лечебную повязку, приготовленную путём смешения двухкомпонентного материала на основе гидроокиси кальция «Дайкал» и препарата «Безорнил». В состав препарата «Безорнил» входят искусственный мускус, жемчуг, искусственный безоар, янтарь, борнеол, цинка карбонат. Препарат «Безорнил» обладает местным вяжущим, противоотечным, антисептическим, обезболивающим, кровоостанавливающим действием. На данную методику был получен патент на изобретение № 2554809 от 01.06.2015. Предложенный нами метод позволяет повести лечение пульпита в 1 посещение. Далее лечебную повязку закрывали временной пломбой, которую, в случае отсутствия у пациентов болевых симптомов, через 1 неделю заменяли на постоянную.

Дополнительно у пациентов в области предполагаемого причинного зуба были получены образцы десневой жидкости (ДЖ), которую отбирали у пациентов с помощью полосок из хроматографической бумаги до лечения и через 6 месяцев, 3 года и 5 лет после лечения пульпита биологическим методом. В десневой жидкости спектрофотометрическим методом определяли активность ферментов аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) в МЕ/л. Для сравнения была получена ДЖ из интактных зубов с контрлатеральной стороны. Результаты исследования были статистически обработаны при помощи программы «Statistica 8.0».

Результаты исследования. Обследование пациентов на первичном приёме показало, что зуб раньше болел. Самопроизвольные боли появлялись уже редко. Неприятные ощущения вызывала резкая смена температур. Данные ЭОД в области болезненного зуба колебались от 53 до 64 мкА (среднее 56,7±12,3 мкА).

У 100% пациентов на рентгенограмме наблюдались очаги разрежения у верхушек корней, а у 61,3% пациентов обнаружено нарушение краевого прилегания краев пломбы к поверхности зуба. При зондировании у 38,7% пациентов открытой кариозной полости обнаружено сообщение с полостью зуба, которое при зондировании было болезненным. Всем обследованным пациентам с учётом МКБ-10 (ВОЗ, 1999) был поставлен диагноз - хронический пульпит.

После лечения пульпита биологическим методом результаты выживаемости пульпы зуба выглядели следующим образом: у 3,2% пациентов через 1 неделю, у 6,5% пациентов через 1 год и 9,7% пациентов через 3 года выявлены случаи повторного воспаления пульпы зуба, что потребовало проведения её тотальной резекции и эндодонтического лечения корневых каналов. Во всех остальных случаях 80,6% пациентов в течение 5 лет не обращались с симптомами обострения хронического пульпита.

Результаты исследования показателей ДЖ выявили следующую закономерность. У всех пациентов с воспалением пульпы в ДЖ активность АСТ колебалась в пределах 2,21 до 5,16 МЕ/л, а АЛТ – 1,11 до 2,13 МЕ/л, что в среднем составило: АСТ – 3,41±0,45 МЕ/л и АЛТ – 1,45±0,12 МЕ/л. Соотношение АСТ/АЛТ в среднем равнялось 1,67±0,21. В ДЖ интактных зубов данный показатель был равен 1,21±0,18. У 6-ти пациентов, у которых позднее появились симптомы обострения хронического пульпита, соотношение трансаминаз в ДЖ причинных зубов до лечения

было несколько выше и достигало 1,78±0,09, что является важным диагностическим критерием необратимых изменений в пульпе зуба и выбора радикального метода лечения.

Выводы. Таким образом, эффективность предложенной методики лечения пульпита биологическим методом с использованием многокомпонентной лечебной прокладки на основе гидроокиси кальция и препарата «Безорнил» в отдалённые сроки наблюдения достигала 80,6% случаев. Исследование активности трансаминаз в десневой жидкости можно использовать в качестве диагностического критерия необратимых воспалительных форм хронического пульпита для выбора оптимального метода терапевтического лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДЕСЕНСБИЛИЗИРУЮЩИХ ЛАКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ.

Куваева М.Н., Володина Е.В.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва

Гиперестезия твердых тканей зубов остается на сегодняшний день одной из наиболее распространенных патологий твердых тканей зубов по данным различных авторов она встречается у 50 – 68 % всего взрослого населения мира.

Под этим заболеванием подразумевается высокая чувствительность зубов к температурным, химическим и механическим раздражителям.

Механизмы возникновения не до конца ясны, однако на сегодняшний день имеется несколько вполне обоснованных предположений. Наибольшее распространение имеют три теории:

- рецепторная теория, согласно которой болевой синдром возникает как реакция на раздражение нервных окончаний, в дентинных трубочках и передача сигналов (нервных импульсов) в пульпу зуба;
- теория нервно-рефлекторная - нарушения ионообменных процессов идущих в тканях зуба приводящие к повышенному восприятию внешних раздражителей рецепторным аппаратом дентина;
- теория гидродинамическая (наиболее распространенная). Изменения полноценной циркуляции дентинной жидкости непосредственно в канальцах при обнажении дентина, что приводит к изменению скорости тока жидкости в дентинных канальцах, что вызывает раздражение одонтобластов с последующим возникновением болевой реакции.

Причинами повышенной чувствительности могут быть:

1- некариозные поражения зубов (эрозии, некрозы) - возникающие в результате воздействия химических факторов: кислот, содержащихся как в продуктах питания и напитках, так профессиональных вредностей для работников химических производств;

2- могут быть результатом обнажения дентинных трубочек при травмах (сколах) твердых тканей зубов;

3- проведение профессиональной чистки зубов с использованием ультразвуковых скейлеров (при удалении налета и наддесневого зубного камня);

4- лечение заболеваний парадонта (при удалении надддесневых и поддесневых зубных отложений);

5- стираемости при функциональной перегрузке зубов (абфракции) вызванной чрезмерной окклюзионной нагрузкой и как следствие появлением микротрещин и напряжения в пришеечной области твердых тканей зубов;

6- микро- и нанотрещины эмали без видимых изменений твердых тканей (невыясненной этиологии).

Таким образом, гиперестезия это в многофакторное заболевание, при котором причину (этиологический фактор) не всегда удается выделить и устранить.

Основным направлением остается симптоматическое лечение, которое позволяет устранить гиперчувствительность твердых тканей зубов и улучшить тем самым качество жизни пациентов.

Целью исследования явилось проведение сравнительной клинической оценки эффективности применения лаков: светоотверждаемого десенситайзера на основе ормокеров Admira Protect (Voco) и бесцветного фтористого лака с фторидами натрия и кальция Bifluorid 12 (Voco) у пациентов с гиперестезией различной этиологии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 32 человека в возрасте от 22 до 56 лет мужского и женского пола с гиперчувствительностью зубов различной этиологии, которые были разделены на 2 группы в зависимости от используемого препарата: 1группа исследования (18 человек) - применялся лак Admira Protect (Voco), 2 группа (14 человек), где использовался фтористый лак Bifluorid 12 (Voco).

Всем пациентам было проведено тщательное диагностическое исследование полости рта по единой схеме. При первичном стоматологическом осмотре проводили: сбор анамнеза, оценку стоматологического статуса. В специальной анкете, на каждого пациента, отмечался подробный анамнез (сопутствующие заболевания, вредные привычки, характер питания, данные о гигиене полости рта). Диагноз гиперчувствительности твердых тканей зуба был поставлен на основании данных анамнеза и результатов субъективного и объективного обследования.

Субъективная оценка интенсивности болевой реакции проведена методом опроса пациентов с применением цифровой рейтинговой шкалы NRS. Рейтинговая шкала состоит из 11 пунктов от 0 (боли нет) до 10 (сильная боль, которую можно представить). Согласно экспертным оценкам значения от 1 до 3 соответствуют легкой интенсивности боли, от 4 до 6 – умеренной интенсивности, от 7 и выше сильной интенсивности.

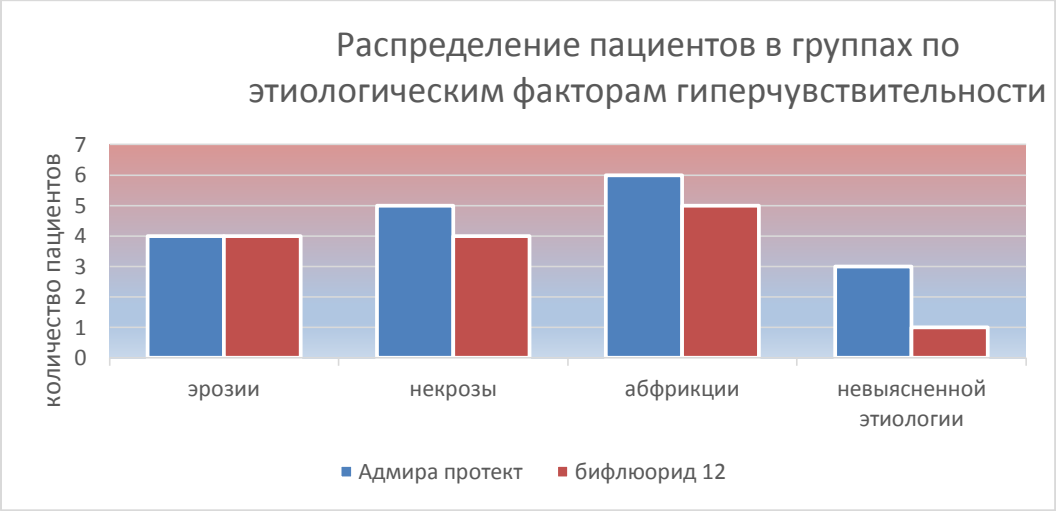
С целью определения объективной выраженности гиперчувствительности дентина выполнялась воздушная проба Shiff. Тест предусматривал оценку реакции пришеечной области вестибулярной поверхности зуба на струю сжатого воздуха. Струю воздуха направляли из воздушного пистолета стоматологической установки перпендикулярно тестируемой поверхности на расстоянии 1 см с экспозицией 1 сек. Объективные методы оценки симптомов гиперестезии выполняли до и сразу после сеанса обработки десенситайзерами в то же посещение, через 2, 4 недели и 6 месяцев.

Оценка гиперестезии зубов по шкале Шиффа до проведения исследования.

Оценка в баллах по шкале Шиффа	Количество пациентов 1 группа	Количество пациентов 2 группа
0 баллов – реакция отсутствует;	0	0
1 балл – пациент отмечает дискомфорт, но не настаивает на прекращении теста	6	5
2 балла – пациент отмечает дискомфорт, демонстрирует моторные реакции	8	6
3 балла – пациент отмечает выраженную болевую реакцию на стимул, демонстрирует выраженные моторные реакции.	4	3

У каждого пациента тест на гиперестезию был положительным в разной степени (по шкале Шиффа) в области 3-5 зубов фронтальной группы на верхней или нижней челюсти и составлял в среднем 2 балла, а по субъективным оценкам 4-6 баллов по индексу NRS. Уровень гигиены полости рта у всех пациентов оценивался как хороший.

Распределение больных по этиологическим факторам было почти равномерным в обеих группах: абфракционные дефекты - 4/4 пациента соответственно, эрозии - 5/4, некрозы - 6/5, невыясненной этиологии - 3/1.



Методика проведения нанесения препарата в 1 и 2 группе соответствовала инструкции производителя:

- Admira Protect (Voco) наносился однократно с последующим засвечиванием;
- Bifluorid 12 (Voco) наносили единовременно 2 раза.

Результаты исследования. При сравнении данных объективного и субъективного обследования через 2 и 4 недели стойкий результат снижения гиперчувствительности наблюдался в обеих группах в среднем до 1 балла по шкалле Шиффа и до 0 балла в группе Адмира протект и 1,2 в группе Bifluorid 12 (Voco) по рейтинговой шкале NRS.

Результаты проведенных исследований через 6 месяцев показали значительные различия. В группе применения Адмира протект показатели снижения гиперчувствительности не претерпели каких-либо изменений, а в группе применения Bifluorid 12 (Voco) обнаружен рецидив почти у 89% обследуемых, и в наибольшей степени у пациентов с некрозами и с гиперчувствительностью невыясненной этиологии. При обследовании было выявлено, что некоторые пациенты в обеих группах не отказались от приема кислой пищи (в основном цитрусовых), как было им рекомендовано до начала лечения.

Оценка гиперестезии зубов по шкале Шиффа через 6 месяцев после начала исследования.

Оценка в баллах по шкале Шиффа	Количество пациентов 1 группа	Количество пациентов 2 группа
0 баллов – реакция отсутствует;	14	5
1 балл – пациент отмечает дискомфорт, но не настаивает на прекращении теста	4	6
2 балла – пациент отмечает дискомфорт, демонстрирует моторные реакции	0	3
3 балла – пациент отмечает выраженную болевую реакцию на стимул, демонстрирует выраженные моторные реакции.	0	0

Оценка пациентами эффективности лечения была выше в группе Admira Protect (Voko)

Выводы. Admira Protect (Voko) на основе ormocer – светоотверждаемый защитный лак, на значительное время редуцирует гиперчувствительность зубов уже после однократного нанесения. Флюориды и антисептик - триклозан, входящие в состав лака способствуют уменьшению образования зубной бляшки и дополнительной защите от кариеса.

Высокая резистентность к абразии и биосовместимость за счет ормокер-компонентов сохраняет отсутствие симптомов гиперчувствительности до 6-9 месяцев после нанесения даже у группы пациентов злоупотребляющих приемом цитрусовых в 86% случаев, тогда как глубокое фторирование препаратом Bifluorid 12 (Voco) через 6 месяцев обнаруживало рецидив гиперчувствительности почти у 79 % пациентов.

Литература

1. Луцкая И.К., Лопатин О.А. Научное и клиническое обоснование чувствительности зуба. Современная стоматология. 2005; 4: С. 4–7.

2. Дадаева А.Р. Сравнительная эффективность использования современных технологий лечения гиперестезии зубов, возникающих после стоматологических вмешательств : автореф. дис. … канд. мед.наук / А.Р. Дадаева. - Москва, 2009. – 25 С. 5.

3. Кузьмина Э. М. Повышенная чувствительность зубов. – М.: МГМСУ, 2003..

4. Лобовкина Л. А., Михеева Е. А. Профессиональная гигиена полости рта, проблемы гиперчувствительности зубов // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2009. – №1. – С.13-16.

5. Улитовский С. Б. Гиперчувствительность атакует // Стоматология сегодня. – 2009. – № 9. – С. 23.

6. Петриченко О. В. Обоснование применения профилактических средств при повышенной чувствительности зубов: Автореф. дис… канд. мед. наук. – М., 2004. – 23 с.

7. Булкина Н. В. Технология Pro-ArginTM: патогенетический метод лечения гиперчувствительности дентина // Новое в стоматологии. – 2009. – №5. – С.50-51

8. Аджиева А.К. Профилактика осложнений после одонтопрепарирования / А.К. Аджиева, С.И. Абакаров, К.С. Аджиева // Материалы XIII Всероссийских научно- практических конференций и Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. – Москва, 2004. – С. 515-516.

9. Актуальные вопросы профилактики и терапии гиперчувствительности зубов различной этиологии // DentalTimes. – 2012. – Вып.13. - С. 4-7.

КАРИЕСПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ИММУНОМОДУЛЯЦИЯ В УСЛОВИЯХ АЛИМЕНТАРНОГО ЦИНКДЕФИЦИТНОГО МИКРОЭЛЕМЕНТОЗА.

Кажлаев Ю.Н.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. В настоящее время накопилось большое количество данных о роли иммунных факторов в формировании резистентности к кариесу. При рассмотрении значения иммунологических нарушений в процессе возникновения и развития кариеса выявляется, с одной стороны, недостаточность местных защитных механизмов полости рта, с другой - повреждение иммунологической системы целостного организма (А.И. Воложин и др., 1995, В.В. Хазанова, 1995, Л.М. Лукиных,. Е.Г. Зеленова, 1999, Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев,2001,), что было подтверждено результатами ряда экспериментальных и клинико-лабораторных исследований. Данные литературы, касающиеся изучения иммунологических факторов в развитии кариеса зубов у детей, в настоящее время не являются исчерпывающими (Боровский Е.В., 2001). Изученные показатели общего и местного иммунитета, сопутствующие различной активности кариеса зубов, требуют сложного системного профессионального анализа и часто не могут быть интерпретированы и использованы практикующим врачом-стоматологом. В этой связи особый интерес представляют работы, посвященные патогенетической профилактике кариеса зубов, основанные на использовании иммуномодулирущих препаратов- так, Л.М. Полукеева (1979) в эксперименте на белых крысах показала, что введение животным нуклеината натрия приводило к выраженному снижению пораженности кариесом. В свете имеющихся многочисленных экспериментальных и клинико-лабораторных сведений об иммуносупрессивных состояниях, развивающихся в условиях алиментарного гипомикроэлементоза цинка (Р.В.Петров и др.,1989, А.В.Кудрин,1998,2000,А.В.Скальный,1999,Prasad A., 2002, 2005) представляется интересным изучение особенностей поражаемости кариесом зубов и сопутствующих этому сдвигов иммунного статуса организма в условиях цинкдефицитной диеты при введении оротата калия, обладающего, как известно, иммуномодулирущим действием.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможности предотвращения интенсивного развития кариеса зубов при алиментарном гипоцинкмикроэлементозе введением иммуномодулирующего препарата (оротата калия) для разработки на основе полученных данных рациональных мер профилактики в соответствующей биогеохимической ситуации.

Материал и методы исследования. Эксперимент проведен на 75 белых крысах, содержавшихся на кариесогенной сахарозо-казеиновой диете и разделенных на 3 равные группы:

животные 1 группы получали диету с нормальным (в пределах биотической зоны действия в соответствие с рекомендациями НИИ питания РАМН) содержанием цинка, 2-й группы-рацион ,из солевой добавки к которому цинк исключался, животные 3 группы- диету, дефицитную по цинку, и дополнительно внутрь оротат калия, вводимый из расчета по 10 мг на 100 г массы тела животного в течение 20 дней через день в 1,0 мл 2% крахмальной слизи. Остальные животные получали placebo в виде 1,0 мл 2 % крахмальной слизи. Белые крысы брались в опыт в возрасте 30 дней и забивались на 150 день эксперимента под эфирным наркозом. Пораженность моляров кариесом оценивали по методике А.Г.Колесника с соавт. (1974) макромикроскопически. Калия оротат (Kalii orotas)- синоним: Potassium orotate. Фармакологическое действие: калиевая соль урацил-4-карбоновой (оротовой) кислоты. Является эндогенным метаболитом, расходуемым на построение пиримидиновых оснований, входящих в состав нуклеиновых кислот. Улучшает процессы регенерации тканей, стимулирует кроветворение, обладает анаболическими свойствами.

Показания: в стоматологии применяется в составе комплексной терапии и профилактики кариеса зубов у ослабленных и часто болеющих лиц, а также воспалительных заболеваний тканей пародонта.

Результаты исследования. Содержание животных на кариесогенной диете с различным количеством цинка и получавших дополнительно профилактическую добавку в виде оротата калия привело к неодинаковой пораженности кариесом зубов (среднее число кариозных поражений на одно животное –ЧКП), так и соотношения поверхностных и глубоких поражений. В 1 группе среднее число кариозных поражений на одно животное составило 23,2$\pm$ 1,34, удельный вес поражений 1 степени 48,83$\pm$ 2,08 % , а глубоких (IY) степени-5,78$\pm$ 0,97%. У животных 2-й группы, содержавшихся на цинкдефицитном рационе и не получавших оротат калия, среднее ЧКП на одно животное- 50,95$\pm$ 1,61, удельный вес поверхностных поражений- 32,7$\pm$ 1,43%, на долю глубоких приходилось 11,2$\pm$0,96%. У животных 3 группы, получавших на фоне кариесогенной цинкдефицитной диеты дополнительно оротат калия, среднее ЧКП на одно животное -29,57$\pm$ 0,92, частота поражений I степени-58,09$\pm$ 1,89%, удельный вес глубоких поражений- 6,03$\pm$ 0,91% .

Приведенные данные свидетельствуют о том, что содержание животных на кариесогенной цинкдефицитной диете приводит к интенсивному поражению кариесом зубов (достоверно большие показатели среднего ЧКП на одно животное и удельное соотношение поверхностных и глубоких поражений) по сравнении с животными 1 группы, получавшими рацион с достаточным содержанием цинка. У животных же 3 группы, содержавшихся также в условиях алиментарно цинкгипомикроэлементоза, но получавших дополнительно оротат калия, среднее ЧКП и удельный вес глубоких кариозных поражений оказались существенно ниже ($P< 0,001$, $P < 0,001$), а частота поверхностных (I степени) поражений достоверно выше ($P< 0,001$) по сравнению с таковыми у животных 2 группы, содержавшихся на аналогичной цинкдефицитной диете, но не получавших изучавшуюся профилактическую добавку в виде оротата калия. При этом, однако, среднее ЧКП и удельный вес поверхностных кариозных поражений у животных 3 группы оказались более высокими по сравнению с таковыми у животных 1 группы, получавших рацион, сбалансированный по цинку (норма). Частота глубоких поражений у животных этих (1 и 3) групп различалась несущественно (рис.1).

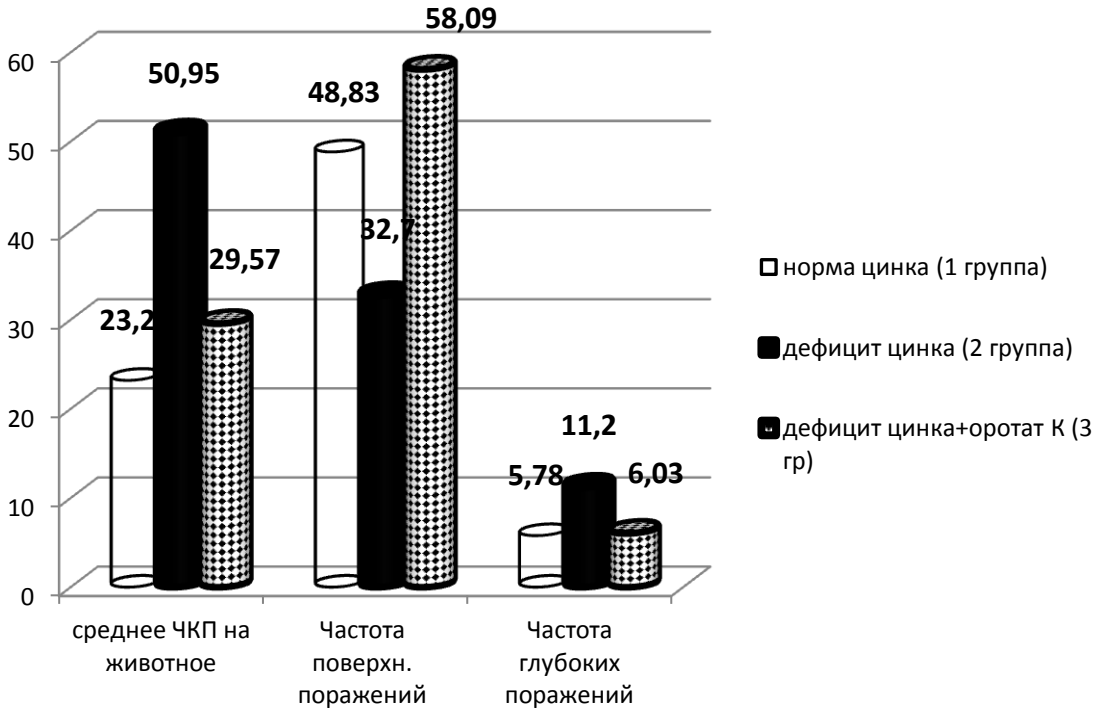


Рис. 1. Пораженность кариесом зубов животных.

Выводы. Таким образом, прослеживается существование закономерной зависимости поражаемости кариесом зубов от содержания цинка и изучавшейся профилактической добавки. Иными словами, экспериментальное исследование позволило установить, что дополнительное введение иммуномодулятора (оротата калия) в условиях алиментарного цинкдефицита обладает выраженным в достаточной степени кариесредуктивным действием, несколько меньшим, однако, чем сбалансированность получаемого рациона по цинку, что необходимо учитывать при планировании и внедрении лечебно-профилактических мероприятий с целью повышения их эффективности в регионах с соответствующим биогеохимическим фоном.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОРАЖАЕМОСТИ КАРИЕСОМ ЗУБОВ ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ МИКРОЭЛЕМЕНТОЗЕ ЦИНКА.

Кажлаев Ю.Н.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Проблема кариеса зубов остается одной из самых актуальных в стоматологии в силу его распространенности и интенсивности. Изучение кариеса с точки зрения климато-географических, социально-экономических, гигиенических и других факторов необходимо для получения сведений об особенностях поражаемости и разработки профилактических программ.

Среди факторов внешней среды, оказывающих существенное влияние на поражаемость кариесом зубов, называют недостаточное поступление в организм цинка, который является кофактором более 300 цинкпротеинов, участвующих в синтезе нуклеиновых кислот, белков ,а также в энергетическом обмене (Р.В.Петров и др.,1989, А.В.Скальный, 1999, А.В.Кудрин и др., 2000, Н.А. Агаджанян, А.В.Скальный, 2001, Prasad A., 1995,2002). Признано, что гипомикроэлементоз цинка приводит к ослаблению клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Сведения о состоянии местного иммунитета полости рта при недостаточном поступлении цинка в организм отсутствуют, патогенетические механизмы интенсивного поражения кариесом зубов в условиях гипомикроэлементоза цинка не раскрыты, что затрудняет адекватный выбор профилактических программ в соответствующих биогеохимических провинциях. Изучение состояния иммунной системы у детей с высоким уровнем кариеса без каких-либо соматических заболеваний в анамнезе представляет несомненный интерес, так как нарушение иммунного гомеостаза, возможно, является одним из звеньев патогенетического механизма кариозного процесса.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей местного (секреторного) иммунитета полости рта и поражаемости кариесом зубов у детей, проживающих в регионах, различающихся по содержанию подвижной формы цинка в окружающей среде.

Материал и методы исследования. Обследовано 90 детей 12-летнего возраста в 2-х населенных пунктах Республики Татарстан, в одном из которых (с. Рыбная Слобода) в почв ах содержится достаточное количество подвижной формы цинка (45 детей - 1 группа), а в с. Алексеевское (45 детей - 2 группа)- менее 0,1 мг/кг этой формы микроэлемента. Местный иммунитет полости рта оценивали путем определения концентрации SIg A методом простой радиальной иммунодиффузии по Mancini et al. и активности лизоцима смешанной слюны фотонефелометрическим методом. Пораженность кариесом оценивали путем определения коэффициента распространенности и интенсивности кариеса (КПУ). Содержание цинка в волосах, как интегральный показатель насыщенности организма микроэлементом, определяли методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии.

Результаты исследования. Проведенное исследование позволило установить, что у детей, проживающих в условиях гипомикроэлементоза, достоверно более низкие значения показателей местного иммунитета полости рта и содержания цинка в волосах сочетаются с существенно более высокой поражаемостью кариесом зубов (рис.1).

Так, если у детей в 1 группе (достаточное содержание цинка в почвах) среднее содержание цинка в волосах составило 176,37+7,31 мкг/г, концентрация SIg A 0,26+0,024 г/л, активность лизоцима – 43,98+1,46%, распространенность кариеса зубов – 78,33+ 3,07%, интенсивность кариеса (КПУ) - 2,44+0,06, то во 2-й группе, проживающей в условиях резкого гипомикроэлементоза, соответствующие показатели оказались существенно менее благоприятными - содержание цинка в волосах 138,76+4,98 мкг/г (P< 0,01), концентрация SIg A 0,15+0,011 г/л (P< 0,001), активность лизоцима - 38,23+1,07% (P< 0,01), распространенность кариеса- 91,72+2,5% (P< 0,01), индекс КПУ - 4,53+0,14 (P< 0,001). При этом достоверность выявленных различий сохраняется как у детей изучавшихся групп в целом, так и у отдельно взятых мальчиков и девочек.

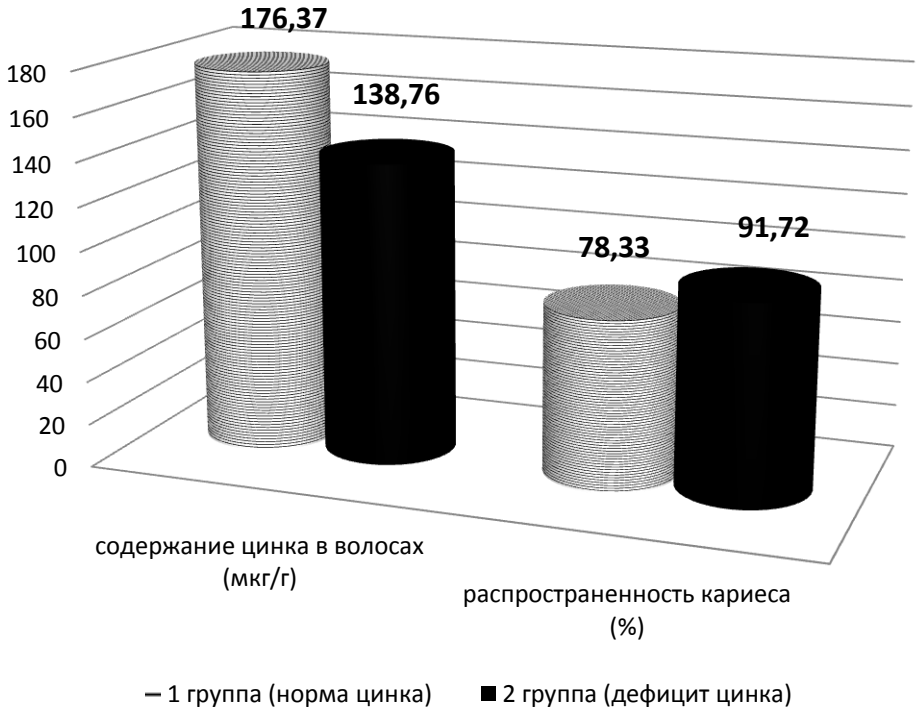


Рис. 1. Пораженность кариесом зубов у детей в различных населенных пунктах

Выводы. Таким образом**,** исследование, проведенное в 2-х населенных пунктах, расположенных в одной климато-географической зоне и различающихся по содержанию подвижной формы цинка в окружающей среде, позволило установить, что в условиях

недостаточного поступления цинка в организм имеет место снижение уровня местного (секреторного) иммунитета полости рта и интенсивная поражаемость кариесом зубов, Полученные данные позволяют рассматривать гипомикроэлементоз цинка, подтверждаемым соотвественно низким его содержанием в биосубстратах, в частности, в волосах, как реальный фактор риска развития кариеса зубов, что необходимо учитывать при планировании, разработке и проведении лечебно-профилактических кариеспрофилактических мероприятий в цинкдефицитных биогеохимических провинциях.

ПРИМЕНЕНИЕ СКОРЛУПОДИМЕФОСФОННОЙ КОМПОЗИЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА.

Кажлаев Ю.Н.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность исследования. Своевременное и эффективное лечение глубокого кариеса с целью восстановления структуры измененного надпульпарного дентина и функции пульпы, предупреждает развитие пульпита и периодонтита как в ближайшие, так и в отдаленные сроки. Частота осложнений через 6 месяцев после лечения глубокого кариеса достигает 30-32%, а после лечения острого очагового пульпита при неправильном выборе лекарственных средств доходит до 84-87% (Максимовский Ю.М., 2006; Dabrowska, E., 2003). Проведение в последние годы целого комплекса мероприятий по профилактике осложнений кариеса зубов не снизило актуальности этой проблемы; обращаемость больных с пульпитом в стоматологические учреждения остается высокой и достигает от общего количества посещений более 30% (Иванов В.С. с соавт., 1990; Есаян Л.К., 2000; Боровский Е.В., 2001). Из анализа большей части работ следует, что основные осложнения в твердых тканях и пульпе связаны с неадекватной оценкой состояния твердых структур дентина и неправильным выбором фармакологических средств для лечения (Кузьмина Э.М., 1999, 2002; Трезубов В.Н., Арутюнов С.Д., 2003; Леонтьев В.К., 2006; Manji F., Fejerskov O., 2004; Mascarenhas A.K., 2005). Существующие способы лечения глубокого кариеса направлены на сохранение жизнеспособности пульпы, предотвращение дальнейшего прогрессирования процесса в дентине, ускорение реминерализации в предентине и стимуляцию образования заместительного дентина. Несмотря на значительный интерес к изучению изменений в твердых тканях и пульпе на стадиях дезинтеграции при глубоком кариесе и остром очаговом пульпите, многие вопросы, касающиеся механизмов развития патологии, и особенно, адекватного выбора лекарственных средств в процессе лечения, остаются на сегодняшний день не выясненными.

Многочисленные композиции лекарственных прокладочных материалов в основном обладают однонаправленным действием и применяются либо для реминерализации дентина, либо для купирования начальных форм воспаления, и лишь незначительная часть из них способна многофакторно воздействовать как на структуру дентина, так и на компоненты пульпы (Е.В.Боровский,2001).

В этой связи, актуальным является не только разработка новых комбинированных лекарственных паст для лечения глубокого кариеса , но и оценка их эффективности по сравнению с традиционными средствами. Клиническим исследованием состава предшествовали серии опытов над белыми крысами и собаками по изучению эффективности предлагаемой лечебно-прокладочной композиции.

Цель: разработать и обосновать метод лечения глубокого кариеса путем применения в качестве лечебной прокладки скорлуподимефосфонной композиции, обладающей гипотетически иммуностимулирующим, противовоспалительным, пластикостимулирующим и одонтотропным свойствами.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 48 больных в возрасте 18-38 лет (54 моляра), разделенных на 3 группы в зависимости от изучаемых лечебных прокладочных средств. В 1 группе (20 больных-21 зуб) на дно отпрепарированной полости накладывали композицию, которую готовили путем замешивания порошка яичной скорлупы на 15% растворе димефосфона, во 2-й (11 больных-13 зубов) - тампон, пропитанный 15% раствора димефосфона, в 3-й группе (17 больных-20 зубов) – накладывали гидроокиськальцийсодержащую прокладку

«Life». Во второе посещение (через 3-5 суток) при отсутствии жалоб и болевой чувствительности на холодное на дно полости у больных 2-й группы накладывали пасту, состоящую из белой глины и димефосфона; в 1 и 3 группах лечебные прокладки не трогали. Пациенты обследовались с применением основных (жалобы, термопроба и др.) и дополнительных методов(электроодонтометрия до лечения и в контрольные сроки наблюдения — 14, 28 суток и спустя 2, 9 месяцев, рентгенография проводилась непосредственно перед лечением и через 9 месяцев).

Результаты исследования. Уже через 1-3 суток после наложения скорлуподимефосфонной композиции болевая реакция на холодовой раздражитель, как правило, часто имевшая место у больных 3 – й группы, не определялась. Спустя год после проведенного лечения острого глубокого кариеса реакции на холод и изменений электроодонтометрии не было ни у одного больного 1-й и 2-й групп, у 4-х больных 3- й группы, ввиду снижения показателей электровозбудимости пульпы, потребовалось проведение более радикальных методов лечения (депульпирование).

Спустя 2 года положительные результаты составили 96% в 1-й группе, 91% - во 2 – й и 84% - в 3- й группе.

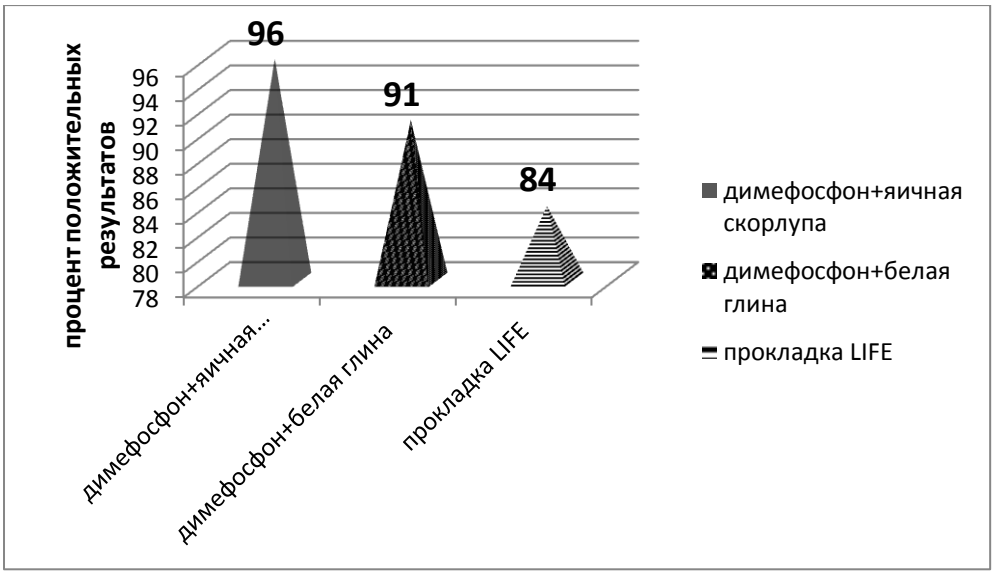


Рис.1. Частота положительных результатов спустя 2 года

Выводы. Таким образом, подтверждена высокая терапевтическая эффективность, установленная ранее в эксперименте, при лечении острого глубокого у взрослых, как скорлуподимефосфонной композиции, так и пасты на основе белой глины и димефосфона, обусловленной их положительным влиянием на репаративные процессы в пульпе зуба, что выражалось, как в отсутствии осложнений, так и постепенном повышении ее электровозбудимости до нормальных показателей, что может заслуживать внимание практикующих врачей-стоматологов.

ЭНДОДОНТИЧЕСКИЙ ТРЕНАЖЕРНЫЙ БЛОК МНОГОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ.

Кажлаев Ю.Н., Абакаров М.Г.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. По современным данным осложненный кариес встречается примерно у 30% популяции (Боровский Е.В.,2001), причем после эндодонтического лечения более чем в половине корневых каналов обнаруживаются рентгенологические признаки апикального периодонтита, что свидетельствует о неудовлетворительных результатах терапии.

Несмотря на постоянное внедрение новейших эндодонтических инструментов, материалов и технологий, процент осложнений после проведённого эндодонтического лечения продолжает оставаться высоким. Многочисленные исследования, направленные на изучение топографических особенностей корневых каналов, указывают на наличие сложных, разветвленных и взаимосвязанных коллатералей системы корневого канала, которые трудно предсказать и

качественно механически обработать и тем более запломбировать (Бер Р., 2006., Коэн С., Берне Р., 2000). По современным представлениям анатомия системы корневых каналов намного сложнее, чем считалось ранее. Эндодонтия стремительно развивается в последние годы, благодаря формированию новых взглядов на роль анатомии корневых каналов и внедрению в стоматологическую практику современных технологий (Овсепян А.П., 2001, Чиликин В.Н.,2002, Дубова М.А., Шпак Т.А., Корнетова И.В., 2005.). Точное знание анатомического строения зуба является залогом успешной эндодонтической обработки корневых каналов (Максимовский Ю.М. ,2001, Бьюкенен Л.С., 2003).

Одна из главных задач подготовки высококвалифицированных врачей-стоматологов - выработка умений практической работы в полости рта.

Особенность и специфичность профессии такова, что очень многие процедуры, манипуляции, мануальные навыки можно отработать на моделях, специальных тренажерах, что позволит более успешно начать работу непосредственно в клинике с пациентом. Обзор системы подготовки специалистов стоматологического профиля в зарубежных странах также свидетельствует о больших возможностях обучающих моделей. На сегодняшний день созданы компьютеризированные фантомы, в значительной степени имитирующие полость рта, голову, зубы человека, что очень удобно для процесса обучения, но не всегда доступно, особенно в настоящее время.

Специфика стоматологического образования заключается в том, что помимо теоретических знаний у студентов необходимо формировать отличные мануальные навыки, так как выполнение манипуляций на ограниченном пространстве в полости рта требует практически совершенного владения мелким инструментарием. В этой связи представляет интерес поиск возможностей повышения уровня мануальных навыков в проведении этого этапа лечения осложненного кариеса в процессе подготовки и переподготовки специалистов соответствующего профиля.

Целью настоящего исследования является повышение эффективности формирования мануальных навыков в процессе обучения на симуляционном курсе путем усовершенствования эндодонтического фантома, представляющего собой прозрачный блок, традиционно используемый в виде тренажерного пособия.

Материал и методы исследования. Предлагаемая учебная модель представляет собой конструкцию (удостоверение на рац. предложение № 98963 от 10.06.98 г., выданное ДГМА), состоящую из 2-х плоских пластин оргстекла, соединенных между собой с помощью резьбовинтовой связи. На более утолщенном элементе конструкции нанесены с помощью бормашины или термическим способом бороздки, соответствующие размерам корневых каналов естественных зубов в различных типовариантах (9) их строения. Использование тренажера заключается в следующем: в собранном виде модель используется для прохождения ручным и разнообразным машинным эндодонтическим инструментарием и последующего пломбирования с применением того или иного способа и материалов. После затвердевания корневой пломбы (или в любые сроки, в зависимости от поставленных задач) скрепляющие элементы в виде винтов раскручиваются и производится скользящий съем накрывающей пластинки оргстекла, открывая при этом картину заполнения корневых каналов.

Результаты исследования. Известны эндодонтические фантомы, выполненные из плексигласа (оргстекла) различной формы, для обучения обработки корневых каналов, выпускаемые отечественными и зарубежными компаниями VDW, Dentsply, Maillefer, Frasaco, 2011). В них имитируются различные варианты длины и искривления корневых каналов. Недостатками являются: слишком грубая имитация корневых каналов зубов, отсутствие признаков принадлежности к зубам различных групп, ограниченность отрабатываемых обучающимися манипуляций. Использование на предклиническом курсе тренажерных блоков из загипсованных удаленных естественных зубов, имеет существенный недостаток, заключающийся в отсутствии возможностей контроля и самоконтроля за эффективностью манипуляций, не позволяющих устранять возможные ошибки в процессе освоения этого важнейшего этапа. Степень и качество пломбирования корневого канала при использовании вышеуказанных моделей могут быть оценены лишь с помощью рентгенологического метода, что представляется весьма проблематичным в плане широкого использования в учебном процессе. Далекие от масштабов и

топографических особенностей блоки корневых каналов, выпускаемые серийно, также не могут эффективно служить цели творческого подхода к получению и совершенствованию мануальных интрадентальных навыков. Текущий контроль за уровнем заполнения корневых каналов и плотностью их обтурации по всей длине выпускаемые блоки также не обеспечивают.

Техническим результатом предлагаемого тренажера является обеспечение возможности для студентов и врачей-стоматологов совершенствования и отработки всех этапов эндодонтического лечения зубов с различной степенью сложности и всех вариантах их анатомического строения: методика работы различными системами ручных и машинных эндодонтических инструментов и последовательность их применения в зависимости от типа анатомического строения канала и используемой методики механической обработки, формирование апикального упора, различные способы обтурации корневых каналов, определение рабочей длины корневого канала, а также оценка качества методов обтурации в различных сочетаниях силер-филлерных композиций. Экономическая составляющая, не требующая промышленного производства и больших материальных затрат, возможность изготовления в условиях стоматологического кабинета или зуботехнической лаборатории без специального технического образования, позволяют легко обеспечить эндотренажерами каждого обучающегося специалиста.

Выводы. Современное состояние вопроса материально-технического оснащения эндотренажерами учебных классов при прохождении симуляционного курса и отсутствие реальных возможностей приобретения серийно выпускаемого, не лишенного недостатков, оборудования и расходных материалов, при его общеизвестной дороговизне, делают предлагаемую конструкцию ввиду простоты, доступности, эффективности и высокой эргономичности весьма перспективной, что позволяет значительно повысить уровень и качество мануальных навыков, получаемых в процессе обучения. Таким образом, более активное рациональное внедрение в процесс первичного и последипломного образования современной высокоэффективной доступной техники для фантомного обучения, параллельно с разработкой экономически и методически сбалансированных учебных программ, позволит значительно поднять уровень профессиональной подготовки и переподготовки специалистов стоматологического профиля с целью улучшения оказания стоматологической помощи населению России.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СТОМАТОЛОГА С ПАЦИЕНТОМ.

Дмитриева Н.И., Руденкова Н.П.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Актуальность проблемы. На протяжении ряда лет наблюдается увеличение количества судебных исков к врачам-стоматологам [1]. Едва ли это можно связать с ухудшением качества оказания стоматологической медицинской помощи. Ведь последнее десятилетие ознаменовалось появлением богатого арсенала новых видов стоматологических материалов и медицинской техники, позволяющих оказать широкий спектр стоматологических услуг на должном уровне.

Цель работы: акцентировать внимание стоматологов на медико-правовые аспекты при оказании стоматологической помощи.

Результаты и обсуждение. Успех лечения во многом зависит от характера деловых отношений, которые складываются между врачом и пациентом. Индивидуальные особенности пациента, а также его права должны учитываться врачом при выборе манеры общения с ним, т.е. сбора и преподнесения необходимой информации, обсуждения плана работы, гарантий на выполненную работу и т.д.

Права пациента – это, с одной стороны, инструмент для поиска и получения качественной медицинской помощи. С другой стороны, это перечень требований, которые работники здравоохранения должны выполнять обязательно. В противном случае их действия являются

правонарушением и наказуемы законом. Права пациента определены и закреплены в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении».

Одним из таких прав является получение пациентом информации о состоянии своего здоровья, возможных методах обследования, лечения и т.д., а также выражение им согласия на проведение тех или иных лечебно-диагностических мероприятий.

Вместе с тем, на протяжении долгого времени сам факт обращения человека в медицинское учреждение свидетельствовал о его согласии на тот или иной метод лечения. В основном такая тенденция существует и в настоящее время. Большинство пациентов, чаще по неосведомленности, не стремятся использовать предоставленное им право на получение информации, а полагаются на знания и навыки врача.

Если в этой ситуации врач приступает к работе и не реализует право пациента на получение им информации, то это является предпосылкой к предъявлению претензий со стороны пациента.

Отсутствие налаженных взаимоотношений с пациентом, направленных на достижение положительных результатов лечения, также способствует возникновению конфликта. Любое осложнение, даже предполагаемое врачом с учетом его опыта и клинической ситуации, может быть расценено неинформированным пациентом как «плохое качество лечения».

Расширение рыночных отношений в практике стоматолога (платные услуги не только на ортопедическую помощь) в соответствии с законом «О защите прав потребителей» дало право пациентам оценивать ее качество.

Пациент, не являясь специалистом в области стоматологии, не всегда может объективно оценить качество оказанной ему помощи (юридически-медицинской услуги) и обращается с претензией к врачу или клинике.

Стоит отметить, что среди пациентов встречаются и люди различных психотипов, в том числе и макиавеллисты, иными словами манипуляторы. Их цель – манипулировать другими людьми в межличностных отношениях. В данном случае это отношения «врач-пациент» [2]. Вместе с тем, не всякий врач-стоматолог сможет своевременно различить в пациенте опытного манипулятора. Любезная улыбка, полный признания и уважения взгляд, недорогой сувенир, коробка конфет в процессе лечения со стороны пациента. Что это? Искреннее признание профессионализма или попытка оказать давление на врача, призвать к повышенному вниманию к себе? В процессе лечения – прекрасные контакты, а в регистратуре жалоба – «почему так часто надо ходить на прием?», «лечение затягивают специально» и т. п. Все это действия макиавеллиста. Поэтому врачу в процессе общения с пациентом необходимо однозначно и четко формулировать свои выводы и предложения, проверять, как их понимает и оценивает пациент. Необходимо согласовывать с ним свои действия, этапы лечения, а на платном приеме также необходимость выполняемой медицинской услуги и ее стоимость.

Любое отступление от стандарта профессионального общения дает преимущество макиавеллисту. Между врачом и пациентом могут возникнуть нестандартные морально-этические отношения, в основе которых лежит человеческий фактор.

Следует упомянуть также юридическую неподготовленность большинства стоматологов и привычку недооценивать тот факт, что пациент сегодня – это не только получатель медицинской помощи, но и потребитель медицинских услуг, на которые также распространяется закон «О защите прав потребителя» [3].

Еще одной причиной заниженной оценки качества лечения является завышенное ожидание отдельными пациентами результатов лечения [5].

Например, необходимость многократных посещений врача с целью временного пломбирования канала корня зуба для успешного лечения апикального периодонта или недостаточная степень «отбеливания» зубов при проведении профессиональной гигиены рта или коррекции цвета и т. д.

Анализ обращения пациентов, проведенный Московским городским бюро судебно-медицинской экспертизы, показал, что около 50% обращений обусловлено объективной сложностью патологии, которой страдает пациент.

Таким образом, информирование пациентов и получение их осознанного согласия с планом лечения, включая ценовой аспект, при предоставлении платных услуг, является важным аспектом

отношений «врач-пациент» и может служить в дальнейшем аргументом в пользу врача, а также доказательством его правоты при судебных разбирательствах.

Наиболее приемлемой моделью взаимоотношений врача и пациента является модель сотрудничества. В соответствии с ней врач вовлекает пациента в диалог, разъясняет ему все возможные варианты лечения и рекомендует один из них, являющийся, по мнению специалиста, наиболее подходящим. Концепция автономии пациента заключается в том, что он имеет возможность выбора метода лечения на основе детального обсуждения с врачом всех альтернативных вариантов и определения оптимального [4].

Пищита А.Н. и соавторы (2003) предлагают перечень вопросов (юридический стандарт информации), на которые врач должен обратить внимание пациента перед проведением каких-либо медицинских вмешательств. Вся обязательная информация, необходимая пациенту для принятия решения о медицинском вмешательстве, условно делится на три блока:

1. Информирование об исходном состоянии здоровья. Особенно необходимы разъяснения по поводу диагноза, прогнозе заболевания. Осознание истинного положения дел должно заставить пациента принять решение о необходимости обследования и лечения.
2. Информирование о плане предполагаемого лечения, альтернативных его вариантах, ценах на оказываемую медицинскую услугу на платном приеме.
3. Информирование о типичных рисках, связанных с лечением, возможных осложнениях.

Документальное подтверждение согласия пациента на обследование, лечение, оплату медицинской услуги и т.д., является еще одним важным аспектом защиты врача от необоснованных претензий со стороны пациента. Это особенно важно при работе с лицами, страдающими психоэмоциональными расстройствами. Недобросовестно оформленная документация становится причиной невозможности объективно оценить ситуацию. Недочеты в оформлении трактуются не в пользу врача.

Выводы. Внедрение системы стандартизации в здравоохранении, разработка и внедрение протоколов ведения больных в стоматологии, грамотное построение взаимоотношений врач-пациент (как исполнителя, так и потребителя медицинских услуг) может способствовать предупреждению необоснованных претензий со стороны пациентов и развитию конфликтных ситуаций.

Литература:

1. Артюшкевич, А.С. Профессиональные правонарушения и меры ответственности медицинских работников / А.С. Артюшкевич, Д.Н. Крупко // Современная стоматология, 2008. №3. С. 21-24.
2. Бойко, В.В. Макиавеллизм в практике стоматолога / В.В. Бойко / Современная стоматология, 2012. №1. С. 88-92.
3. Бойко, В.В. Стоматологи против самих себя, или развитие без эволюции / В.В. Бойко / Современная стоматология, 2013. №2. С. 88-92.
4. Кралько, А.А. Медико-правовые аспекты получения информированного согласия на медицинское вмешательство / А.А. Кралько // Медицинские новости, 2009. №12. С. 1-4.
5. Малый, А.Ю. Конфликтные ситуации в стоматологии и факторы защиты врачей от необоснованных претензий / А.Ю.Малый // Медицинское право, 2003. №3.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ДРЕНИРУЮЩИМИ СЕРЕБРЯНЫМИ ШТИФТАМИ С МАНДРЕНАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА.

Муртазалиев Г-М.Г., Нурмагомедов А.М., Магомедов Г.Н., Абдурахманов Г.Г.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Последним этапом эндодонтического лечения заболеваний пульпы и периодонта является пломбирование корневых каналов. Процедура эта одна из трудных и сложных в терапевтической стоматологии. Успех эндодонтического лечения зависит от качественной обтурации апикального отверстия корневого канала, что необходимо для прекращения поступления токсических продуктов распада из каналов в ткани периодонта.

Пломбирование каналов штифтами с применением силеров является одним из этапов эндодонтического лечения. Надежная обтурация апикального отверстия и максимальное снижение усадки корневой пломбы – вот основные проблемы, которые нужно решить для достижения успехов в лечении осложненного кариеса. Наиболее полно эти проблемы решаются с применением для пломбирования корневых каналов термафилов, гуттаперчевых штифтов или смешанным методом паста и штифт. Основное назначение штифта в данном случае – максимально снизить усадку пломбировочного материала для плотной обтурации апикального отверстия.

Конечно, добиться пломбирования канала до уровня верхушечного отверстия не просто. Незначительный выход пломбировочного материала за апикальное отверстие, как показали клинические наблюдения (В.С. Иванов, Г.Д. Овруцкий, 1984), не сопровождается серьезными осложнениями. Однако, следует считать ошибкой стремление некоторых врачей намеренно выводить пломбировочный материал в околоверхушечную область или даже заполнить им очаг деструкции костной ткани. Последнее может вызвать обострение хронического процесса в периапикальной ткани. При хронических верхушечных периодонтитах, по данным Гречишникова В.И. (1987), 17-22% обострений возникают после некачественного закрытия апикального отверстия канала. В таких случаях каналы распломбируются, а в большинстве случаях, из-за несостоятельности специалистов, зубы приходится удалять.

Цель настоящей работы – наблюдение отдаленных результатов лечения хронических периодонтитов с использованием жестких серебряных штифтов с мандреном для тупой обтурации корневых каналов.

Материал и методы исследования. Для повышения эффективности лечения нами предложен штифт, состоящий из двух частей: полой серебряной трубочки конусной формы и мандрена. Последний герметично закрывает отверстие серебряной трубочки. Мандрен имеет головку в виде усеченного конуса. Учитывая то, что магистральный корневой канал имеет, как правило, конусную форму, зауженную к верхушке и диаметр апикального отверстия в среднем составляет 0,21-0,22 мм, апикальный конец мандрена изготавливается четырех размеров (0,18; 0,20; 0,22; 0,24 мм), а головной конец соответствовал 0,35-0,55 файлу.

Методика пломбирования заключалась в следующем: после подготовки к пломбированию канала подбирали штифт и делали контрольную рентгенографию. Основным требованием является то, чтобы апикальная часть штифта туго обтурировала апикальное отверстие, а головная часть находилась на уровне режущей или жевательной поверхности.

Канал пломбировали по общеизвестной методике, полость зуба заполняли прокладочным материалом до эмалево-дентинной границы. После затвердевания материала в канале и полости зуба, мандрен удаляли, тело ее обволакивали гвоздичным маслом, на кончик брали пасту эндометазона и вставляли на место. Полость допломбировывали постоянным пломбировочным материалом. Головка мандрена просвечивала через пломбу и при необходимости, высверлив пломбу, мандрен можно свободно удалить, а трубка останется зацементированной, доступ до периапикальных тканей откроется.

На этот штифт, состоящий из трубочки и мандрена, получено удостоверение рационализаторского предложения отраслевого значения №3154 от 29 апреля 1988 года. С тех пор мы пользуемся этими штифтами для лечения пульпитов и периодонтитов.

Результаты исследования и их обсуждение. За этот период нами запломбировано штифтами 389 каналов. В 2015 году подвергли рентген-контролю 31 зуб, вылеченный в различные годы. Зубы, запломбированные за последние пять лет находились в хорошем состоянии, а с увеличением времени пломбирования и возраста больных наблюдали изменения в зубочелюстной системе, не связанные с данным зубом. Из анамнеза выяснили, что из обследованных только двоим пришлось удалять мандрен и перелечивать канал, и этому поводу ни один зуб не удалили.

Таким образом, применение дренирующих серебряных штифтов с мандреном значительно сокращает сроки лечения деструктивных форм периодонтита, снижает количество осложнений, в том числе удаление зубов по поводу осложненного кариеса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ДРЕНИРУЮЩЕГО ОБТУРАТОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВЕРХУШЕЧНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ.

Муртузалиев Г-.М.Г., Абдурахманов А.И., Нурмагомедов А.М., Абдулбасиров Ш.З., Магомедов Г.Н., Абдурахманов Г.Г.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Существующие в настоящее время методы воздействия на воспаленный периодонт через корневые каналы интрадентальным путем являются очень трудоемкими и не всегда достигается желаемый эффект. Кроме того, при острых и обострившихся хронических периодонтитах через корневые каналы не происходит достаточно хороший отток воспалительного экссудата и нередко практически невозможно создать доступ кислорода к воспаленной ткани, хотя в 60-70% случаев в этиологии периодонтита микрофлора анаэробная (Кадукова А. и др. 1989).

В силу указанных причин больным приходиться посещать стоматолога три и более раза, что значительно удлиняет сроки лечения. Если раньше времени не ликвидировав очаг воспаления запломбировать каналы, экссудат накапливается в периодонте и приводит к рецидиву заболевания.

Создание условий хорошего оттока экссудата из периодона является одним из условий достижения успеха в лечении периодонтитов (Иванов В.С., Овруцкий Г.Д., 1984).

После эндоканального лечения хронического периодонтита, особенно при больших дефектах костной ткани в периапикальной области, восстановление длится долгое время. Так по данным Иванова В.С. (1984) от 27% до 31% случаях, при хорошем качестве пломбирования корневых каналов, сохраняется разряжение костной ткани у верхушки корня зуба даже через *2* года, что говорит о локальном снижении регенерации костной ткани.

Ряд авторов (Иванов В.О. 1979; Попов Н.Г. и другие 1976; Хацкович Г.А. 1976) частичное или полное восстановление костного дефекта без обтуратора наблюдали в сроки от 8 месяцев до 1,5-2 лет.

После местного применения иммуномодулирующих препаратов при лечении деструктивных форм хронического периодонтита признаки репарации костной ткани обнаруживали уже спустя 3 месяца, а полное восстановление околоверхушечных тканей через 6-9 месяцев (Овруцкий Г.Д., 1993).

Целью этой работы является создание хорошего доступа кислорода в околоверхушечные ткани, обеспечение оттока серозной жидкости из очага в первые дни после операции, сокращение числа посещений для лечения всех форм периодонтитов до 1-2, стимулирование регенерации костной ткани и уменьшение сроков восстановления дефекта в периапикальной части корня зуба.

Материал и методы исследования. Поставленная цель достигается при небольшой модификации операции резекции верхушки корня зуба. По предлагаемому способу удаляли только патологические ткани, сохраняя верхушку корня, а в образованную пустоту в кости у верхушки корня вводили дренирующий обтуратор.

Сущность способа заключается в следующем. После рентгенологического уточнения диагноза, определения расположения корней зуба, проходимости корневых каналов, раскрывали полость зуба, расширяли устья корневых каналов, по известной методике удаляли распад пульпы из них, механически расширяли и промывали их антисептиками. При любой форме воспаления периодонта, каналы туго пломбировали методом одного штифта, в первое посещение и старались вывести силер (эндогерметик) за апикальное отверстие. Затем под местным обезболиванием в проекции верхушки корня параллельно анатомической оси зуба с поправкой на угол кривизны корня делали разрез длиной 1-1,5 см до кости. По краям разреза, слизистую с надкостницей отслаивали тупым путем от кости на 0,5 см с одной и другой стороны. Слизистую с надкостницей раздвигали и удерживали тупыми крюками, обнажая кость примерно на 1 $см^2$. В проекции апикальной части корня шаровидным бором высверливали окно в кортикальной пластинке кости до 0,5 см в диаметре, далее тупым путем ложкой и экскаватором убирали околоапикальную имбибированную ткань и выведенный за апикальное отверстие эндогерметик. Тщательно промывали полость 3% перикисью водорода, 3% раствором гипохлорида натрия, диоксидином или метроджилом. В образованный костный дефект вводили обтуратор, в состав которого входили желатин, гидрат окиси кальция, порошок фурацилина, окись цинка, белая глина.

Обтуратор в форме цилиндра диаметром 3-5 мм, с одного конца имеет шляпку в виде гриба. В центре обтуратора канал диаметром до 1,5-2 мм, который служит для оттока экссудата из костного дефекта, для введения антибиотиков в рану при необходимости и для доступа кислорода в периапикальную ткань.

Обтуратор вводился в костный дефект так, чтобы он туго входил в него, а на наружной поверхности кости оставалась его шляпка. Слизистонадкостничные лоскуты укладывали на место, по краям обтуратора накладывали по одному шву ниже и выше головки. Через 7-10 дней воспалительный процесс успокаивался, рана заживлялась, а обтуратор оставался под слизистым. Обтуратор, рассасываясь стимулировал процесс остиогенеза и замещение дефекта костной тканью.

Лечение периодонтитов данным способом сводится к следующим этапам: интрадентальным доступом очищали корневой канал от микрофлоры, туго пломбируя каналы прекращали доступ микробов и их токсинов в периодонт. Вторым этапом, вестибулярным путем, выскабливали околоверхушечную патологическую ткань. Третий этап - это обеспечение постоянного оттока экссудата, антисептическое воздействие на оставшуюся микрофлору в периодонте, стимуляция регенерации костной ткани. Все эти функции выполнял желатиновый обтуратор и его компоненты.

Обтураторы изготовляли заранее, по предложенной нами методике.

Предлагаемый способ имеет преимущество в том, что им можно пользоваться при любых формах периодонтита. Введение обтуратора позволяет обеспечить отток из очага, активно воздействовать на микрофлору периодонта, стимулировать регенеративные процессы в костной ткани для быстрого заполнения дефекта. На этот способ получено авторское свидетельство за №1836939 от 13.X.1992 г.

Нами проведено лечение с применением вестибулярного обтуратора 77 однокорневых зубов с различными формами периодонтита: 13 - острым апикальным, 16 - обострившимся хроническим, 25 - хроническим гранулирующим и 23 хроническим гранулематозным периодонтитом.

Результаты исследования и их обсуждение. Применение вышеописанного способа при лечении острого апикального периодонтита привело к тому, что воспалительный процесс в периапикальной ткани через 48 часов полностью купировался, перкусия стала слабо болезненна, но из обтуратора сохранялось скудное экссудативное отделяемое. Спустя 72 часа существенных признаков апикального периодонтита не выявляли, окошко в слизистонадкостничном лоскуте затягивалось, отделяемое отсутствовало.

Лечение обострившихся хронических периодонтитов этим способом показало, что путь оттока экссудата из очага и его вентиляция кислородом значительно улучшается. К концу вторых суток купировался воспалительный процесс. В случаях когда имбибирован большой участок кости процесс затягивается, но не более 4-5 суток.

Результаты лечения хронических гранулирующих и гранулематозных периодонтитов имели прямую зависимость от размера пораженного участка. Чем больше очаг деструкции кости у верхушки корня, тем больше времени проходило до полного заполнения полости заместительной костной тканью.

Рентгенологические исследования позволили нам сделать заключение, что применение остио-стимулирующих обтураторов сокращает сроки заполнения дефектов сформированной костной тканью до 3-8 месяцев.

На основании полученных результатов рекомендуется широкое использование вестибулярного дренирующего обтуратора при лечении хронических верхушечных периодонтитов в клинике терапевтической стоматологии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БРЕКЕТ СИСТЕМ И ТЕРМОФОРМИРУЕМЫХ КАП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ЛЕГКИХ ФОРМ.

Москаленко Ю.И., Чернышёва Н.О.,Худорошков Ю.Г.

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Омск

Актуальность исследования. Здоровые и красивые зубы являются одним из основных критериев качества жизни человека, в связи с этим увеличивается мотивация к ортодонтическому лечению и к его более незаметной реализации. Для лечения незначительных зубочелюстных аномалий наиболее часто используются несъемные дуговые аппараты, но сейчас существует тенденция к применению термоформируемых кап. Брекет система имеет ряд недостатков, что все больше склоняет ортодонтов к капам. К ним относится громоздкость, травматичность и сложность конструкции во рту. Согласно статье «Анализ образования зубного налёта и реакции пародонта при использовании различных ортодонтических элементов, фиксируемых на моляры» (Картон Е.А., Ленденгольц Ж.А., Селезнев А.В., 2014), в период лечения на несъёмной технике растет обсемененность полости рта микроорганизмами, меняются пародонтальные параметры. Причём в течение 6 месяцев после снятия аппаратуры показатели хоть и снизились, но остались значительно выше, чем до начала лечения, поэтому справедливо говорить о частично необратимых последствиях.

Цель исследования: сравнить качество жизни пациентов на этапе лечения легких форм зубочелюстных аномалий на брекет системе и термоформируемых капах.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе стоматологической клиники ОмГМУ. Исследованы пациенты с незначительными зубочелюстными аномалиями (к незначительны аномалиям относятся повороты зубов по оси, скученность зубов 1 степени, диастемы, тремы до 4 мм). Оказано ортодонтическое лечение с использованием брекет системы (In-Ovation R паз 22) и серии термоформируемых кап, изготовленных по системе Clear Aligner.

Для исследования были выбраны 8 пациентов с легкими формами зубочелюстных аномалий. 4 пациента прошли лечение на брекет системе и 4 пациента прошли лечение с использованием термоформируемых кап с индивидуальной перестановкой зубов.

Для сравнения в качестве критериев мы выбрали степень дискомфорта, связанного с травматизацией слизистой оболочки полости рта на первых этапах ортодонтического лечения, сроки и легкость адаптации к конструкции, уровень гигиены полости рта и эстетику (личное восприятие аппарата пациентом).

Результаты исследования отражены в таблице 1.

Таблица 1

Оценка эффективности использованных брекет систем и кап с индивидуальной перестановкой зубов по различным критериям

КРИТЕРИИ	Брекет система	Термоформируемые капы с индивидуальной перестановкой зубов
Дискомфорт	+++	-
Адаптация	+	+++
Гигиена	-	++
Эстетика	-	++

«+++» - критерий ярко выражен, «++» - выражен, «+» - слабо выражен, «-» - не выражен

Вывод. В результате исследования было выявлено, что брекет система доставляет значительный дискомфорт на ранних этапах лечения, тяжела для адаптации пациента, сильно затрудняет гигиену полости рта и не обладает эстетическими свойствами. Термоформируемые капы оказались просты в адаптации, атравматичны, эстетичны и не препятствовали гигиене полости рта. К недостаткам применения кап можно отнести зависимость от комплаенса и мотивации пациента.

Исследование показало, что качество жизни пациента на этапе ортодонтического лечения при использовании термоформируемых кап намного выше, чем при лечении на брекет системе. Таким образом, термоформируемые капы с индивидуальной перестановкой зубов можно считать вариантом выбора при лечении зубочелюстных аномалий легких форм.

АСПЕКТЫ ЭСТЕТИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА С УЧЕТОМ ОПТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОВРЕМЕННЫХ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ.

Пархамович С.Н., Тюкова Е.А.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Примеры из жизни убедительно доказывают, чем лучше ты выглядишь, тем проще тебе достичь успеха как в профессии, так и в личной жизни. Важнейшей частью внешнего вида становится красивая улыбка. Такая эволюция в сознании человека значительно повлияла на развитие современной стоматологии. Эстетическое восстановление коронок зубов предполагает воссоздание не только формы, но и оптических свойств, формирующих в совокупности оттенки цвета зуба. Оптические характеристики твёрдых тканей зуба, несмотря на внимание исследователей, остаются недостаточно изученными и не учитываются должным образом в практической работе. Для соответствия эстетических реставраций естественным тканям зуба необходимо больше внимания уделять оптическим свойствам современных реставрационных материалов. [1,2]

Цель работы: изучить флуоресцирующие свойства современных реставрационных материалов, для определения наиболее соответствующих оптическим свойствам естественных тканей зуба при любом освещении, включая ультрафиолетовое.

В клиническом смысле флуоресценция зубов происходит, благодаря органическим компонентам зубных тканей. Считается, что это свойство белков связано с передачей энергии от фенилаланина и тирозина к триптофану. Чем больше белков, органических компонентов в твердых зубных тканях, тем выше флуоресценция. Этим объясняется тот факт, что эмаль флуоресцирует меньше, чем дентин, молодые зубы флуоресцируют больше, чем зубы у пожилых людей, а флюороз зубов снижает флуоресценцию. [4]. При депульпировании зубы могут менять цвет флуоресценции на темно-фиолетовый или же вообще лишаться этого свойства, а «тетрациклиновые» зубы флуоресцируют желто-зеленым светом. Меняется органическая составляющая зуба и, соответственно, спектр флуоресценции молекул. Поскольку интенсивность флуоресцентого свечения зависит от структурных свойств тканей, их физиологической и метаболической активности (обмен белков), можно предположить, что высокая интенсивность флуоресценции «молодого» дентина обусловлена относительно высоким содержанием белка и большой метаболической активностью. Несоответствие спектров флуоресценции слабо- и высокоминерализованного дентина объясняется наличием пигментов во вторичном и склерозированном дентине зубов пациентов старшей возрастной группы. Возрастная минерализация эмали, сопровождающаяся снижением содержания органических веществ, может приводить к уменьшению интенсивности флуоресцении [4]. Флуоресценция придает реставрациям вид естественных зубов и минимизирует эффект метамеризма. Для имитации этого свойства в композиты, и особенно в керамику добавляют флуоресцирующие пигменты, кристаллы строго в определенном соотношении. Наибольшие значения интенсивности флуоресценции зарегистрированы для эмалево-дентинного соединения, чуть меньше флуоресцирует дентин, наименьшие значения зарегистрированы для эмали. Такие высокие значения интенсивности флуоресценции эмалево-дентинного соединения могут быть обусловлены возбуждением и последующим свечением белков сети коллагеновых волокон, в большом количестве сосредоточенных именно в этой области зуба. Низкая флуоресцентная активность эмали по сравнению с дентином, возможно, объясняется особенностями структурного состава тканей: эмаль содержит в среднем 0,5–2,0 масс % органических веществ, дентин — 18 %.[3]

Материалы и метод исследования. За период с 2009-го года нами были изучены оптические свойства следующие стоматологических материалов: EcuSphere -Shine, -Shape, -Carat, -Shine TR, DMG; Luxatemp-Fluorescence,DMG; Charisma , Heraus Kulzer; Venus, Heraus Kulzer; Tetric Ceram HB, Tetric -Evo Ceram, Tetric -N-Ceram, Ivoclar Vivadent; Empress Direct, Ivoclar Vivadent; Filtek Suprime XT, Filtek Ultimate, Filtek Z250, 3M ESPE; Point 4, Kerr; PR, Kerr; Gradia Direct X, GC; Mira, Pharmacare Global Company; Nexcomp, Meta; Grandio, Voko; Alpha-Beta Composite, Dental USA; DentaFill, Benk GmbH; Nanosit, Nordiska Dental; Amelogen EN, Ultradent; A-Elite, Bisco;

Beautifil II, Shofu; Spectrum, Densply; Esthet-X, Densply; Ceram-X, Densply; Synergy, Coltene Whaledent; Miris, Coltene Whaledent; Brilliant Enamel Newline, Coltene Whaledent.

Рис. 1. Флуоресценция пломбировочных материалов и естественных зубов.

Измерение спектров флуоресцентных свойств исследуемых объектов проводилось на спектрофлуориметре в НИЛ «Физика ионно-плазменной модификации твёрдых тел» в БГУ. В качестве источника возбуждения использовалась ультрафиолетовая лампа «Омнилюкс УВ». На графиках представлена зависимость интенсивности излучения- I,Вт/ (ось y) от длины волны- λ,нм (ось x). Результаты анализа амплитуд флуоресценции от поверхности разных пломбировочных материалов резко отличаются. Ход их спектральных кривых также отличается, что может свидетельствовать о разном спектре флуоресценции эмали по сравнению с некоторыми пломбировочными материалами.

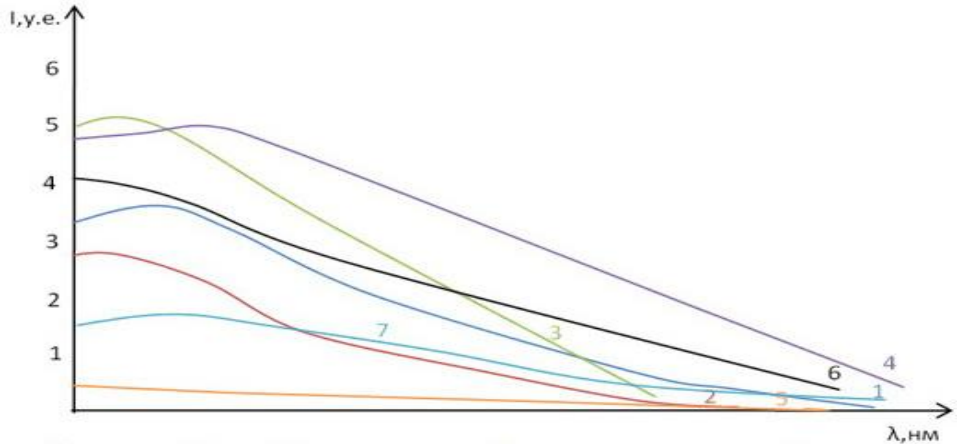


Рис. 2 . Интенсивность флуоресценции пломбировочных материалов *Amelogen EN, Ultradent (1), Brilliant Enamel Newline, Coltene Whaledent (2), Beautifil II, Shofu (3), Gradia Direct X, GC (4), Grandio, Voko (5), DentaFill, Benk GmbH (6), Luxatemp-Fluorescence, DMG (7).*

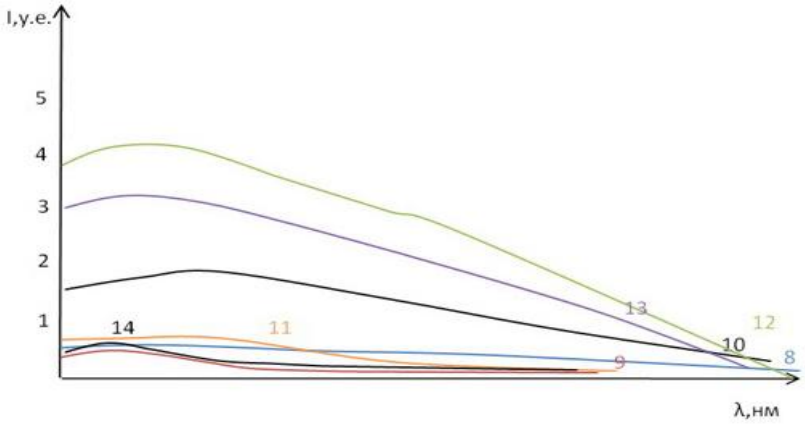


Рис. 3. Интенсивность флуоресценции пломбировочных материалов *Nexcomp, Meta (8), Mira,*

Pharmacare Global Company (9), Miris, Coltene Whaledent (10), Nanosit, Nordiska Dental (11), Tetric -N-Ceram, Ivoclar Vivadent (12), Tetric -Evo Ceram, Ivoclar Vivadent (13), Filtek Z250, 3M ESPE (14).

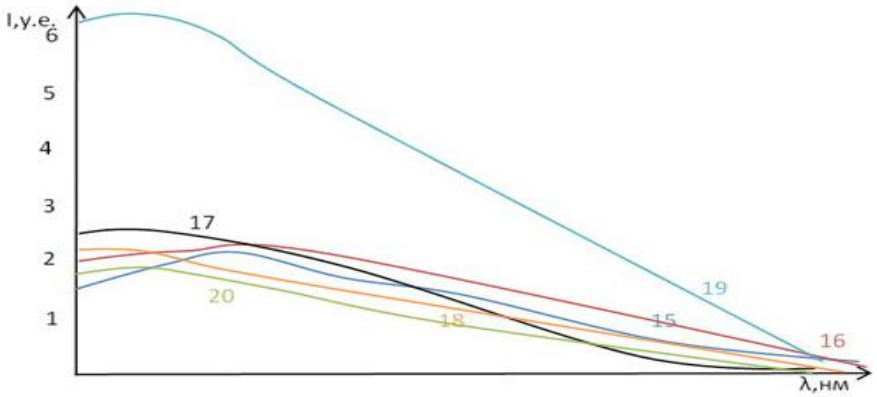


Рис. 4. Интенсивность флуоресценции пломбировочных материалов *Filtek Ultimate, 3M ESPE (15), Charisma, Heraus Kulzer (16), Ceram-X, Densply (17), EcuSphere- -Shape, DMG (18), Empress Direct, Ivoclar Vivadent*

Результаты и обсуждения. В ультрафиолетовом свете такие материалы, как EcuSphere –Shine TR, DMG; Filtek Suprime XT; Filtek Z250 в меньшей степени, а Mira, Pharmacare Global Company; Nexcomp, Meta; Grandio, Voko; Alpha-Beta Composite, Dental USA; Nanosit, Nordiska Dental; A-Elite, Bisco; Synergy, Coltene Whaledent с большей выразительностью демонстрируют эффект отсутствия реставрированной части зуба. Некоторые материалы, такие как Empress Direct, Tetric Ceram HB, Ivoclar Vivadent; Point 4, Kerr; PR, Kerr; Gradia Direct X, GC; DentaFill, Benk GmbH; Amelogen EN, Ultradent; BeautifilII, Shofu в этом сравнении наоборот, продемонстрировали излишнюю яркость в ультрафиолетовом диапазоне, что предполагает, при их применении, слишком яркую флуоресценцию реставраций в условиях «дискотечного» света (эффект новогодней елки).

Выводы. Максимально приближенные к естественной флуоресценции зубов свойства показали: EcuSphere-Shine, -Shape, -Carat, DMG; Charisma, Venus, Heraus Kulzer; Tetric Evo Ceram, Ivoclar Vivadent; Luxatemp-Fluorescence, DMG, Filtek Ultimate, 3M ESPE; Spectrum, Esthet-X, Ceram-X, Densply; Miris, Brilliant, Coltene Whaledent, что составляет 40% от общего количества исследованных нами реставрационных материалов.

Качество эстетических реставраций зависит от правильного, в том числе с учётом оптических свойств, подбора композиционных материалов к оптическим свойствам твёрдых тканей зуба. Результаты проведённого исследования имеют прикладное значение в практическом применении.

Литература.

1. Левин Б. Оптические свойства реставраций, или что беспокоит пациентов? // ДентАрт. - 2004. -№4.-С.30-33.

2. Новак *Н.В.* Оптические свойства и адгезионное взаимодействие твёрдых тканей зуба и композиционных материалов.– 2013. – № 3.

3. Радлинский С. Свойство флуоресценции реставрационного зуба // ДентАрт. - 2007. - N4. - С. 42-48

4. Александров М. Т. Изучение интенсивности флуоресценции интактных и патологически измененных тканей зуба // Новое в стоматологии. — 2000. — № 1. — С. 26–32.

ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Омарова Х.О., Макаева Э.О., Омаров О.Г., Шамов И.М.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Влиянию патологических факторов на состояние пародонта посвящено большое количество работ. В каждой из них статистическими методами анализировалось влияние не более 3 факторов.

Рассмотрение малого количества факторов не позволяет провести сравнительный анализ влияния различных факторов на формирование патологии в тканях пародонтального комплекса. Это является одним из препятствий в изучении причин и механизмов развития заболеваний пародонта.

Цель настоящей работы – получение количественной оценки и проведение сравнительного анализа степени влияния некоторых факторов на формирование патологии в пародонте.

Материал и методика. Нами проведено обследование 53 человек обоего пола 3 возрастных групп – от 20 до 29 лет, от 30 до 44 лет, от 45 до 64 лет. У обследуемых выявляли анамнестические данные о заболеваниях внутренних органов и изучали состояние пародонта нижней челюсти. В качестве факторов, влияющих на пародонт, учитывали заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, почек, сердечно-сосудистой системы, стресс; прикус, скученное положение зубов, кариес зубов, дефекты зубных рядов, гигиена полости рта.

Клинические проявления заболеваний пародонта определяли следующим образом: патологическую подвижность зубов оценивали по методике Энтина; воспаление десны – с помощью индекса РМА; кровоточивость десен – путем зондирования, а гигиеническое состояние полости рта – по индексу Федорова-Володкиной.

Основой предлагаемой методики определения взаимосвязей рассматриваемых факторов и заболеваний пародонта является теория информации. За меру влияния принят коэффициент нормированной информации по Евдокимову А.И., обладающий следующими свойствами: 1) $0 \leq R \leq 1$ 2) при $R=0$ – фактор и болезнь не взаимосвязаны; 3) при $R=1$ болезнь вызвана фактором; 4) совместное влияние нескольких факторов и какого-либо заболевания. Большое значение коэффициента свидетельствует о большом влиянии.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования позволяют отметить следующее: коэффициенты нормированной информации влияния каждого из рассмотренных факторов на возникновение патологии в пародонте не превосходят 0,141.

Среди рассмотренных факторов наибольшее влияние на возникновение изменений в тканях пародонта оказывают гигиена полости рта, дефекты зубных рядов и стрессы.

Среди общих заболеваний организма наибольшее влияние на пародонт оказывают заболевания печени (средний ранг 6,78). Затем по убывающей следуют заболевания желудочно-кишечного тракта, почек и сердечно-сосудистой системы (соответственно 7,33; 8,67 и 9,56).

С возрастом влияние гигиены полости рта на развитие воспалительных и деструктивных процессов в тканях пародонта уменьшается, влияние же стресса на развитие воспалительных процессов увеличивается, деструктивных процессов и патологической подвижности зубов уменьшается.

Существует значительная связь между рангами влияния рассмотренных факторов на возникновение воспалительных и деструктивных процессов в тканях пародонта у лиц в возрасте 20-29 лет (коэффициент ранговой корреляции Спирмана равен 0,86). Аналогичный факт наблюдается и при анализе их влияния на развитие деструктивных процессов в твердых тканях пародонта у лиц в возрасте 20-29 и 30-44 лет (коэффициент Спирмана равен 0,83).

Большие значения коэффициентов ранговой корреляции позволяют рекомендовать одинаковые комплексы мероприятий для лечения лиц в возрасте 20-29 лет с воспалительными и деструктивными процессами пародонта и одинаковые лечебные мероприятия по устранению деструктивных процессов у больных как в возрасте 20-29 лет, так и 30-44 лет.

В связи с тем, что единичные факторы не оказывают существенного влияния на пародонт, мы изучили совместное влияние некоторых рассмотренных факторов.

Влияние гигиены полости на развитие патологической подвижности зубов у лиц в возрасте 20-29 лет характеризуется коэффициентом нормированной информации, равным 0,3904. При совместном влиянии гигиены полости рта и дефектов зубных рядов на возникновение патологической подвижности зубов у лиц в возрасте 20-29 лет коэффициент равен 0,3097. Совместное влияние гигиены полости рта и заболеваний печени на развитие воспалительных

процессов в пародонте у лиц в возрасте 45-64 лет характеризуется коэффициентом нормированной информации, равным 0,2140.

Из анализа данных совместного влияния факторов на пародонт следует отметить, что неудовлетворительное состояние гигиены полости рта существенно повышает влияние других факторов.

Таким образом, результаты исследований подтвердили известные представления о роли уровня гигиены полости рта и дефектов зубных рядов в формировании патологических процессов в пародонте.

Исследование причин и механизмов развития заболеваний тканей пародонтального комплекса возможно только при условии рассмотрения совместного влияния факторов на состояние тканей пародонта.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.

Янбулатова Г.Х.

ГБУЗ «Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника»
Министерства здравоохранения Самарской области, г. Самара

По данным разных авторов, распространенность некариозных поражений зубов среди населения в 1960-1985 гг. составляла в среднем от 8% до 20%, а по оценкам некоторых исследований, за последние годы достигла 70%. Распространенность клиновидных дефектов (КД) возросла с 2 до 19%.

Существует множество теорий этиологии КД зубов, но до сих пор нет единой точки зрения на основные звенья данной патологии (В.К. Патрикеев, 1973; А.С. Бурлуцкий, 1988; А.В. Цимбалистов, 1999; О.В. Головатенко, 2009; M.J. Tyas, 2002). В работах Е.В. Боровского, П.А. Леус (1971) рассматривается связь КД зубов с гастроэнтеропатологией.

В известной литературе есть работа, посвященная связи КД зубов с гастроэзофагеальным рефлюксом (Barlett D.W. a. oth., 1996). Литературных источников, авторы которых исследовали бы ассоциацию: КД зубов – болезни желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП) не обнаружено.

Патогенетические особенности и клиника КД, коморбидных с патологией ЖП и ЖВП отличаются большей частотой поражения зубов, более тяжелым течением; параметры ротовой жидкости (РЖ) адекватно отражают организменные факторы. Состав РЖ при КД зубов, ассоциированной с патологией ЖП, ЖВП не изучен, исследовались следующие показатели, которых нет в литературе. К ним относятся: С-реактивный белок, общий билирубин, прямой билирубин, непрямой билирубин, альфа-амилаза, щелочная фосфатаза, кальций, фосфор, хлориды, pH.

Цель исследования: повышение эффективности диагностики врача-стоматолога при некариозных поражениях зубов, сочетанных с заболеванием желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы исследования. Работа проводилась на базе Самарской областной клинической стоматологической поликлиники и Клиниках Самарского государственного медицинского университета.

Обследовано 30 пациентов, которые были разделены на 2 группы: основная - КД зубов, ассоциированные с патологией ЖП и ЖВП, и группа сравнения - пациенты с КД зубов без этой ассоциации.

Основная группа (группа опыта) составила 19 человек, из них: мужчин было 8 чел., женщин - 11 чел. Группу сравнения (контроля) составили 11 пациентов, из них мужчин - 5 чел., женщин - 6 чел.

В соответствии с этическими нормами к участию в клиническом обследовании, пациенты привлекались после получения на это их осознанного и информированного согласия.

РЖ собирали путем «сплевывания» в чистые пробирки. В лаборатории образцы замораживались в морозильной камере на сутки при t=40°. После размораживания образцы тщательно перемешивали, центрифугировали в течение 10 мин. Биохимические исследования

проводились на автоанализаторе, используя кассеты Cobas Integra. Такой методический подход обеспечивал высокую воспроизводимость и точность методов.

Результаты исследования и их обсуждение. Показатели РЖ кальция, фосфора основной группы по сравнению с группой контроля мало отличались друг от друга. Это отражает общую ситуацию – метаболизма кальция и фосфора в обеих группах. То же самое касается активности альфа-амилазы – основного фермента слюны, обеспечивающего начальный этап пищеварения.

Представляются закономерными высокие цифры билирубина и его фракций в РЖ пациентов группы опыта – в полость рта должен попадать рефлюктат желчи. То же самое касается значительного повышения уровня хлоридов в РЖ у пациентов группы опыта: рефлюкс обычно бывает смешанного характера, и рефлюктат проходя желудок, приобретает кислотный компонент. Отсюда же сдвиг pH в кислую сторону по сравнению с группой контроля. Появление С-протеина объясняется тем, что в РЖ попадает рефлюктат, содержащий воспалительные субстраты.

Вывод. С целью раннего активного выявления пациентов с сочетанной патологией при обнаружении КД зубов и патологии ЖП, ЖВП, дуодено-гастроэзофагеального-орального рефлюкса на амбулаторном приеме стоматологу следует собрать краткий анамнез на предмет выявления симптомов - «горечь во рту, отрыжка кислым и горечью». При этих симптомах настоятельно рекомендовать пациенту обратиться к гастроэнтерологу для уточнения диагноза, определения нозологической принадлежности патологии ЖП, ЖВП с последующим адекватным лечением выявленной патологии.

В заключении хотелось бы отметить, что параметры ротовой жидкости являются дополнительным исследованием для выявления причины развития не только клиновидных дефектов зубов, но и других заболеваний организма.

СОСТОЯНИЕ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО–СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

Пинелис Ю.И., Лхасаранова И.Б.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита

Состояние ротовой жидкости является важным звеном в этиопатогенезе заболеваний полости рта. Развитие стоматологических заболеваний во многом зависит от резистентности тканей и изменения состава ротовой жидкости, нарушения равновесия между очагами хронической инфекции и местным гуморальным иммунитетом.

В этой связи для их диагностики и лечения стоматологу необходимо знать качественный и количественный состав ротовой жидкости полости рта в возрастном аспекте. Различные общие соматические заболевания, изменяя биохимические процессы и иммунитет, могут влиять на клеточный состав ротовой полости. Не исключено, что эти процессы более выражены при возрастном снижении активности процессов регенерации и компенсаторной способности у пожилых и старых людей. В связи с этим **целью** настоящего исследования было изучение качественного состава ротовой жидкости рта у пожилых людей с сердечно–сосудистой патологией.

Материал и методы. Нами проведено обследование 247 больных с сердечно-сосудистой патологией. По классификации ВОЗ они были разделены на 4 группы: 1 группа (контроль) – 65 человек в возрасте 45 – 60 лет; 2-я - 81 человек в возрасте 60 – 74 лет; 3-я - 75 человек в возрасте 75 - 90 лет; 4-я - 26 человек старше 90 лет.

Все пациенты были подвергнуты тщательному клинико-лабораторному обследованию сердечно-сосудистой системы и стоматологического статуса. Для достижения поставленной цели забор ротовой жидкости производили утром натощак и производили микроскопию мазков, окрашенных по Романовскому-Гимза. Состав ротовой жидкости оценивали в световом биологическом микроскопе сразу после забора материала.

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных выявлены следующие факты. У всех пациентов обнаружены заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь, перенесенные инфаркты миокарда и др.), которые превалировали над другой патологией. У большинства из них в полости рта обнаружены хронический пародонтит, кариес и хронический

периодонтит вне обострения.

При исследовании ротовой жидкости во всех возрастных группах отмечается рост количества лейкоцитов и снижение числа слущенного эпителия на фоне увеличения микрофлоры полости рта. При этом также выявлено снижение с возрастом содержания иммуноглобулинов в ротовой жидкости. Вне зависимости от количества микрофлоры в полости рта у пожилых больных отмечается снижение клеточного иммунитета и резистентности в полости рта.

Выводы. Таким образом, установлена прямая зависимость между количественным составом микрофлоры полости рта и качественными изменениями состава ротовой жидкости. Кроме того, с возрастом прослеживается явная тенденция снижения показателей резистентности полости рта. По всей видимости, это связано со склеротическими изменениями в сосудах, что приводит к нарушению оксигенации тканей полости рта, снижением секреторной функции малых и больших слюнных желез. Возрастные изменения у этих пациентов усугубляются наличием сердечно-сосудистых заболеваний, при которых происходит ухудшение микроциркуляции и нарушение оксигенации тканей. Последнее ведет к нарушению проницаемости сосудистой стенки и регенерации тканей, и соответственно к снижению количества лейкоцитов и слущенного эпителия в полости рта.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ВЫБОРЕ АЦЕТОН И ЭТАНОЛСОДЕРЖАЩЕГО АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ ДЛЯ РЕСТАВРАЦИОННЫХ РАБОТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ЗУБОВ.

Остолоповская О.В.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Казань

Актуальность. На современном этапе лечение твердых тканей зубов перешло на качественно новый, более высокий уровень благодаря появлению новых технологий в терапевтической стоматологии. Лечение кариеса зубов остается актуальным вопросом, что подтверждается широким спектром материалов и методик, используемых в повседневной стоматологической практике для восстановления формы и функции зуба. Наиболее часто с этой целью сегодня применяются светоотверждаемые композиционные материалы, позволяющие восстановить значительные дефекты твердых тканей зубов, вернуть им цвет, блеск и прозрачность зуба.

Однако, ни один композитный материал не применяется без адгезивной системы, обеспечивающую надежное и длительное сцепление пломбировочных материалов с эмалью и дентином, изоляцию пульпы зуба от действия всех типов раздражителей.

При развитии дентинных адгезивных систем было разработано несколько видов, которые обычно обозначаются как поколения дентинных адгезивов и отличаются между собой механизмами прикрепления к дентину и силой связывания. В настоящее время существует уже семь поколений адгезивных систем. На практическом приеме используют адгезивные системы начиная с четвертого поколения.

Считается, что адгезивные системы 4 поколения обеспечивают самую высокую адгезию композита к эмали и дентину. Они содержат три компонента кондиционер, праймер и бонд-агент (адгезив),который обеспечивает связь композита с гибридным слоем и эмалью зуба.

Адгезив 5-го поколения представляет собой смесь низкомолекулярных гидрофильных смол и эластомеров, растворенных в воде, спирте и ацетоне. Поэтому все адгезивные системы пятого поколения можно разделить на две основные группы - этанолсодержащие и ацетонсодержащие.

Разнообразие адгезивных систем в практике врача-стоматолога, отсутствие конкретных критериев выбора этанол - и ацетонсодержащих адгезивных систем для различных групп зубов определили цель нашего исследования.

Цель исследования: оценка качества адгезии этанол и ацетонсодержащих адгезивных систем.

Материалы и методы. Нами было проанализировано 70 анкет - опросников врачей стоматологов – терапевтов государственных и частных клиник.

Анкета содержала 17 вопросов таких как: стаж работы врача; предпочитаемая адгезивная система в повседневной практике; критерий отбора; оценка использования; источники информации о выборе адгезивной системы; оценка безопасности этанол - и ацетонсодержащих адгезивов. Анализ результатов осуществлялся на основе математических статистических методов.

Для дальнейшего их изучения был проведен анализ на адгезиометре Elcometer-108.

Для эксперимента были взяты 240 удаленных по показаниям зубов у лиц в возрасте от 18-60 лет, помещались в 0,9 % водный раствор хлорида натрия не более чем на 24 часа, с последующей обработкой алмазным бором кариозные полости . Зубы принадлежали к фронтальной и боковой группам зубных рядов. Образцы были разделены на 2 группы. На одну из них был нанесен ацетонсодержащий адгезив, на другую спиртсодержащий.В последующем пломбирование полости композитным светоотверждающим материалом.

Результаты проведенного анкетирования показали, что из общего числа опрошенных (70 чел.) несмотря на большой выбор современных адгезивных систем и совершенствование их качеств, врачи руководствуются рекламой фирм-производителей и ценой материала. Менее 31,5 % стоматологов различают группы адгезивных систем по содержанию этанола и ацетона. Выбор препарата не связывают с клиническими показаниям по функциональной группе зубов, их живности и возрасту пациента.

На основе анализа анкет мы определили наиболее распространенные адгезивы: ацетон-и этанолсодержащие.

Сравнительный анализ результатов силы адгезии на адгезиометре показал, что на фронтальных зубах с сохраненной пульпой в возрасте от 18-35 лет, ацетонсодержащий адгезив превышал этанолсодержащий аналог на три пункта (соответственно: 0.33МПа и 0.30 МПа), а в депульпированных зубах показал одинаковые результаты как этанол так и ацетонсодержащий адгезив.

Ацетонсодержащая адгезивная система также показала лучший результат на витальных зубах бокового сегмента у лиц в возрасте 36-60 лет.

Вывод. Проведенное исследование выявило необходимость дифференцированного подхода и выбора адгезивных систем для лечения отдельных групп зубов при различных состояниях их витальности.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Г. МАХАЧКАЛЫ.

Макаева Э.О., Омарова Х.О., Омаров О.Г., Гусейнова Г.Г.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Европейским региональным бюро ВОЗ разработан программный документ «Здоровье 21 – здоровье для всех в 21 столетии». В нем представлены основы политики достижения здоровья для всех, в том числе и стоматологического здоровья населения. В соответствии с этими принципами определены и задачи стоматологии, решение которых (составление программ и их реализация) возможно только при наличии данных о распространенности и интенсивности заболеваний, а также о состоянии стоматологической помощи.

Указывается, что высокая распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний приводят к значительной потере зубов. Отмечается возрастающий объем хирургической стоматологической помощи пожилым людям и определенные трудности при лечении ареактивных воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Считают, что высокая нуждаемость в ортопедической помощи во многом обусловлена низким качеством протезов и нерациональным выбором конструкций.

Заслуживает внимания мнение о том, что уровень нуждаемости в стоматологической помощи определяется социально-экономическими условиями, а главное организацией профилактических мероприятий. По данным этих авторов, в среднем у каждого жителя Западной Европы в возрасте до 70 лет сохранено 20,2 зуба, до 80 лет– 18,6, а старше 80 лет – 16,6.

Целью нашего исследования являлось определение распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста, постоянно проживающих в г.Махачкале.

Материал и методика. Проведено эпидемиологическое обследование. Данные осмотра заносили в кодированные карты ВОЗ.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ осмотренных распределили по следующим возрастным группам: 55-64 года – 1-я группа, 65-74 года – 2-я группа и 75-84 года – 3-я группа.

Оценивали состояние твердых тканей зубов, пародонта с использованием индекса гигиены (ИГ), индексов РМА, CPITN.

Для определения причин удаления зубов проанализировали амбулаторные карты лиц старше 55 лет, у которых за последние 5 лет было удалено 3239 зубов.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе данных в первую очередь выявлялось увеличение индекса КПУ с возрастом. В 1-й группе индекс КПУ для обследованных отличался незначительно ($p>0,05$) и составлял в среднем 25,13±0,47. При рассмотрении структуры КПУ выявлено, что показатель К (кариес) колебался от 0,24 до 0,57.

Во 2-й группе интенсивность кариеса была 27,63. В этой возрастной группе кариес встречался редко.

В 3-й группе удаленные зубы в структуре КПУ составляли примерно 25.

Как следует из представленных данных, у лиц пожилого и старческого практикуется удаление зубов. Особенно большое различие по этому показателю со 2-й группой.

Анализ причин удаления зубов показал, что во всех возрастных группах ведущей причиной являются осложнения кариеса зубов. Следует отметить, что число зубов, удаленных по поводу периодонтита (75% зубов), указывает на неудовлетворительное или неправильное лечение осложнений кариеса зубов. Обращало на себя внимание то, что по поводу заболевания пародонта в указанных возрастных группах удалено примерно 35-45 % зубов. Можно было бы думать о низкой распространенности данной патологии, однако, учитывая высокую распространенность заболеваний пародонта у лиц 35-44 лет, следует думать о неточности диагноза при удалении.

Серьезного внимания заслуживают данные о числе лиц с полной адентией. Во всех возрастных группах процент лиц с полной потерей зубов был в возрасте 55-64 года 30,35 %, а в возрасте 65-74 лет – 31,15%. Это полностью соответствует приведенным выше данным о низких показателях К и П в структуре индекса КПУ. Следует отметить низкий процент лиц 55-64 лет с полностью удаленными зубами. Однако в возрасте 65-74 и 75-84 лет процент лиц с полной адентией являлся самым низким.

Очень низким был уровень удаления зубов по ортопедическим показаниям, который не превышал в 1-й группе 2,36%, во 2-й 4,73%, в 3-й 8,79%.

При изучении пародонтального статуса распространенность воспалительных заболеваний составляла 100 %. Статистически достоверных различий между распространенностью пародонтита среди жителей мы не выявили, в среднем в 1-й группе пародонтит установлен у 70,5% обследованных, во 2-й – у 67,52 % и в 3-й – у 66,85 %. Причем с возрастом уменьшалась степень тяжести заболевания, что связано с удалением зубов, на это указывал индекс CPITN, значение которого превышало 3 во всех секстантах.

Из опроса пациентов пожилого и старческого возраста следует, что у них отсутствует мотивация не только к лечению, но и к элементарной гигиене полости рта, ИГ – 3,33±0,41, РМА – 82,33±1,17 %.

По результатам исследования в среднем в 1-й группе на 1 обследованного приходилось несъемного протеза – 2,97±0,2. С возрастом увеличение числа несъемных протезов уменьшалось.

В 1-й группе в среднем на 1 обследованного приходилось частичного съемного протеза – 0,49±0,08, а с возрастом наблюдалось уменьшение числа протезов этого вида и относительное увеличение этого показателя у обследованных 65-74 лет. Общее снижение нуждаемости в частичных съемных протезах с возрастом отражает процесс увеличения числа лиц с вторичной адентией. В среднем в каждой возрастной группе снижение нуждаемости в частичном съемном протезе составляет до 15 % за 10 лет. Это подтверждается тем, что с возрастом наблюдается увеличение числа лиц, имеющих полные съемные протезы и нуждающихся в них. Если до 64 лет

полные съемные протезы имелись у каждого 3-го обследованного, то к 75 годам съемный протез был у каждого обследованного.

Отмечалось значительное число некачественных протезов. Для несъемных видов протезов этот показатель в среднем составил 14,81 %. По данным опроса, первая починка съемного протеза проводится в 1-й год после его изготовления. Практически отсутствовали бюгельные протезы.

Анализ результатов исследования показал, что уровень нуждаемости в стоматологической помощи у лиц пожилого и старческого возраста высок. Это указывает на неправильный подход к удалению зубов, недостаточную обеспеченность населения стоматологической помощью, особенно пациентов данной группы протезированием. Однако особого внимания заслуживают сведения о причинах удаления зубов. Если 60-80 % зубов удаляют по поводу периодонтита, то это указывает на плохое качество эндодонтического лечения.

ДИНАМИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПУЛЬПЕ И ДЕНТИНЕ ЗУБОВ ЗЕЛЕНЫХ МАРТЫШЕК ПРИ СФОРМИРОВАННОЙ ГЛУБОКОЙ ПОЛОСТИ БЕЗ ЛЕЧЕНИЯ.

Меджидов М.Н.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Своевременное и эффективное лечение глубокого кариеса с целью восстановления структуры измененного надпульпарного дентина и функции пульпы предупреждает развитие таких заболеваний, как пульпит и периодонтит, в ближайшие и в отдаленные сроки.

Неадекватная оценка состояния надпульпарных слоев дентина и неправильный выбор фармакологических средств приводит к тому, что частота осложнений через 6 месяцев после лечения глубокого кариеса достигает 30–32 %, (Сирак А.Г., Сирак С.В., 2013). Значительная распространенность глубокого кариеса, большой процент неудач и осложнений при его лечении, объясняет несомненную актуальность проблемы лечения данного заболевания.

В этой связи оценка гистоморфологических изменений, происходящих в дентине и пульпе зубов, а также определение ее защитной и пластической функций при отсутствии лечения экспериментальной модели глубокого кариеса считаем очень важным, что и явилось **целью настоящего исследования**.

Материал и методы исследования. Экспериментальное исследование выполнено на 8 зеленых мартышках в возрасте в возрасте от 1 - 2 года, весом от 3 до 5 кг, находящихся в обычных условиях вивария ФГБНУ «Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов М.П. Чумакова». В эксперимент включены 36 зубов: 10 клыков, 26 премоляров и моляров. Эксперимент выполнен под внутримышечным гексеналовым (из расчета 1 мл раствора на 1 кг массы животного). Формирование глубоких полостей проводили по общепринятым нормам твердосплавными борами на щечной поверхности клыков и жевательной поверхности премоляров и моляров со скоростью вращения 20000 об/мин с охлаждением физиологическим раствором.

Животных забивали под гексеналовым наркозом через 7, 14, 45 и 90 суток после эксперимента. Зубы удаляли щипцами, иногда выпиливали блоки под наркозом вместе с фрагментами челюстей и подвергали медленной деминерализации в 25 % растворе Трилона-Б. С помощью микротома изготавливали срезы толщиной 10–30 мкм и окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону.

Результаты и их обсуждение. Гистологическое исследование пульпы зубов обезьян при сформированной глубокой полости без лечения в сроки от 1 до 7 суток показало наличие реактивных изменений в ней в виде нарушения кровообращения в сосудах микроциркуляторного русла (МЦР) и увеличение «клеточности» за счет лимфоцитов и единичных нейтрофилов.

В 14-е сутки от начала опыта эти изменения были выражены ярче , количество нейтрофилов резко увеличилось. При этом в одном из рогов пульпы наблюдалось образование тонкого слоя иррегулярного заместительного дентина. На одних участках отмечалось уменьшение рядов в слое одонтобластов, а на других – их сохранение.

К 45-м суткам наблюдался разрыв дна сформированной глубокой полости вместе с образованным толстым слоем заместительного дентина в коронковой пульпе в проекции дна

сформированной глубокой полости. Слой одонтобластов не определялся, лишь кое-где можно было наблюдать отдельно стоящие одонтобласты. В коронковой пульпе определялось диффузное гнойное воспаление с гнойным расплавлением значительной части ткани, а в корневой пульпе – воспалительный процесс с образованием инфильтрата из нейтрофильных лейкоцитов и плазматических клеток.

На 90-е сутки от начала опыта отмечался тотальный некроз коронковой и корневой пульпы. В верхушечном периодонте при этом развивался воспалительный процесс с образованием воспалительного инфильтрата из нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов.

Таким образом, в зубах обезьян со сформированной глубокой полостью без лечения в ранние сроки (до 45 суток) в сохранной коронковой пульпе образовался мощный слой заместительного дентина, что говорит о большом потенциале защитной и пластической функций пульпы зубов обезьян. Далее при отсутствии всякого лечения (к 90-м суткам после опыта) наблюдался разрыв дна сформированной глубокой полости с заместительным дентином и возникал тотальный некроз пульпы с развитием воспалительного процесса в верхушечном периодонте.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПТИМИЗИРОВАННОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ.

Османова С.А., Меджидов М.Н., Байрамов К.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) является наиболее распространенным заболеванием слизистой оболочки полости рта, составляет 90% всех нарушений целостности слизистой, встречающихся в стоматологической практике, и поражает до 20% населения.

Этиология РАС остается не до конца выясненной. Результаты современных исследований доказывают, что заболевание представляет собой иммунопатологический процесс с развитием клеточной цитолитической активности, которая приводит к нарушению тканевой интеграции.

Предрасполагающими факторами к данному заболеванию являются: определенная пища (глютенсодержащие продукты, кислая пища и соки), травмы, инфекционные агенты (L-формы стрептококков, вирусы), психический и эмоциональный стресс, прием гормональных препаратов, недостаточность питания и химические вещества, содержащиеся в средствах для гигиены полости рта, аутоиммунные изменения, аллергия, желудочно-кишечные нарушения, дефицит железа, витамина В12 и фолиевой кислоты (Topic, 1980).

Так как этиология афтозных поражений недостаточно изучена, часто применяемая терапия является симптоматической и направлена на устранение боли, улучшение процесса эпителизации афтозной поверхности и подавление вторичной инфекции.

В этой связи приобретает актуальность поиска новых эффективных препаратов для местного и общего лечения РАС.

Среди них новый отечественный комбинированный препарат в аэрозольной форме «Гипозоль», который благодаря синергизму трёх активных, входящих в его состав, ингредиентов (облепиховое масло, метилурацил, этазол-натрий, эмульсионная основа) оказывает местное противовоспалительное, регенерирующее, противоожоговое и антисептическое действие, стимулирует регенеративные процессы в мягких тканях. Одними из показаний для использования данного препарата согласно инструкции по применению являются эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки полости рта. Широкий антимикробный спектр действия наряду с отсутствием отрицательного влияния на равновесие бактериальной флоры полости рта делает этот препарат особенно привлекательным.

Целью наших исследований стало клиническое изучение эффективности действия препарата, стимулирующего регенерацию «Гипозоль» в комплексном лечении больных РАС.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 27 больных (8 мужчин и 19 женщин) РАС в возрасте 17-50 лет с длительностью заболевания от полугода до 8 лет (в среднем 5,4 ± 0,6 лет).

Для исследования отбирались больные, имеющие несколько афт (в среднем 2,41 ± 0,4).

Афты чаще локализовались на слизистой губ (35,4%), слизистой щек (27,7%), нижней поверхности языка (24,6%). Мягкое нёбо, переходная складка и дно полости рта поражались реже – в 12,3% случаев.

Все больные получали Полиоксидоний по 12 мг 2 раза в день внутрь, «Мультитабс» по 1 табл. х 3 раза в день внутрь. Местное лечение включало полную санацию полости рта, полоскание 0,02% раствором хлоргексидина биглюконата.

Для оценки эффективности препарата «Гипозоль» все обследованные больные были разделены на 2 группы, примерно одинаковые по возрасту, длительности заболевания. В первой группе местную антисептическую обработку завершали аппликации на афтозную поверхность «Гипозоль», в другой же – в качестве аппликатов использовали масляный раствор витамина А. Аппликации проводились от 3 до 5 раз в день на предварительно высушенную эрозивную поверхность.

Препарат «Гипозоль» применяли местно, нанося на пораженный участок. Перед применением аэрозольный баллон 10-15 раз встряхивали. Снимают предохранительный колпачок, на шток клапана надевают насадку, подводят к пораженному участку и плавно нажимают на головку насадки. При нажатии до упора за 1 с из баллона выделяется 7 мл пены. При заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта пеной покрывают пораженный участок на 10-15 мин от 3 до 5 раз в сутки. Курс лечения - 1-2 нед.

Учитывали следующие показатели: эффективность и продолжительность обезболивания, сроки полной эпителизации афт.

Обезболивающий эффект при применении «Гипозоль» наступал через 3,4 ± 0,5 мин. и сохранялся в среднем 1,6 ± 0,8 часа. В случае использования в качестве аппликаций кератопластика – витамина А обезболивание не отмечалось пациентами.

Результаты исследования и их обсуждение. Полная эпителизация афт через 8 дней наблюдалась в 96,2% случаев при использовании «Гипозоль» и в 67,7% случаев в контрольной группе. Срок эпителизации соответственно составил в среднем 7,1 ± 0,2 и 9,3 ± 0,4 дня.

Максимальный срок, в течение которого происходила регрессия клинических симптомов после местных аппликаций «Гипозоль», достигал 9 дней, в контрольной группе – 12 дней от момента появления афт.

Желание использовать препарат «Гипозоль» в будущем высказало 26 из 27 пациентов. Основанием служили хорошая органолептика препарата, быстро наступающий и длительно удерживающийся обезболивающий эффект, быстрая эпителизация афт и простота использования.

Препарат «Гипозоль» хорошо переносился всеми больными, побочных проявлений отмечено не было.

Таким образом, препарат «Гипозоль» может быть рекомендован как эффективное средство местного лечения РАС.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОСТНО-ГЕПАРИНОВОЙ ПАСТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА.

Меджидов М.Н., Меджидова Н.Д., Байрамов К.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

В клинике терапевтической стоматологии применение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов при лечении глубокого кариеса и его осложнений не нашло широкого применения из-за сложности приготовления пасты и ее хранения, а также плохой всасываемости экссудата, скапливающегося в кариозной полости (Е. В. Удовицкая, 1958; П. С. Фрадин, 1961; С. В. Макаров, 1964). Эти быстротвердеющие пасты вызывают травму пульпы через тонкий слой оставшегося размягченного дентина.

Учитывая недостатки перечисленных средств, нами было проведено исследование по сравнительной оценке использования при лечении глубокого кариеса костно-гепариновой, эвгенол-таниновой и эвгенол-тимоловой паст, что и явилось **целью настоящего исследования.**

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 96 больных с глубоким кариесом в возрасте от 20 до 40 лет. Из них мужчин было 46, женщин — 59. Всего было вылечено

128 зубов: 80 премоляров и моляров и 48 — резцов и клыков. При лечении применялись костно-гепариновая, эвгенол-тимоловая и эвгенол-таниновая пасты. Костно-гепариновая паста для лечения глубокого кариеса впервые предложена нами.

Терапия глубокого кариеса проводилась в два посещения. В первое посещение из полости, а особенно со дна ее, осторожно экскаватором убирался размягченный дентин, стенки полости формировались бором при малых скоростях бормашины. Костно-гепариновая паста готовилась непосредственно перед употреблением следующим образом: плоской частью шпателя для замешивания набиралась костная мука, стерилизованная γ-лучами (10 частей), смешивалась с одной частью гепариновой мази, хорошо растиралась до консистенции пасты. Эвгенол-таниновая паста также готовилась непосредственно перед употреблением: набирался танин (90 - 100 мг), смешивался с одной каплей эвгенола, хорошо растирался, а затем добавлялась окись цинка до консистенции пасты. Эвгенол-тимоловую пасту приготовили растиранием окиси цинка с эвгенолом, к которым прибавляли тимол, превращенный в мелкий порошок. Кариозная полость высушивалась без применения раздражающих препаратов. На дно полости помещалась одна из паст, которая покрывалась повязкой из водного дентина.

Во второе посещение через 6-8 дней дентинная повязка удалялась. На дне кариозной полости определялась затвердевшая повязка. При отсутствии жалоб на боли ставилась постоянная пломба.

При лечении глубокого кариеса необходимость второго посещения к врачу определялась стремлением поставить постоянную пломбу на «укрепленное» дно кариозной полости. Это является существенным моментом в лечении глубокого ка-риеса. Кроме того, при возникновении болей пульпитного характера обеспечивалась возможность быстрого снятия повязки и проведения лечения воспаленной пульпы.

Отдаленные результаты лечения глубокого кариеса эвгенол-тимоловой, эвгенол-таниновой и костно-гепариновой пастами анализировались по медицинской карте стоматологического больного и на основании клинико-рентгенологических и электроодонтометрических данных обследования больных через один-три и шесть месяцев после лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализа полученных данных показал, что процент осложнений при лечении эвгенол-тимоловой пастой от-носительно высок (14,2%) по сравнению с аналогичными данными при лечении эвгенол-таниновой пастой (8,6%). Вероятно, несмотря на антисептические свойства тимола, принадлежность его к группе фенола отрицательно сказывалась на лечении глубокого кариеса. Это подтверждают ранее опубликованные работы.

Недостатком эвгенол-таниновой пасты явился ее светло-желтый или буровато-желтый цвет. При тонких стенках кариозной полости на фронтальных зубах паста просвечивалась.

При применении костно-гепариновой пасты осложнения наблюдались редко (2,8%). Лечебное действие данной пасты можно объяснить одонтотропным, противовоспалительным, противоотечным, антиаллергическим действиями ингредиентов, входящих в состав данной пасты.

Приведенные данные об эффективности использования костно-гепариновой пасты при лечении глубокого кариеса, а также простота ее приготовления позволяют рекомендовать ее к широкому применению в повседневной практике врачей-стоматологов терапевтов.

ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ.

Меджидов М.Н., Эфендиев М.Н., Меджидова Н.Д., Байрамов К.А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Воспалительные заболевания пародонта - представляют серьёзную медико-социальную проблему. Распространенность этой патологии среди взрослых остаётся на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению. По данным ВОЗ, в настоящее время более 80 % населения РФ страдает заболеваниями пародонта.

В комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта важное место занимает медикаментозная терапия. Местная антимикробная терапия является начальным и важнейшим звеном комплексного лечения деструктивных поражений пародонта.

Используемые средства местной фармакотерапии воспалительных заболеваний пародонта далеко не всегда обеспечивают комплексное воздействие на пародонт, т.е. антисептическое действие не всегда сочетается с купированием воспалительного процесса. По мере увеличения числа антисептиков, которые отвечают современному уровню науки как адекватные средства местной противовоспалительной терапии, требования к ним возрастают. В связи с вышесказанным, мы считаем актуальным оценить эффективность применения при комплексной терапии пародонтита такого препарата, как «Диоксидин», что и явилось **целью настоящего исследования.**

«Диоксидин» представляет собой антибактериальный бактерицидный препарат широкого спектра действия из группы производных хиноксалина. Активен в отношении Proteus vulgaris, Pseudomonas aeruginosa, палочки Фридлендера, Esherichia coli, Shigella dysenteria, Shigella flexneri, Shigella boydii, Shigella sonnei, Salmonella spp., Staphylococcus spp., Streptococcus spp., патогенных анаэробов (Clostridium perfringens). Действует на штаммы бактерий, устойчивых к другим противобактериальным лекарственным средствам, включая антибиотики, не оказывает местнораздражающего действия, что и явилось целью настоявшего исследования.

Материал и методы исследования. Объектами исследования были 24 человека, в т.ч. 14 женщин и 10 мужчин в возрасте от 30 до 50 лет с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. Состояние тканей пародонта оценивали по наличию или отсутствию гиперемии и отека десен, пародонтальных карманов, гноетечению из них, кровоточивости при зондировании, и наличию над- и поддесневого зубного камня. Эффективность лечения оценивали на основании клинических данных, оценку противовоспалительного действия предлагаемого лечения проводили с помощью динамических изменений индекса РМА в сочетании с пробой Шиллера-Писарева.

Основную группу составляли 19 человек, где оральный антисептик 1% раствор «Диоксидина» вводили в пародонтальные карманы на турундах на 2 минуты и на протяжении всего курса лечения назначали «Диоксидина» в виде полосканий полости рта 3-4 раза а день в домашних условиях. Для этой цели ампулы с 1% (10мл) раствором диоксидина разводили в 100 мл теплой кипяченой воды или 0,9% изотонического раствора хлорида натрия. Контрольная группа - 10 человек, у них использовали ирригации «Ротоканом» с 3% перекисью водорода и метилурациловую мазь под повязку. Общим для всех групп было тщательное удаление зубных отложений и устранение пунктов травматической окклюзии. Назначали физиотерапевтическое лечение: электрофорез хлористого кальция по 5 сеансов на десну. Все пациенты в течении 2-х недель были научены правилам гигиены полости рта, больным были рекомендованы противовоспалительные зубные пасты.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ проведенного лечения показал полное снятие симптомов воспаления тканей пародонта: десна стала бледно-розового цвета, исчезли гиперемия и отек, выделения из пародонтальных карманов отсутствовали. У пациентов основной группы уже на 2-3 посещение наблюдалось отсутствие боли, зуда десен, уменьшение кровоточивости десен при чистке зубов, отсутствие неприятного запаха изо рта. Тогда как, у пациентов контрольной группы все вышеперечисленные признаки исчезали на 3-4 дня позже. Необходимо отметить, что в группе, где в процессе лечения применяли препарат «Диоксидин», около 20% пациентов отмечали обезболивающий эффект уже на 2-ой день лечения. Также в основной и контрольной группах за время лечения отмечена положительная динамика индекса воспаления. Однако в основной группе этот процесс протекал значительно интенсивнее: после проведения профессиональной гигиены и противовоспалительной терапии произошло снижение

индекса в 5 раз по сравнению с исходным уровнем, а в контрольной группе аналогичный показатель снизился лишь в 3 раза. Согласно клиническим данным «Диоксидин» как антисептик благоприятно влияет на течение патологического процесса, в результате чего сокращаются сроки лечения на 20-25%. Все это позволяет прогнозировать удлинение сроков ремиссии генерализованного пародонтита и профилактику осложнений.

Таким образом, анализ результатов, проведенных исследований, позволяет рекомендовать широкое использование препарата «Диоксидин» в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ «ПОЛИОКСИДОНИЙ» И «МИЛДДРОНАТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.

Меджидов М.Н., Эфендиев М.Н.,Меджидова Н.Д.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

У пациентов хроническим пиелонефритом на фоне воздействия метаболитов, накапливающихся у них, изменением кислотно-щелочного равновесия, сдвигами водно-электролитного баланса снижается устойчивость тканей пародонта к действию местных неблагоприятных факторов и быстро развиваются тяжелые воспалительно-деструктивные изменения в пародонте (Баранникова И.А., 1967; Емельяненко Н.В., 1983; Цимбалистов А.В. и соавт., 2007; de Souza CM et al,, 2007; Keller D., 2008; Craig RG., 2008). Кроме того, у больных с почечной патологией и пародонтитом по сравнению с пациентами с пародонтитом без установленной патологии внутренних органов выявлена более значительная резорбция межальвеолярных перегородок, что, по-видимому, является проявлением генерализованной нефропатической остеодистрофии, которая обусловлена тремя причинами: нарушением образования активной формы витамина D в почках, усилением функции околощитовидных желез, развитием отрицательного кальциевого баланса (Барер Г.М. и соавт., 1989). Наряду с этим хронический процесс в почках, приводит к снижению общей иммунологической реактивности организма, что может спровоцировать обострение воспалительных заболеваний пародонта (Bayraktar G et al, 2007; Borawski J et al, 2007; Bayraktar G et al, 2008).

В этой связи показания к хирургическому лечению пародонтита с использованием различных остеопластических средств у таких пациентов ограничены из-за снижения факторов местной резистентности и иммунологической реактивности полости рта и повышения вероятности развития послеоперационных осложнений. Поэтому у этой группы больных проводится преимущественно консервативное лечение, успех которого во многом зависит от использования современных иммуномодулирующих и стимулирующих метаболизм препаратов.

«Полиоксидоний» — отечественный иммуномодулятор с широким спектром фармакологического действия, не имеющий аналогов в мире (Некрасов А.В., Пучкова Н.Г., Иванова С.А., 2002), создан в ГНЦ — Институте иммунологии Минздравсоцразвития РФ. Препарат кроме иммуномодулирующего действия, увеличивает резистентность организма, обладает выраженной детоксикационной активностью (Кузнецова О.Ю. и соавт., 2008).

Доказано, что милдронат стимулирует репаративные процессы, ингибируя фермент гамма-бутиробетаин-гидроксилазу и биосинтез карнитина. Это приводит к торможению β-окисления жирных кислот и активирует механизмы окисления глюкозы. В лимфоидных клетках в норме именно гликолиз является основным источником АТФ. K.A. Frauwirth, C.B. Thompson (2004) отметили более высокую эффективность сочетанного применения иммуномодулирующих и метаболических препаратов.

Целью наших исследований стало клиническое изучение эффективности действия препарата, стимулирующего метаболические процессы «Милдронат» и иммуномодулятора «Полиоксидоний» в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у пациентовхроническим пиелонефритом..

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 58 пациентов хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) легкой и средней тяжести в сочетании с хроническим пиелонефритом (основная группа) и 21 больной ХГП легкой и средней степени тяжести без установленной сопутствующей патологии (группа сравнения). Возраст больных колебался от 20 до 65 лет.

В группе сравнения проводилось только традиционное лечение, которое включало в себя наряду с другими препаратами и иммуномодулирующее средство «Метилурацил» (по 1 г 4 раза в сутки в течение 14 дней). В основных группах применялась комбинация иммуномодулирующего средства «Полиоксидония» (по 12 мг 2 раза в день, per os, в течение 14 дней) и метаболического препарата «Милдроната» (по 250 мг на прием, 3 раза в сутки, две недели).

Исследования проводились до лечения, через 3 и 6 месяцев после окончания соответствующих курсов лечения больных вышеуказанными препаратами. Все перечисленные методы лечения были направлены на подготовку больных к хирургическому этапу лечения.

Эффективность проводимой терапии оценивалась по динамике клинических изменений и на основании объективных показателей: упрощенного индекса гигиены Грина-Вермильона (УИГ), гингивального индекса зубной бляшки Silness-Loe (S-L), индекса кровоточивости десневой борозды Мюллемана, ПМА в модификации Парма, ПИ Рассела.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ клинических симптомов показал, что после окончания 3-го курса лечения все пациенты основной группы отмечали улучшение общего самочувствия, исчезновение неприятного запаха из полости рта, гиперестезии твердых тканей и кровоточивости десен при чистке зубов. При объективном исследовании десна имела бледно-розовый цвет. У 14,8% пациентов повторно появился незначительный зубной налет. В группе сравнения после окончания 3-го курса терапии из 15 больных у 6 наблюдалась кровоточивость десен при чистке зубов. У 1 из 6 пациентов исчез неприятный запах из полости рта. При объективном обследовании десна слегка гиперемирована у 42,6% больных, у 55,6% пациентов определялся незначительный зубной налет, у 2 пациентов - зубной камень.

Зондирование, которое проводилось в данный срок исследования, показало уменьшение пародонгальных карманов у пациентов основной группы - 1,58±0,3 мм (при глубине кармана - 4,1±0,2 мм до лечения) ($P<0,05$); в группе сравнения глубина пародонтального кармана составляла 2,41 ±0,3 мм (при глубине кармана - 3,9±0,2 мм до лечения) ($P<0,05$). Из 23 пациента с патологической подвижностью зубов 1-й степени у 14 (60,9%) она исчезла, а из 9 пациентов с патологической подвижностью зубов 2-й степени у 5 (55,6%) она перешла в 1-ую степень.

Показатели индексов Мюллемана, УИГ, S-L, ПМА и ПИ у пациентов сравниваемых групп к этому сроку существенно не отличались от таковых после начала лечения. В то же время эти показатели в сравниваемых группах существенно отличались по окончанию 6-го курса лечения. У пациентов основной группы индекс Мюллеманна составил 0,89±0,02 (против 1,95±0,02 до лечения), УИГ - 0,80±0,06 (против 2,21±0,16 до лечения), индекс S-L - 1,16±0,05 (против 1,71±0,11 до лечения), индекс ПМА - 13,58±1,55 (против 44,62±2,45 до лечения), ПИ - 0,61±0,14 (против 3,29±0,24 до лечения),

После окончания 6-го курса лечения из 10 больных с патологической подвижностью 1-й степени у 3 (33,3%) она исчезла, у всех 3-х больных с патологической подвижностью 2-й степени она сохранялась. К этому сроку исследования у пациентов из группы сравнения ухудшение состояния пародонта отмечалось у 7 (46,7%) пациентов из 15. У пациентов группы сравнения к этому сроку после терапии были получены следующие результаты: индекс Мюллемана составил 1,66±0,04 (против 1,91±0,03 до лечения), УИГ - 1,29±0,11 (против 2,12±0,13 до лечения), индекс S-L - 1,44±0,15 (против 1,58±0,17 до лечения), индекс ПМА - 37,12±2,15 (против 41,96±2,66 до лечения), ПИ - 1,16±0,21 (против 3,12±0,34 до лечения).

Таким образом, результаты исследования показали эффективность и целесообразность комбинированного использования препаратов «Полиоксидоний» и «Милдронат» в лечении хронического генерализованного пародонтита у пациентов хроническим пиелонефритом.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).

Османова С.А., Меджидов М.Н.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой оболочки полости рта (от 5 до 60%) является рецидивирующий афтозный стоматит (РАС), он составляет 90% всех нарушений целостности слизистой, встречающихся в стоматологической практике, — это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся возникновением афт (язв) и протекающее с периодическими обострениями и ремиссиями.

Поражение слизистой оболочки рта (СОР) в виде рецидивирующих афт упоминается еще в работах Гиппократа. Но лишь в 1894 г. хронический рецидивирующий афтозный стоматит был описан Я. И. Трусевичем как самостоятельное заболевание. В том же году сообщение о таком поражении СОР под названием «stomatitis neurotica chronic» (хронический некротический стоматит) сделал Якоби. Первое описание язвенного процесса на СОР в 1911 г. сделал Сеттон. Р. А. Байкова, М. И. Лялина, Н. В. Терехова в 1975 г. на основе анализа клинико-морфологических проявлений выделили 6 клинических форм РАС.

Несмотря на многообразие исследований, проводимых у нас в стране и за рубежом, этиология и патогенез заболевания остаются предметом многочисленных дискуссий. Окончательно не установлено, какие факторы доминируют в патогенезе РАС, а какие предрасполагают к заболеванию. Определенная роль в возникновении и развитии РАС принадлежит наследственным и конституциональным факторам [О. Ф. Рабинович, И. М. Рабинович, Е. Л. Панфилова, Е. В. Вахрушина, 2010). К причинам возникновения заболевания относят также нарушения функции желудочно-кишечного тракта, респираторные инфекции, функциональные расстройства центральной и вегетативной нервной системы, гиповитаминоз В1, В2, В6, В12, С, недостаток железа, цинка, хронические воспалительные заболевания носоглотки (отиты, риниты, тонзиллиты).

И. М. Рабинович с соавт. (1998) считают, что в основе этиологии и патогенеза лежит аутоиммунная теория.

Широко обсуждается вопрос об аллергическом генезе рецидивирующего афтозного стоматита. В качестве аллергена могут быть пищевые продукты, зубные пасты, пыль, глисты и продукты их жизнедеятельности, лекарственные вещества.

В. И. Лукашова, А. И. Рыбаков и соавт. (1973-1977) значительную роль в патогенезе заболевания отводят именно бактериальной и вирусной аллергии.

Определенную роль в развитии заболевания играют эндокринные нарушения.

Кроме того, у пациентов, страдающих РАС более 5 лет, отмечается истинный иммунодефицит со снижением числа и функциональной активности Т-лимфоцитов, дизиммуноглобулинемией и угнетением фагоцитарной функции нейтрофилов, интерлейкинзависимый иммунодефицит (Спицина В. И., 2006).

Лечение РАС по-прежнему остается актуальной проблемой и представляет собой трудную задачу из-за того, что этиология и патогенез заболевания окончательно не выяснены. Важным мероприятием, обеспечивающим успех лечения, является клинико-иммунологическое обследование больного с целью выявления, а затем и лечения сопутствующих заболеваний, прежде всего — заболеваний желудочно-кишечного тракта и печени, инфекционной аллергии, дефицита витаминов, нарушений деятельности центральной и вегетативной нервной системы и др. Особое внимание должно быть уделено выявлению заболеваний зубов и их лечению. Важное место в лечении РАС отводится диете — исключению острой, пряной, грубой пищи, крепких спиртных напитков и курения (Боровский Е. В., Машкиллейсон А. Л., 2001). Есть также данные об эффективности диеты с исключением глютенов (Нолан А., Ламей П., 1991).

В настоящее время в комплексной терапии афтозных стоматитов особое место отводится средствам общего воздействия. Выбор лечебных средств основан на необходимости повлиять на разные звенья патогенеза. Так, при выявлении у больных РАС повышенной чувствительности к

бактериальным аллергенам ряд авторов (Боровский Е. В., Машкиллейсон А. Л., 2001; Рыбаков А. И., Банченко Г. В., 1978) предложили проводить специфическую десенсибилизацию этим аллергеном, который вводят внутрикожно, начиная с очень малых (0,001 мл) доз. При чувствительности организма сразу к 2 и более аллергенам назначали малые дозы смеси нескольких аллергенов в одинаковых разведениях. Однако эффект наблюдался не всегда. Вероятно, это обусловлено отсутствием точных диагностических критериев. При лечении тяжелых форм РАС (рубцующейся и деформирующей) использовали кортикостероидные препараты (преднизолон, дексаметазон), оказывающие противовоспалительное, десенсибилизирующее и антиаллергическое действие (Алтенбург А., 2007; Болдо А., 2008). Кортикостероидные препараты применяются в виде растворов для инъекций, таблеток, а также мазей. Однако при применении кортикостероидов возможны побочные явления: развитие синдрома Иценко-Кушинга, повышение артериального давления, гипергликемия, повышенное выведение калия из организма и т.д. Все это ведет к ограничению применения данной группы лекарств и поиску новых методов лечения РАС.

Изучение клинико-иммунологического статуса пациента — один из важных факторов, обеспечивающих успех лечения РАС. В связи с частым выявлением у больных иммунного дисбаланса считается обоснованным включение в комплексное лечение РАС препаратов, обладающих иммунокорригирующими свойствами. Исходя из данных о нарушении реактивности организма при РАС, в комплексной терапии применяли препараты, повышающие активность неспецифических факторов резистентности, гистоглобулин, проди-гиозан, лизоцим (Лукиных Л. М., 2000; Рабинович И. М., Банченко Г. В., Безрукова И. В., 1997). Эти препараты: стимулируют фагоцитоз, опосредованно воздействуют на антимикробные факторы, стимулируют репаративные процессы в организме.

Многочисленные данные литературы о применении иммунокорригирующего препарата левамизола (Декариса) противоречивы. Некоторые авторы (Sun A., Wang J. T., Chia J. S., 2006) отмечают хороший терапевтический эффект, другие полностью отрицают его (Weckx L. L., Hirata C. H., Abreu M. A., 2009). Такое противоречие связано, по-видимому, с двояким действием левамизола: малые дозы оказывают иммуностимулирующее действие, а большие действуют как иммунодепрессанты. Таким образом, оценка терапевтической эффективности левамизола зависит как от исходного состояния иммунологической реактивности больного, так и от дозы применяемого препарата (Рабинович О. Ф., Рабинович И. М., Панфилова Е. Л., Вахрушина Е. В., 2010). В 1991 г.

Н. В. Терехова, В. В. Хазанова, Е. А. Земская и др. применяли препарат Т-активин. При иммунодефицитных состояниях препарат стимулирует продукцию лимфокинов, в том числе интерферона, восстанавливает функциональную активность Т-киллеров, а также ряд других показателей состояния иммунной системы. Клинико-лабораторные исследования показали, что Т-активин достаточно эффективен в терапии больных с перманентно текущими формами РАС.

Определенный интерес представляют исследования В. А. Виноградова, М. И. Титова, М. Г. Мошняги (1991) о применении даларгина, обладающего иммуномодулирующими свойствами, нормализующего пролиферативный ответ лимфоцитов человека и влияющего на розеткообразование. Было отмечено также, что при внутримышечном введении даларгина, помимо купирования воспалительного процесса в СОР и стимуляции процесса эпителизации афт, препарат оказывал выраженное анальгетическое действие (Максимовская Л. Н., 1995).

С появлением в 1997 г. нового отечественного препарата Галавит началось изучение его эффективности в лечении РАС. Галавит — иммуномодулятор, изменяет функциональную активность макрофагов и регулирует синтез цитокинов, малотоксичный препарат, не оказывающий тератогенного, мутагенного и иммунотоксического действия и не дающий аллергизирующего эффекта (Сохов С. Т., Цветкова А. А., Аскамит Л. А., 2009). Имеются данные об использовании инъекций Галавита при лечении пародонтита и диплен-пленок с Галавитом — при эрозивно-язвенной форме КПЛ.

Нами было проведено изучение действия Галавита в комплексном лечении РАС. Под наблюдением находились 13 человек, страдающих афтозом Микулича в возрасте от 18 до 43 лет (8 женщин и 5 мужчин), которым назначали сублингвальные таблетки для рассасывания,

содержащие по 25 мг лекарственного средства. 10 дней ежедневно по 4 таблетки в сутки, в последующие 20 дней — 4 таблетки в день через день (полный курс — 30 дней) (Сохов С. Т., Цветкова А. А., Терещенко, 2007). В группу сравнения входило 6 человек, болеющих РАС, схема лечения которых исключала использование Галавита.

Для оценки эффективности проводимой терапии изучали изменение ряда основных клинических признаков указанного заболевания (наличие афт, эритема, боль, неприятный запах из полости рта, нарушение общего состояния), а также изменение показателей местной иммунной защиты полости рта. При включении Галавита в комплекс лечебных мероприятий у всех пациентов к 6-7-му дню отмечалась положительная динамика (снижение интенсивности воспаления, уменьшение боли, активная эпителизация элементов). К 9-10-му дню наблюдалась практически полная эпителизация элементов и клиническое выздоровление пациентов, тогда как в группе сравнения заживление наступало к 13-14-му дням.

При дальнейшем наблюдении за пациентами, принимающими Галавит, на протяжении последующих 12 мес. рецидивов не возникало. Тогда как у 2 человек из группы сравнения рецидив возник спустя 6 и 7 мес. после проводимого лечения.

При исследовании смешанной слюны отмечалась положительная динамика в изменении концентрации иммуноглобулина А на фоне приема Галавита в отличие от группы сравнения, что перекликается с исследованиями С.Т. Сохова, А.А. Цветковой, Л.А. Аксамита (2009).

Таким образом, включение в комплекс лечебных мероприятий у пациентов, страдающих РАС, препарата Галавит позволяет значительно сократить сроки выздоровления и снизить вероятность возникновения рецидивов.

Еще одним из методов лечения РАС является плазмаферез. О.В. Борисовой, Н.Л. Ельковой и др. в 1997 г. доказано, что использование плазмафереза способствует улучшению общего состояния пациентов, сокращению сроков эпителизации афт, достижению длительных ремиссий, положительной динамике показателей гомеостаза. Кроме этого, рекомендовано применение витаминов в комплексном лечении больных РАС.

Одно из звеньев комплексной терапии — местное лечение. Прежде всего, это санация полости рта, устранение травмирующих факторов и очагов хронической инфекции, применение обезболивающих, антимикробных, противовоспалительных и кератопластических средств. При микробиологическом исследовании материала с СОР у больных РАС выявляются существенные изменения микробиоценоза, выражающиеся в изменении соотношения представителей нормальной и патогенной микрофлоры. Для подавления патогенной микрофлоры Л. М. Лукиных предлагает использовать 0,02% раствор фурацили-на, 0,02% раствор этакридиналактата. И. М. Рабинович и соавт. используют 0,12% раствор хлоргексидина, а также обладающий не только дезинфицирующими, но и выраженными обезболивающими свойствами раствор Тантум Верде.

Одним из наиболее эффективных антисептических и противовоспалительных средств является Метрогил Дента.

Препарат обладает приятным освежающим мятным вкусом и наносится на пораженные участки 2 раза в сутки. Комбинацию метронидазола и хлоргексидина, эффективно подавляющих аэробные и анаэробные микроорганизмы, предлагают использовать С.Ю. Страхова и Л.Н. Дроботько.

Для ускорения сроков эпителизации патологических элементов при РАС применяются 5% мазь метилурацила, каратолин, масло шиповника. Одним из эффективных средств, способствующих эпителизации афт, является Солкосерил дентальная адгезивная паста, содержащая солкосерил и местный анестетик полидоканол. Данная лекарственная форма дает и обезболивающий эффект. Благодаря своим свойствам, препарат адгезивно фиксируется к СОР, оказывая пролонгированное лечебное воздействие. Наносится тонким слоем 3-5 раз в день на слизистую оболочку (предварительно высушенную ватой или бумажной салфеткой) и смачивается водой. При сравнении с Мундизал гелем в исследованиях И. М. Рабиновича и Г. В. Банченко (1998) Солкосерил дентальная адгезивная паста оказалась более эффективна.

Для удаления некротического налета с поверхности элементов поражения рекомендуется применять протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин). К современным ферментным препаратам относятся иммобилизированные ферменты — стоматозим и имозимаза (Эпельдимова

Е.Л., 2005). Для повышения эффективности местного воздействия на элементы поражения Л.М. Лукиных (2000), Р.В. Ушаков, В.Н. Царев и др. (2002) предложили использовать растворимые лекарственные пленки, действующее вещество которых тем или иным образом связано с плотным носителем. Преимущество пленок заключается в том, что длительное время поддерживается постоянная концентрация действующего вещества в зоне патологии, зона воздействия того или иного вещества ограничивается участком поражения, благодаря прочной фиксации пленки обеспечивается защита пораженного участка. В состав этих пленок входят кортикостероидные, антибактериальные, эпителизирующие, иммуномодулирующие и другие препараты.

Л.Ф. Сидельникова, И.Г. Дикова посчитали целесообразным включить в схему комплексного лечения рецидивирующего афтозного стоматита иммуномодулирующий препарат местного действия Имудон, который назначался местно по одной таблетке 6-8 раз в день на протяжении 10-15 дней (в зависимости от тяжести процесса) с последующими профилактическими курсами каждые 4—6 месяцев по одной таблетке шесть раз в день в течение 10 дней. Положительный результат достигался на 1,5—2-е суток быстрее, чем у пациентов, не принимавших препарат. Основным же клиническим эффектом явилось предотвращение рецидивов заболевания, а при их появлении — протекание в более легкой форме.

В то же время исследования, проведенные В. Ю. Орищенко, Т. Н. Стрельченей, показали, что предварительная общая стимуляция иммунитета метилурацилом с последующей местной антигенной стимуляцией Имудоном является более эффективной иммунотропной профилактикой рецидивирования РАС. Пациентам рекомендуют метилурацил по 0,5 х 3 раза в день, в течение 20 дней. С 10-го дня добавляют Имудон по 8 таблеток в день, на протяжении недели. Профилактические курсы назначают в осенне-весенний период на стадии ремиссии.

В группу средств местного лечения РАС входит большое число лекарственных растений. Растительные средства редко вызывают нежелательные побочные реакции, нетоксичны и хорошо переносятся больными независимо от возраста. Учитывая их безвредность, их рекомендуют для длительного использования (Хазанова В. В., 1993; Рабинович И. М., Земская Е. А., 1996).

Для повышения неспецифической реактивности организма хорошо зарекомендовал себя фитопрепарат Свпанок.

Комбинированный препарат растительного происхождения Элекасол (календулы цветки + ромашки цветки + солодки корни + череды трава + шалфея листья + эвкалипта прутовидного листья) оказывает противомикробное и противовоспалительное действие, стимулирует репаративные процессы.

Применяется местно — в виде орошений, аппликаций, для полосканий, в течение 5-7 дней одновременно внутрь и местно 2-5 раз в сутки.

Препарат Фитодент на основе растительного сырья (спиртовая настойка 1:10) из растительного сырья (корневища аира — 0,2 г, цветки календулы — 0,15 г, листья крапивы — 0,1 г, цветки ромашки — 0,1 г, плоды софоры японской — 0,2 г, трава чистотела — 0,15 г, плоды шиповника — 0,1 г) оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, дезодорирующее и фунгицидное действие, хорошо всасывается слизистой оболочкой полости рта, кроме того, усиливает действие противовоспалительных и аналгезирующих средств. Препарат разводят водой и применяют для полосканий, промываний и орошений; а также ротовых ванночек (3-5 раз в день по 2-5 мин.).

В комплексном лечении РАС применяется также физиотерапия, направленная на активацию адаптивных и резервных возможностей организма. Одним из эффективных физических методов является лазерная терапия. А.А. Прохончуков и соавт. (2000) для снятия воспаления и ускорения процессов заживления слизистой оболочки проводили лазерное облучение на аппарате «Оптодан».

Для повышения эффективности лазерного излучения применяются сочетанные фармако-фото-терапевтические методы — фотофорез лекарственных препаратов. Так, хорошо зарекомендовал себя в лечении больных РАС фотофорез оксолиновой, метилурациловой, гепариновой, гидрокортизоновой, тетрациклиновой мазей (Прикулс В. Ф., 2000; Ушаков А.А., 1996).

Для предупреждения обострений РАС Т.С. Чемикосова (2003) рекомендует ок-симетацил (производное пиримидина) для иммунокоррекции — 1,5 г в день 1 месяц. А также 6 сеансов ультрафонофореза 10% раствора доксилана в импульсном режиме 2-3 мин. с последующим нанесением на эрозии 10% доксилановой мази.

В последние годы в различных областях медицины все более широкое распространение получают немедикаментозные способы лечения, в частности гипербарическая оксигинация (ГБО). При лечении РАС ГБО-терапия дает выраженный противовоспалительный, противоотечный и иммунокорригирующий эффекты, сокращение сроков эпителизации до 5-10 дней (Спицина В. И., Савченко З. И., 2002).

Широко применяют гирудотерапию. Причем последнюю можно использовать и как лечебную (при появлении афт), и как профилактическую (в межприступный период) процедуру. Процедурам гирудотерапии должна предшествовать тщательная санация полости рта (лечение кариозных зубов, заболеваний пародонта, снятие зубных отложений и т.д.). При лечении стоматологического афтоза 1-2 пиявки ставят на область афт, при проведении профилактических процедур — на места, где обычно появляются афты.

В заключение следует отметить, что в настоящее время нет какого-то одного способа лечения РАС, приводящего к полному излечению. Существующие комплексные методы лечения способствуют снижению тяжести заболевания, выражающемуся в удлинении сроков ремиссии, сокращении сроков эпителизации патологических элементов, уменьшении их количества и размеров. Для достижения стойких результатов в лечении РАС необходимо периодически повторять курсы комплексной терапии. Выбор оптимальных методов общей и местной терапии должен осуществляться на основе индивидуального подхода к каждому пациенту. Необходимо учитывать сопутствующие соматические заболевания, причинные факторы, состояние иммунологической реактивности, тяжесть заболевания, стадии развития очагов поражения.

Профилактика в основном заключается в выявлении и лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, нервной, эндокринной систем и др., а также в устранении очагов хронической инфекции, в том числе в полости рта. Важен систематический уход за полостью рта. Необходимо строгое соблюдение режима труда и отдыха, а также диеты.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ.

Меджидов М.Н., Меджидова Н.Д., Байрамов К.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Распространенность эрозии твердых тканей зуба за последнее десятилетие неуклонно возрастает, в связи с этим проблема профилактики и лечения данного заболевания приобретает важное значение. Было предложено множество методик лечения, включающих применение реминерализующих средств и последующего пломбирования эрозивных дефектов. Однако частота замены реставраций, повторные обращения пациентов с жалобой на повышенную чувствительность свидетельствуют о недостаточной их эффективности.

Цель исследования: выявить метод лечения эрозии твердых тканей зуба, обеспечивающий наилучшую сохранность пломб.

Материал и методы. Клиническое исследование проводили на 138 зубах у 92 больных эрозией твёрдых тканей зуба в возрасте от 20 до 60 лет, в том числе активной формой - 42 зуба, стабилизированной - 96 зубов. Срок наблюдения - один год. В зависимости от метода лечения все больные были распределены на 2 группы: основную и контрольную.

Основная группа включает 6 подгрупп. В 1, 2 и 3 подгруппах использовали методы лечения с применением лазера. Первую подгруппу составляют больные (21 зуб у 14 человек), у которых при лечении зубов применяли обработку стенок, дна полости эрозии и окружающей ее эмали эмаль-герметизирующим ликвидом, если полость эрозивного дефекта находилась в пределах эмали, и дентин-герметизирующим ликвидом, если полость эрозии имела среднюю глубину (глубокое фторирование), пломбирование светоотверждаемым композитом "Filtek Z250" и облучение лазером «Оптодан». Для лечения зубов больных второй подгруппы (20 зубов у 13 человек) применяли

пломбирование стеклоиономерным цементом «Fuji IX» и облучение лазером «Оптодан». В третьей подгруппе (18 зубов у 14 человек) использовали пломбирование светоотверждаемым композитом —Filtek Z250", покрытие фторлаком «Bifluorid 12» и облучение лазером «Оптодан». Зубы пациентов 4, 5 и 6 подгрупп лечили без применения лазера. В четвёртой подгруппе (22 зуба у 15 человек) применяли глубокое фторирование и пломбировали эрозивные дефекты светоотверждаемым композитом —Filtek Z250". Зубы больных пятой подгруппы (17 зубов у 11 человек) пломбировали стеклоиономерным цементом «Fuji IX». В шестой подгруппе (20 зубов у 15 человек) использовали пломбирование светоотверждаемым композитом —Filtek Z250" и обработку фторлаком «Bifluorid 12». Для лечения зубов пациентов контрольной группы (20 зубов у 15 человек) применяли пломбирование светоотверждаемым композитом —Filtek Z250".

Сохранность пломб исследовали по следующим критериям (Г. Рюге, 1998) (в нашей модификации): пломба с хорошим краевым прилеганием; краевое прилегание нарушено; откол, частичное или полное отсутствие пломбы при визуальном обследовании или ее подвижность при зондировании.

Результаты исследования и их обсуждение. Через 3 месяца после лечения краевое прилегание пломбировочного материала не было нарушено в 100% случаев в основной группе в подгруппах 1 (для лечения использовали глубокое фторирование, пломбирование композитом и облучение лазером), 2 (пломбирование стеклоиономерным цементом и облучение лазером), 5 (пломбирование стеклоиономерным цементом). В подгруппах 3 (пломбирование композитом, обработка F-лаком, облучение лазером), 4 (глубокое фторирование, пломбирование композитом), 6 (пломбирование композитом, обработка F-лаком) основной группы краевое прилегание было сохранено в 92,8%; 91,2%; 83,4% соответственно. В контрольной группе (пломбирование композитом) только у 63,4% пломб было хорошее краевое прилегание. Выпадение пломб наблюдалось в 6 подгруппе основной группы (пломбирование композитом, обработка F-лаком) в 6,4% случаев, в контрольной группе - в 11,6%.

Через 6 месяцев полная сохранность пломб была отмечена только в 1 и 5 подгруппах основной группы. Во 2, 3, 4, 6 подгруппах основной группы краевое прилегание не было нарушено в 88,6%; 79,2%; 91,1%; 79,2% соответственно. В контрольной группе у 59,3% пломб отмечалось хорошее краевое прилегание. 7,9% пломб в 6 подгруппе основной группы и 14,6% пломб в контрольной группе выпали. Через 12 месяцев хорошее краевое прилегание сохранилось у всех пломб 1 подгруппы основной группы. Не было выявлено нарушений краевого прилегания у 94,1% зубов 5 подгруппы основной группы. Во 2, 3, 4, 6 подгруппах краевое прилегание сохранилось в 83,8%; 79,8%; 84,9%; 72,8% соответственно. В контрольной группе меньше половины пломб остались с хорошим краевым прилеганием (43,8%).

Вывод. По сохранности пломб оптимальными методами лечения эрозии твердых тканей зуба являются глубокое фторирование, пломбирование композитом и облучение лазером, а также пломбирование стеклоиономерным цементом.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУТЕМ ЦИФРОВОГО СОСТАВЛЕНИЯ ПРОТОКОЛОВ ОБРАБОТКИ И ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ.

Нарчаев М.А., Меджидов М.Н.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Современный протокол обработки корневых каналов во время лечения зубов подразумевает более или менее агрессивную работу в них стальными и никель-титановыми эндодонтическими инструментами. Даже при четком следовании инструкции производителя

опытными врачами-стоматологами отломы части инструментов в канале происходят в 5% случаев[1,2]. Отломок препятствует очистке апикальной части канала от инфекции, что в ряде случаев ухудшает прогноз эндодонтического лечения.

Изучив литературу по данной теме, мы определили основные факторы, влияющие на предотвращение отломов эндодонтических инструментов в просвете корневого канала в процессе лечения [3,4,5]:

а) соблюдение инструкции производителя инструментов, техники их применения;

б) соблюдение кратности использования;

в) наличие у врача большого опыта работы в каналах;

г) знание анатомии и морфологии корневых каналов;

д) создание ковровой дорожки, прямолинейного доступа в канал, ирригация;

е) радиус изгиба и степень кривизны корневого канала (циклическая нагрузка).

В нашем исследовании мы обратили внимание на отломы, связанные с несоблюдением техники применения инструментов, а именно превышением допустимой нагрузки на них из-за неправильного подбора их последовательности для обработки корневого канала.

Практика показала, что предлагаемые производителями последовательности инструментов для обработки канала не оптимальны и часто сами приводят к отломам [6]. Также существует ряд производителей с относительно безопасными протоколами, но состоящими из большого количества инструментов и этапов обработки, что снижает экономическую эффективность их использования. Пытаясь найти баланс между минимальным количеством инструментов и снижением риска их отломов, практикующие врачи-стоматологи зачастую используют собственные протоколы обработки, составленные опытным путем из инструментов разных производителей. Однако, отсутствие систематизированного подхода к составлению такого протокола с одной стороны, и многообразие существующих на рынке инструментов для обработки с другой стороны, сохраняет высокий процент риска их отломов [7].

На наш взгляд, наряду с соблюдением всех вышеуказанных факторов для профилактики отломов, при составлении собственной последовательности инструментов для обработки каналов необходимо соблюдать еще три известных правила:

- предпочтение должно отдаваться методике Crown Down, так как при попытке пройти канал до апекса одномоментно препарируя все изгибы произойдет суммирование циклических и торсионных нагрузок на инструмент в разных отделах канала, что повысит риск поломки инструмента [8,9,10];

- в составляемом протоколе диаметр каждого последующего инструмента в апикальной трети не должен превышать диаметр предыдущего инструмента на этом же уровне более чем на 0,05 мм (стандарт ISO);

- процентное соотношение апикальных диаметров последовательных инструментов (D0(1) и D0(2)) должно быть низким. Его вычисление производят по формуле:

$(D0(2) - D0(1)) / D0(1) \times 100\%$

Расчет этих показателей вручную занимает много времени, и его практически невозможно выполнить врачу-стоматологу во время лечения пациента.

Следовательно, для снижения вероятности возникновения отломов инструментов, наряду с соблюдением вышеуказанных факторов, актуальным является поиск способа автоматического расчета торсионной нагрузки на них в протоколах обработки, как подобранных врачами - стоматологами самостоятельно, так и предлагаемых многочисленными производителями. Мы не нашли в доступной литературе аналогов такого расчета, что и побудило нас к разработке компьютерной программы для этой цели.

Цель исследования: снижение вероятности возникновения отлома эндодонтических инструментов в корневых каналах зубов во время их механической обработки путем расчета торсионной нагрузки на эти инструменты с помощью предложенной компьютерной программы.

Материалы и методы исследования. В процессе исследования нами разработана компьютерная программа для расчета торсионной нагрузки на эндодонтические инструменты[1]. По

[1] Получено удостоверение на рационализаторское предложение № 14-1474 под наименованием «Способ предотвращения поломок эндодонтического инструментария (программа для ЭВМ)», выданное 11.12.2014 г. ДГМА МЗ РФ.

классификации медицинских компьютерных систем она относится к типу программ цифровой поддержки процесса лечения [11].

Программа, созданная на базе Microsoft Excel 2013, представляет собой электронную таблицу, первая строка которой содержит пронумерованные ячейки от 1 до 10 в соответствии с номером инструмента из протокола обработки. Врач-стоматолог определяет максимальный размер инструмента, который без усилий проходит до апекса (исходный размер канала) и под ячейкой с цифрой «1» в соответствующей ячейке второй строки таблицы выбирает из списка этот файл. Под остальными цифрами первой строки таблицы врач-стоматолог последовательно выбирает соответствующие этим цифрам инструменты, их размер и конусность из запланированного им протокола механической обработки этого корневого канала. Например,

1: 10.02, **2:** 15.02, **3:** 20.02, **4:** 25.02, **5:** 30.02.

Заполнение таблицы происходит быстро, с использованием базы данных программы, в которую внесены все популярные виды эндодонтических инструментов. В результате под выбранной последовательностью инструментов врач-стоматолог получает автоматический расчет нагрузки на них на уровнях от D0 до D14 в виде цветовой индикации, который укажет, есть ли риск их отлома при использовании этого протокола. Индикация тем темнее, чем больше нагрузка на инструмент. Черный цвет соответствует избыточной нагрузке.

Еще одним преимуществом программы является автоматический подбор диаметра гуттаперчевого мастер-штифта для пломбирования этого корневого канала. После составления оптимального протокола инструментации электронная таблица сама в правой части от расчета нагрузки предложит размер и конусность мастер-штифта для пломбирования.

Программный продукт внедрен в лечебную работу врачей-стоматологов-терапевтов Дагестанской республиканской стоматологической поликлиники (главный врач Идрисов М.И.) МЗ РД, стоматологического отделения Консультативно-диагностической поликлиники (главный врач к.м.н. Абдурахманов Г.Г.) Дагестанской государственной медицинской академии (ДГМА) МЗ РФ, кафедры терапевтической стоматологии ДГМА МЗ РФ, стоматологической поликлиники «ИСТОК» (главный врач Исмаилов Н.Р.) г. Каспийска.

Методом анкетного интервьюирования практикующих врачей-стоматологов, занимающихся лечением корневых каналов зубов не менее 5 лет, были собраны данные из протоколов механической обработки, составленных ими самостоятельно. Наша работа была основана на расчете торсионной нагрузки, поэтому для исключения отломов от циклической перегрузки в исследование были включены только протоколы, использованные для обработки узких корневых каналов с углом изгиба менее 45° и большим радиусом изгиба. Были выделены те протоколы, при использовании которых хотя и соблюдались вышеуказанные профилактические факторы, однако все же происходили факты отлома инструмента в канале без установленных врачом причин.

Также проведен сбор данных из инструкций производителей популярных систем эндодонтических инструментов.

Протоколы, полученные в результате этих исследований, были введены в нашу компьютерную программу. В случаях обнаружения программой перегрузки инструментов в предложенных последовательностях обработки, они корректировались путем замены или добавления дополнительных инструментов промежуточного размера или конусности в протокол для снижения риска их отлома в корневом канале зуба.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ данных протоколов (количество, конусность и диаметр инструментов) механической обработки корневых каналов из инструкций производителей наиболее популярных на сегодняшний день систем эндодонтических инструментов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Диаметр и конусность (абс. ч.) эндодонтических инструментов из инструкций производителей наиболее популярных на сегодняшний день систем

Протокол	Последовательность и количество необходимых инструментов								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Step-back (K-file, RT-file)	10.02*	15.02	20.02	25.02	30.02	35.02	**40.02**[#]	**45.02**	**50.02**
Golden medium	8.02	10.02	12.02	15.02	17.02	20.02	25.02	30.02	**35.02**

M two	10.02	10.04	15.05	20.06	25.06	30.05	35.04	40.04	
Protaper (1)	10.02	15.02	20.02	S1**	**SX**	S2	F1	F2	F3
Protaper (2)	10.02	13.02	16.02	19.02	S1	**SX**	S2	F1	F2
Profile	10.02	**25.06**	25.06	30.04					
RaCe	**25.06**	**25.04**	10.04	20.02	25.02	30.04	35.04		
iRaCe (в сложных случаях)	**15.06**	15.06	20.02	25.02	25.04	30.04			
iRaCe (в большинстве случаев)	**15.06**	**25.04**	30.04						
K3	**15.02**	**25.10**	**25.08**	**20.02**	**25.02**	**40.10**	**35.06**	**30.06**	25.06
Micromega	12.03	17.03	**25.06**	25.04	25.06	30.06	35.06	40.06	
Mounce File	**25.08**	10.02	15.02	20.02	25.06	25.04	25.03	25.02	30.03

* Здесь и в таблице 2 расшифровка цифровых обозначений инструментов: до точки указан диаметр конца инструмента по ISO, после точки – его конусность;

** Здесь и в таблице 2 латинские обозначения являются официальными названиями инструментов;

Здесь и в таблице 2 жирным шрифтом указаны инструменты, не доходящие до апекса в процессе обработки.

Результаты анкетирования врачей, занимающихся лечением корневых каналов зубов, для сбора данных протоколов (количество, конусность и диаметр инструментов) механической обработки, составленных ими самостоятельно для расширения узких корневых каналов, отражены в таблице 2.

Таблица 2

Диаметр и конусность (абс. ч.) инструментов из протоколов обработки корневых каналов, составленных врачами-стоматологами самостоятельно

Протокол	Последовательность и количество необходимых инструментов								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
K-file/ M two (1)	10.02	10.04	15.02	20.02	25.02	30.02	35.02	35.04	
K-file/ M two (2)	10.02	10.04	15.05	20.06	25.02	30.02			
K-file/ M two (3)	10.02	10.04	15.05	20.06	25.06	30.02			
Protaper/M two (1)	10.02	10.04	S1	**SX**					
Protaper/M two (2)	10.02	10.04	13.02	S1	**SX**				
Protaper/M two (3)	8.02	13.02	**SX**	10.04	15.05	20.06	25.06	30.05	35.04
Profile/ RaCe	10.02	10.04	**20.06**	25.04	30.04				
Pathfile/ Profile	10.02	13.02	16.02	19.02	20.06	25.04	30.04		
Profile/ RaCe (2)	**25.06**	20.04	25.04	30.04					
Protaper/ Profile	S1	25.04	30.04						

При проверке с помощью разработанной программы обнаружилось, что технологии проведения механической обработки, предлагаемые некоторыми производителями, являются дефектными (рис. 1). На рисунке черным цветом отмечены зоны повышенной нагрузки на инструменты. Критичной является перегрузка инструментов в апикальной трети канала ($D_0 – D_5$). Видна вероятность возникновения отлома инструментов в канале при следовании рекомендациям производителя.

	1	2	3	4	5
	10.02	**10.04**	**15.05**	**20.06**	**25.06**
D_0	10	10	15	20	25
D_1	12	14	20	26	31
D_2	14	18	25	32	37
D_3	16	22	30	38	43
D_4	18	26	35	44	49
D_5	20	30	40	50	55
D_6	22	34	45	56	61
D_7	24	38	50	62	67
D_8	26	42	55	68	73
D_9	28	46	60	74	79
D_{10}	30	50	65	80	85
D_{11}	32	54	70	86	91
D_{12}	34	58	75	92	97
D_{13}	36	62	80	98	103

а)

	1	2	3	4	5
	10.04	**20.02**	**25.02**	**30.04**	**35.04**
D_0	10	20	25	30	35
D_1	14	22	27	34	39
D_2	18	24	29	38	43
D_3	22	26	31	42	47
D_4	26	28	33	46	51
D_5	30	30	35	50	55
D_6	34	32	37	54	59
D_7	38	34	39	58	63
D_8	42	36	41	62	67
D_9	46	38	43	66	71
D_{10}	50	40	45	70	75
D_{11}	54	42	47	74	79
D_{12}	58	44	49	78	83
D_{13}	62	46	51	82	87

б)

	1	2	3	4	5	6
	15.02	**12.03**	**17.03**	**os25.06**	**25.04**	**25.06**
D_0	15	12	17	17	25	25
D_1	17	15	20	20	29	31
D_2	19	18	23	23	33	37
D_3	21	21	26	26	37	43
D_4	23	24	29	25	41	49
D_5	25	27	32	31	45	55
D_6	27	30	35	37	49	61
D_7	29	33	38	43	53	67
D_8	31	36	41	49	57	73
D_9	33	39	44	55	61	79
D_{10}	35	42	47	61	65	85
D_{11}	37	45	50	67	69	91
D_{12}	39	48	53	73	73	97
D_{13}	41	51	56	79	77	103

в)

Рис. 1. Расчет нагрузки на системы инструментов (абс. ч.) по данным, предлагаемым их производителями: а) M two; б) RaCe; в) Micromega

Данные анализа составленных врачами протоколов инструментации, при использовании которых происходили факты отлома инструмента в канале без установленных врачом причин, представлены ниже на рис. 2.

	1	2	3
	06.02	**08.02**	**13.02**
D_0	6	8	13
D_1	8	10	15
D_2	10	12	17
D_3	12	14	19
D_4	14	16	21
D_5	16	18	23
D_6	18	20	25
D_7	20	22	27
D_8	22	24	29
D_9	24	26	31
D_{10}	26	28	33
D_{11}	28	30	35
D_{12}	30	32	37
D_{13}	32	34	39

а)

	1	2	3	4	5	6	7
	10.04	**15.02**	**20.02**	**25.02**	**30.02**	**35.02**	**35.04**
D_0	10	15	20	25	30	35	35
D_1	14	17	22	27	32	37	39
D_2	18	19	24	29	34	39	43
D_3	22	21	26	31	36	41	47
D_4	26	23	28	33	38	43	51
D_5	30	25	30	35	40	45	55
D_6	34	27	32	37	42	47	59
D_7	38	29	34	39	44	49	63
D_8	42	31	36	41	46	51	67
D_9	46	33	38	43	48	53	71
D_{10}	50	35	40	45	50	55	75
D_{11}	54	37	42	47	52	57	79
D_{12}	58	39	44	49	54	59	83
D_{13}	62	41	46	51	56	61	87

б)

	1	2	3	4	5
	13.02	**Sx**	**10.04**	**15.05**	**20.06**
D_0	13	0	10	15	20
D_1	15	0	14	20	26
D_2	17	0	18	25	32
D_3	19	0	22	30	38
D_4	21	19	26	35	44
D_5	23	23	30	40	50
D_6	25	28	34	45	56
D_7	27	34	38	50	62
D_8	29	41	42	55	68
D_9	31	50	46	60	74
D_{10}	33	70	50	65	80
D_{11}	35	90	54	70	86
D_{12}	37	110	58	75	92
D_{13}	39	112	62	80	98

в)

Рис. 2. Расчет нагрузки на инструменты (абс. ч.) из протоколов, составленных врачами самостоятельно, при которых отмечались факты отлома инструмента без установленных врачом причин а) K file/ Pathfile, б) Mtwo/ K file, в) Protaper/ Mtwo

Из рисунка видно, что инструменты были выбраны не в оптимальной последовательности, что привело к перегрузке некоторых из них в апикальной трети и последующему отлому. Электронная таблица подтвердила возникновение отломов инструментов в этих протоколах.

Исследование расчета нагрузки на инструменты из врачебных протоколов без зафиксированных фактов отлома инструментов, а также откорректированных с помощью предложенной нами программы протоколов (рис. 3) показало, что при правильном сочетании инструментов разных

производителей, возможно, добиться значительного снижения риска отделения части инструмента в канале.

Из данного рисунка видно, что выбранные протоколы допускают перегрузку инструментов только в устьевой и средней третях канала, что не является критичным, в связи с большим диаметром поперечного сечения инструментов, используемых для обработки этих отделов.

Зная нагрузку, которую получают инструменты в выбранном протоколе, врач-стоматолог терапевт сможет самостоятельно корректировать последовательность для снижения риска осложнений, а также для повышения экономической эффективности эндодонтического лечения за счет исключения из протокола неэффективных инструментов (рис. 3, в).

Также преимуществом цифрового подбора инструментов является автоматический расчет программой размера гуттаперчевого мастер-штифта, подходящего под апикальную треть подготовленного корневого канала. Часто размер мастер-штифта соответствует последнему инструменту из протокола, достигшему при обработке апекса, но, иногда, к примеру, при обработке методикой Step back, соответствие пропадает, и тогда расчет размера штифта становится необходим для плотной обтурации апикальной трети (рис 3, г).

	1	2	3	4	5
	15.02	**Os10.04**	**10.04**	**OsS1**	**Sx**
D_0	1 5 1	2	1 0 1	1 0 1	0
D_1	1 7 1	6	1 4 1	1 4 1	0
D_2	2 9 2	10	2 8 2	2 8 2	0
D_3	2 1 2	14	2 2 2	2 2 2	0
D_4	2 3 2	18	2 6 3	2 3 2	1 9 2
D_5	2 5 2	22	3 0 3	3 8 2	3 2
D_6	2 7 2	26	3 4 3	4 4 3	8 3
D_7	3 9 3	30	4 8 4	4 0 4	4 4
D_8	3 1 3	34	4 2 5	5 9 5	1 5
D_9	3 3 3	38	5 6 5	6 8 5	0 7
D_{10}	3 5 3	42	5 0 5	7 7 5	0 9
D_{11}	3 7 3	46	5 4 5	7 0 5	1 5
D_{12}	3 9 3	50	5 8 5	7 0 5	1 6
D_{13}	4 1 4	54	6 2 6	9 8 6	1 2

а)

	1	2	3	4	5	6
	20.02	**OsS1**	**S1**	**21.04**	**25.04**	**30.04**
D_0	2 0 2	2 0 2	1 7 1	2 1 2	2 5 2	3 0 3
D_1	2 2 2	2 2 2	1 9 2	2 5 2	2 9 2	3 4 3
D_2	2 4 2	2 4 2	2 3 2	2 9 2	3 3 3	3 8 3
D_3	2 6 2	2 6 2	2 8 2	3 3 3	3 7 3	4 2 4
D_4	2 8 2	2 3 3	3 4 3	3 7 3	4 1 4	4 6 4
D_5	3 0 3	2 8 3	4 0 4	4 4 4	4 5 4	5 0 5
D_6	3 2 3	3 3 4	4 4 4	4 4 4	5 0 5	5 4 5
D_7	3 4 3	4 0 4	5 4 5	5 9 5	6 3 6	6 8 6
D_8	3 6 3	4 4 5	6 8 6	6 3 6	6 7 6	7 2 7
D_9	3 8 3	4 8 5	7 2 7	6 7 6	7 1 7	7 6 7
D_{10}	4 0 4	5 2 5	7 6 7	7 1 7	7 5 7	8 0 8
D_{11}	4 2 4	5 6 5	8 0 8	7 5 7	7 9 7	8 4 8
D_{12}	4 4 4	5 9 5	8 4 8	7 9 7	8 3 8	8 8 8
D_{13}	4 6 4	6 3 6	8 8 8	8 3 8	8 7 8	9 2 9

б)

	1	2	3	4
	35.02	**os25.06**	**25.06**	**35.04**
D_0	35	35	25	35
D_1	37	37	31	39
D_2	39	39	37	43
D_3	41	41	43	47
D_4	43	25	49	51
D_5	45	31	55	55
D_6	47	37	61	59
D_7	49	43	67	63
D_8	51	49	73	67
D_9	53	55	79	71
D_{10}	55	61	85	75
D_{11}	57	67	91	79
D_{12}	59	73	97	83
D_{13}	61	79	103	87

в)

	1	2	3	4	
	30.02	**35.02-1мм**	**40.02-2мм**	**45.02-3мм**	**МШ**
D_0	3 0 3	30	30	3 0 3	**30.05**
D_1	3 2 3	35	30	3 0 3	
D_2	3 4 3	37	40	3 0 4	
D_3	3 6 3	39	42	4 5 4	
D_4	3 8 4	41	44	4 7 4	
D_5	4 0 4	43	46	4 9 5	
D_6	4 2 4	45	48	5 1 5	
D_7	4 4 4	47	50	5 3 5	
D_8	4 6 4	49	52	5 5 5	
D_9	4 8 5	51	54	5 7 5	
D_{10}	5 0 5	53	56	5 9 6	
D_{11}	5 2 5	55	58	6 1 6	
D_{12}	5 4 5	57	60	6 3 6	
D_{13}	5 6 5	59	62	6 5 6	

г)

Рис. 3. Расчет нагрузки на инструменты (абс. ч.) из протоколов, составленных врачами самостоятельно без фактов отлома инструментов, а также из откорректированных в нашей программе протоколов: а) M two/ Protaper, б) Protaper/ Profile, в) протокол с исключением неэффективного инструмента 30.04; г) подбор гуттаперчевого мастер-штифта после методики обработки Step back.

Таким образом, разработанная программа рассчитывает торсионную нагрузку на инструменты при инструментальной обработке корневых каналов, чем сводит риск возникновения отломов инструментов к минимальному уровню, а также подсказывает правильную последовательность обработки каналов и подбор гуттаперчевых мастер-штифтов в каждом клиническом случае.

На основании полученных результатов рекомендуется широкое использование предложенного способа в ежедневной работе врачей-стоматологов терапевтов.

Список литературы:

1. Соломонов М.А. Сломанный инструмент в канале. Клиническая тактика. Фармгеоком-Информ М.,2010. -№02. - С. 14-17.

2. M. Hulsmann, O.A. Peters, P. Dummer Mechanical preparation of root canals: shaping goals, techniques and means / Endodontic Topics 2005, 10, P 42-43.

3. Comparison between a Novel NikelTitanium Alloy and 508 Nitinol on the Cyclic Fatigue Life of ProFile 25/.04 Rotary Instruments E. Jonson A. Lloyd S. Kuttler K. NamerowDentArt 1, 2010. С. 45-51.

4. Kian Daghighi, D.D.S. Separated Instruments, Surgical Retreatment and Non-Surgical Retreatment // Endo-Mail, August - September 2014.

5. Берженхолц Г. Эндодонтология; пер. с англ. Под науч. ред. С.А.Кутяева. – М.: Таркомм, 2013. – 408 с.: ил. С. 207, 209-210.

6. Беляева Т.С. Комплексный клинико-лабораторный сравнительный анализ систем ротационных эндодонтических инструментов из никель-титанового сплава. Автореф. дисс. … канд. мед. наук. Москва, 2013. - 24 с.

7. Байрамов К.А. Преимущественные характеристики «Pro taper» в технике «Crown down» над стандартными стальными эндодонтическими инструментами в технике «Step-back». ДГМА, Кафедра терапевтической стоматологии. Материалы 61-й научной конференции молодых ученых и студентов. – Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2013. – 228 с.

8. Уэббер Дж.. 10 заповедей обработки корневых каналов с помощью вращающихся NiTi инструментов. // Новости Dentsply. —№11 — improved / сентябрь 2005. С.70-72.

9. Endodontics. Colleagues for excellence. Winter 2008. Rotary instrumentation: an endodontic perspective. American association of endodontists С. 3-4.

10. Фоменко Ю.В. Причины, способы устранения и профилактика перелома инструмента в корневом канале Украинский стоматологический альманах №6, 2013 С. 48-52.

11. Чернов В.И., Есауленко И.Э., Родионов О.В. Медицинская информатика: Учебное пособие / - Ростов н/Д: Феникс, 2007. - С 100-102.

ЭЛЕКТРОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПУЛЬПЫ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.

Меджидов М.Н., Эфендиев М.Н.,Меджидова Н.Д.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Пародонт и пульпа зуба тесно взаимосвязаны (Garranza, F.A., Newman, M.G., 1996; Иванов В.С., 2001; Боровский Е.В., 2003; Маланьин И.В.,2005). При хроническом генерализованном пародонтите (ХГП) степень влияния воспаления на пульпу зуба до сих пор оценивается неоднозначно (Петрикас А.Ж., 2002; Иоффе Е., 2008). Пародонтологическое лечение в ряде случаев способствует вторичному воспалению пульпы, которое в дальнейшем может привести к ее некрозу. В практическом аспекте при лечении ХГП остается актуальным вопрос о целесообразности сохранения пульпы или депульпирования зубов. Клинические исследования некоторых авторов (Макарова Н.Я., 1982; Цимбалистов А.В., 1999; Симон Д.Х.С., Деус К.Д., 2000; Мороз П.В., 2004; Орехова Л.Ю., 2004; Новгородский С.В., 2005; Артюшкевич А.С., 2006) показывают, что депульпирование зубов при ХГП уменьшает их подвижность и снижает интенсивность воспалительных явлений вокруг них. В то же время высокая жизнеспособность, реактивность, пластическая функция пульпы доказаны другими авторами (Урбанович Л.И, Паникаровский В.В., 1974; Ковалев Е.В., 1978; Кучумова Е.Д., 2001; Зюзьков Д.И., 2004; Сурдина Э.Д., 2007).

Из литературных данных также известно, что пародонтит и хроническая болезнь почек имеют тесную взаимосвязь и взаимообусловленность (Ismail G. et al., 2013; Wahid A. et al., 2013). Среди заболеваний почек самым частым является хронический пиелонефрит (Даутов Ф.Ф., 2002;

Давыдов А.В., 2009). Он составляет 65-70% от всех воспалительных заболеваний мочеполовых органов (Лопаткин Н.А., 2009).

Исходя из вышеизложенного, диагностика состояния пульпы в динамике при лечении ХГП у больных хроническим пиелонефритом (ХП) имеет немаловажное значение как для пародонтологии и эндодонтии, так и для нефрологии и урологии.

Цель исследования - оценка состояния пульпы зубов при хроническом генерализованном пародонтите у больных пиелонефритом методам электроодонтометрии.

Материал и методы. Исследования пульпы зубов проводились методом электроодонтометрии (ЭОМ) с поверхности коронки зубов 4.1 и 4.2 в области центра режущего края с соблюдением условий по стандартизации измерений трижды, после чего определяли среднее значение. ЭОМ проводилась по методике Л.Р. Рубина (1976) аппаратом «Пульпэст» фирмы «Геософт».

Под наблюдением находились 114 человек (из них 58 женщин и 56 мужчин в возрасте от 20 до 60 лет). Группу сравнения составили 20 человек с интактным пародонтом и зубами (40 зубов), I группу - 29 больных ХП (58 зубов) с легкой степенью тяжести ХГП, II группу - 36 больных ХП (72 зуба) со средней степенью ХГП, III группу - 29 больных ХП (58 зубов) с тяжелой степенью ХГП.

Всем больным было проведено комплексное обследование и лечение (профессиональная гигиена полости рта, идентичное консервативное лечение, хирургическая санация). Показатели ЭОМ фиксировались до комплексного лечения ХГП у больных ХП и после хирургии пародонта на 2-е и 14-е сутки, через 1, 3 и 12 месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение. Средние значения электровозбудимости пульпы зубов показали, что по мере увеличения тяжести пародонтита происходит изменение порога чувствительности пульпы зубов как в сторону его повышения, так и понижения. Так, при ХГП легкой степени у больных ХП нормальную чувствительность сохраняют 95,6% зубов, при средней степени— 72%, а при тяжелом пародонтите — 48,1% (табл. 1.). Понижение болевого порога отмечено у 3,2%, 15% и 22,6% зубов соответственно. Повышения порога чувствительности при ХГП легкой степени тяжести у больных ХП не наблюдалось, средней степени — выявлено у 11% зубов, тяжелой степени — у 28,2%. Значительное снижение показателей ЭОД до 75 - 90 мкА в 13% случаев при ХГП у больных ХП расценено как осложнение и свидетельствует о гибели пульпы.

Таблица 1.

Изменение показателей ЭОМ зубов в динамике до и после комплексного лечения ХГП у больных ХП.

Группа	до лечения	после хирургического лечения				
		2-е сутки	14-е сутки	1 месяц	6 месяцев	12 месяцев
I группа (n=58)	8	8-10	8-9	6-7	6-7	6-9
II группа (n=72)	18-26	14-18	12-16	10-12	6-8	6-8
III группа (n=58)	21-38	23-31	16-18	10-12	8-10	8-9
Группа сравнения (n=40)	4-6	-	-	-	-	-

Таким образом, повышение порога электровозбудимости свидетельствуют о сохранении жизнеспособности пульпы зубов, адекватной для выполнения своих функций, и позволяют сделать вывод о том, что ХГП у больных ХП не всегда является показанием к удалению пульпы зуба. Однако в комплексе лечебных мероприятий при ХГП тяжелой степени у больных ХП желательно рекомендовать депульпирование зубов с целью профилактики осложнений.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА: ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).

Меджидов М.Н., Эфендиев М.Н., Байрамов К.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

В настоящее время пародонтология является активно развивающейся областью стоматологии. Заболевания пародонта определяется у всех групп населения вне зависимости от возраста и социально-экономического статуса и представляют одну из наиболее сложных и актуальных проблем [1, 2]. Целями диагностики и лечения заболеваний пародонта являются сохранение естественных зубов, поддержание и улучшение состояния здоровья пародонта, обеспечение хорошего функционального и эстетического состояния тканей пародонта [2, 3, 4].

Пародонт – опорно-поддерживающий аппарат зуба. Представляет собой комплекс тканей, связывающих зуб с альвеолой. Структурные компоненты пародонта: периодонтальная связка, цемент корня зуба, стенка альвеолы, десна [5, 6]. Строго обязательным перед проведением любой хирургической манипуляции является ин- формирование о ней и возможных осложнениях пациента, получение его согласия на выполнение манипуляции.

Пародонтит легкой степени – глубина пародонтального кармана до 3,5 мм, рентгеновские изменения – снижение высоты межзубных перегородок в пределах 1 / 3 длины корня. Пародонтит средней степени – глубина пародонтальных карманов от 3,5 до 5 мм, резорбция межзубной перегородки до 1 / 3 –2, патологическая подвижность I–II степени. Возможно смещение зубов, образование трем и диастем, травматическая окклюзия. Пародонтит тяжелой степени – глубина пародонтального кармана больше 6 мм, рентгеновские изменения – снижение высоты межзубных перегородок от1 / 2 длины корня до полного разрушения; патологическая подвижность II–III степени [7, 8, 9].

Показания для проведения хирургического лечения: 1) пародонтит легкой степени: показан кюретаж и его модификации; 2) пародонтит средней степени: показан кюретаж или лоскутные операции, операция направленной регенерации пародонта, реконструктивная хирургия; 3) пародонтит тяжелой степени: показаны лоскутные операции, операция направленной регенерации пародонта, реконструктивные операции.

Противопоказания к пародонтологическим операциям:

1) декомпенсированный сахарный диабет; 2) декомпенсированная гипертензия; 3) врач не должен выполнять операцию, если не чувствует себя уверенно (т. е. учитывать собственную квалификацию и сложность клинического случая); 4) если пациент не способен осуществлять самостоятельно гигиену полости рта [10, 11, 12].

Кюретаж. Целью кюретажа является устранение пародонтального кармана, для чего необходимо удалить зубной камень, размягченный цемент корня зуба и содержимое пародонтального кармана (бактерии, продукты их жизнедеятельности, грануляционную ткань). Показаниями к открытому кюретажу являются: глубина пародонтального кармана до 5,0 мм; включения в костный дефект бифуркации и трифуркации; вертикальный или смешанный тип резорбции костной ткани.

Аспекты, которые нужно учитывать перед операцией: лекарственные препараты (в прошлом и настоящем), аллергия, склонность к кровоточивости, факторы госпитализации в прошлом и настоящем, инфекционные заболевания (туберкулез, гепатит, герпес, ВИЧ), диабет, состояние сердечнососудистой системы, онкологические заболевания, иммуносупрессивная терапия, эпилепсия, глаукома, астма, ревматические заболевания.

Техника открытого кюретажа: асептическая обработка, обезболивание, рассечение межзубных сосочков, отслаивание слизисто-надкостного лоскута, удаление грануляции, зубных отложений, скайлинг поверхности корня, деэпителизация лоскута, введение остеопластического материала, ушивание раны, наложение повязки [13, 14].

Лоскутные операции – это вмешательства, при которых в результате разреза тканей образуется слизистый или слизисто-надкостничный лоскут. Благодаря созданию лоскута можно обрабатывать поверхность корня под непосредственным визуальным контролем и проверять результаты корригирующе-восстановительных операций на альвеолярных костях.

Показания к лоскутной операции: глубина пародонтального кармана от 5,5 мм; подвижность зубов II-III степени; вовлечение бифуркации, трифуркации в процесс резорбции костной ткани; пародонтальные карманы с фиброзно-измененной десной; наличие пародонтальных кист. Техника операции: асептическая обработка, обезболивание, рассечение межзубных сосочков, создание

двух вертикальных разрезов, отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, удаление грануляции, зубных отложений, скайлинг поверхности корня, деэпителизация лоскута, введение остеопластического материала, ушивание раны, наложение повязки [15,16].

Пародонтальные лоскуты делятся на полнослойные и расщепленные.

Полнослойный лоскут состоит из эпителия, соединительной ткани и надкостницы. Расщепленный лоскут состоит из эпителия и соединительной ткани. Так же существуют два вида пародонтальных лоскутов: простой, который в конце операции накладывается на операционное поле и позиционный – в конце операции его перемещают на новый участок.

Классификация внутрикостных карманов: 1) трехстеночный дефект – наиболее часто встречающийся дефект, ограничен вестибулярной, оральной и проксимальной костными стенками; 2) двухстеночный дефект – ограничен двумя стенками, вестибулярной и проксимальной (или оральной и проксимальной); 3) одностеночный дефект.

Устранение костных дефектов. Для устранения костных дефектов стоматолог может использовать пять основных вариантов лечения: а) устранение дефектов посредством иссечения кости (остеоэктомия); б) создание условий для регенерации костной ткани (использование костного заместительного материала); в) в случае вовлечения в патологический процесс межкорневой перегородки для устранения дефекта может быть проведена ампутация корня или гемисекция зуба (возможно, с удалением одной из половин); г) попытка устранения карманов и костных дефектов посредством частого проведения процедур, снятие отложений, сглаживание поверхности корня, антибактериальная терапия; д) экстракция зуба [16, 17, 18].

Факторы роста – это пептиды (молекулярной массы 25 000 дальтон), близкие к гормонам. В отличие от гормонов факторы роста действуют локально и не существуют в крови в свободной форме. При высвобождении в область раны они обеспечивают мобилизацию необходимых для регенерации клеток, соединяясь со специфическими рецепторами. Обычное содержание в крови тромбоцитов – 150–300 тыс. в 1 мл. В богатой тромбоцитами плазме – 1 000 000 на 1 мл. При исследовании богатой тромбоцитами плазмы были выделены факторы роста, содержащиеся в альфагранулах тромбоцитов: тромбоцитарный фактор роста, трансформирующий В1, трансформирующий В2, инсулиноподобный, эпидермальный, антигенный и фактор роста фибробластов.

Центрифугирование:1-й цикл – получение обогащенной тромбоцитарной плазмы с цитратом путем центрифугирования крови пациента (10 мин – 2400 оборотов); 2-й цикл – обогащенная тромбоцитарная плазма центрифугируется с хлористым кальцием (15 мин – 3600 оборотов).

Ушивание хирургических ран. Цель наложения швов заключается в сопоставлении и стабилизации краев раны и устранении пространства в области раны.

Методика ушивания хирургических ран. Захват иглы следует осуществлять между ее ушком и серединой. Захват в области кончика приводит к его деформации, а в дальнейшем – к разрезанию или разрыву хрупких тканей. При захватывании в области ушка игла может согнуться, что делает невозможным или затруднительным ее дальнейшее использование.

К несостоятельности швов приводят определенные факторы: недостаточная надежность узла, чрезмерное натяжение нити (разрыв), короткие концы узлов (приводят к развязыванию шва), наложение узлов на линии разреза, что приводит к воспалению лоскута [16,18].

Осложнения хирургического лечения: кровотечение, кровоподтек, внутриротовая гематома, парестезия, инфицирование раны, травма угла рта и красной каймы губ [19, 20].

Таким образом, учитывая высокую актуальность проблемы заболеваний пародонта, хирургический метод лечения является методом современного лечения, в основе которого лежит устранение дефектов тканей пародонта, опорных структур зуба и адаптация всего данного комплекса к функциональной нагрузке . При этом, накопленный практический опыт диагностических и лечебных мероприятий стоматологов свидетельствует о комплексном подходе к лечению данной патологии. Хирургический метод лечения пародонта является одним из методов комплексного лечения с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Литература

1. Янушевич О.О. Заболевания пародонта. Современный взгляд на клинико-диагностичес- кие и лечебные аспекты. М., 2010.

2. Барера Г.М. Терапевтическая стоматология. Болезни пародонта, в 3 частях. Часть 2. М., 2009.

3. Панин А.М., Афанасьева В.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирур- гия. Тематические тесты. М., 2009.

4. Слабковская А.Б., Дробышева Н.С. Особенности ортодонтического лечения пациентов с воспалительно-дистрофическими заболеваниями пародонта // Журнал «Ортодонтия». 2005. № 4(32). С. 46–47.

5. Дробышева Н.С., Слабковская А.Б., Хван Т. Е., Гнеушева Е.В. Изменение кровообращения в пародонте при ортодонтическом перемещении зубов // Сборник трудов III всероссийской конференции «Образование, наука и практика в стоматологии» по объединенной тематике «Пародонтология», М., 2006.160 с.

6. Зеленский В.А., Мухорамов Ф.С. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: учебник для вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 208 с.

7. Роберт П. Лангле, Крэйг С. Миллер Атлас заболеваний полости рта: 3-е изд. / пер. с англ. под ред. Л.А. Дмитриевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 224 с.

8. Пропедевтическая стоматология: учебник под ред. Э.А. Базикяна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 768 с.

9. Баимбетова А.М. Применение лекарственных средств пролонгированной формы в комплексном лечении заболеваний пародонта: автореф. … канд. мед. наук. А., 2007. 17 с.

10. Белоусов Н.Н. Причины широкого распространения тяжелых форм воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. 2005. № 3. С. 10.

11. Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта / Под ред. А.К. Иорданишвили. М., 2008. 344 с.

12. Лаптева Е. С., Алешева Н. В. Личная гигиена пациента. Аспекты ухода за тяжелобольными пациентами / Е. С. Лаптева, Н. В. Алешева: учебно-методическое пособие. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 40 с.

13. Иоффе Е.М. Зубоврачебные заметки III. СПб., 2007. 336 с.

14. Кузьмина, Э.М. Современные критерии оценки стоматологического статуса при проведении эпидемиологического обследования населения / Э.М. Кузьмина. М., 2007. - 249 с.

15. Кунин А.А., Ерина С.В., Панкова С.Н. Этиопатогенетические аспекты диагностики и лечения заболеваний пародонта // Вестник института стоматологии. 2007. № 4. - С. 38–50.

16. Копбаева М.Т. Диагностика и лечение воспалительных заболеваний пародонта. А., 2006. - 20 с.

17. Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология/ П. А. Леус. - М.: Медицинская книга, 2008. - 444 с.

18. Стоматологическая заболеваемость населения России / Под ред. Э.М. Кузьминой. М., 2009. - 549 с.

19. Поворознюк В.В., Мазур И.П. Костная система и заболевания пародонта. Киев, 2005. - 495 с.

20. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в пародонтологии. М., 2006. - 267 с.

ОСОБЕННОСТИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Меджидов М.Н.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Помимо кариеса зубов, наиболее распространенной патологией твердых тканей зубов являются некариозные поражения. Если изучению этой патологии зубов в детском возрасте уделяется много внимания, то по вопросам изучения некариозных поражений зубов у взрослого человека имеются единичные публикации. Следует отметить, что среди некариозных поражений зубов ряд клинических форм этих патологических процессов твердых тканей зубов (повышенное стирание зубов, флюороз, травмы) достаточно подробно изучены. Разработаны методы их профилактики и лечения. В возникновении же других нозологических форм поражений твердых тканей зубов (эрозии, клиновидные дефекты) еще много неясного, как в отношении их

этиопатогенеза, так и методов профилактики и лечения. До сих пор разноречивы сведения о распространенности некариозных поражений твердых тканей зубов среди взрослых людей разных возрастных групп.

Цель настоящего клинического исследования: изучение возрастных и половых особенностей распространенности некариозных поражений твердых тканей зуба у взрослого человека.

Материал и методы исследования. Для определения частоты встречаемости течения разных форм некариозных поражений твердых тканей зубов у взрослых людей разного возраста проведено стоматологическое обследование 956 (495 (51,78%) мужчин и 461 (48,22%) женщина) пациентов в возрасте от 22 до 87 лет, которые были разделены на 4 группы: молодого возраста — от 22 до 39 лет; среднего возраста — от 40 до 59 лет; пожилого возраста — от 60 до 74 лет; старческого возраста — от 75 до 87 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе клинического исследования удалось уточнить и представить на обсуждение специалистов эпидемиологические данные по изучению распространенности некариозных поражений твердых тканей зубов (повышенная стираемость, клиновидные дефекты, эрозии, гиперестезия) у взрослых людей разных возрастных групп.

Установлено, что у взрослых людей повышенная стираемость зубов встречается в 19,84%, клиновидные дефекты — в 21,42 %, эрозии твердых тканей зубов — в 12,86%, гиперестезия зубов — в 46,62 % случаев. У 8,64% обследованных пациентов отмечено сочетанное поражение зубов повышенной стираемостью, клиновидными дефектами и эрозиями, сочетание указанных патологических процессов твердых тканей зубов с их гиперестезией отмечено в 45,82 % случаев. Установлены возрастные и половые особенности встречаемости разных форм некариозных поражений твердых тканей зубов у взрослых людей в разные возрастные периоды жизни. Отмечено, что у людей старших возрастных групп, в связи с наличием некариозных поражений твердых тканей зубов, чаще требуются лечебно-профилактические вмешательства, направленные на устранение убыли твердых тканей зубов путем терапевтических стоматологических мероприятий или зубного протезирования.

На основании полученных результатов рекомендуется широкое их использование врачами-стоматологами терапевтами при планировании терапевтических мероприятий пациентам пожилого и старческого возраста.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПТИМИЗИРОВАННОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА.

Меджидов М.Н., Османова С.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) относится к числу распространенных (12,6-22,1%) заболеваний слизистой оболочки полости рта, которым страдает активное население всех возрастных групп, поэтому данная проблематика продолжает привлекать внимание стоматологов широким кругом вопросов [3].

Последние исследования, проводимые в Европе, в частности в Италии [5], показали, что РАС встречается у 23% обследуемых взрослых. По другим данным [4], эта цифра варьирует от 5 до 60% в зависимости от того, какую группу населения обследовали.

Причина развития РАС является многофакторной. Одним из причинных факторов развития РАС являются нарушения в иммунной системе, которые приводят к снижению защитных ресурсов организма, что в свою очередь повышает вероятность возникновения РАС.

Для лечения РАС в клинической практике применяются разнообразные препараты как специфического, так и неспецифического действия, обладающие антибактериальной активностью, активизирующие выработку антител, механизмы местного иммунитета, процессы репарации.

Нами была проведена оценка эффективности применения препарата Тантум Верде при лечении РАС. Тантум Верде (бензидамина гипохлорид) является нестероидным противовоспалительным препаратом, разработанным в лабораториях Angelini Research Institute (Италия). Данный препарат по своему химическому составу принадлежит к группе индазолов. Он

обладает противовоспалительным, анальгетическим действием, но относится к замещенным уксусным кислотам. При местном применении препарат хорошо проникает через слизистую оболочку и быстро накапливается в воспаленных тканях. Противовоспалительная активность обусловлена действием на систему биосинтеза простогландинов, а также стабилизацией клеточных мембран следующих типов клеток: нейтрофилов лизосом, тучных клеток, эритроцитов и тромбоцитов. Местная анестезирующая активность обусловлена стабилизацией сенсорных рецепторов, кроме того, препарат способствует процессу заживления, т. е. эпителизации раны.

В связи с тем, что бензидамин является основанием, ему свойственен быстрый противоотечный и болеутоляющий эффекты, противозастойное действие (снимает симптомы гиперемии, уменьшает отек), снижение процессов экссудации в воспаленных тканях, быстрое местноанальгезирующее действие (облегчение боли в течение 15 секунд) и препятствие развитию патогенных бактерий и грибов, а также усиление эффекта антибиотиков. Все вышеперечисленное послужило обоснованием применения данного препарата при лечении РАС.

Тантум Верде успешно применялся при комплексном лечении перикоронита [1], герпетических поражений слизистой оболочки полости рта (СОПР), красном плоском лишае, десквамативном глоссите неспецифических поражениях СОПР [2].

Цель исследования. Изучение клинической эффективности применения препарата Тантум Верде в комплексной терапии РАС, в сравнении со стандартной терапией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 42 пациента с РАС в возрасте 18-49 лет. Для изучения клинической эффективности применения препарата Тантум Верде больные были разделены на основную и контрольную группы, соответственно, 22 и 20 человек. Все пациенты получали местное медикаментозное лечение, включающее применение обезболивающих, антисептических, эпителизирующих средств.

Пациенты основной группы также принимали Тантум Верде. Слизистую оболочку над коронкой зуба Участки афтозного поражения и соседствующие орошали спреем Тантум Верди с периодичностью каждые 3 часа.

Препарат использовали местно, медленно рассасывая во рту. Лизобакт назначали по 2 таблетки 3-4 раза в сутки на курс лечения 8 дней, причем рекомендовали таблетку задерживать во рту как можно дольше.

Результаты исследования и их обсуждение. На фоне применения препарата Тантум Верде в комплексной местной терапии у пациентов основной группы фиксировали улучшение клинического состояния, проявляющегося в снижении болевого симптома, уменьшении гиперемии и отека уже на 3-4 день после применения. У лиц, которым не назначали Тантум Верде, положительная клиническая динамика регистрировалась только на 6-7 день после начала лечения. За время лечения нежелательных явлений от использования Тантум Верде не отмечено. Препарат хорошо переносился.

На основании полученных данных можно констатировать, что препарат Тантум Верде благодаря бензидамина гипохлорида, оказывает положительный терапевтический эффект: антибактериальный, противовоспалительный, стимулирующий регенаративные процессы в эпителии, что проявилось в значительно более коротких сроках эпителизации афт.

Литература

1. Лобанова Н. И., Кирейчик В. П., Коновалова Т. И. Применение препарата ТАНТУМ ВЕРДЕ при комплексном лечении затрудненного прорезывания третьих нижних моляров // Медицина в Кузбассе. 2009. № 2 . С. 100-101. Спецвыпуск.

2. Рабинович И. М., Банченко Г. В., Рабинович О. Ф.,. Безрукова И. В. Применение препарата ТАНТУМ ВЕРДЕ при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта // Стоматология. 1997. Т. 76, № 2. С. 24 - 25.

3. Рабинович О. Ф., Рабинович И. М., Панфилова Е. Л., Бахрушина Е. В. Рецидивирующий афтозный стоматит - этиология, патогенез (часть I) // Стоматология. 2010. № 1. С. 71-74.

4. Axell T., Henricsson VOL. The occurrence of recurrent aphthous ulcers in an adult Swedish population // Acta Odontol Scand. 1985. Vol. 43. P. 121-125.

5. Pentenero M., Broccoletti R., Carbone M. et al. The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area // Oral Dis. 2008. Vol. 14. P. 356-366.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У СТУДЕНТОВ ДАГЕСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ.

Меджидов М.Н., Эфендиев М.Н., Байрамов К.А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Взаимодействие организма человека с агрессивной внешней средой происходит, прежде всего, через его слизистые оболочки. Поэтому заболевания пародонта относятся к самым распространенным стоматологическим заболеваниям и занимают второе место после кариеса [1, 2, 3].

Распространенность заболеваний пародонта резко возросла с прогрессом цивилизации. Данные заболевания трудно поддаются лечению, ведут к нарушению функционирования всех элементов зубочелюстной системы, в том числе к нарушениям прикуса, и нередко являются одной из причин частичной или полной утраты зубов [4, 5].

Проблема лечения заболеваний тканей пародонта является одной из важных и не полностью решенных задач современной стоматологии. Это связано со значительной распространенностью этих заболеваний, сложностью и трудоемкостью врачебных манипуляций, большим процентом неудач и осложнений при лечении, а также частым отсутствием стабильности результатов, полученных при использовании известных методов лечения. Этим объясняется актуальность проблемы данных заболеваний и постоянный поиск новых лекарственных средств, методов лечения.

Целью настоящего исследования является определение распространенности заболеваний тканей пародонта у студентов Дагестанской государственной медицинской академии (ДГМА).

Материалы и методы исследования. На базе кафедры терапевтической стоматологии мы провели осмотр 38 студентов 3-го, 4-го, 5-го курсов разных факультетов ДГМА. Из них: 13 мужчин и 25 женщин. Оценку состояния гигиены полости рта проводили по следующим индексам: OHI, PMA, CPINT, подсчет КПУ, измерение глубины пародонтальных карманов. Пародонт — это комплекс тканей, окружающих зуб и имеющих тесную генетическую, морфологическую, функциональную связь. Он включает десну, костную ткань альвеолы, периодонт, цемент корня. Учитывая тесную функциональную связь между перечисленными тканями, заболевание какой-либо части пародонта обычно сказывается на состоянии соседних тканей. Из признаков заболеваний пародонта мы учитывали: отечность, гиперемию, кровоточивость десен, наличие зубного налета, над- и поддесневого камня, пародонтальные карманы.

Исследуемых мы разделили на три возрастные группы: первая (22 человека) — лица в возрасте до 21 года, вторая (18 человек) — от 21 до 29, третья (16 человек) — от 30 и старше.

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлено, что заболевания пародонта в первой группе составили 40,9% (9 человек), во второй (11 человек) — 61,1%, в третьей (16 человек) — у каждого, то есть 100%, что мы связываем с возрастными изменениями организма и их взаимным влиянием на пародонт. Проведенный анализ показал, что гигиена полости рта исследуемого контингента, будущих стоматологов, не на высоком уровне, что подтверждается колебанием индекса OHI от 1 до 3. Выявлено, что качество гигиены полости рта не зависит от возраста: неудовлетворительная гигиена полости рта выявлена как у лиц в возрасте 20 лет, так и лиц старше 30 лет, однако у лиц мужского пола она значительно хуже, чем у женского. Практически все исследуемые мужчины — курильщики. Пародонтальные карманы обнаружены у 18 человек, это 32,1% от всех исследованных лиц.

Индекс нуждаемости в лечении пародонта колебался от 0 до 3,2, PMA от 0 до 46% (говорит о локализованности воспалительного процесса), КПУ — 1-20, CPINT — от 0 до 3,3, глубина пародонтальных карманов от 3 до 5 мм. Пародонтитом легкой степени страдают 5 человек, средней — 9 человек (всего 25%). Локализованный гингивит выявлен у 45 человек (80,4%), неудовлетворительная гигиена полости рта — у 32 (57,1%) человек. Только у 6 (лица в возрасте до 25 лет) отсутствуют признаки заболеваний пародонта, следовательно, 89,3% лиц имеют признаки заболеваний пародонта.

Подведя итоги проведенного статистического исследования, можно сделать вывод о недостаточном уровне гигиены полости рта студентов ДГМА. Мы видим необходимость в проведении санитарно-просветительных работ, направленных на борьбу с вредными привычками, улучшение уровня гигиены полости рта и формирование здорового образа жизни. Еще в 1981 году ВОЗ определила, что наряду с ожидаемой продолжительностью жизни, общими заболеваниями одним из показателей состояния здоровья являются стоматологические заболевания. Поэтому здоровые зубы — это качество нашей жизни.

Список литературы:

1. Боровский Е.В. Клиническая стоматология. М.: Медицина, 2006. — 509 с.
2. Грудянов А.И. Диагностика в пародонтологии. М.: МИА, 2004. — 104 с.
3. Мюллер Х.П. Пародонтология. Гал-Дент, 2004. — 256 с.
4. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. МЕДпресс-инфо. 2008. — 272 с.
5. Купец Т.В., Гроссер А.В., Карпов А.П. Современные технологии, нестандартные идеи в профилактической стоматологии // Клиническая стоматология. — 2005. — № 1. — С. 60-64.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА И ДЕФЕКТАМИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ И ЗУБНЫХ РЯДОВ.

Шафеев И.Р., Булгакова А.И., Валеев И.В.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г.Уфа

Воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) отмечаются у значительной части пациентов (25,43%), обращающихся за стоматологической помощью и характеризуются широкой распространенностью, упорным прогрессирующим течением с частыми обострениями у лиц всех возрастных групп. Развитие и течение ВЗП обусловлено воздействием на организм пациентов различных факторов риска - возраст, сопутствующая соматическая патология, вредные профессиональные факторы, курение и злоупотребление алкоголем, и местные – нарушение окклюзии, дефекты зубных рядов, нерациональное протезирование, некачественные реставрации, изменения иммунного статуса пациентов, связанных с разными видами общесоматической патологии, способных оказывать влияние на состоянии местных механизмов иммунной резистентности полости рта.

В данном контексте определенный интерес представляют наши наблюдения по частоте обращаемости за ортопедической помощью пациентов с дефектами твердых тканей зубов и зубных рядов с патологией пародонта и с учетом воздействия на них разных экзо- и эндогенных факторов.

Цель исследования - изучить клиническую характеристику состояния полости рта у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта и дефектами твердых тканей и зубных рядов с учетом факторов риска.

Материалы и методы. На первом этапе нами был проведен ретроспективный анализ медицинских амбулаторных карт пациентов, обратившихся за ортопедической помощью и проводивших протезирование зубов, в возрасте от 18 до 86 в период 2011-14 гг.На втором этапе проведено обследование пациентов с ВЗП и дефектами твердых тканей и зубных рядов, использованы следующие методы: клинический опрос, анкетирование, клинический осмотр стоматологического статуса с изучением индексов (КПУ, ИГР-у, PDI, CPITN), рентгенологическое исследование (RWG, ортопантомограммы). Статистическую обработку данных осуществляли с помощью прикладного пакета программ Statistica7,0. Описание количественных признаков проводили в зависимости от вида их распределения. Для принятия решения о виде распределения применяли критерий Шапиро-Уилка. При распределении исследуемого признака приближенного к нормальному для описания количественных данных использовали среднее значение и ошибку средней арифметической (M+-m). При сравнении независимых групп пользовались t-критерием (критерием Стьюдента. В качестве критерия отбора пациентов использовали следующие

нозологические формы заболеваний: дефекты зубного ряда I-IV классов по Кеннеди (ДЗРI-IV), дефект твердых тканей зубов и полная разрушенность коронковой части зубов (ДТТЗ).

Результаты исследования и их обсуждение. В результате исследования мы определили, что из 370 пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, выявлено 261 женщин, что составило 70,5% и 109 мужчин соответственно – 29,5%. От общего числа обратившихся за ортопедической помощью 220 пациентов (59,5%) имеют воспалительные заболевания пародонта. Нами установлено, что в возрастной группе 18-29 лет количество пациентов составило 15 человек (6,7%), соответственно: 30-39 лет – 17 человек (7,6%), 40-49 лет – 28 человек (12,6%), старше 50 лет – 161 человек (73,1%). Среди исследуемых пациентов наибольшее число составили пациенты с ДЗР I –91 (41,4%); с ДЗР III – 61 (27,7%);сДЗР II– 32 (14,5%); сДТТЗ – 26 (11,8%); сДЗР IV– 10 (4,6%). Распространенность дефектов зубных рядов и твердых тканей зубов была различной в зависимости от возраста, до 40 лет преобладали дефекты твердых тканей зубов и дефекты зубных рядов III класса по Кеннеди, а после 40 лет – дефекты зубных рядов Iкласса по Кеннеди.

При изучении пародонтологического статуса, мы определили у 26% пациентов гингивит, у 33,3% – хронический пародонтит легкой степени тяжести (ХПЛС), у 32,3% – пародонтит средней степени тяжести (ХПСС), у 8,4% – пародонтит тяжелой степени тяжести (ХПТС). У пациентов с гингивитом преобладали такие заболевания как ДТТЗ (48%), ДЗРIII– 36%. Пациенты с ХПЛС соответственно имели преобладание: ДЗРIII– 41%, ДЗРI – 28%. Среди пациентов с ХПСС преобладали: ДЗРI – 42%, ДЗРIIи ДЗР III – по 26%, а с ХПТС: с ДЗРI– 75% (Рис.1).

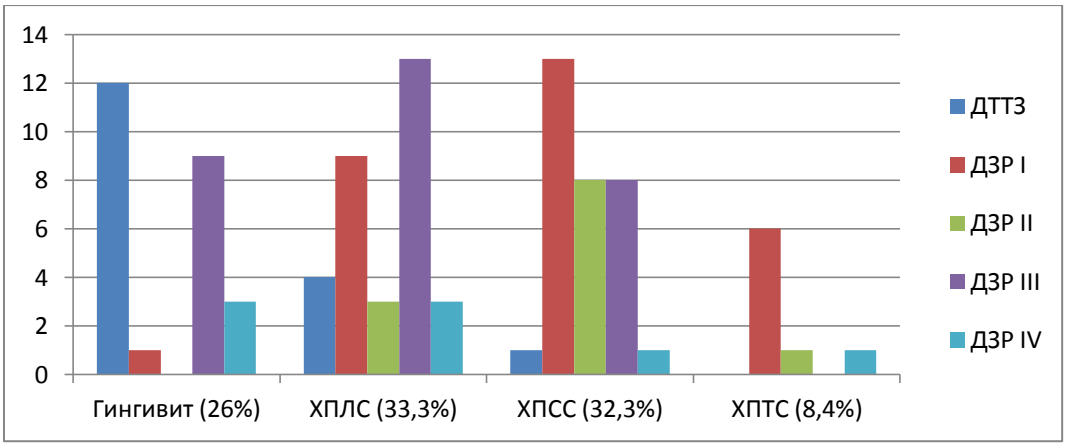


Рисунок 1. Распределение пациентов с дефектами зубных рядов и твердых тканей зубов с учетом пародонтологической заболеваемости.

Мы исследовали взаимосвязь различных факторов риска на развитие воспалительных заболеваний пародонта у лиц с дефектами твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов. Нами было определено, что не только плохая гигиена, но и сопутствующие заболевания и нерациональное протезирование имеют значимое влияние на развитие и тяжесть заболевания. Существующие современные методы диагностики и лечения ВЗП в полости рта не всегда полноценно учитывают наличие ортопедических конструкций и влияния конструкционного материала в них, а также других факторов риска (рис.2).

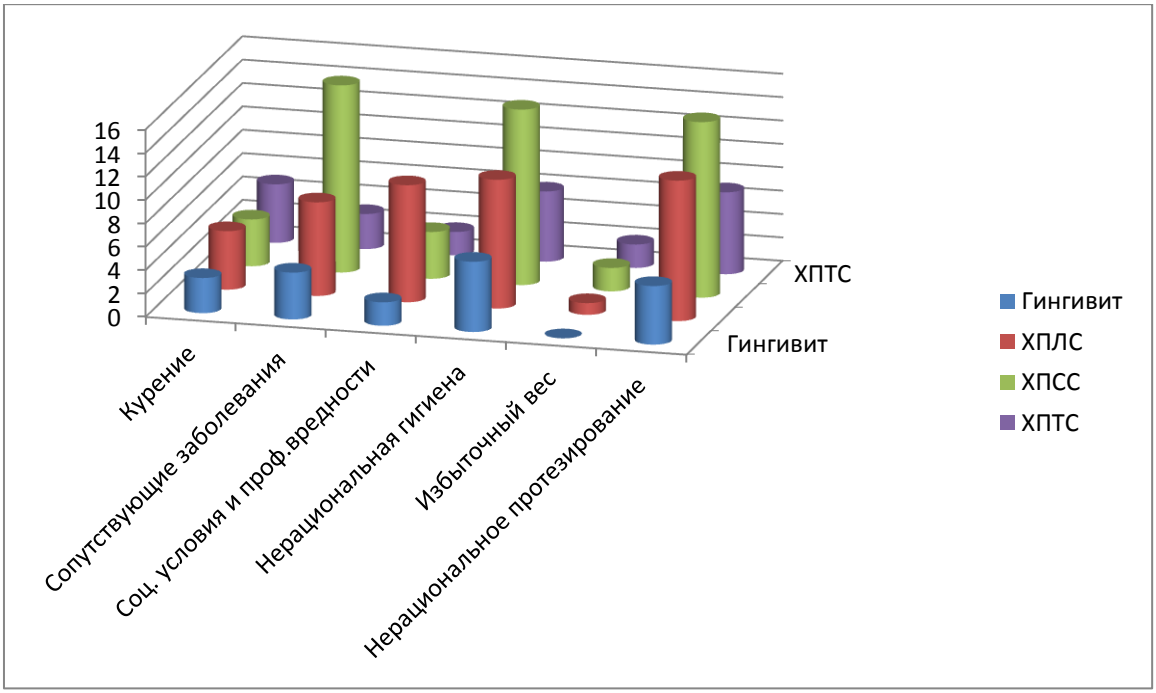


Рисунок 2. Взаимосвязь факторов риска с воспалительными заболеваниями пародонта

При обследовании субъективных и объективных критериев состояния полости рта мы определили, что у 23,5% пациентов был выявлен дискомфорт, у 8,8% –чувство жжения, у 7,4% – галитоз, у 1,5% – сухость, у 1,5% –гальванизм, у 1,5% – стомалгии, у 45,6% – изменение цвета слизистой оболочки полости рта, у 11,5% – отпечатки зубов, у 1,5%– эрозии и язвы.

Выводы. Из общего числа обратившихся за ортопедической помощью 59,5% пациентов имеют воспалительные заболевания пародонта. При планировании ортопедического лечения у лиц с ВЗП необходимо учитывать преобладающее влияние таких факторов риска, как сопутствующая патология, нерациональная гигиена и нерациональное протезирование в анамнезе. Необходимо планировать ортопедическую конструкцию индивидуально с учетом конкретного дефекта зубного ряда, тяжести ВЗП и клинико-иммунологического статуса полости рта у пациента.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЖИТЕЛЕЙ Г. УФЫ И РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН.

Солдатова Е.С., Булгакова А.И., Валеев И.В.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г.Уфа

По данным Всемирной организации здравоохранения наиболее высокий показатель заболеваемости заболеваний пародонта выявляется в возрасте от 35 до 44 лет и составляет 65–98% всего населения. В России частота заболеваний пародонта в общей популяции по различным исследованиям составляет 62-94%. Распространенность заболеваний пародонта зависит от различных факторов риска: возраста, местного и общего иммунитета, наличия фоновых заболеваний обследуемого контингента, социальных условий, экологических характеристик региона и другие.

Цель исследования: провести сравнительный анализ распространенности заболеваний пародонта в г. Уфе и Республике Башкортостан (РБ).

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 5932 амбулаторных карт больных с заболеваниями пародонта, обратившихся в период с 2009 по 2014 гг. Для сравнительного анализа пациентов с заболеваниями пародонта разделили на две группы- I группа (жители города Уфы), II группа (жители РБ). Полученные данные обработаны с использованием стандартных компьютерных программ Windows-98.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате ретроспективного анализа мы определили, что из 100% пациентов с заболеваниями пародонта 50.2% составили жители г. Уфы, а 49. 8% - соответственно РБ.

Сравнивая две группы пациентов, мы диагностировали гингивит у 62% пациентов I группы и 8.5% пациентов II группы; соответственно пародонтит легкой степени - 12,9% и 11,7%; пародонтит средней степени -19.9% и 20,8 %; пародонтит тяжелой степени – 24,4 % и 31,4 %; пародонтоз – 22,6% и 27%; идиопатические заболевания пародонта – 0,03% и 0,4%.

При изучении гендерных различий у пациентов были получены следующие результаты - в обеих группах преобладали женщины: в I группе – 53,5%; во второй группе – 56,4 %.

Нами был проведен анализ распространенности заболеваний пародонта в четырех возрастных группах: с 18 по 29 лет; с 30 по 39 лет; с 40 по 49 лет; с 50 лет и выше.

В I группе пациенты распределись в соответствии с возрастными группами – 30,4%, 23,3%, 15,9%, 30,4%. Во II группе соответственно – 22,5%, 16,4%, 19,7%, 41,2% (Рис. 1,2).

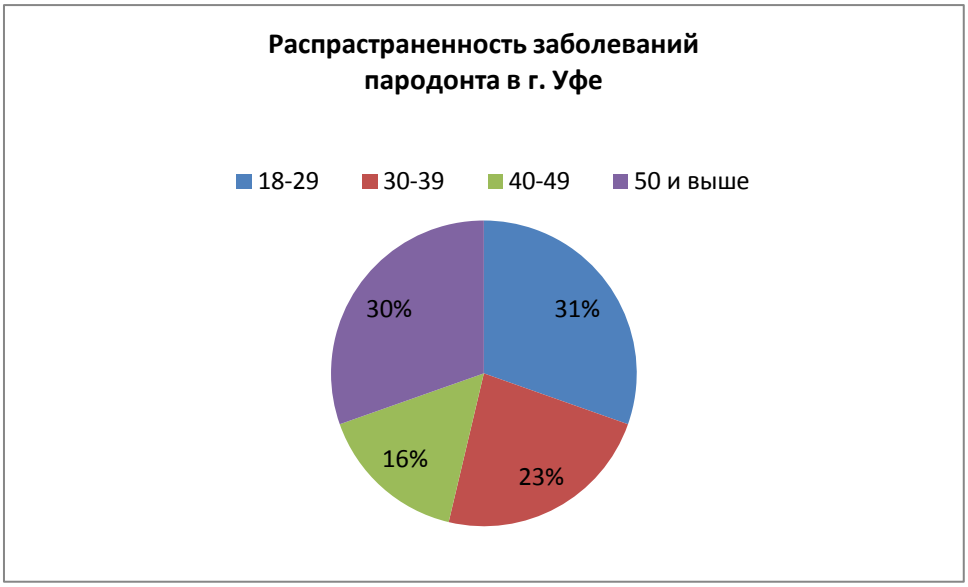


Рис.1 Распространенность заболеваний пародонта в возрастных группах в г. Уфе

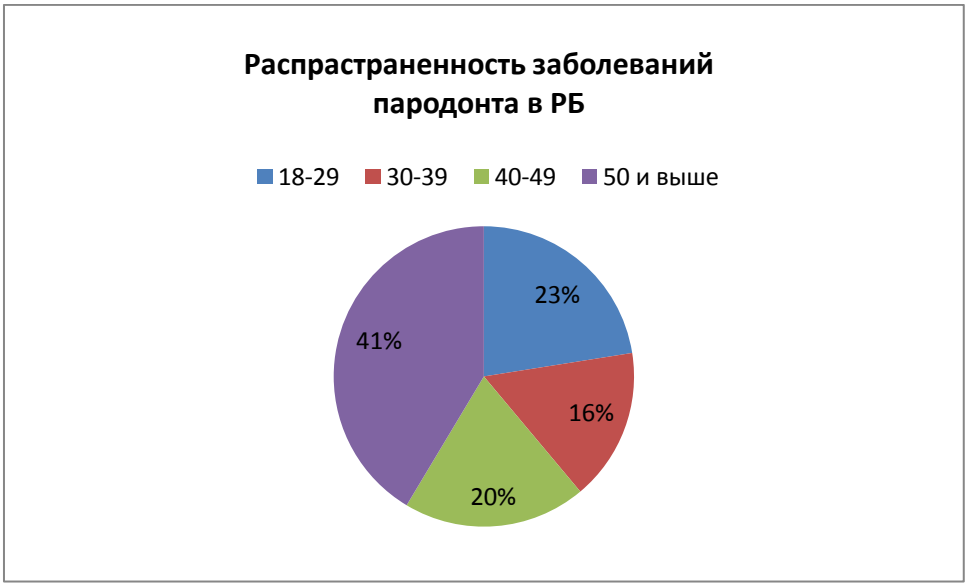


Рис.2 Распространенность заболеваний пародонта в возрастных группах в РБ

Таким образом, проведя ретроспективный анализ распространенности заболеваний пародонта за 5 лет по г.Уфе и РБ, мы установили что пациенты обращаются чаще с гингивитом в I группе (62 %), по сравнению с пациентами II группы (8,5%), а также определили незначительное количественное различие в возрастных группах в I и II группах. Полученные данные исследования диктуют необходимость более углубленного исследования влияния факторов риска возникновения заболеваний пародонта в обеих группах.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ГИНГИВИТОМ.

Булгакова А.И., Васильева Н.А., Бортновская Ю.В.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа

По данным доклада научной группы Всемирной организации здравоохранения при обследовании населения 53 стран, было выявлено, что 12% населения имеют здоровый пародонт, 53% лиц начальные воспалительные явления, 23%- начальные деструктивные изменения, у 12% выявляются поражения средней и тяжелой степени [1,2,3,4]. Гингивит характеризуется наличием клинических признаков воспаления и сохранностью зубодесневого соединения. Начальные проявления гингивита и болезней пародонта протекают бессимптомно и чаще характеризуются хроническим течением [2,4]. Исследования состояния иммунитета при гингивите с использованием цитологического метода малочисленны, в то же время они необходимы для выявления критериев начальных проявлений, оценки степени тяжести заболевания, назначения противовоспалительной терапии, мониторинга за проводимой терапией.

Цель исследования заключалась в оценке местного иммунитета у больных с хроническим катаральным гингивитом с использованием иммуноцитологического метода.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены у 63 больных хроническим катаральным гингивитом (ХКГ) в возрасте от 18 - до 35 лет с давностью заболевания от 1 года до 5 лет на клинической базе кафедры пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний. Контрольную группу составили практически здоровые доноры в возрасте 20-35 лет, не имевших жалоб и выраженной патологии тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта (n=26 человек). Были использованы клинико-инструментальные, рентгенологические и цитологические методы исследования. Исследовали содержание белка, лизоцима, sIgA, определяли тест миграции лейкоцитов в ротовой жидкости, отпечатки содержимого биоматериала с десны или десневой жидкости из зубодесневой щели. Статистическую обработку результатов проводили с использованием общепринятых стандартных методов параметрических и непараметрических методов вариационной статистики [6].

Результаты собственных исследований. По полученным данным установлено, что среди обследованных больных с гингивитом преобладали лица в возрасте от 20-до30 лет. Средняя продолжительность заболевания в контрольной группе составила 0,5±0,1 лет, в группе больных с гингивитом 2,6±0,8 лет. Количество ротовой жидкости в контрольной группе составил 3,00±0,05 мл, гингивит 0,80±0,05. Уменьшение количества ротовой жидкости (РЖ) способствует снижению активности лизоцима и концентрации sIgA, что приводит к нарушению неспецифической защиты полости рта и хронизации воспалительных процессов. Определено снижение образования лизоцима 14,30±0,70-контроль, гингивит-15,80±0,90, и sIgA 592,4±24,7 г/л в РЖ в контроле, у больных в группах с гингивитом sIgA 590,0±23,2, г/л. Полученные данные отражают снижение активности локальных факторов защиты у всех больных. Результаты оценки активности исходных показателей теста миграции лейкоцитов у здоровых лиц выявило, что среднее значение содержание лейкоцитов в смывах ротовой полости, составляет (0,5 ± 0,02) х109/л. После воздействия хеmаттрактанта их содержание повышалось на 40%, через 20 мин после воздействия – снижалось. При гингивите у больных отмечалось повышенное содержание лейкоцитов в смывах из ротовой полости после прекращения действия хеmаттрактанта. Эти результаты свидетельствуют о сохранности подвижности лейкоцитов у больных гингивитом. Количество лейкоцитов: исходное х106/л в контрольной группе 0,50±0,02, при гингивите 0,55±0,06, после провокации через 10 мин, х106/л в контрольной группе составил - 0,70±0,03, при гингивите - 0,76±0,05 х106/л, через 20 мин, х106/л в контрольной группе 0,20±0,01 х106/л, при гингивите - 0,42±0,02* х106/л.

Исследования цитограмм показали, что в контрольной группе у практически здоровых лиц в цитологических препаратах обнаруживается незначительное количество клеток плоского эпителия, практически отсутствуют клетки десневого эпителия. встречаются единичные клетки с признаками пролиферации, отсутствуют функционально активные эпителиоциты, Среди микроорганизмов у здоровых лиц в препаратах преобладают кокки, выявляются также нитчатые,

фузиформные бактерии и спирохеты в небольшом количестве. При гингивите в цитологических препаратах возрастает количество эпителиальных клеток, которые обнаруживаются в виде пластов у 29,2% больных и появлялись неизмененных клеток поверхностного слоя, а также «фагирующие» эпителиальные клетки, что отражало повышение функциональной активности клеток и ослабление межклеточных контактов в тканях пародонта. При гингивите выявлено достоверное увеличение количества эритроцитов у 36,9% лиц в зубодесневой борозде, против присутствия эритроцитов в контрольной группе обследованных у 14,3% лиц, что отражает усиление кровоточивости десны и соответствует клиническим данным и стоматологическим индексам. В цитологических препаратах в тканях пародонта чаще выявлялись колонии микроорганизмов: при гингивите у 47,4%, против 2,9% в контрольной группе. Процент лиц, у которых выявлялась кокковая микрофлора, снижался. Наряду с этим наблюдалось увеличение числа лиц со смешанной микрофлорой от 41,0% при гингивите против 42,3% в контроле, т.е. чаще в препаратах обнаруживалось 2 – 3 морфологических типа микроорганизмов. Микрофлора в колониях присутствует при гингивите в 10(52,6%) против 4(40%) в контрольной группе. Кокки отсутствовали у 75%, появлялись мелкие палочки у 62,5%, дрожжеподобные грибы: чаще мицелий (у 62%), реже – споры (12,5%).

Таким образом, проведенные исследования показали, что цитограмма биоматериала, полученного из зубодесневой борозды у больных с гингивитом, является высокоинформативным, чувствительным и интегральным показателем состояния эпителия, микробной флоры и местных факторов защиты ротовой полости, что позволяет рекомендовать ее использование для диагностики патологии тканей пародонта и мониторинга за проводимой терапией.

Список литературы.

1. Булгакова А.И., Медведев Ю.А. Клинико-иммунологические аспекты лечения хронического генерализованного пародонтита: монография [Текст] / А.И. Булгакова. – Уфа, 2008. - С. 39-56.

2. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. М.: Медицинское информационное агентство, 2009.- 294 с.

3. Заболевания пародонта / Под ред. Ореховой Л.Ю. –М., 2004. - 432 с.

4. Иванов В.С., Заболевания пародонта. М.: Медицинское информационное агентство, 1998.- 294 с.

5. Имельбаева Э.А., Васильева Н.А., Гильманов А.Ж., Мавзютов А.Р. Цитологический метод оценки состояния пародонта. Уфа. 2008.- 38с.

6. Михалева Л.М., Шаповалов В.Д., Бархина Т.Г. Хронический пародонтит. М.: «Триада - Фарм» 2004., 125 с.

7. Цепов Л. М. Диагностика и лечение заболеваний пародонта / Л. М. Цепов, А. И. Николаев. – М.: Медпресс-Информ, 2004. – 200 с.

8. Шляхов Э.Н. Практическая эпидемиология. Кишинев: Штиинца, 1986. – 525 с.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ИБС И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ.

Лхасаранова И.Б., Пинелис Ю.И.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита

Известно, что у людей старше 60 лет на фоне атеросклероза наступают серьезные изменения в защитных системах организма, что является основой возникновения различных патологических процессов. Развитие стоматологических заболеваний во многом зависит от резистентности тканей и изменения состава ротовой жидкости, нарушения равновесия между очагами хронической инфекции и местным гуморальным иммунитетом. Различные общие соматические заболевания, изменяя биохимические процессы и иммунитет, влияют на клеточный состав ротовой полости. Неисключено, что эти процессы более выражены при возрастном снижении активности процессов регенерации и компенсаторной способности у пожилых и старых людей. В связи с этим целью настоящего исследования было обследовать и оценить состояние полости рта у людей пожилого и старческого возраста с клинически выраженными проявлениями атеросклероза.

Из всех возможных вариантов осложнений атеросклероза выбраны две патологии – гипертензия и стойкая стенокардия на фоне ИБС, которые превалировали над другой патологией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 426 больных с различными клиническими формами ИБС (хроническая ИБС, стабильная стенокардия 2 и 3 фк., гипертоническая болезнь 1-2 стадии).

Все больные были тщательно обследованы по общему и стоматологическому статусу и поделены на две возрастные группы по классификации ВОЗ. В 1 группу вошло 228 человек в возрасте от 60 до 74 лет, а во 2-ю - 198 человек в возрасте от 75 до 90 лет.

При оценке стоматологического статуса определяли уровень гигиены полости рта по упрощенному индексу J.C. Creene, J.K., Vermillion (1964), состоянию зубов (КПУ) и тканей пародонта (индекс РМА по C. Parma, 1960).

При исследовании ротовой жидкости слюну забирали утром натощак с последующей микроскопией мазков, окрашенных по Романовскому-Гимза. Ее состав оценивали в световом биологическом микроскопе сразу после забора материала.

Результаты. Исследование стоматологического статуса выявило низкую гигиену полости рта у 47 % пациентов 1-й группы и до 82 % - 2-й группы, высокая распространенность кариеса (92 %) и интенсивность кариеса (множественный кариес встречался у 32,1 %) и заболевания пародонта (до 95 %). Однако почти у всех пациентов определялась значительная потеря жевательной эффективности в первой группе 63,5%, во второй этот показатель доходит до 84,4 %.

Данные объективного исследования выявили у всех больных кровоточивость десен, подвижность зубов 1- 2, реже 3 степени, ретракцию десны с обнажением шеек и корней зубов на ¼ - ⅓ его длинны, наличие патологических карманов. Кроме того, обнаружены сухость слизистой оболочки полости рта у 56% лиц первой группе и 76% - во второй, наличие новообразований слизистой оболочки полости рта (папилломы, фибромы, экзостозы, лейкоплакия простая и веррукозная и др.) по частоте встречаемости превалируют во второй возрастной группе, 45 % и 63 % соответственно.

При исследовании ротовой жидкости во всех возрастных группах отмечается рост количества лейкоцитов и снижение числа слущенного эпителия на фоне увеличения микрофлоры полости рта. При этом также выявлено снижение с возрастом содержания иммуноглобулинов в ротовой жидкости. Вне зависимости от количества микрофлоры в полости рта у пожилых больных отмечается снижение клеточного иммунитета и резистентности в полости рта.

После проведенного стационарного лечения по основному заболеванию и симптоматического лечения стоматологической патологии практически не имели положительной динамики.

Выводы. Таким образом, установлена прямая зависимость между количественным составом микрофлоры полости рта и качественными изменениями состава ротовой жидкости. Кроме того, с возрастом прослеживается явная тенденция снижения показателей резистентности полости рта, со снижением секреторной функции слюнных желез.

Нами установлено, что у больных с атеросклеротическими поражениями сердечно-сосудистой системы, отмечается низкий уровень гигиены полости рта, большое и вариабельное наличие стоматологических заболеваний. По всей видимости, это связано со склеротическими изменениями в сосудах, что приводит к нарушению оксигенации тканей полости рта. Возрастные изменения у пациентов усугубляются наличием сердечно-сосудистых заболеваний, при которых происходит ухудшение микроциркуляции и нарушение оксигенации тканей, что ведет к снижению проницаемости сосудистой стенки и регенерации тканей, и соответственно к развитию некоторых заболеваний в полости рта.

Изменения защитных систем организма при атеросклеротическом процессе и ИБС находят отражение и в полости рта, где снижены защитные реакции, что, свидетельствует об истощении резервных возможностей организма. На этом фоне патологические процессы в полости рта, как и в любой системе, стабильны, плохо поддаются терапии и ожидаемый эффект возможен при стимуляции защитных систем организма.

ЭФФЕКТИВНОСЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ «ПОЛИОКСИДОНИЙ И «МИЛДРОНАТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.

Эфендиев М.Н., Меджидов М.Н., Меджидова Н.Д.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Наличие соматических заболеваний в организме оказывает отягощающее влияние на течение пародонтита, влияя в первую очередь, на состояние иммунной системы организма.

Цель - оценка эффективности сочетанного использования иммуномодулирущего препарата «Полиоксидоний» и метаболического средства «Милдронат» в комплексном лечении больных хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) на фоне сопутствующей соматической патологии.

Материал и методы исследования. Пациентов в зависимости от методов лечения с помощью рандомизации разделили на 2 группы: 1-ю (основную) (12 - ХГП в сочетании с язвенной болезнью желудка и 42 - в сочетании хроническим пиелонефритом в возраст - от 22 до 45 лет) и 2-ю (сравнения) (10 - ХГП в сочетании с язвенной болезнью желудка и 42 - в сочетании хроническим пиелонефритом). Средний возраст пациентов в исследуемых группах, соответственно, составлял 32,9±5,15 лет и 30,5±3,18 лет.

В 1-й группе к традиционной терапии добавляли иммуномодулятор «Полиоксидоний» (по 12 мг 2 раза в день, per os, в течение 14 дней) и метаболический препарат «Милдронат» (по 250 мг на прием, 3 раза в сутки, две недели). В 2-й группе проводили только традиционное лечение.

При оценке эффективности в динамике лечения больных обеих групп наряду с использованием клинических индексов (ИГ по Грину-Вермиллиону, ПИ по Расселю, РМА по Парме) определяли глубину пародонтального кармана, уровень потери зубодесневого соединения и уровень десневой жидкости по Бареру Г.М. и соавт. (1986). Рентгенологическое исследование включало ортопантомографию и прицельную рентгенографию.

Результаты исследования и их обсуждение. Больные, получившие полиоксидоний и милдронат в комплексной терапии, уже после 5-й процедуры отмечали исчезновение гиперчувствительности десен и оголенных шеек зубов, снижение кровоточивости десен, уплотнение и восстановление цвета десны. Индекс РМА до лечения составил в 1-й группе - 61,1, во 2-й - 58,3. После проведенного лечения показатели индекса снизились соответственно до 27,1 и 29,8. Количество десневой жидкости в 1-й группе до лечения составило 2,06 мл, после лечения - 1,79 мл; во 2-й группе до лечения 2,20 мл и после лечения 1,6 мл. До лечения у пациентов основной группы с легкой степенью пародонтита параметры других индексов в среднем составили: ИГ - 1,9, ПИ - 4,6 (контрольной группы соответственно 1,9 и 4,7), при средней тяжести: ИГ - 2,5, ПИ - 5,4 (контрольной группы соответственно 2,4 и 5,3). После лечения эти параметры у больных 1 и 2 групп при легкой степени тяжести составили соответственно: ИГ - 0,12, ПИ - 0,88 и ИГ - 0,36, ПИ - 1,4; при средней степени тяжести - ИГ - 0,14, ПИ - 2,5 и ИГ -0,48, ПИ - 1,7. Глубина пародонтального кармана и уровень потери зубодесневого соединения к концу курса лечения достоверно сократились у больных основной группы с 5,8 0,1 мм до 2,8 0,2 мм и 6,2 0,1 мм до 3,1 0,1 мм соответственно. У пациентов контрольной группы эти показатели уменьшились незначительно: с 5,6 0,2 мм до 3,7 0,3 мм и с 6,0 0,2 до 4,1 0,1 мм соответственно. У 9 пациентов основной группы были купированы признаки местного воспаления в тканях пародонта, о чем судили по исчезновению гиперемии и отечности слизистой оболочки десны и по уменьшению подвижности зубов. Что касается пациентов контрольной группы, то у них заметных клинических признаков улучшения состояния пародонта к данному сроку наблюдения не отмечалось.

Рентгенологические исследования показали, что уже через 1,5 месяца после начала комплексного лечения у пациентов основной прозрачность костной ткани уменьшалась: наблюдалась тенденция перехода пораженных участков в нормальную костную ткань, крупнопетлистость была менее выражена, что свидетельствовало об увеличении плотности костной ткани, вовлеченной в патологический процесс. У пациентов группы сравнения такие рентгенологические изменения наблюдались значительно меньше.

Заключение. Таким образом, можно сделать вывод о клинической эффективности сочетанного применения препаратов «Полиоксидоний» и «Милдронат» в комплексном лечении ХГП на фоне сопутствующей соматической патологии.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПТИМИЗИРОВАННОГО ВАРИАНТА ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

Гамзалова Н.Б., Меджидов М.Н.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Одно из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой оболочки рта — простой пузырьковый лишай (простой герпес). Известно, что медикаментозное лечения герпетических высыпаний эффективно только в самый начальный период, до высыпания пузырьков, в любом другом случае уже проявившийся герпес заживает в течение 12-14 дней. Поэтому лечение герпетических проявлений является актуальной проблемой.

На данный момент мы имеем большой арсенал противовирусных препаратов, для общего и местного воздействия, которые способны продуктивно воздействовать на проявившиеся герпетические образования только в самом начале, до появления периода активных высыпаний.

Использование диодного лазера в комплексном лечении вирусных заболеваний слизистой оболочки рта открывает новые перспективы. Терапевтический эффект достигается при поглощении энергии лазерного пучка тканями, вызывая такие явления, как деструкция, испарение, ампутация, коагуляция, фотодинамика и биостимуляция. Начало воздействия характеризуется разогревом тканей, денатурацией белка и обезвоживанием, затем происходит обугливание, испарение и сжигание патологических тканей. Поскольку лазер оказывает биостимулирующее действие, процессы заживления протекают быстрее, чем при использован традиционных методов лечения.

Цель исследования: повысить эффективность лечения вирусных заболеваний слизистой оболочки рта, используя в комплексной их терапии диодный лазер.

Материал и методы исследования. На клинической базе ГБОУ ВПО ДГМА нами было обследовано 29 пациентов в возрасте 21-35 лет с герпетическими проявлениями. В анамнезе у данной группы пациентов на основании анкетирования выявлены заболевания ЖКТ, частые острые респираторные инфекции, хронический тонзиллит, аллергические реакции на медикаментозные препараты. Все пациенты отмечали неоднократное появление герпетических высыпаний, которые носили сезонный характер или возникали после перенесенных простудных заболеваний. На основании стоматологического обследования был поставлен диагноз: хронический рецидивирующий герпес красной каймы губ (24 пациента), единичные проявления. У 5 пациентов герпес локализовался на крыле носа (единичные проявления). Пациенты предъявляли жалобы на эстетический недостаток. В период герпетических высыпаний пациенты отмечали неприятные ощущения, чувство распирания, жжение, боль, зуд. При осмотре на гиперемированном фоне обнаружен пузырьки с прозрачным серозным содержимым. Первые высыпания появились за сутки до приема.

Всем пациентам была проведена однократная обработка герпетических высыпаний диодным лазером SiroLaser. Режим «Герпес», мощность излучения 2-2,4 Гц, время экспозиции 2-3 секунды в бесконтактном методике. Во время процедуры пациенты отмечали незначительное покалывание. После проведенной лазеротерапии неприятные ощущения полностью исчезли, на второй день на месте пузырьков образовались корочки светло - желтого цвета, которые к 4-5-му дню отторгались, не оставляя пигментации.

Выводы:

1. Применение диодного лазера в комплексном лечении герпетического стоматита целесообразно и эффективно, так как позволяет добиться эпителизации герпетических высыпаний за короткий промежуток времени — до 5 дней.
2. Простота, безболезненность метода, быстрое устранение неприятных ощущений, видимых патологических изменений в области красной каймы губ, крыльев носа привлекает пациентов.
3. Лазеротерапия — эффективный метод лечения для пациентов с аллергологическим статусом (непереносимость противовирусных препаратов).

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА.

Османова С.А., Меджидов М.Н., Меджидова Н.Д., Байрамов К.А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Среди заболеваний слизистой оболочки полости рта часто встречаются такие поражения как эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая, рецидивирующий афтозный стоматит, герпетический стоматит, десквамативный глоссит, травматические эрозии, которые проявляются нарушением целостности эпителия, снижением резистентности слизистой оболочки рта (СОР). Причинами поражения тканей полости рта могут быть также термические, химические и механические воздействия. Все вышеперечисленное отрицательно действует на гигиену полости рта, провоцирует развитие бактериальных и грибковых инфекций. Большое значение при лечении придается средствам, обладающим многофакторным действием: эпителизирующим, антисептическим, противовоспалительным и обезболивающим.

Цель исследования: определить бактерицидную и фунгицидную активность готовой формы препарата «Камистад®» гель, в состав которого входят активные вещества: лидокаина гидрохлорид и настойка цветов ромашки, а в состав вспомогательных веществ — трометамол и бензалкония хлорид. Оценить действие препарата «Камистад®» гель для местного применения у пациентов при лечении некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Материалы исследования. ***Первым*** **этапом** было проведено лабораторное изучение бактерицидной и фунгицидной активности препарата «Камистад®».

Изучение бактерицидной и фунгицидной активности препарата «Камистад®» проводилось с тест-культурами микроорганизмов: Klebsiella sp., Staph, aureus, Staph, epidermidis, Pseudomonas auriginosa, Strept. Salivarius и Candida albicans 5 изолятов. Учитывали результаты измерением зоны задержки роста микроорганизма.

Второй этап — изучение действия препарата «Камистад®» при лечении некоторых заболеваний слизистой оболочки рта.

В ходе опыта применения под наблюдением находились 2 группы пациентов (30 человек) в возрасте 35-55 лет. Контрольную группу составили лица без патологии слизистой оболочки рта (10 человек).

В основную группу (20 человек) вошли пациенты с заболеваниями слизистой оболочки рта, сопровождающимися эрозивными поражениями (5 человек – эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая, 5 человек – десквамативный глоссит, 7 человек – рецидивирующий афтозный стоматит, 3 человека – травматические поражения СОР).

Пациентам основной группы «Камистад®» гель наносился на область поражения в течение 15 минут два раза в день на протяжении 10 дней.

Результаты исследования. Результаты бактерицидной и фунгицидной активности изучаемого препарата показали наличие зон задержки роста диаметрами от 12 до 26 мм во всех опытных чашках, за исключением чашки, засеянной **Pseudomonas auriginosa.**

Для оценки анестезирующего и эпителизирующего действия «Камистад®» проводилось нанесение препарата на участок пораженной слизистой оболочки пациентам из основной группы и отмечалось время начала (0,5±0,43 мин) и окончания (30±0,71 мин) эффекта.

В качестве контроля «Камистад®» наносился на непораженную слизистую оболочку лицам без патологических изменений СОР, которые также отмечали быстрое наступление (0,8±0,54 мин) и длительное сохранение (26±0,67 мин) анестезирующего эффекта.

После применения геля «Камистад®» на протяжении 10 дней наблюдалась положительная динамика клинических симптомов и сроков эпителизации, что свидетельствовало о существенном снижении воспаления и ускорении эпителизации в среднем на 3-4 дня по сравнению с пациентами, которые данные препарат использовали менее длительное время (4-5 дней).

Выводы:

1. По результатам проведенного опыта применения препарата «Камистад®» гель, выявлено! выраженное бактерицидное и фунгицидное действие на микроорганизмы, выделенные из патологического материала.

2. «Камистад®» гель может быть рекомендован к широкому клиническому применению у пациентов с эрозивными поражениями слизистой оболочки рта, сопровождающимися выраженным болевым синдромом.

3. Применение геля «Камистад®» дважды в день на протяжении 10 дней существенно снижает воспаление и ускоряет эпителизацию.

ОСНОВНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВТОРИЧНОГО КАРИЕСА ЗУБОВ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ.

Мусалов Х.Г., Ахмедова Э.А., Тайгибов Х.Н., Гасанова М.А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Столетиями зубные врачи занимались иссечением больных тканей, удалением разрушенных зубов и замещением утраченных тканей и зубов. Современная философия стоматологии – превентивная: сегодня образованный врач может вовремя распознать ситуацию риска для зубов, периодонта и прикуса, минимизировать угрозу и ликвидировать проблемы еще на доклиническом уровне. Несмотря на внедрение в практическую стоматологию современных пломбировочных материалов, процент распространенности вторичного кариеса зубов по-прежнему остается высоким. На протяжении многих лет в развитии вторичного кариеса внимание акцентировалось лишь на местных факторах и не учитывалось общее состояние организма, влияющее на резистентность твердых тканей зубов.

Вторичный кариес характеризует наличие патологического процесса рядом с пломбой, что может быть результатом как некачественного пломбирования, так и следствием поражения тканей зуба рядом с наложенной пломбой. Этиология первичного и вторичного кариеса аналогичны: под зубным налетом в присутствии кариесогенных микроорганизмов происходит локальное снижение pH, при котором наступает очаговая деминерализация эмали [5].

Согласно современным литературным данным, в развитии вторичного кариеса зубов принимают участие, как местные, так и общие факторы. К местным факторам относят гигиену полости рта, качество инструментальной обработки кариозной полости, физико-химические свойства пломбировочных материалов, технику пломбирования, шлифования и полирования пломб. Среди общих факторов выделяют реактивность организма, химический состав и свойства ротовой жидкости, содержание фтора, макро- и микроэлементов в питьевой воде, а также уровень стоматологической помощи населению и состояние материально-технической базы в регионе [5].

Основным предрасполагающим фактором к возникновению вторичного кариеса является уровень резистентности твердых тканей зуба, который определяет характер краевого прилегания пломбировочных материалов к стенкам кариозной полости. Важную роль среди местных факторов резистентности зубов отводят гигиене полости рта. Наличие зубного налета на поверхности эмали зуба и пломбировочного материала способствует увеличению показателей распространенности и интенсивности поражения зубов вторичным кариесом. Необходимо также отметить связь уровня гигиены полости рта с общим состоянием и реактивностью организма. У лиц с низкой кариесрезистентностью на фоне общей соматической патологии, даже при хорошем уровне гигиены полости рта, имеет место быстрое образование зубного налета и очагов деминерализации, как правило, локализующихся в области прилегания пломбировочного материала к твердым тканям зуба. Это связано с нарушением выделительной функции слюнных желез, появлением высокой вязкости и деминерализирующей активности ротовой жидкости [3].

Доказано, что способы препарирования и формирования кариозной полости оказывают влияние на резистентность твердых тканей зуба. После применения стальных боров происходит образование трещин и отколов твердых тканей зуба, что ведет к повышению электропроводности эмали. При использовании алмазных боров возможно удаление значительного количества твердых тканей и истончение стенок кариозной полости, в результате чего происходит снижение сопротивляемости зуба к воздействию неблагоприятных факторов [4].

Пломбирование предполагает выбор пломбировочного материала в зависимости от локализации кариозной полости и активности клинического течения первичного кариозного

процесса. При низком уровне стоматологической помощи и материально-технической базы стоматологической поликлиники существуют соответствующие ограничения.

Низкое содержание фтора, макро- и микроэлементов в питьевой воде приводит к неполноценному формированию структурных элементов твердых тканей зуба и повышает их кариесвосприимчивость. Низкое содержание фтора на фоне общей соматической патологии приводит к изменению химического состава и свойств ротовой жидкости, что создает неблагоприятные условия в краевом прилегании пломбировочного материала к стенкам кариозной полости, в результате чего за короткий промежуток времени происходит развитие вторичного кариеса.

Таким образом, патогенетические механизмы развития вторичного кариеса обусловлены резистентностью твердых тканей зуба, окружающих пломбировочный материал, и проявляются нарушением краевого прилегания и образованием микрощели. Подобные дефекты эмали являются дополнительными каналами для проникновения ротовой жидкости с растворенными в ней кислотами, ферментами и микроорганизмами по направлению к границе «зуб-пломба», где происходит развитие патологического процесса.

Исходя из всего вышесказанного, с целью лечения и профилактики вторичного кариеса зубов необходимо проводить мероприятия, направленные на уменьшение либо устранение действия местных и общих факторов. Наиболее важными являются следующие аспекты профилактики указанного заболевания: при наличии соматической патологии у пациента необходимо лечение данной патологии, назначение общеукрепляющих поливитаминных препаратов для повышения общей резистентности организма и, как следствие, восстановления резистентности твердых тканей зубов, нормализации химического состава и свойств ротовой жидкости.

Важную роль играет повышение уровня гигиены полости рта у пациентов, обучение их правильному уходу за полостью рта, подбор индивидуальных средств гигиены, а также проведение контроля гигиенических навыков [1].

Чтобы избежать чрезмерного истончения стенок кариозной полости и образования сколов и трещин эмали, препарирование проводят алмазными борами, но в соответствии с патологоанатомическим принципом препарирования. Указанный принцип осуществляют окрашиванием кариозной полости кариес-детектором для выявления наружного слоя кариозного инфицированного дентина и скрытых трещин в эмали и дентине. Критерием правильности препарирования кариозной полости является визуальный контроль окрашивания стенок полости.

В современных литературных источниках присутствует информация об эффективности методов профилактики вторичного кариеса, связанных с местным применением фторсодержащих препаратов. Исходя из этого, для пломбирования кариозных полостей целесообразно использование стеклоиономерных цементов и фторсодержащих композитных материалов, применение аппликаций фторсодержащих лаков и гелей [2].

Таким образом, основным моментом в профилактике вторичного кариеса зубов является проведение комплекса общих и местных мероприятий, направленных на повышение резистентности твердых тканей зуба к воздействию различных патогенетических факторов.

Список литературы:

1. Л.А. Хоменко, А.И. Остапко, А.Ф. Конанович, В.И. Шматко, Ю.Б. Чайковский, Н.А. Савичук, Н. В. Биденко: «Терапевтическая стоматология детского возраста» ст. 304-319 - Киев 1999 г.

2. Н.В. Курякина: «Терапевтическая стоматология детского возраста», ст. 324-336 - Н.Новгород 2004

3. Л.С. Персин: «Стоматология детского возраста» Москва "Медицина" 2003 ст. 190-196.

4. М.С. Даггал, М.Е.Дж.Керзон, С.А. Фейл: «Лечение и реставрация молочных зубов» Москва «МЕДпресинформ» 2006 г. в. 15, 20, 61, 64, 70-71, 76-77, 88.

5. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский, В.С. Иванов, Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская. - 2001. - 736 с.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

РОЛЬ ОДОНТОГЕННОГО ФАКТОРА В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТОВ.

Нестерова К.И.[1], Мусиенко А.И.[1], Ломиашвили Л.М.[1], Нестеров И.А.[2]

[1] ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Омск

[2]ОАО «Медицина», г. Москва

Проблема формирования одонтогенных хронических риносинуситов (ХГРС) является весьма актуальной во все времена, но при анализе статистических показателей заболеваемости по годам видно, что проблема носит во-многом социальный характер и тесно связана с доступностью медицинской и, в частности, стоматологической помощи населению [2, 4, 9, 10, 12]. Так по данным проф. А.Г. Шаргородского при обследовании больных с гайморитом в 1985 г. у 13,9% была установлена одонтогенная причина заболевания [16]. А в 2004 г. по данным проф. А.А. Тимофеева уже в 21.3% случаев, и риноодонтогенная - в 3,1% [13]. В других источниках приводятся цифры от 7 до 87% [12]. В Западноевропейских странах и Северной Америке частота одонтогенных синуситов более стабильна и составляет около 10-12% всех верхнечелюстных синуситов [17].

Видимо, одонтогенный гайморит встречается намного чаще, чем диагностируется, но диагноз устанавливается когда патогенетическая связь между поражением зуба и верхнечелюстным синуситом является клинически очевидной. Значительное увеличение числа латентно протекающих одонтогенных форм синусита, вероятно, связано с применением дополнительных, ранее недоступных методов диагностики [5]. Все это обусловливает большой научный и практический интерес к проблеме.

Одонтогенный ХГРС может возникать как результат хронического леченного и нелеченного периодонтита больших и малых коренных зубов верхней челюсти [11], увеличения числа осложнённых форм кариеса, ятрогенных осложнений эндодонтического лечения зубов [5, 9, 12, 14, 15]. Это хорошо отражено в исследованиях В.В. Гречишникова (2013), который на основе математического моделирования дал комплексную характеристику структурных проявлений в пульпе, твердых тканях корня и периодонте зуба, выявив возрастные и гистотопографические закономерности альтерации пульпо-периодонтального комплекса при эндодонто-периодонтальной патологии [1].

Другой вероятной причиной распространенности одонтгенных ХГРС является сложность анатомо-физиологических взаимоотношений элементов челюстно-лицевой области и особенность течения воспалительных процессов в ней [3, 6, 14, 15].

Считается, что заболевание возникает у лиц с хорошей пневматизацией верхнечелюстных пазух при несвоевременной и некачественной санации полости рта [13]. Однако, имеются наблюдения, идущие вразрез с этим распространенным мнением. Так в исследованиях А.Л. Копченкова и Ю.А. Кротова (2011) у 70,8% пациентов с одонтогенным верхнечелюстным синуситом на фоне дисплазии соединительной ткани был выявлен склеротический тип строения верхнечелюстной пазухи [7, 8].

Целью нашей работы явился анализ причин формирования одонтогенных гнойных заболеваний верхнечелюстных пазух.

Материалы и методы. Для определения частоты и веса одонтогенных причин формирования хронических гнойных синуситов нами был проведен корреляционный и факторный анализ данных компьютерной томографии (КТ) черепа и зубочелюстной системы и результатов клинического обследования 391 пациента (197 – женского, 194 мужского пола), которые служили независимой выборкой из генеральной совокупности жителей Омска. Факторный анализ является разделом современной многомерной статистики и позволяет определять эти скрытые, неявные закономерности [].

Результаты собственных исследований включали следующие группы клинико-морфологических признаков: линейные и/или объемные размеры структур полости носа и

околоносовых пазух; наличие аномалий строения и врожденных пороков развития полости носа и пазух; лучевые признаки имеющегося гнойного или негнойного синусита, в т.ч. одонтогенного. Линейные показатели черепа фиксировались с помощью стандартных инструментов-линеек в программе eFilm.

Вычислительные процедуры ФА проведены с использованием программного пакета Statistica 7. Проверка нормальности распределения количественных признаков проводились с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Для выделения факторов использовали метод главных компонент. После нахождения пространства общих факторов проводили вращение факторных нагрузок с целью максимизации величин. Вращение осуществляли методами Varimax, Quartimax, Biquartimax, Equamax, которые применяли как к исходным, так и к нормализованным факторам. Содержательная интерпретация факторов проведена по методике К. Иберла [3].

Результаты и их обсуждение. В ходе подготовки корреляционной матрицы по каждой КТ выделили по 107 признаков, из которых 54 являлись размерными показателями, 30 – клиническими, 15 относились к аномалиям развития, 8 отражали структуру и пневматизацию элементов. Для сокращения количества положительных собственных значений показатели были объединены в группы: размерные заменены коэффициентами, структурные – индексами, клинические – степенью нарушения функции. После получения редуцированной корреляционной матрицы с общностями на главной диагонали проводился собственно факторный анализ с вычислением факторных нагрузок. Под фактором понимается гипотетическая, непосредственно не измеряемая, латентная (скрытая) переменная, которая имеет линейные корреляционные связи с исходными измеряемыми переменными. Помимо возможности представить информацию в компактном виде, метод позволяет сравнить каждый фактор с остальными и ранжировать их по силе воздействия.

При проведении анализа причин формирования ХГРС по критерию «каменистой осыпи» дисперсия, объясненная 9-ю последовательными факторами, составила 70% вклада всех факторов, что свидетельствует о достаточной адекватности разработанной модели. Применяя различные методы вращения, мы пришли к выводу, что метод биквартимакс в применении к исходным факторам имеет наибольшую тенденцию к выделению генерального фактора, упрощающего интерпретацию за счет уменьшения числа факторов, связанных с каждой переменной.

Величины собственных значений и веса факторов показали, что механизм формирования ХГРС достаточно сложен и многокомпонентен. При этом собственно одонтогенные и травматические причины стоят на VII месте среди других причин, имея вклад по 5% и высокое числовое значение (α=0,82 и α=0,92). Примечательно, что эти переменные не зависят от анатомического строения полости носа и околоносовых пазух и всегда требуют консультативной и лечебной помощи смежных специалистов (челюстно-лицевого хирурга, стоматолога).

Перфорации верхнечелюстной пазухи, возникающие в результате удаления зубов, являются нередким осложнением как при наличии определенных аномалий строения лицевого черепа, так и без таковых. У больных с ХГРС аномалии зубочелюстной системы с интрамаксиллярным расположением корней зубов выявлено в 15% случаев, из них в 2/3 случаев (10% от всех больных) имеется одонтогенный гайморит. Всего же одонтогенные причины ХГРС имели 18% пациентов. Именно у этих больных при относительно небольшой распространенности процесса (верхнечелюстная и решетчатая пазухи) была наибольшая длительность заболевания, т.к. сохранение причинного фактора поддерживало гнойную инфекцию ЛОР органов.

После санации зубов у пациентов без анатомических аномалий носа и пазух гнойный процесс не возобновлялся.

Выводы.

1. Применение факторного анализа позволяет не только выделить и интерпретировать отдельные факторы в формировании хронического гнойного синусита, но и сформировать гипотезу и ранжировать наиболее важные управляемые характеристики для осуществления эффективных профилактических мероприятий.

2. Одонтогенные причины являются основным фактором формирования хронического гнойного риносинусита у 18% больных.

3. У больных с хроническим гнойным синуситом аномалии зубочелюстной системы с интрамаксиллярным расположением корней зубов выявлено в 15% случаев, из них в 2/3 случаев

имеется одонтогенный процесс в верхнечелюстных пазухах.

Список литературы.

1. Гречишников В.В. Классификация симптомов сочетанных поражений эндодонто - периодонтального комплекса и пародонта /Гречишников В.В.// Folia Otorhinol. et Pathol. Respir. - 2013. - Т. 3, №19. - С. 63-67.

2. Завалий М.А. Антибиотикорезистентность микрофлоры при синуситах в Крыму /Завалий М.А. // Folia Otorhinol. et Pathol. Respir. - 2015. - Т. 2., №21. - С. 45-47.

3. Иберла К. Факторный анализ / К. Иберла - Новосибирск, 1980. – 385 с.

4. Карпищенко С.А. Клабакс од при острых и хронических воспалительных заболеваниях верхнечелюстных пазух / Карпищенко С.А., Верещагина О.Е. // Folia Otorhinol. et Pathol. Respir. - 2011. - Т. 3., №17. - С. 52-54.

5. Карпищенко С.А. Клинико-лучевая характеристика разных клинических форм хронического полипозного риносинусита /Карпищенко С.А., Зубарева А.А., Шавгулидзе М.А. //Российская оториноларингология. - 2013. - №5 (66). - С. 43-52.

6. Козырева Д.В. К вопросу о патогенетическом значении наличия и размеров concha bullosa на развитие хронического риносинусита / Козырева Д.В., Рыбалкин С.В. //Folia Otorhinolaryngol. et Pathol. Respir. - 2015. - Т. 2, №21. - С. 66-67.

7. Копченков А.Л. Анатомо-морфологические особенности строения верхнечелюстных пазух у лиц с недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани / Копченков А.Л., Кротов Ю.А.// Междисциплинарн. пробл. голоса, патологии уха и дыхат. путей/ сб., посв. 35-летию Омского фониатр. центра. Омск, 2011. - С. 221-224.

8. Копченков А.Л. Клинико-морфологическая характеристика одонтогенного верхнечелюстного синусита у лиц с недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани / Копченков А.Л., Кротов Ю.А.// Междисциплинарн. пробл. голоса, патологии уха и дыхат. путей/ сб., посв. 35-летию Омского фониатр. центра. Омск, 2011. - С. 212-219.

9. Лавренова Г.В. Эффективность местного применения ронколейкина ® у больных с сочетанной ЛОР-патологией /Лавренова Г.В., Красненко А.С. //Folia Otorhinolaryngol. et Pathol. Respir. - 2012. - Т. 18, №1. - С. 45-48.

10. Носуля Е.В. Антибиотики в комплексной терапии бактериального риносинусита: возможности и ограничения / Носуля Е.В.// Российская ринология. - 2014. - №3. - С. 36-40.

11. Одонтогенный гайморит как результат хронического леченного и нелеченного периодонтита / Яровая Л.А., Глыбина Н.А., Веселова Ю.В. и др. // Folia Otorhinolaryngol. et Pathol. Respir. - 2015. - Т. 2, №21. - С. 159-161.

12. Развитие философских представлений в лечении кариеса зубов /Леонтьев В.К., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. и др. // Институт стоматологии. - 2008. - Т. 3, №40. - С. 10-11.

13. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии./ Тимофеев А.А. Киев. – 2004. – 1062 с.

14. Хрусталева Е.В. Иммунологическая характеристика клинических форм хронического гайморита. Патогенетический подход к лечению/ Е.В. Хрусталева //Автореф. дис. …канд. мед. наук. М., 1993. -33 с.

15. Хрусталева Е.В. Одонтогенные полисинуситы ятрогенной этиологии / Хрусталева Е.В., Нестеренко Т.Г., Гербер В.Х. // Российская ринология. 2007. - №2. - С. 28-29.

16. Шаргородский, А.Г. Одонтогенные гаймориты // Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области / А.Г. Шаргородский. М.: Медицина, 1985. - С.268-283.

17. Hamilos D.L. Chronic sinusitis // J Allergy Clin Immunol. - 2000. - V.106. - P. 213-227.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОСЕНСОРНОГО НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ НЕУДАЧНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.

[1]Мамедов Д.Д., [2]Исаев Ш.Р.

[1]Азербайджанский медицинский ниверситет, г. Баку, Азербайджан

[2] Стоматологическая клиника ООО «ХОСТА», Махачкала

Хирургическое лечение анестезии при экструзии эндометазона в мандибулярный канал при эндодонтическом лечении. Эндометазон на основе парафальмальдегида и эвгенола является нейротоксическим каналнаполнителем. Основываясь на литературу экструзия эндометазона в мандибулярный канал является прямым показанием к декомпрессивному хирургическому вмешательству. В нашем клиническом случае была проведена хирургическая манипуляция декомпрессии после заполнения канала эндометазоном спустя двое суток. Мы получили полное восстановление чувствительности в зоне анестезии спустя 6 месяцев. Наше клиническое наблюдение показывает двухдневное нейротоксическое воздействие эндометазона полностью подлежит восстановлению.

Введение.

Во время лечения корневых каналов могут произойти тяжелые неврологические осложнения: анестезия, парестезия, гипестезия и такие неприятные симптомы, как дизестезия ,как правило, возникающие в результате заполнения канала пломбировочным материалом, то есть экструзии нижнечелюстного канала [1-11].

Во время эндодонтического лечения, обработки канала вручную или механическими файлами, может произойти перфорация нижнечелюстного канала, что способствует внесению пломбировочного материала,растворов антисептиков, ирригационных жидкостей в канал, где они дают возможность различным микроорганизмам стать источниками инфицирования [14].

Опыт показывает, что параформальдегид и эвгенол - основные растворы создающие нейротоксические реакции. Пломбировочные материалы по химическому составу отличаются. АН-26, Diaket, Endoseal, yodoform и др. внутри нижнечелюстного канала вызывают серьезные нейротоксические осложнения [3,9,10,15].

В большинстве клинических наблюдений без проведения декомпрессивной хирургии (в случае анестезии и парестезии) нельзя достичь желаемых результатов. Для успешного лечения используются различные методы хирургического удаления содержимого корневых каналов и декомпрессивные операции.

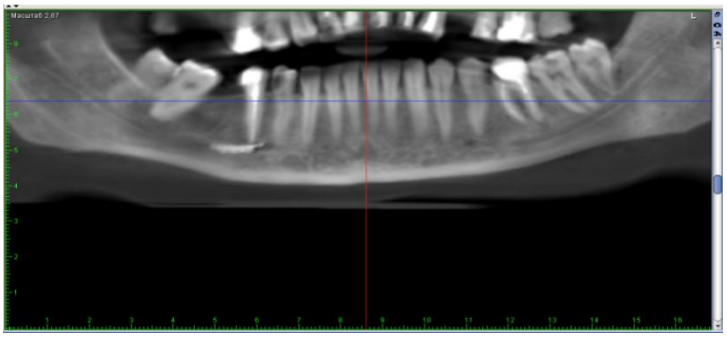
Представленные в клинических наблюдениях нарушения чувствительности в результате неосторожности эндодонтического лечения приводят к хирургическому вмешательству.

Клиническое наблюдение.

На основании обращения к стоматологу, в клинике у 34-летней пациентки при обследовании 45-го зуба, который ранее подвергался эндодонтическому лечению, выявлено нарушение чувствительности в области правой щеки и 1/3 части нижней губы. Жалобы у пациентки те же - на онемение правой щеки и нижней губы.

Пациентка параллельно наблюдалась у невролога. При клиническом обследовании в области 45,44,43 зубов, вестибулярной слизистой оболочки и 1/3 части правой нижней губы наблюдается анестезия.Кожные покровы и видимые слизистые оболочки в области этих зубов обычной окраски. После эндодонтического лечения боли и воспаления не наблюдались.

При обследовании: На рентгеновской и компьютерной томографии 45 зуба, вследствие эндодонтического лечения, выявлена экструзия пломбировочного материала в нижнечелюстной канал (рис. 1).



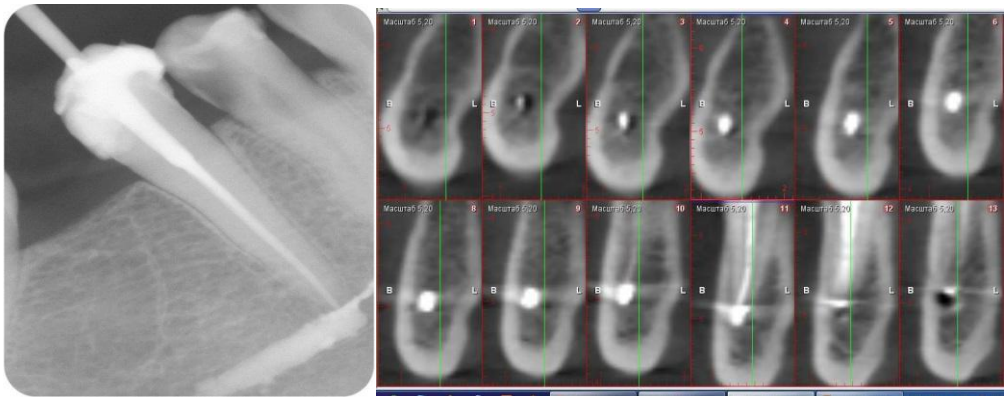


Рисунок 1. Предоперационная компьютерная томография и рентгенологическое обследование.

Для лечения анестезии и восстановления чувствительности нерва пациентке было предложено хирургическое вмешательство, об осложнениях во время и после операции, которые могут произойти, пациентка была ознакомлена. После получения согласия пациентки, под местной анестезией в области 45-го зуба, была проведена трепанация нижнечелюстного канала, удален пломбировочный материал Endometazon, в канале также была проведена резекция верхушки корня 45-го зуба.Во время операции по удалению инородного тела в нижнечелюстном канале нервный пучок слегка диспозировали. Внешний вид нерва без изменений, вокруг окружающих тканей грануляционных и фиброзных изменений не наблюдалось. Пациентке была назначена антибактериальная терапия и витамин В (комплекс) после операции.

Рис. 2. Рентгеновское обследование после операции.

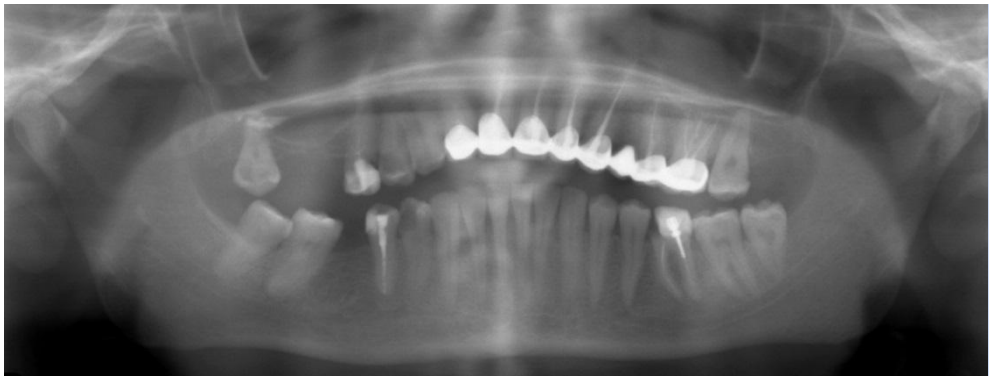


Рис. 3. Панорама рентгеновского обследования спустя 6 месяцев

Панорамная рентгенография спустя 6 месяцев после операции.

Примерно через 3 месяца, на основании клинических исследований, у пациентки в области анестезии выявлено появление частичной чувствительности. Спустя 6 месяцев появились механические и тепловые реакции и полное восстановление нормальной чувствительности.

Обсуждение

После эндодонтического лечения могут произойти анестезии, парестезии и аналогичные тяжелые неврологические осложнения. Осложнения наблюдаются при лечении зубов нижней челюсти, апикальная часть которых прилегает к нижнечелюстному каналу.

В литературе выявлено 3 основных механизма, отражающие осложнения, связанные с проведением эндодонтического лечения:

1. Химио-нейротоксический;
2. Повреждение нерва во время компрессии материала;
3. Повреждение нерва эндодонтическими инструментами.

Во время проведения эндодонтического лечения, проводимого файлами, также во время измерения длины корневого канала дентальным рентгеновским визиографом, может произойти перфорация нижнечелюстного канала, что может иметь важное значение. Хотя нижнечелюстной канал окружен плотной гиперминеральной костной тканью, несмотря на это, при неосторожной работе файлами происходит перфорация и увеличивается риск экструзии канала пломбировочным материалом.

По литературным данным по появлению анестезии и парестезии, в случае неудачного эндодонтического лечения, хирургическое удаление пломбировочного материала считается более эффективным методом лечения и восстановления нормальной чувствительности [1-5]. Наполнитель канала: наполнители остаются в канале в течение длительного времени, что может вызвать ишемию нерва, который, в свою очередь, способствует формированию соединительной ткани и эпинервального фиброза [21]. По этой причине, авторы Гатот и Тови, чтобы предотвратить патологические изменения нижнечелюстного канала наполнителем, рекомендуют использование кортикостероидов в процессе экструзии канала [21].

Руссел [4], Котари и Каннелл [1] В соответствии с исследованиями, эвгенол и параформальдегидные основания каналнаполнителей рекомендуют как можно скорее удалить из канала. Котари и Cannel показывают, что нерассасывающийся пломбировочный материал, содержащий фенол, при нахождении в нижнечелюстном канале в течение 4 дней, может привести к необратимой парестезии.

По наблюдениям Русссела, при хирургических вмешательствах в течение 2 недель происходит частичное восстановление чувствительности, а в течение 3 дней возможно полное восстановление инервации [4].

В нашем клиническом наблюдении через 2 дня после неудачного эндодонтического лечения и последующего проведения декомпрессивного хирургического вмешательства у пациентки спустя 6 месяцев в области анестезии появились механические и тепловые реакции и полное восстановление нормальной чувствительности.

ENDODONTIK MÜALICƏ ZAMANI BAŞ VERƏN NEYROSENSOR POZĞUNLUQLARIN CƏRRAHI MÜALICƏSI.

[1]Məmmədov C.C., [2]Isayev Ş.R.

[1]Azərbaycan Tibb Universiteti, ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası, Bakı

[2]Stomatolji klinika OOO "HOSTA", Mahaçkala

Endodontik müalicə zamanı Endometazon kanal doldurucusunun mandibulyar kanala ekstruziyası zamanı anesteziyanın cərrahi müalicəsi.Paraformaldehid və evginol əsaslı Endometazon neyrotoksik təsirə malik kanal doldurucusudur.Ədəbiyyatlara əsasən Endometazonunun mandibulyar kanala ekstruziyası bir başa dekompressiv cərrahi müdaxiləyə göstərişdir.Bizim göstərdiyimiz kliniki müşahidədə 6 ay sonra anesteziya bölgəsində hissiyyatın bərpası Endometazonun 2 günlük neyrotoksik təsirinin tam şəkildə geridönən olmasını göstərir.

Giriş

Diş kökü kanalının müalicəsi zamanı ciddi nevroloji ağırlaşmalar baş verə bilər. Anesteziya, paresteziya,hipostezіya və disestezіya kimi xoşagəlməyən simptomatik gedişli ağırlaşmalar adətən kanal doldurucu plomb materialının mandibulyar kanala ekstruziyası nəticəsində əmələ gəlir[1-11].

Endodontik müalicə zamanı diş kanalının əllə və ya mexaniki idarə olunan fayllarla işlənməsi zamanı mandibulyar kanal perforasiyası baş verə bilir ki,bu da kanal doldurucu plombların, antiseptik maddələrin,irriqasiya məhlullarının və müxtəlif mikroorqanızmlərin kanala keçməsinə zəmin yaradır [14].

Təcrübələr göstərir ki,paraformaldehid və evginol neyrotoksik reaksiylar yaradan əsas maddələrdir.Kanal doldurucu plomb materialları kimyəvi tərkiblərinə görə müxtəlifliklləri ilə seçilir.AH-26, Diaket,Endoseal, yodoform və s. kimi kanal doldurucuların mandibulyar kanala daxili ciddi neyrotoksik ağırlaşmalara səbəb olur[3,9,10,15].

Dekompressiv cərrahi müdaxilə olunmayan əksər kliniki müşahidələr zamanı anesteziya və paresteziya halları keçicı olmur[4].Aparılan müxtəlif kanal doldurucularının cərrahi çıxarılması və dekompressiv əməliyyatlar anesteziya və paresteziya hallarının aradan qalıdırılması məqsədi iləaparılır [1,2,3,4,16,17].

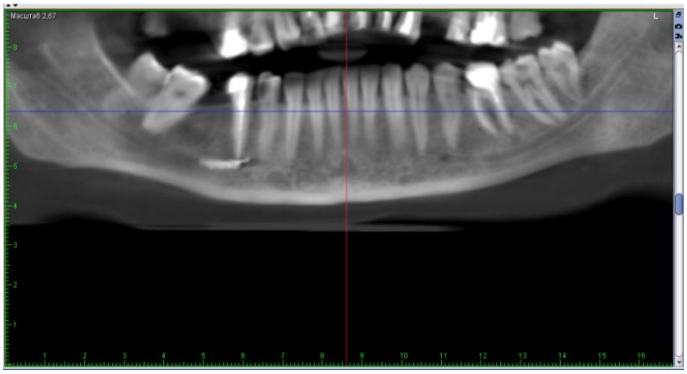
Təqdim edilən klinik müşahidə diqqətsizlik nəticəsində endodontik müalicə zamanı baş verən anesteziyanın cərrahi müalicəsidir.

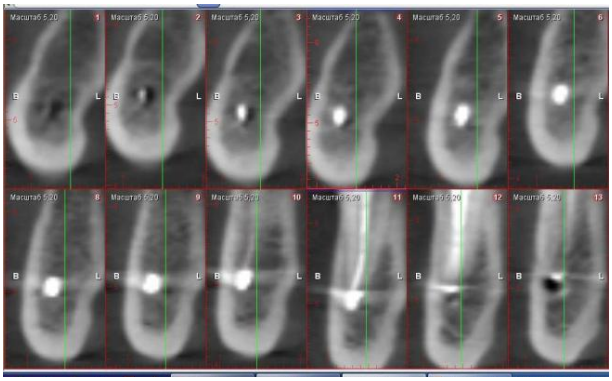
Kliniki müşahidə

Stomatoloq müraciətinə əsasən stomatolji klinikada 34 yaşlı qadın xəstənin müayinəsi zamanı 45-ci dişin endodontik müalicədən sonra sağ yanaq və dodağın sağ 1/3 hissəsində anesteziya aşkarlandı.Xəstənin şikayəti sağ yanaq və alt dodaq nahiyyəsində tam hissi pozğunluqdan ibarət idi.

Xəstə paralel olaraq nevroloqun müşahudəsində olmuşdur. Kliniki müayinə zamanı 45,44,43 dişlər nahiyyəsində vestibulyar selikli qişada və alt dodağın sağ 1/3 hissəsində anesteziya müşahidə olunur.Görünən dəri və selikli qişalar adi rəngdədir.Endodontik müalicədən sonra ağrı və heç bir iltihabı göstərici müşahidə olunmamışdır.

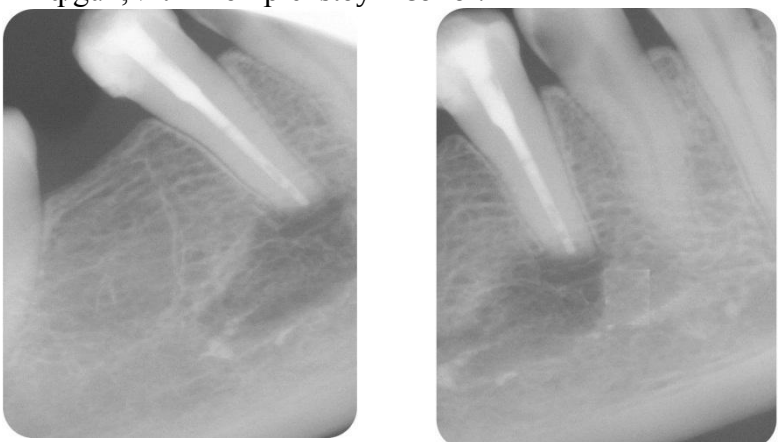
Aparılan rentgenoloji vizioqrafik və komputer tomoqrafik müayinə zamanı 45-ci dişin endodontik müalicəsi zamanı kanal doldurucu plomb materialının mandibulyar kanala ekstruziyası aşkarlandı (şək.1).



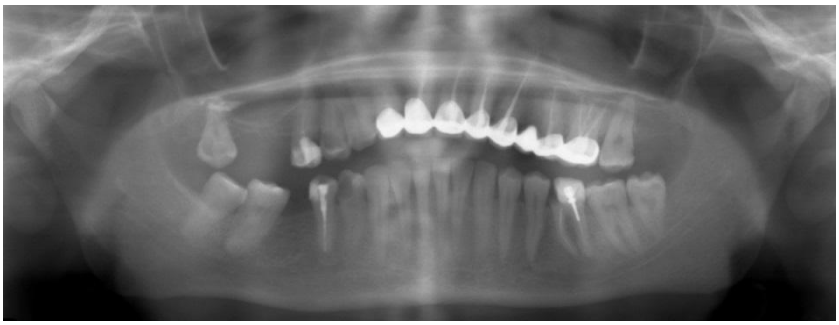


Şəkil 1.Əməliyyatönü komputer tomoqrafiya və rentgen müayinə.

Anesteziyanın müalicəsi və sinirin sərbəstləşdirilməsi məqsədi ilə xəstəyə cərrahi müdaxilə təklif olundu və xəstə əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonra baş verə biləcək ağırlaşmalarla tanış edildi.Xəstənin razılığından sonra yerli keyləşdirmə altında 45-ci diş nahiyyəsində mandibulyar kanal trepanasiyası ilə kanal doldurucu plomb materiali –Endometazon xaric edildi,45-ci diş kökü zirvəsi rezeksiya edildi.Əməliyyat zamanı kanal doldurucu materialın tam çıxarılması üçün sinir yüngül dispozisiya olundu.Vizual olaraq sinirin görünüşü adi,ətraf toxumalarda qranulyasiyon və fibroz toxumalar müşahidə olunmurdu.Əməliyyatdan sonra xəstəyəAmoxicillin 1200mq/gün,dexomethasone 4 mq/gün,Vit B komplekstəyin edildi.



Şəkil 2.Əməliyyat sonrakı rentgenoloji müayinə.



Şəkil 3.Əməliyyatdan 6 ay sonra panoram rentgen müayinə .

Təxminən 3 ay sonra xəstədə kliniki müayinələrə əsasən anesteziya olan nahiyyələrdə hissi oyanıqlıq qeyd edildi.6 ay sonra verilən bütün mexaniki və termiki qıcıqlara adekvat reaksiya müşahidə olundu.

Müzakirə

Endodontik müalicədən sonra anesteziya,paresteziya və oxşar ciddi nevroloji ağırlaşmalar baş verə bilər.Bu ağırlaşmalar apikal hissəsi mandibulyar kanala yaxın yerləşən dişlərin müalicəsi zamanı müşahidə olunur.

Endodontik müalicədən sonra baş verən ağırlaşmalarla əlaqəli ədəbiyyat axtarışı zamanı səbəb olaraq 3 əsas mexanizm qeyd edilir:

1.Kimyəvi neyrotoksiklik,

2.Materialın kompressiyası zamanı mexaniki sinir zədəsi,

3.İstifadə olunan instrumentlərlə sinirin bir başa zədələnməsi [18,19].

Endodontik müalicədən əvvəl və müalicə zamanı fayllarla aparılan dental rentgenolji vizioqrafik şəkil kanal uzunluğunun müşahidəsi ilə yanaşı baş verə biləcək perforativ halların önlənməsi üçündə əhəmiyyətlidir.Mandubulyar kanalın sıx hipermineral sümük toxuması ilə əhatə olunmasına baxmayaraq fayllarla ehtiyatsız işləmə zamanı perforasiya baş verir və kanal doldurucu ucluqlardan istifadə kanal doldurucu plomb materialının ekstruziyası riskini dahada artırır.

Vitro heyvanlar üzərində aparılan laborator təcrübələrə əsasən kalsium hidroksid, paraformaldehid, evginol və müxtəlif əlavəli kanal doldurucu plomb materialları sinirdə geridönməyən patoloji proseslərə səbəb olur [12,13,14]. Fenol əsaslı evginol sinirə penetrasiya zamanı aksonlar üzərində destruktiv dəyişikliklərə və zülal koaqulyasiyasına səbəb ola biləcək konsentrasiyaya malikdir [3,20].

Ədəbiyyatlara əsasən uğursuz endodontik müalicədən sonra baş verən anesteziya və paresteziya hallarında kanal doldurucu plomb materialının cərrahi çıxarılması daha effektiv müalicə hesab edilir və normal hissiyyatın bərpası üçün zəmin yaradır [1-5]. Kanal doldurucu plomb materiallarının uzun müddət kanalda qalması sinirdə işemiya və epinevral ödemə səbəb ola bilir ki, bu da öz növbəsində birləşdirici toxuma və epinevral fibrozun əmələ gəlməsinə şərait yaradır [21].Bu səbəbdən müəlliflər – Gatot və Tovi patoloji nəticələri önləmək məqsədi ilə kanal doldurucu maddələrin mandibulyar kanala ekstruziyası zamanı kortikosteroidlərin tətbiqini tövsiyə edirlər [21].

Kanal doldurucu plomb materialının kanalda qaldığı müddət,kimyəvi tərkibi və kanalda yerləşmə lokalizasiyası cərrahi müalicənin effektivliyinə təsir edəcək əsas faktorlardan biridir.Uzun müddətli Endometazon kimi çox toksik kanal doldurucu plomb materialının mandibulyar kanalda qalması sinirdə geridönməyən zədələrin əmələ gəlmə riskini artırır.

Russel [4],Kothari və Cannell [1] araşdırmalarına əsasən evginol və paraformaldehid əsaslı kanal doldurucu plomb materialının mümkün olduğu qədər tez çıxarılması məsləhət olunur.Kothari və Cannel göstərirlər ki,sorulmayan fenol əsəaslı kanal doldurucu plomb materiallarının 4 günlük aşağı alveolyar sinirə təsiri daimi paresteziyaya səbəb ola bilər.

Russel müşahidələrində 2 həftə müddətə qədər olunan cərrahi müdaxilələr zamanı anesteziyanın qismən,3 gün müddətə qədər olunan müdaxilələr zamanı isə tam bərpa ola biləcəyini göstərmişdir[4].

Bizim göstərdiyimiz kliniki müşahidə zamanı 2 gün sonra aparılan dekompressiv cərrahi müdaxilə zamanı xəstəmizdə 6 ay sonra anesteziya olmuş nahiyyələrdə mexaniki və termiki qıcıqlara adekvat reaksiyalar qeyd edildi və normal hissiyatın tam bərpası müşahidə olundu.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПЕРВИЧНОЙ РИНОПЛАСТИКЕ.

Султанова Н.Н., Аликулиев В.К., Алиева М.С.

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Азербайджан

Верхние латеральные хрящи играют важную анатомическую и физиологическую роль в формировании наружного носа и внутреннего носового клапана, регулирующего прохождения воздушных масс через нос. Таким образом, сохранение верхних латеральных хрящей имеет большое значение в ринопластике. Ранее применяемые методы ринопластики, в ходе которых проводилась чрезмерная резекция верхних латеральных хрящей, приводили к деформации формы носа и нарушению носового дыхания.

В настоящее время тенденция в ринопластике изменилась, и теперь отдается предпочтение консервативным и более функциональным методам хирургического вмешательства. За последние годы были предложены различные методы проведения ринопластики с сохранением функции внутреннего носового клапана. Среди них “splay-on graft”, “spreader graft”, “auto-spreader graft” в различных модификациях.

Цель: улучшение эстетических и функциональных результатов лечения пациентов с врожденной и приобретенной деформацией носа.

Материал и методы. В клинике челюстно-лицевой хирургии Азербайджанского Медицинского Университета с 2009 по 2015 гг. методика «расширяющего аутолоскута» была выполнена 194 пациентам с горбовидной деформацией носа в ходе первичной ринопластики.

Методика «расширяющего аутолоскута» выполнялась по модификации R.P. Gruber. Из общего числа пациентов женщин было 112 в возрасте от 18 до 45 лет, а мужчин 72 в возрасте от 18 до 50 лет.

Предоперационное обследование пациентов включало: осмотр, пальпацию, риноскопию, тест Cottle, шкалу «Оценка симптомов обструкции носа», рентгенологическое, графическое, фотографическое и антропометрическое исследования.

Антропометрическое обследование было основано на измерении 33 параметров лица, носа и губ, выведении 28 индексов пропорций и сравнении полученных данных с параметрами здоровой группы лиц идентичных по полу, возрасту и этническому происхождению. При этом за основу были взяты антропометрические параметры созданного нами банка данных азербайджанцев.

При восстановлении внутреннего носового клапана в ходе первичной ринопластики придерживались следующих этапов:

1) трансколумеллярный разрез с экспозицией нижних латеральных хрящей для обнажения среднего свода и спинки носа;

2) создание элеватором туннеля под мукоперихондрием верхних латеральных хрящей до места соединения их с перегородочным хрящем;

3) отсепаровывание трансверзального компонента хряща от перегородки носа по средней линии в мукоперихондральном слое;

4) отсоединение элеватором или скальпелем верхних латеральных хрящей от места прикрепления их к носовым костям;

5) выполнение септопластики с забором хрящевого материала;

6) остеотомия горбинки носа;

7) взятие на зажим трансверзального компонента верхнего латерального хряща и ротация его кнутри приблизительно на 30 градусов;

8) ушивание трансверзального компонента верхнего латерального хряща в дупликатуре двумя швами к перегородке носа (узел затягивается до полного уплощения «расширяющего лоскута»);

9) выполнение понижения высоты спинки носа путем остеотомии костей носа - парамедиальная остеотомия, чрезкожная латеральная и трансверзальная микроостеотомия;

10) введение и ушивание колумеллярной стропилки;

11) моделирование нижних латеральных хрящей;

12) введение измельченных хрящевых трансплантатов в область спинки и кончика носа;

13) введение хрящевых трансплантатов в область крыльев носа;

14) оценка спинки носа на предмет вдавлений и образования складок мягких тканей.

Результаты исследования. Оценка эстетических и функциональных результатов операций проводилась в динамике каждые три месяца в течении года и раз в год в последующем. Эстетическая оценка включала – осмотр, пальпацию и фотографическую документацию; функциональная – переднюю риноскопию, тест Cottle, шкалу “Оценка симптомов обструкции носа”.

На основании данных функционального обследования и эстетической оценки среднего свода носа и контура спинки носа был отмечен хороший функциональный и эстетический результат операции у 186 пациентов. В отдаленный послеоперационный период у 8 пациентов было отмечены осложнения в виде неровностей спинки носа.

Выводы. Методика «расширяющего аутолоскута» в модификации R.P. Gruber является легко выполняемой и эффективной техникой, которая может быть использована при понижении спинки носа в ходе первичной ринопластики с сохранением эстетических линий спинки носа и функции внутреннего носового клапана.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГАРМОНИИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ВЫСОТЫ ПРИКУСА.

Гасанов Фарман, Ахмедов Сираджаддин

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

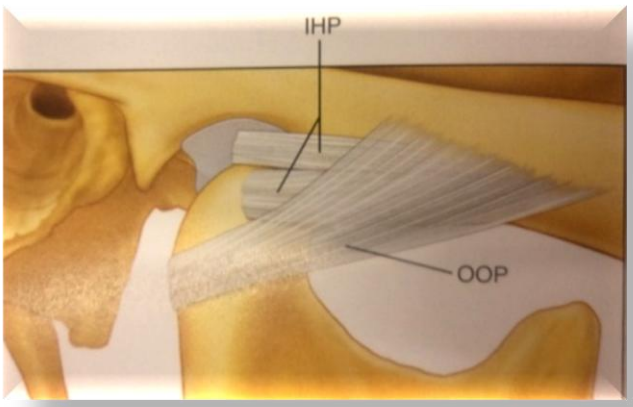
В настоящее время все так же **актуальна** проблема диагностики и лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Челюстно-лицевая хирургия, артрология и ревмотология объединяются в одной точке вместе с ВНЧС. В этой области и по данной теме велись, ведуться и будут вестись крупные и разносторонние научные и практичесские исследования, несмотря на то, что мы больше увлечены хирургией и стомотологией. Однако 50-70 % мирового населения и населения Азербайджана страдают заболеванием ВНЧС. В 20-25 % случаев обнаруживатся заболевание, 3-4% - лечатся. Неполный диагноз и незавершенное лечение являются правомерными причинами недовольства пациентов. Надо признать и стоматологи и артрологи, челюстно-лицевые хирурги затрудняются в доведении лечения этой проблемы до полного выздоровления.

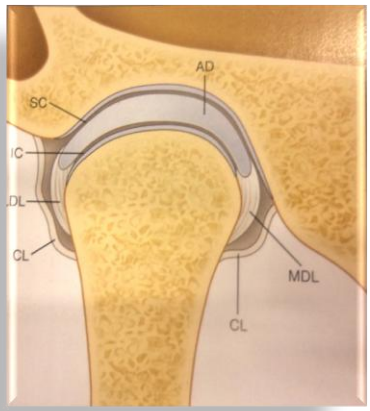
Всем известно, что нарушения жевания ведут к патологиям желудочно кишечный тракта.

Из практики и литературы нам известны следуюшие основные причины и синдромы болевой дисфункции:

- ревматические болезни,
- травма,
- адентия,
- аномалии прикуса.

Методы исследования ВНЧС: клинический осмотр аускультация суставов - наиболее простые методы, рентген, компьтернаятомография при помощи 3Д программы, а так же магнитно - резонансная томография.





Клинические проявления заболевания ВНЧС:

- боли и напряжения в самом суставе, околоушной области, височной области, внутреней стороне угла нижней челюсти, шейной области, даже в области спины;
- щелканья сустава;
- ограниченное открывания рта (особенно по утрам);
- ремиссия в летний период, обострение зимой;
- затруднения приема пищи, жевания;
- боли внутри уха;
- обшее депрессивное состояние;
- непроизвольное движение жевания у пожилых вне приема пищи;
- нарушение дикции;
- затруднения речи, эстетические недостатки из-за неправильного определения центральной оклюзии после имплантации , протезирования;
- быстрое уставание при еде, отказ от пищи;
- s-образное движение нижней челюсти во фронтальной плоскости

Эти симптомы очень схожи с невралгией тройничного нерва. Следовательно, их трудно дифференцировать. Для этого надо наблюдать за движениями нижней челюсти.

При ревматоидном или травматическом артрите выбирается адекватное лечение. В большинстве случаев, неверно выбрав тактику лечения, врачи применяют инъекции лекарств в

сустав и внутримышечно. Хочу отметить, что дополнительное введение медикаментов в суставную полость, где достаточное количество синовиальной жидкости, является излишним. Это может привести к дополнительной нагрузке сустава, и даже обострению заболевания. Только в исключительных случаях следует вводить медикаменты в полость сустава. Некоторые заболевания ВНЧС полностью излечиваются медикаментами и физиотерапевтическими процедурами. Иногда эти процедуры дают временный эффект или неэффективны.

Артрологи забывают про биоконструкцию прикуса и сустава, в то время как они комплексно и гармонично работают.

При адентии наблюдается разъедание мениска и образование грыжи, возникает глубокий прикус.

При концевой адентии следует вовремя протезировать, чтобы избежать появления грыж из-за повышенной жевательной нагрузки, снижения объема синовиальной жидкости.

Из старой литературы, нам известно, что для уменьшения нагрузки на сустав, мениск и связки, пациента укладывают в лежачее положение и вешают груз на угол нижней челюсти.

Так, как этот вариант очень травматичен для пациента, применяются каппы.

При помощи каппы повышают прикус над жевательными зубами. В течении 2-3 месяцев, иногда 6-7, сустав избавляется от напряжения. После применения кортикостероидов, хондропротекторов и избавления от болей, щелканья, ограничения подвижности проводят протезирование соответственно этой центральной окклюзии и физиологическому покою. Ортопедам-стоматологам известно, что после протезирования больные жалуются на прикус.

В большинстве случаев протезирование приводит к нарушению физиологи сустава, возникновению патологическо стираемости зубов, что способствуют дискомфорту сустава. Приходится многократно менять конструкцию зубов и прикуса, что ведет к жалобам пациентов.

У пациентов, долго носящих съемные протезы, снижается высота прикуса за счет стираемости их зубов и базисов.

А это, в свою очередь, является основной причиной, приводящей к заболеванию ВНЧС.

У пациентов появляются жалобы на дискомфорт и боль в ВНЧС, околосуставной височной области, в области угла нижней челюсти, в крыловидных мышцах, в паравертебральных и шейных мышцах. Больные жалуются на боли и усталость при приеме пищи. Иногда этим симптомам сопутствует бруксизм. Положение больных с бруксизмом еще тяжелее:

они и во время сна скрежетают зубами и суставная головка все больше давит на суставную ямку. Это увеличивает болевые ощущения;

наблюдается повышенная стираемость своих зубов или базиса протезов.

Самым оптимальным методом лечения заболевания сустава при односторонней адентии является имплантация. Однако, в этом случае (одномоментная нагрузка) Fast a Fiks может ограничить остеоинтеграцию. В этом случае частичный съемный протез можно заменить каппой. Конечно же, надо проводить плановое медикаментозное лечение.

И терапевты, и ортопеды при лечении должны учитывать будущее состояние ВНЧС, даже при пломбировании 1 зуба. Завышение и понижение высоты прикуса оказывают негативное действие.

При ортодонтическом лечении стоит уделять еще больше внимания на эту проблему. Так, как даже отклонение в 0.5 мм высоты прикуса больные чувствуют. А это, в свою очередь, становится большой проблемой после компенсаторного периода.

Только 10% больных с заболеваниями ВНЧС сустава обратились к нам после ортодонтического лечения и 4% -после терапевтического.

По работам профессора А.Тимерханова и соавторов, после изменения положения головки сустава, после ортогнатической остеотомии и неправильного остеосинтеза при переломах суставной головки, наблюдается обострение заболеваний ВНЧС. Поэтому в ортогнатической хирургии важно провести точное предоперационное планирование. Надо исключить приблизительное сопоставление на операционном столе. Перед операцией следует провести ортодонтическое лечение, а затем приготовить первоначальные и окончательные ключи для операции.

Материалы и методы исследования. Было проведено наблюдения за больными артритом ВНЧС после адентии. Хотим сообщить об отмеченном дискомфорте у пациента при неправильном определении центральной окклюзии. На рисунке первоначальная рентгенологическая картина. Была проведена имплантация зубов. На нижней челюсти был сделан несъемный протез, а на верхней – съемный протез с балл атачментом .

С первого взгляда, можно было подумать, что это отличный результат. Однако, это вовсе не так. Здесь было завышение прикуса на 1 мм. Начался дискомфорт в ВНЧС. Дискомфорт исчез после повторного исправления съемного протеза и подгонки высоты к высоте при физиологическом покое. Эта проблема наблюдалась и при понижении прикуса. У 37 больных из 40 после имплантации и протезирования наблюдалась нормализация состояния, и только у 3-х больных завышение или занижение прикуса способствовало аозобновлению патологии.

Как уже отмечалось, при глубоком прикусе больше всего наблюдался артрит ВНЧС. В «старых» литературных источниках рекомендовались в таких случаях изготовить искусственные коронки на некоторые зубы антогонисты.

Результаты исследования. У молодых пациентов с абсолютно здоровыми зубами приходилось стачивать зубы и надевать коронки, после терапевтического и физиотерапевтического лечения, а также после использования каппы для повышения прикуса. А это являлось травматическим процессом. Для предотвращения этого мы ввели новый способ завышения прикуса без обточки зубов. На нижепредлагаемом рисунке показаны гипсовые модели глубокого прикуса.

Каппа изготовлена не на все жевательные зубы, а только на 35,36,45,46 зубы. Прикус повышен на 2 мм.

Зубы, не контактирующие с антогонистами, удлинялись по феномену Попова-Годона.

Наши наблюдения показали, что в молодом возрасте в течении 3 - 4 месяцев 14, 17, 24, 27, 34, 37, 44, 47 зубы начинли удлиняться. После снатия каппы с 15,16,25, 26, 35, 36, 45, 46 зубов удлиненные 14, 17,24, 34,37, 44, 47 зубы стали контактировать. Таким образом, мы завысили прикус на 1, а иногда на 1.5 мм.

Если эта высота при центральной окклюзии оказывал помощь на комплекс ВНЧС, лечение считалось завершенным. Иногда проводили повторное завышение прикуса по необходимости. 2-м больным пришлось пригетать к этой процедуре.

Одновременно с нормализацией этой биоконструкции у некоторых больных проводили медикаментозное, физиотерапевтическое и хирургическое лечение. Однако, в отдельных случаях не потребовалось даже медикаментозного лечения.

Выводы

Важными аспектами лечения больных артритом ВНЧС после адентии являются:

1. Точное определение центральной окклюзии при терапевтическом, ортодонтическом, ортопедическом, хирургическом его лечении;
2. Наличие возможности завышения прикуса без изготовления искусственных коронок при глубоком прикусе у такой категории больных с сохранными полными зубными рядами;
3. Избавление пациента от приема стероидных препаратов при повышения прикуса.
4. При ревматических и других заболеваниях ВНЧС обязательным условием является нахождение прикуса и конструкции сустава в пределах нормы.

Литература

1. Ю.И. Бернадский «Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии 1998» 217
2. Sean-François Gandy Atlas danatomic implantaire 2009 s.162-163
3. Сердюков В.Н., Лысенко С.Н. «Способ хирургического лечения нагноившихся кист челюстей» А.с №161 8394.
4. А.А.Тимафеев «Основы челюстно-лицевой хирургии» стр.614
5. Rasmussen O.C.,Bake M. “Psoriatic artritic of the temporomandibular joint” Oral sirg. 1982 53 № 44-p.351-357
6. Farkas L.G. Antropometry of the Head and Face Sec. Ed. New York Raven Press 1994 pp.405
7. Vegter F/ Hage/Clinical anthropometry and canons of the face in historical perspective/ plast/ Reconstr/ Surg/ 106/ 1090-1095/2000

ВОСЬМЫЕ ЗУБЫ У ПРИЗЫВНИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.

Вайман А.Е., Кишев М.М.

ГБУ РД «Республиканская стоматологическая поликлиника имени М. М. Максудова» МЗ РД, г. Махачкала

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Практически каждый человек, хоть раз в жизни интересовался, почему зуб мудрости так называется. Современная официальная наука выдвигает теорию о том, что название этих зубов связано со временем их прорезывания. У большинства людей в мире последние зубы начинают прорезываться в возрастном промежутке от 17 до 22 лет и позже, вплоть до 35-40 лет, то есть в возрасте, когда человек обладает определенной житейской мудростью.

Наши предки считали, что зуб мудрости прорезывается у того человека, который достиг духовной зрелости, обрел смысл жизни и стал на путь истинный. Серьезность веры наших предковв данную теорию подтверждает старинный обычай назначать человека со всеми четырьмя зубами мудрости хранителем рода.

Ряд ученых считает, что в процессе эволюционных изменений зубы мудрости можно считать рудиментами, т.е. они утратили свою необходимость и являются пережитками прошлой жизни

человечества. В те времена пережевывание пищи не было таким простым, как в наши дни, и переработка ее требовала больших усилий, чем сейчас.

Другие исследователи считают, что зубы мудрости не относятся к числу рудиментов, так как при нормальном их развитии и прорезывании они полноценно выполняют свою функцию. Настоящей причиной их проблемного формирования является эволюционное изменение челюстей, а именно уменьшение их в размерах. И действительно, употребление человеком сравнительно легкой, термически и физически обработанной пищи, для пережевывания которой не требуется значительных усилий, привело к уменьшению размера челюстей, а значит, и к дефициту места для зубов. Так как «восьмерки» режутся позже всех зубов, то они и «страдают» от нехватки места в зубном ряду. Кроме того, у некоторыхлюдей восьмые зубы вообще не прорезываются, а всю жизнь находятся в зачаточном состоянии. Это наблюдается у35 - 40% населения планеты.

Исходя из вышеизложенного, мы попытались определить наличие и количество восьмых зубов у юношей призывного возраста (18-26 лет), призванных для службы в ряды Российской Армии, ято и явилось целью настоящего исследования.

Материал и методы исследования. В Военно-врачебной комиссии Военного Комиссариата РД с 2005 по 2010 гг. мы провели обследование 32437 человек. На всех обследуемых были заполнены медицинские карты, где было указано общее количество восьмых зубов и на каких челюстях они расположены.

Результаты исследования. Полученные нами данные размещены в таблице 1.

Таблица 1.

Данные обследования количества восьмых зубов у юношей призывного возраста РД за 2005-2010 гг.

Возраст обследованных	Всего обследовано	Наличие восьмых зубов								
		нет	все	1 на в/ч	1 на н/ч	2 на в/ч	2 на н/ч	1 на в/ч + 1 н/ч	1 на в/ч +2 на н/ч	2 на в/ч +1 на н/ч
18 лет	17517 54%	9407 29%	1,622 5%	973 3%	1625 5%	324 1%	1946 6%	323 1%	649 2%	648 2%
19 лет	6812 21%	2757 8,5%	1784 5,5%	162 0,5%	322 1%	325 1%	1136 3,5%	160 0,5%	--	166 0,5%
20 лет	1135 3,5%	325 1%	164 0.5%	--	--	168 0,5%	157 0,5%	--	321 1%	--
21 год	326 1%	--	165 0,5%	--	161 0,5%	--	--	--	--	--
22 года	4379 13,5%	--	4379 13,5%	--	--	--	--	--	--	--
23 года	1947 6%	--	1947 6%	--	--	--	--	--	--	--
25 лет	167 0,5%	--	167 0,5%	--	--	--	--	--	--	--
26 лет	154 0,5%	--	154 0,5%	--	--	--	--	--	--	--
ИТОГО	32437	12489	10382	1135	2108	817	3239	483	970	814

Выводы. Анализ результатов обследования, отображенных в таблице, привел нас к следующим выводам:

1. Ни одного восьмого зуба не прорезалось у 12489 чел., что составляет 38,1% и практически совпадает с данными статистики.

2. Все восьмые зубы были обнаружены у10382 призывников, что составляет 32%. У остальных 30% обследованных были обнаружены восьмые зубы в количестве от 1до 3 на одной или обеих челюстях в различных сочетаниях.

3. Наличие всех восьмых зубов в возрастных группах 22 года, 23 года, 24 года,25 лет и 26 лет мы объясняем малым количеством призывников в этих группах. Кроме того, это подтверждает факт прорезывания восьмых зубов после 22 лет.

Надеемся, что полученные нами результаты обследования представляют определенный интерес для врачей-стоматологов и организаторов здравоохранения в Республике Дагестан.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА.

Гусейнов Р.Р., Гусейнов Г.Р., Аталаев М.М.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Больные с переломами скулоорбитального комплекса составляют 12% повреждений челюстно-лицевой области. Около 50% травматических повреждений скулоорбитального комплекса происходит в результате дорожно-транспортных происшествий, а остальные в результате бытовой, производственной и спортивной травмы. Часто эти травмы (57%) сочетаются с черепно - мозговыми и другими политравмами, значительно усугубляя общее состояние больных. У больных с переломом скулоорбитального комплекса со смещением костных обломков всегда возникает деформация лица. Выраженность деформации зависит от степени смещения костных фрагментов и проявляется чаще всего в виде западения в скуловой и подглазничной областях и смещения глазного яблока. Смещение костных фрагментов происходит преимущественно книзу и внутрь. Помимо смещения костных фрагментов деформация может возникнуть вследствие ушиба и ранения мягких тканей на месте воздействия травмы.

Целью хирургического лечения больных с повреждениями скулоорбитального комплекса является не только восстановление анатомической целостности и функциональных нарушений, но и эстетически приемлемого внешнего вида лица. Поэтому для получения хорошего эстетического результата важно использование таких хирургических доступов для фиксации костных обломков, которые либо не оставляют заметных внешних рубцов, либо оставляют менее заметные. Таковыми являются хирургический доступ по наружному краю орбиты, субцилиарный доступ и внутриротовой доступ. Показанием к использованию доступа по наружному краю орбиты является перелом, проходящий по скулолобному отростку с диастазом фрагментов или наличие фрагментации по наружному краю орбиты.

Показаниями к использованию субцилиарного доступа является перелом, проходящий по нижнему краю орбиты с выраженным смещением отломков, наличие осколков в данной области, перелом дна глазницы с пролабированием ее содержимого в верхнечелюстную пазуху и смещением глазного яблока.

Показанием к использованию внутриротового доступа являются: выраженное смещение отломков или наличие фрагментов кости в области скулоальвеолярного гребня. Эти доступы и фиксация отломков через эти доступы применяли строго по показаниям, которые в отдельности или в комбинации в случаях с переломами с выраженным смещением отломков в двух и более областях. Такой подход позволяет получать хорошие эстетические и функциональные результаты.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ГУБКИ С МИРАМИСТИНОМ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

Гусенов С.Г., Гусейнов Г.Р., Курбанов К.К.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Операция удаления зуба, выполняемая в условиях поликлиники, относится к числу наиболее частых. Различная продолжительность и интенсивность кровотечения из лунки после удаления зуба, отсутствие эффективных гемостатических средств, а так же незащищённость от инфекции кровяного сгустка нередко приводят к возникновению воспалительных процессов, а в ряде случаев и к тяжёлым осложнениям с длительной утратой пациентом трудоспособности.

Весьма перспективным препаратом для предупреждения и лечения осложнений после удаления зуба является предложенная нами антисептическая губка с мирамистином. Мирамистин обладает выраженным антимикробным действием в отношении грамположительных и грамотрицательных, аэробных и анаэробных, спорообразующих и аспорогенных бактерий, оказывает противогрибковое действие на дрожжеподобные грибы, дерматофиты, актиномицеты и

другие патогенные грибы. Губка обладает пластическими, противомикробными и гемостатическими свойствами. Помещённая в рану, она самостоятельно рассасывается и её не нужно удалять.

Указанные обстоятельства побуждают исследователей к поиску новых методов и средств для местного гемостаза, профилактики и лечения гнойно-воспалительных процессов в челюстных костях, что и явилось **целью настоящего исследования.**

Материал и методика. Под нашим наблюдением находилось 360 больных (155 мужчин и 205 женщин) в возрасте от 15 до 72 лет. Контрольную группу составили 120 больных, которых лечили по общепринятой методике. Операции и осложнения, при которых применяли антисептическую губку с мирамистином, приведены в таблице 1. Как видно из таблицы, антисептическую губку с мирамистином мы использовали при самых разнообразных хирургических вмешательствах в условиях стоматологической поликлиники.

Таблица 1.

Заболевания и осложнения после операции удаления зуба, при которых применяли антисептическую губку с мирамистином

Операция и осложнения после неё	Количество больных
Удаление зуба по поводу острого или обострившегося хронического периодонтита Операция сложного удаления зуба	41 30
Удаление ретинированных (полуретинированных) зубов, в том числе третьих моляров нижней челюсти	16
Одновременное удаления нескольких рядом стоящих зубов	2
Удаление зубов у больных с гемофилией	3
"Защитная повязка" для лунки удалённого зуба	40
Заполнение "пустых" лунок после удаления зуба	4
Остановка кровотечений после удаления зуба (первичное, вторичное)	14
Альвеолит	23
Цистэктомия	13
Перфорация дна гайморовой пазухи	12
Резекция альвеолярного отростка при эпулисе	6
Альвеолэктомия	5
Всего	209

Методика применения губки очень проста. После удаления зуба и ревизии раны лунки высушивали стерильным марлевым шариком, после чего её тампонировали кусочками сухой губки. После удаления многокорневого зуба каждую лунку тампонировали отдельно и губку фиксировали швом. При тампонаде лунок однокорневых зубов шов не накладывали.

При устранении дефекта в дне гайморовой пазухи, перфорационное отверстие закрывали кусочком губки, который превышал размеры дефекта на 0,5 см. После этого лунку тампонировали губкой, а края десны сближали кетгутовыми швами.

Костную полость после цистэктомии заполняли губкой, размеры которой соответствовали объему костной полости. После неплотной тампонады полости рану закрывали слизисто-надкостничным лоскутом, который фиксировали швами.

При применении губки в качестве «защитной повязки» после удаления зуба, десну вокруг лунки тщательно высушивали, затем стерильным марлевым шариком удаляли излишки крови с поверхности лунки и плотно накладывали пластинку губки. При этом губка должна перекрывать края лунки на 0,5-1см. В этих случаях она хорошо фиксировалась и надолго изолировала рану от полости рта.

Результаты исследования. Ближайшие результаты после различных операций в области альвеолярного отростка, проведённых в условиях поликлиники с применением губки показали, что у 204 (96,1%) пациентов самочувствие на следующий день было удовлетворительным, температура тела не повышалась. Из 164 больных болевой симптом, обычно сопутствовавший острым воспалительным процессам в периодонте удаленных зубов, при альвеолите и

затрудненном прорезывании третьих моляров нижней челюсти, у 143 (87,1%) пациентов полностью купировался в течение первых суток, у - 13 (12,2%) - значительно уменьшился.

При обращении в поликлинику перифокальные изменения в мягких тканях, которыми сопровождаются острые воспалительные процессы в периодонте, при альвеолите, затрудненном прорезывании моляров, имелись у 69 больных. После лечения с использованием губки воспалительные изменения полностью исчезли на 2-3-и сутки у 56 (81,3%) пациентов.

Кровотечение, возникавшее при операциях в полости рта у всех 209 больных, в том числе и у 3 пациентов, страдавших гемофилией, останавливалось практически сразу же после применения губки. Случаев повторных кровотечений не отмечали.

Осмотр послеоперационных ран у 40 больных после удаления зубов с двух сторон показал, что на той стороне, на которой применяли "защитную повязку" и она сохранялась более 4 часов послеоперационная рана была чистой, выполнена хорошо сформированным сгустком. Гиперемии десны в окружности ран не выявили. Там, где "защитная повязка" сохранялась менее 4 часа (6 больных), существенной разницы в состоянии послеоперационной раны на той и другой стороне не было.

Из 40 больных, которым накладывали "защитную повязку", 37 дали ей положительную оценку: повязка позволяла нормально принимать пищу, предотвращала загрязнение раны, создавала комфорт в полости рта.

При изучении ближайших результатов лечения губкой осложнения отмечены у 3 (1,3%) из 209 больных, в том числе у 1-го расхождении швов после цистэктомии. Однако губка хорошо выполняла костную полость и, применив её дополнительно в виде прикрытия, мы достигали заживления ран. У 1-го больного, которому проводили лечение по поводу затруднённого прорезывания третьих моляров нижней челюсти, отмечалась боль, расхождение швов и выпадение губки на 2 - 3 сутки. У больного этой группы повторная тампонада лунок губкой, которую фиксировали швами, позволила устранить начинающееся осложнение. Однако у 1-го больного, несмотря на повторную тампонаду, через сутки после операции губка выпала вновь и развился альвеолит.

Отдалённые результаты (от 3 месяцев до 5 лет) использования антисептической губки с мирамистином изучили у 32 больных. Осложнений не выявили.

Выводы. Таким образом, наши исследования показали, что антисептическая губка с мирамистином обладает выраженными гемостатическими, противомикробными свойствами и оказывает стимулирующее действие на репаративные процессы в ране, что обуславливает высокую терапевтическую эффективность препарата. Применение антисептической губки с мирамистином исключает назначение антибиотиков и других противовоспалительных и общих гемостатических средств, снижает частоту осложнений после операций в полости рта, ускоряет заживление раны, исключает необходимость многократных посещений больным врача и сокращает сроки временной нетрудоспособности в 2,3 раза. Пластичность, способность самостоятельно рассасываться в ране и исключительная простота - всё это позволяет рекомендовать антисептическую губку с мирамистином для широкого внедрения в стоматологическую практику.

ДИАБЕТИЧЕСКИЕ СИАЛАДЕНОЗЫ.

Ордашев Х.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Характер связи слюнных желез (СЖ) с другими железами эндокринной системы, в том числе с поджелудочной, несмотря на доказанную способность СЖ к эндокринной функции, остается недостаточно изученным. В наиболее ранних работах по данной теме поднимается вопрос о формах этой связи и о внутренней секреции СЖ, их значении для организма на клинических примерах. Позднее появились работы, раскрывающие связи СЖ с эндокринными органами на экспериментальных моделях выключения СЖ из общей функции.

Актуальность. Данные литературы о сопряжении функций поджелудочной и СЖ крайне сложны и противоречивы. Клинические наблюдения показывают увеличение поднижнечелюстных

и околоушных СЖ при нарушении углеводного обмена и при сахарном диабете (СД), увеличение СЖ при этом получило у клиницистов название Терезинского признака или синдрома Харвата. Korp W. обнаружил у больных СД гипертрофию СЖ. Автор считает, что это безболезненное увеличение околоушных слюнных желез наблюдается в случаях легкого диабета и по мере ухудшения заболевания гипертрофируются значительно больше. Известны данные о выраженной гипергликемии у больных эпидемическим паротитом и возникающей глюкозурии после удаления СЖ. Так, Mega К., работая с экстрактами СЖ, обнаружил, что они вызывают легкое, медленное и продолжительное снижение сахара в крови. Механизм действия автор объяснил вызываемым ими гликолизом с последующим глюконеогенезом. Было показано, что 2 мг паротина производят эффект, равный приблизительно эффекту I мг инсулина, однако действие его более продолжительное, что позволяет вводить его каждые 4 дня. В противоположность этому были получены данные о гипергликемическом действии экстрактов СЖ. В связи с этим было высказано предположение, что СЖ продуцируют 2 фактора: гормон-активатор инсулина, вызывающий гипогликемию, и ингибитор инсулина.

СЖ способны вырабатывать инсулиноподобное вещество, которое используется как резервный фактор при недостаточности инсулярного аппарата поджелудочной железы и сопровождается компенсаторной гипертрофией СЖ. При аллоксановом диабете у крыс в подчелюстных СЖ в слюнных трубках отмечено появление SS-белковых групп и усиление накопления цинка. В то же время авторы не приводят убедительных данных о том, происходит ли синтез биологически активного вещества - инсулина в слюнных трубках или только его депонирование. Убедительно доказана компенсаторная роль СЖ при повреждении инсулярного аппарата поджелудочной железы и образование при этом в слюнных трубках инсулиноподобного вещества многочисленных вариантов патологических процессов СЖ. Наибольшую связь с патологией эндокринной системы и нарушением секреторного процесса имеет группа заболеваний, объединенная единым клиническим признаком - припухлостью СЖ и нарастающей сухостью слизистой оболочки полости рта.

При этих заболеваниях прямое воздействие повреждающих факторов на СЖ исключается. К ним можно отнести метаболические сиалозы и доброкачественные лимфоэпителиальные образования, выделенные в Международной гистологической классификации в группу родственных опухолям состояний по принципу припухлости СЖ, но не имеющих опухолевой природы.

Анализ литературы, посвященный патологии СЖ при воздействии эндокринной патологии, показал, что наиболее изученной является морфология сиалоза, причем на стадиях далеко зашедшего процесса, когда в клинике доминирует нарастающее снижение секреторной функции СЖ и связанные с этим вторичные поражения органов ротовой полости и желудочно-кишечного тракта. Вопросы этиологии и патогенеза этих заболеваний недостаточно раскрыты, только единичные клинические наблюдения указывают на связь этих заболеваний с нарушениями стероидного гомеостаза. Не вызывает сомнения, что прогрессирование поражения СЖ связано с развитием аутоиммунного процесса, который в большинстве случаев имеет вторичный характер, обусловленный изменениями антигенной структуры СЖ. В то же время, в литературе недостаточно раскрыт вопрос о том, какие эндогенные факторы могут быть причиной повреждения СЖ.

Приведенные данные литературы и их анализ показывают, что СЖ по разнообразию своей функции и эффекту действия различных биоактивных веществ следует отнести к органам, сочетающим экзо- и эндокринную функцию. Подобный принцип взаимоотношений наблюдается во всех органах желудочно-кишечного тракта и до настоящего времени не имеет структурного обоснования и не учитывается при трактовке различных патологических состояний. Например, способность опухолей околоушных СЖ синтезировать гормонально активные вещества, рассматривается как новые, приобретенные в процессе опухолевой прогрессии свойства, а не как проявление способности эпителиальных клеток слюнных трубок, способных к выработке гормона в физиологических условиях. Вполне доказанной является выработка СЖ гормона белковой природы - паротина, факторов роста эпителия и нервов, тимоциттрансформирующего фактора и ряда факторов с высоко биологической активностью. Иммуногистохимическими

методами обнаружена локализация этих веществ в слюнных трубках. Структурная организация этих отделов не противоречит возможности их внутрисекреторной деятельности, однако не все авторы едины в этом мнении. Функциональная морфология СЖ до сих пор не изучена с помощью тех объективных методов суждения о степени функции и локализации ее маркеров, какими являются методы количественной гистохимии. Использование гистохимических методов внесло определенный вклад в изучение мукопротеидного компонента слюны и позволили выявить широкий спектр ферментов, активных в СЖ. Были сделаны попытки взаимосвязи активности некоторых ферментов с состоянием секреторной деятельности. Имеющиеся данные о связи СЖ с эндокринными железами позволяют по- новому взглянуть на ряд заболеваний СЖ. Однако данные литературы отражают, в основном, клинические наблюдения, констатирующие связь метаболических сиалозов с изменением эндокринного гомеостаза (в большей степени-стероидного) и не раскрывают вопросов патогенеза этих заболеваний. Важно отметить, что структурная характеристика этих заболеваний отражает, как правило, стадии далеко зашедших изменений.

В связи с обнаружением диффузной эндокринной системы, а ее функционирование связано с состоянием рецепторного аппарата мембран клеток, возможно, в ближайшем будущем откроются новые возможности в изучении патогенеза сиалозов, развивающихся у больных эндокринными заболеваниями. Как свидетельствуют данные литературы, распознать сиалоз нередко очень трудно. Круг заболеваний, с которыми приходится сталкиваться при дифференциальной диагностике, весьма широк: это хронические сиаладениты, доброкачественные и злокачественные опухоли СЖ, болезнь и синдром Микулича, Шегрена, Хеерфордта, лимфадениты, специфические и одонтогенные воспалительные процессы челюстно-лицевой области. По мнению И.Ф.Ромачевой, проблема разработки методов ранней диагностики, лечения и мер профилактики больных сиалозом на фоне СД актуальна до настоящего времени и не полностью решена. Все вышеизложенное свидетельствует о целесообразности проведения дальнейших научных исследований по различным аспектам проблемы заболеваний СЖ при СД.

СД поражает все органы и системы человеческого организма, в том числе пищеварительную систему. В патогенезе СД значительное место занимают нарушения водно-солевого обмена, проявляющиеся сухостью слизистых оболочек ротовой полости. Однако поражение слюнных желез при СД изучено недостаточно.

Цель: изучение состояния слюнных желез при СД.

Материал и методы исследования. Больные СД подвергались полному клиническому обследованию. Дополнительно определялись гигиенический индекс по Грину-Вермильону, периодонтальный индекс, проводилась сиалометрия, определялись pH, вязкость, цвет, прозрачность, содержание общего белка, активность альфа-амилазы, щелочной фосфатазы в слюне. Выполнялось цитологическое и микробиологическое исследование мазков со слизистой оболочки полости рта.

Результаты исследования. Наши наблюдения показали, что поражение слюнных желез наблюдается у 29,5% больных СД. В 92,8% это поражение проявляется в виде интерстициального сиалоза. У лиц с инсулиннезависимым СД (СД II типа) с избыточной массой тела сиалоз наблюдается достоверно чаще, чем у лиц с нормальной массой тела. У жителей горной местности частота сиалозов при СД достоверно ниже, чем у жителей равнины. При инсулинзависимом СД (СД I типа) чаще поражаются поднижнечелюстные слюнные железы, при СД II типа - околоушные. Нередко поражение слюнных желез по типу паренхиматозного, интерстициального, протокового сиаладенита является предвестником СД. Данные изучения ферментов в слюне указывают на однонаправленность воздействия повреждающих факторов на поджелудочную и слюнные железы, а также синхронность возникающих в них патологических процессов. Нарушения экзокринной функции слюнных желез отражаются на состоянии гигиены полости рта, создавая "кариесогенную ситуацию", одновременно способствуя росту воспалительных явлений в пародонте. Характер сдвигов в составе слюны указывает на необходимость дополнения программ лечения СД стимулирующей, секретолитической и заместительной коррекцией функции слюнных желез.

Выводы. СД отрицательно влияет на состояния слюнных желез и ротовой полости. В связи с этим, очевидна необходимость контроля за состоянием слюнных желез, зубов, слизистой оболочки полости рта у больных СД и незамедлительное лечение при выявлении какой-либо патологии в челюстно-лицевой области. В случае выраженного нарушения метаболического контроля, лечебные мероприятия, направленные на нормализацию деятельности слюнных желез, органов полости рта и санацию зубов, должны откладываться до достижения приемлемого контроля заболевания. Тем не менее, острые инфекции требуют немедленного, тщательного лечения - вскрытия и дренирования острых воспалительных процессов в слюнных железах, антибактериальной терапии. Усиление метаболического контроля часто приводит к улучшению течения заболеваний челюстно-лицевой области. Но лечение их должно начинаться уже при наличии приемлемого метаболического контроля, не дожидаясь идеальной компенсации заболевания. В этом случае огромное значение имеет тесное взаимодействие между диабетологами и стоматологами.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРИ СИАЛАДЕНИТАХ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.

Ордашев Х.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Сахарный диабет (СД) характеризуется длительным тяжелым течением. Сочетание СД с заболеваниями челюстно-лицевой области (ЧЛО) встречается сравнительно часто. Тот факт, что состояние слюнных желез, органов полости рта обусловлены общим состоянием организма, в настоящее время не вызывает сомнений. После присоединения гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО СД приобретает более тяжелое течение со склонностью к гипергликемии, глюкозурии, коме. Гнойно-воспалительный процесс вызывает декомпенсацию СД вследствие развивающегося воспалительного ацидоза и разрушения инсулина протеолитическими токсинами микроорганизмов.

Среди множества опубликованных работ, посвященных особенностям течения гнойно-воспалительных процессов ЧЛО на фоне СД, практически отсутствуют исследования иммунологического статуса и особенностей течения гнойно-воспалительных заболеваний слюнных желез - сиаладенитов и зависимости от клинической формы СД - инсулинзависимой (ИЗСД) или СД I типа и инсулиннезависимой (ИНЗСД) или СД II типа.

Цель исследования: изучить иммунологические особенности больных, страдающих СД, осложненным сиаладенитом.

Методы исследования. Проведено изучение иммунологического статуса у 67 больных СД (в возрасте от 19 до 64 лет) с гнойным сиаладенитом. Из них 38 человек были с локализацией воспалительного процесса в околоушной слюнной железе (ОУСЖ) и 29 человек - в поднижнечелюстной слюнной железе (ПЧСЖ). У 35 человек был СД I типа, у 32 - СД II типа. Продолжительность заболевания диабетом составляла в среднем 5-8 лет. Состояние иммунной системы оценивали по следующим иммунологическим тестам: подсчет числа Т- и В-лимфоцитов (Е-РОК и ЕАС-РОК), оценка функции Т-лимфоцитов в РБТ с ФГА, оценка функционального состояния В-лимфоцитов - по спектру иммуноглобулинов G,A,M.

Результаты исследования. Установлено, что при СД I типа чаще поражаются ПЧСЖ-, при СД II типа - ОУСЖ. В первые сутки после поступления больных в стационар абсолютное количество лимфоцитов и Т-лимфоцитов было снижено соответственно на 24% и 39% по отношению к норме. Постепенное увеличение количества В-лимфоцитов отмечалось к 10 суткам, в то время как число Т-лимфоцитов при обеих формах СД в этот же период составлял только 72% от нормы. При анализе функционального состояния Т-системы установлено, что количество активных Т-лимфоцитов в остром периоде сиаладенита практически не отличалось от нормы. В последующем их абсолютное и процентное число возрастало, превышая норму на 7-е сутки после поступления в стационар. Количество В-лимфоцитов в целом отражало общую тенденцию лимфоцитарной реакции на воспаление: в первые сутки оно и при СД I типа, и при СД II типа было достоверно сниженным, а в последующем восстанавливалось к 7-му дню исследования.

После проведенного курса лечения показатели иммунитета у больных СД I типа приближались к норме, а у больных СД II типа находились на том же уровне, что и до лечения. Относительное и абсолютное число Е-РОК и ЕАС-РОК (Т- и В-лимфоциты), соотношение Т-хелперов и Т-супрессоров, титр РБТЛ у больных СД I типа было достоверно ниже по сравнению с аналогичными показателями при СД II типа.

Выводы. Для гнойных сиаладенитов на фоне СД характерно значительное угнетение Т-системы, активизация гуморального иммунитета, развитие гнойных осложнений. У больных СД гнойные сиаладениты протекают на фоне выраженных изменений иммунного статуса. Течение гнойно-воспалительных процессов в слюнных железах и состояние иммунного статуса непосредственно связаны с тяжестью и формой СД. При СД I типа гнойный сиаладенит протекает более тяжело, чем при СД II типа. Наши данные показывают, что тяжелое состояние больных данной категории требует дальнейшего совершенствования терапии, направленной на коррекцию иммунного статуса.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ЭПУЛИСА.

Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б.
Стоматологическая поликлиника и женская консультация
Центральной городской больницы, г. Дербент
НГОУ ВО «Дагестанский медицинский стоматологический институт», г. Махачкала

На любом виде стоматологического приёма врачу-стоматологу приходиться сталкиваться с таким заболеванием, как эпулис [1,3,7,12,14,18,31]. Этим термином, состоящим из двух греческих слов epi – вокруг и ulon – десна, со времён древнегреческих врачей обозначают любую опухоль, даже воспалительного характера, растущую на луночковом отростке челюсти рядом с имеющимися зубами [1,5,6,8,10,12,16, 21,23,25,34].

Другой клинической особенностью этого заболевания во все времена считалась большая вероятность рецидивирования [1,7,8,18,25] после лечения. Именно эти два обстоятельства – рост заболевания на альвеолярном отростке около зубов и частый рецидив заболевания определяло тактику лечения и объём хирургического вмешательства при этом заболевании.

Ещё в период средневековья известный арабский хирург Абулказим (Abul Kasim – 936-1013гг.), который первым разработал методику местного прижигания при хирургических операциях (каутеризацию), описал особенности клинического течения эпулиса и предложил хирургический метод лечения заболевания. При операции удаления эпулиса Абулказим предлагал «захватывать опухоль крючком или щипцами и срезать её ножницами, после чего прижигать рану железным купоросом: при рецидивах – прижигать каутером» [13,17].

Тактика лечения и объём оперативного вмешательства при эпулисе на протяжении многих веков практически не менялась. Из истории зубоврачевания известно, что знаменитый итальянский хирург XIV века Николо Фалькуччи (Nicolo Nicoli Falcucci) операцию по поводу эпулиса проводил по вышеописанному методу Абулказима [17].

За последующие столетия суть метода лечения эпулиса, которое заключалось в хирургическом иссечении новообразования, практически не менялось. В XIX веке и в первой половине XX века при эпулисе применялось также исключительно оперативное лечение, а объём лечения зависел от клинической картины заболевания. В том случае, если эпулис развивался на ножке, её подсекали у основания, и проводили кюретаж до костной ткани с полированием корней близлежащих зубов [6,8,9,23,32]. При развитии эпулиса на широком основании рекомендовалось увеличить объём оперативного вмешательства – вместе с новообразованием резецировали подлежащий альвеолярный отросток в пределах здоровых тканей [9,10,15,20,21,24,25]. А с целью предотвращения рецидива заболевания широко использовали прижигание дна операционной раны термо- или гальванокаутером [6,10,23]. При возникновении рецидива заболевания повторную операцию проводили более радикально – с удалением близлежащих зубов и значительной части луночкового отростка [1,10,20,23,24].

Приоритет хирургического метода лечения эпулиса не оспаривается и современными исследователями [5,7,12,16, 25, 27-31,34], и при этом некоторые из них предпочитают

использовать современные физиохирургические методы: электрохирургию, лазер, криодеструкцию [4,14]. Но за последние три десятилетия мнения исследователей на сущность процесса развития эпулиса и тактику его лечения несколько изменились, основываясь на том, что объединение заболеваний только по анатомо-топографической локализации в области альвеолярного отростка, не отвечает современным взглядам онкологии. По этой причине в современных руководствах и учебниках по хирургической стоматологии появились более сдержанные взгляды на лечение эпулиса типа: «лечение заключается в устранении фактора, который способствовал развитию эпулиса» [27,28], «лечение фиброматозного и ангиоматозного эпулисов не всегда требует оперативного вмешательства» [29] или «не следует торопиться с удалением образования, так как оно после лечения может уменьшиться в размерах или самостоятельно исчезнуть» [30]. Указанные авторы считают, что одним из предрасполагающих факторов развития эпулиса является травма десневого края, и в первую очередь лечение эпулиса должна начинаться с устранения травмирующего фактора (если он выявлен). Снятие неправильно изготовленных ортопедических конструкций, исправление дефектов пломб, лечение кариозных зубов, удаление разрушенных зубов, исправление зубочелюстных аномалий в области локализации эпулиса и повышение гигиены полости рта – нередко, по их мнению, приводят к обратному развитию заболевания [27-30].

Следует отметить, что с учётом онкологической настороженности, некоторые исследователи [18,31,34] и в настоящее время при лечении эпулиса рекомендуют придерживаться радикальной тактики хирургического лечения.

Так, В.А.Хрипунков [31], В.А.Щипский и соавт.[34] считают, что более радикальная тактика при хирургическом вмешательстве при эпулисе необходима из-за того, что «дифференциальная диагностика новообразований в области альвеолярного гребня имеет сложный характер и отличается высоким уровнем диагностических ошибок на предварительном этапе диагностики». По их данным, гистологическое исследование 45 объёмных образований альвеолярного отростка, которых при клиническом обследовании отнесли к эпулисам, подтвердил диагноз заболевания только в 56% случаев. В некоторых случаях находили сочетания разных гистологических вариантов эпулиса – гигантоклеточного с фиброзно-ангиоматозным, фиброзного с болезнью Фордайса. У двух больных, у которых предполагали эпулис, обнаружили экзофитную форму амелобластической фибромы и плоскоклеточный рак.

Разногласия существуют и при выборе тактики лечения эпулисов у беременных женщин, которые обусловлены отсутствием единого взгляда на генез этого заболевания. Одни учёные это заболевание у беременных связывают с наступающими при гестации гормональными сдвигами в организме и считают их эпулисами гормональной природы [2,3,5,19,33]. Другие исследователи на основании сопоставления данных морфогистохимических исследований эпулисов у беременных женщин, у мужчин и у небеременных женщин не находят у них различия в гистологической картине, и делают вывод о морфогенетической общности заболевания в разных группах лиц [18]. Третья группа авторов, подчёркивая воспалительную природу заболевания, эпулис у беременных называют гранулёмой беременных [16,29].

Разные точки зрения на этиопатогенез эпулиса у беременных, отражаются в противоречивых мнениях на прогноз и методы лечения этого заболевания, которые в специальной литературе выражаются в ней виде следующих формулировок:

1. с прекращением беременности эпулис значительно уменьшается в размерах, но полного регресса заболевания не происходит [5,12,22];
2. эпулис беременных после родов уменьшается, иногда исчезает [6,16,18,27-29,33];
3. эпулис рекомендуют удалить хирургическим путём после родоразрешения или окончания кормления грудью [11,19,33];
4. эпулис беременных претерпевает полное обратное развитие через 2-7 месяцев после родов [2,3].

На этих противоречивых взглядах на генез и исходы эпулисов у беременных женщин основаны и различные мнения о методах и сроках их лечения. При этом большинством исследователей приоритет хирургического лечения эпулисов у беременных женщин не оспаривается, а разногласия касаются объёма операции и времени её проведения [11,18,19,32,33].

Считается установленным, что размеры эпулиса у женщин после родов значительно уменьшаются [2,3,5,6,12,16,18,22,27-29]. На этом основании А.И. Евдокимов и Г.В.Васильев [11] и И.К.Королёва [19] считают возможным отложить проведение оперативного вмешательства до родоразрешения, а, по мнению Л.Шугар и соавт. [33] – до окончания кормления грудью.

Другой точки зрения придерживается Г.В.Колпакова [18] которая считает, что лечение эпулиса у беременных должна проводиться радикально по общим принципам, принятым в онкологии, и отсрочка операции удаления эпулиса до родоразрешения в большинстве случаев является необоснованной. Под наблюдением автора находились 34 беременные женщины с эпулисами, у 25 (73,5%) из них было проведено оперативное лечение эпулиса на 7-8 месяцах беременности, у 2 (5,9%) – на 4-5 месяцах беременности, у 6 (17,6%) – после родов, и только у 2 (5,9%) женщин произошло спонтанное обратное развитие новообразования.

Существует мнение, что лечение эпулисов у беременных женщин должно более щадящим, и показано его иссечение только при возникновении функциональных нарушений [16,27-29], хотя следует отметить, что в литературе имеются данные и о возможности полного обратного развития эпулиса после родов и без хирургического вмешательства [2,3,6,21].

На основании вышеизложенного очевидно, что во все времена для лечения эпулиса методом выбора оставался хирургический метод, который отличался только объёмом удаляемых тканей и методикой обработки послеоперационной раны, а при развитии эпулиса у беременных женщин разногласия касались так же времени и сроков проведения оперативного вмешательства. При этом разный подход к объёму и границам оперативного вмешательства обусловлен с одной стороны, различием гистологического строения образований, объединённых под общим термином «эпулис», а с другой – наблюдаемыми частыми рецидивами заболевания после проведённого лечения.

Литература

1. Агапов Н.И. Клиническая стоматология детского возраста. – М.-Л.,1937. – С.246-247.
2. Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б., Алиева З.Б. Клинические наблюдения за эпулисами у беременных женщин, их лечение и прогноз. // Клиническая стоматология. – М., 2012. – №2. – С. 44-47.
3. Бахмудов Б.Р. Частота развития, клиническая картина, гистологическая характеристика и лечение эпулиса у беременных женщин. // Новое в стоматологии. – М., 2015. –№1. – С. 54-59.
4. Белова Е.Ю. Комплексное лечение заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта с применением лазерного хирургического аппарата с компьютерным управлением: Автореф. … канд. мед наук. – М., 1999. –24 с.
5. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии. – Витебск, 1998. – С. 238-320.
6. Верлоцкий А.Е. Хирургическая стоматология. – М.-Л., 1940. – С. 81-83.
7. Гладилин Д.Ю. Клинико-морфологические особенности эпулисов у детей: Диссертация … к.м.н. – Тверь, 2005. – 128с.
8. Говсеев Л.А. Краткий курс одонтологии. – М.-Л., 1926. – С. 219-220.
9. Гофунг Е.М. Клиника болезней зубов и полости рта. – М.-Л., 1930. – С. 517-519.
10. Евдокимов А.И., Лукомский И.Г., Старобинский И.М. Хирургическая стоматология. – М.1950. – С. 295-296.
11. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. Хирургическая стоматология. – М., 1964. – С. 242-265.
12. Евдокимов А.И. (ред) Руководство по хирургической стоматологии. –М., 1972. – С. 343-344.
13. И.Зимин, Орехова Л., Мусаева Р. Из истории зубоврачевания или Кто лечил зубы российским монархам. – М., 2015. – С. 60-61.
14. Иорданишвили А.К. Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта. – М., 2008. – С. 209.
15. Канторович А. Клиническая стоматология. – М.-Л., 1932. – С. 207.
16. Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи. – М., 2004. – С.108-112.
17. Коварский М. Краткая история зубоврачевания. – М., 1928. – С. 70-79.

18. Колпакова Г.В. Некоторые вопросы морфогистохимии и клиники эпулисов: Диссертация … канд. мед наук. – Махачкала, 1973. –229 с.
19. Королёва И.К. Клинические, морфологические и гистохимические исследования эпулисов: Автореф. … канд. мед наук. – М., 1965. –24 с.
20. Лимберг А., Львов П. Учебник хирургической стоматологии. – М.-Л., 1938. – С. 259-261.
21. Маслов Г.А. Болезни полости рта. – М., 1926. – С. 118-119.
22. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. – Л., 1982. – С. 192-197.
23. Parreidt J. Краткое руководство по зубнымъ болезнямъ / Пер. с нем. –С.-Петербургъ, 1890. – С. 95-96
24. Рывкинд А. Большая медицинская энциклопедия. – М.,1936. – С.578-579.
25. Port и Euler. Руководство по зубоврачеванію / Пер. с нем. – Берлин, 1923. – С.714-716.
26. Сабо Е. Амбулаторная хирургия зубов и полости рта. – Будапешт, 1977. – С. 264.
27. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. – М.,2007. – С. 645-647
28. Хирургическая стоматология. /Под общей редакцией проф. В.В. Афанасьева. – М., 2010. – 735-737.
29. Хирургическая стоматология. / Под редакцией проф. Т.Ф. Робустовой. – М. 2011. – С. 592-594.
30. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. / Под редакцией проф. А.А.Кулакова, проф. Т.Г.Робустовой, проф. А.И.Неробеева. – М., 2010. – С. 738.
31. Хрипунков В.А. Предортопедическая хирургическая подготовка у пациентов с новообразованиями альвеолярного гребня с применением силиконовой мембраны: Автореф. … канд. мед наук. – М., 2009. –24 с.
32. Чернов Е.Ф. Эпулиды (клинико-морфологические исследования): Автореф. … канд. мед наук. – М., 1965. –12 с.
33. Шугар Л., Баноци Й., Рац И., Шаллаи К. Заболевания полости рта (пер. с венгерского). – Будапешт, 1980. – С.203-205.
34. Щипский В.А., Хрипунков В.А., Хубутия Б.Н. Диагностика опухолей и опухолеподобных образований в области дёсен //Российский стоматологический журнал. – М., 2008. – №4. – С. 29-31.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ.

Катман М.А.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита

Актуальность. Невралгия тройничного нерва (НТН) выделена в отдельную нозологическую форму в 1756 году. Несмотря на то, что со времени ее первого описания прошло более 200 лет, вопросы этиологии, патогенеза и лечения нельзя считать полностью решенными.

По данным ВОЗ НТН страдает более 1 миллиона человек во всем мире, что составляет в среднем 2-4 человека на 100000 населения. В Российской Федерации ее распространенность колеблется от 30 до 50 больных на 100000 населения.

Невралгия тройничного нерва – это симптомокомплекс, проявляющийся приступами мучительных болей, локализующихся в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва. (Кадыков А.С., 2011). Она чаще возникает у женщин, чем у мужчин (соотношение 3:2) в возрасте от 40 лет и старше. У 60% пациентов приступы болей возникают в правой половине лица; у 98% в процесс вовлекаются вторая и третья ветви тройничного нерва.(Гусева Е.И., 2014)

Известно, что сдвиги в системах гемостаза и иммунитета влияют на состояние гомеостаза, вплоть до развития самостоятельных синдромов и болезней, не исключено, что патологические процессы в нервной системе могут вызывать изменения в них. Доказано, что между системами гемостаза и иммунитета существуют тесные связи, образующие единую защитную гуморальную систему организма.(Кузник Б.И., 2000)

В литературе имеются сообщения об успешном воздействии на иммунную систему, гемостаз и неспецифическую резистентность биорегулирующей терапией.(Кузник Б.И., 2004). Однако исследований, посвященных эффективности применения биорегуляторов при лечении НТН, в доступной литературе нами не найдено.

Целью работы нашего исследования стало изучение состояния системы гемостаза и иммунитета у больных с НТН и их коррекция биорегулирующими пептидами.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели под нашим наблюдением находилось 90 больных с диагнозом: Невралгия тройничного нерва, в возрасте от 42 до 68 лет. У большинства из них преобладала правосторонняя локализация невралгии с поражением III ветви тройничного нерва. Длительность заболевания от 5 до 27 лет. Все пациенты ранее получали амбулаторное и стационарное лечение в неврологических и челюстно-лицевых отделениях г.Читы и Забайкальского края.

Последнее, заключалось в назначении противоэпилептической, седативной, симптоматической и витаминотерапии. Кроме того, проводили блокады с 10º этиловым спиртом или алкоголизацию 80º этиловым спиртом периферических ветвей тройничного нерва.

Данный лечебный комплекс приводил к ремиссии заболевания от 3 месяцев до 1,5 лет, но полного излечения НТН у больных отмечено не было.

Все пациенты были разделены на две группы. В группу клинического сравнения вошло 35 больных с НТН, получавших Финлепсин по 0,02 3 раза в день в течение месяца, сибазон 0,005 1 раз в сутки, витамины В1, В6 по 1 мл внутримышечно по 10 инъекций. (Левин О.С., 2014). Пациенты основной клинической группы (55 человек) получали дополнительно в комплексе лечения биорегуляторы: кортексин и эпиталамин. Препараты вводили внутримышечно по 1 мг на протяжении 10 дней. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров в возрасте 35-45 лет.

Клиническую эффективность терапии оценивали на основании частоты, длительности и интенсивности болевого приступа, сроков ремиссии и др.

При изучении системы гемостаза определяли время рекальцификации плазмы, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое и тромбиновое время, тромботест, концентрацию фибриногена, Хагеман-зависимый фибринолиз, антитромбин – III, растворимые фибрин-мономерные комплескы (РФМК).(Долгов В.В., 2005)

Для оценки состояния иммунитета исследовали количество лейкоцитов, лимфоцитов, субпопуляции лимфоцитов, уровень иммуноглобулинов А, М, G и С-реактивного белка. (Лебедев К.А., 2003)

Результаты исследования. При поступлении больные групп сравнения предъявляли жалобы на типичные приступы невралгии, с характерными провоцирующими факторами и типичным болевым поведением. Применение традиционной терапии приводило к уменьшению болей (75%) или их полному устранению (25%) после курса лечения Финлепсином.

После лечения с применением биорегуляторов 90% больных с НТН отмечали после первых инъекций снижение интенсивности болей, сокращение длительности и частоты приступов, по сравнению с контрольной группой. После проведенной терапии срок ремиссии в группе клинического сравнения в среднем составил 3,5 месяца, в основной группе увеличился до 7,5 месяцев.

У больных с НТН в период обострения до лечения отмечено удлинение времени рекальцификации плазмы, повышенное содержание продуктов деградации фибриногена, снижение активности антитромбина – III и торможение фибринолиза.

Полученные факты указывают на наличие у пациентов хронической формы ДВС-синдрома. Это подтверждалось также результатами показателей АЧТВ, тромботеста, РФМК. У больных первой группы после традиционной (противосудорожной) терапии усиливался гемокоагуляционный потенциал и лабораторные признаки внутрисосудистого свертывания крови.

У лиц, получавших дополнительно биорегулирующую терапию, выявлено повышение активности антитромбина – III, ускорялся фибринолиз, уменьшалась частота выявления продуктов деградации фибрина в крови. Исследование состояния иммунитета у больных с НТН до лечения выявлена лимфоцитопения на фоне выраженного лейкоцитоза. Кроме того, обнаружено у них

снижение более чем в 2 раза относительного содержания CD 3+, CD 4+ – более чем на 20%, CD 8+– на 10%.

Изучение показателей гуморального иммунитета свидетельствовало о повышенном содержании количества CD 22+ и концентрации иммуноглобулинов A, M, G. Эти результаты говорили о наличии у больных рассогласованности деятельности иммунной системы.

В группе клинического сравнения у пациентов после лечения не происходило существенных изменений и в системе иммунитета. Содержание лейкоцитов несколько уменьшилось, но продолжало заметно превышать норму. Кроме того, отмечена лишь тенденция к восстановлению уровня лимфоцитов. Относительное содержание всех иммунокомпетентных клеток продолжало существенно снижаться (CD 3+, CD 8+, CD 4+), а концентрация иммуноглобулинов A, M, G оставалась без перемен.

В группе пациентов, получавших помимо традиционной терапии биорегуляторы, отмечено восстановление числа лейкоцитов, лимфоцитов, CD 8+ и уровень Ig A, Ig M и Ig G. Остальные показатели клеточного и гуморального иммунитета имели явную тенденцию к нормализации.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что включение биорегуляторов в комплекс традиционного лечения НТН способствует повышению эффективности реабилитационных мероприятий (удлиняет сроки ремиссии, снижает интенсивность и частоту болевого приступа), нормализации показателей гемокоагуляции и специфического иммунитета. Кроме того, биорегулирующая терапия способствовала ликвидации последствий невралгии тройничного нерва (фобический синдром, постинъекционные невриты и др.).

КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИАЛАДЕНОЗА ПРИ ГИПО- И ГИПЕРТИРЕОЗЕ.

Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А., Халитов И.А., Асиятилов Г.А
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Проведенные в последние десятилетия эпидемиологические исследования показали зависимость различных заболеваний от этнической принадлежности(1). До настоящего времени в литературе достаточно не описаны данные об этнических особенностях распространения сочетанных поражений щитовидной и слюнных желез в многонациональной республике Дагестан, который представляет собой один из тех немногих регионов мира, где проживают более тридцати этносов, из которых семь – наиболее многочисленных, проживают в моноэтнических сельских административных районах.

Эти факторы, сложившиеся в ходе исторического и эволюционного процесса в нашем субъекте, не могут не сказываться и на особенностях внутренних процессов макроорганизмов, в том числе и на течении различных заболеваний. Некоторые авторы многие вопросы этиологии и патогенеза считают все еще спорными и недостаточно изученными(2, 3). Поэтому не случайно одно и то же заболевание описывают под различными названиями, отражающими неоднозначные взгляды на его природу (4, 5, 6, 7).

Многие исследователи рассматривают поражение щитовидной железы, как генетически обусловленное заболевание. Эти представления имеют солидную экспериментальную базу. Однако значимость генетических факторов в эпидемиологии на популяционном уровне нельзя считать доказанной.

Необходимы исследования, где межэтнические средовые различия исключаются или же минимальны. С этой позиции Республика Дагестан представляет собой уникальный регион, где в близких, а по некоторым параметрам и идентичных средовых условиях, проживают различные этнические группы. Кроме того, Дагестан относится к числу йододефицитных регионов. В Дагестане проживают около 30 этнических групп. Этнографы утверждают об их едином происхождении.

Целью настоящего исследования: изучить климато-географические особенности сиаладеноза при гипо- и гипертиреозе в Республике Дагестан.

Материалы и методы исследования. Обследование проводилось в г.Махачкале и некоторых горных и предгорных районах Республики Дагестан. Всего мы провели комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение 92 больных: 12 мужчин и 80 женщин, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты анализа распределения наших больных по географическим зонам показали, что большая часть населения проживали на равнине(47%) меньшая — в горной зоне (33%) и предгорье (20%). При этом сиаладеноз на фоне гипотиреоза чаще диагностировали у жителей равнинной зоны (47%) по сравнению с горной и предгорной (26,5% и 26,5). На фоне гипертиреоза сиаладеноз чаще встречался в равнинной (48%) и горной (38%) зонах по сравнению с предгорной (14%) (табл.1).

Таблица 1

Распределение больных с сиаладенозами на фоне дисфункции щитовидной железы по экологическим зонам Республики Дагестан

Экологические зоны Республики Дагестан	Всего:		Группы наблюдения				%	p
			Гипотиреоз		Гипертиреоз			
	ЧБ	%	ЧБ	%	ЧБ	%		
1.Равнинная	34	47	14	47	20	48	-	>0,05
			-	41	-	59	100%	
2.Предгорная	14	20	8	27	6	14	-	>0,05
			-	57	-	43	100%	
3.Горная	24	33	8	27	16	38	-	>0,05
Итого	72	100,0	30	100,0	42	100.0		

У жителей равнинной и особенно горной зон просматривалась тенденция к развитию сиаладеноза на фоне гипертиреоза (соответственно 59% и 67%) в то время, как у жителей предгорья несколько чаще встречался гипотиреоз (57%). Однако, достоверных различий отмечено не было (p>0,05) (табл.1).

Анализ данных о заболеваемости слюнных желез в сочетании с гипо- и гипертиреозом в зависимости от этнических групп населения Республики Дагестан представлен в таблице 2.

Из таблицы видно, что показатели больных с гипо- и гипертиреозом варьировали в этнических группах в широких пределах. При этом преобладание больных с сиаладенозом на фоне гипертиреоза у жителей горных районов (аварцы 75%, p<0,001; даргинцы 60%,кумыки 67%,p>0,05) и обратная зависимость- преобладание гипотиреоза у жителей плоскостной зоны (азербайджанцы -100%, p<0,001; лезгины 83%, p>0,05).

Таблица 2

Распределение больных сиаладенозом на фоне гипо- и гипертиреоза в зависимости от национальной принадлежности

Национальность	Всего		Группы наблюдения				%	P
			Гипотиреоз		Гипертиреоз			
	ЧБ	в%	ЧБ	В%	ЧБ	в %		
Аварцы	40	57	10	36		71		
				25%	30	75%	100%	<0,001
Даргинцы	10	14	4	14		14		
				40%	6	60%	100%	>0, 05
Кумыки	6	8	2	7		10		
				33%	4	67%	100%	<0,05
Лезгины	12	16	10	36		5		
				83%	2	17%	100%	<0,05
Азербайджанцы	2	3	2	7			100%	<0,001
ИТОГО	70	100,0	28	100,0	42	100,0		

Примечание: 22 человека из 92 вместо национальности отметили «гражданин России».

На основании результатов наших исследований можно предположить, что существует некая зависимость между этническим фактором феномена повышенного риска поражения щитовидной железы и, соответственно, слюнных желез у населения Дагестана, особенно у тех сельских жителей республики, проживающих в горах, в частности аварского населения, по сравнению с жителями других национальностей, особенно плоскостных зон.

Длительность заболевания щитовидной железы у наших больных была различной и составила следующие сроки: до 3-ех лет -39%, 4-6- 37% и в сроки более 7 лет-24%.

Нарушение функции щитовидной железы в виде гипотиреоза наблюдали наиболее часто в группе больных, которые болели более 4-6 лет (56%), ВТО же время гипертиреоз чаще наблюдали у больных сиаладенозом в группах, где продолжительность болезни до 3-х лет (46%).

Наиболее часто больные были госпитализированы по поводу поражения щитовидной железы однократно (41%) или 2 раза (33%). Реже - 3 раза (20%) или 4 (6%) раза. При однократной госпитализации незначительно преобладали больные с гипотиреозом (58%) по сравнению с больными с ги- пертиреозом (42%). Неоднократные госпитализации, напротив, наиболее часто отмечались у пациентов с гипертиреозом, соответственно: 2 раза - 73% 3 раза-78%,4раза-67%.

Выводы.

1. Подтверждено, что климато-географический фактор влияет на развитие сиаладеноза у лиц, страдающих гипо- и гипертиреозом, а этнический фактор не имел существенного влияния.

2. Проведенное эпидемиологическое обследование больных гипо- и гипертиреозом позволило установить, что гипертиреоз в сочетании с сиаладенозом наблюдался преимущественно у жителей горных районов. При этом чаще болели женщины (87%) в наиболее трудоспособном возрасте.

Литература:

1. Бубякина М.С., Мовшев Б.Е. Сравнительная характеристика влияния удаления слюнных и слезных желез на посттравматическую регенерацию костной ткани // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 1965. №3.-С.101-102.

2. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В., Морозов А.Н. Заболевания и повреждения слюнных желез // -Москва.1987.-С.71-73.

3. Рыбакова М.Г., Рябцева И.Т., Кирсанова К.И. и др. Слюнные железы человека при различных состояниях эндокринной системы // Морфология основы иммунопатологических процессов. – Л. 1983.- Вып.34.-С.136-138.

4. Donath K., Gundbach K. Ein poitrag zur Etiologie und patogenese der chronisch reziaiveerenden Parotitis // Dtsch. Zahnarztl. Z.- 1978.-Ed.34.- №1.- P.45-49.

5. Mata A., Marques D. et all. Effect of extracellular magnesium on secret a gogue-evoked amylase secretion in the isolated rat parotid gland segments // Magnes Res.- 2002.- Vol.15.- №3-4.- P.161-165.

6. Nagler R.M., Lischinsky S., Diamond E. et all. New insights into salivary lactate dehydrogenase of human subjects // J. Lab. Clin. Med.- 2001.- V.137.- №5.- P.283.

7. Todor G. Lecture: Recent Aspects of chemistry of vitamin C. – London.- 1982. P.291/

ЭПУЛИС БЕРЕМЕННЫХ: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ДИНАМИКА ОБРАТНОГО РАЗВИТИЯ.

Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б.

Стоматологическая поликлиника и женская консультация
Центральной городской больницы, г. Дербент
НГОУ ВО «Дагестанский медицинский стоматологический институт», г. Махачкала

В медицине обратное развитие патологических изменений в тканях при изучении любой нозологической формы, как биологическая проблема, имеет два основных аспекта – клинический и морфологический. Клинический аспект обратимости любого заболевания включает в себе круг вопросов, касающихся видимых проявлений заболевания, динамики изменения симптомов в процессе проводимого лечения и результатов лечения (исхода) заболевания. Задачей же морфологического аспекта обратимости патологии является выяснение структурных изменений тканей, подвергшихся патологическим изменениям. Другими словами, задачей морфологического

аспекта изучения обратного развития любой патологии является изучение материальной основы наступающих клинических проявлений, их динамики в течение заболевания [6,8].

Большинство исследований в специальной литературе, посвященных проблеме обратимости патологических процессов, касаются заболеваний, в основе развития которых лежит острое или хроническое воспаление. Между тем есть достаточно оснований считать, что это очень важная проблема и современной онкологии [1-5,7].

Так, по данным Т.Н.Сергеевой [7] у детей полипы размерами менее 5 мм, локализованные в кардио-эзофагиальном переходе, подвергаются обратному развитию в виде уменьшения размеров в 21,8% случаев, а у 14,5% детей наступает полный регресс новообразований. При этом обратное развитие полипов чаще происходит в подростковом возрасте – в 13-15 лет.

В.Н. Ляпунова [4] наблюдала за 42 взрослыми пациентами с полипами желудка на фоне хронического гастрита ассоциированного с хеликобактер пилори. Проведение стандартной эрадикационной терапии в течение трёх лет по схеме, включающей омепрозол, кларитромицин, амоксициллин, а в ряде случаев денол привело к тому, что у 8 (19,05%) из них произошло исчезновение образований, а ещё у 4 (9,52%) пациентов – уменьшение в размере по сравнению исходным.

Особый интерес вызывает сообщение П.Л. Жаркова и Г.Р. Бекзадян [3] о полном исчезновении новообразования костной ткани – экзостоза гигантских размеров бедренной кости, диагностированный в возрасте 7 лет, который без оперативных вмешательств подвергся полному обратному развитию к 14 годам, т. е. через 7 лет наблюдения. Авторы демонстрируют данный клинический случай серией рентгенограмм ребенка, которые показывают динамику уменьшения новообразования с возрастом ребенка и объясняют регресс образования чрезвычайной пластичностью костной ткани в процессе возрастной перестройки, особенно в период формирования скелета.

Клиническим примером возможности обратного развития новообразований служат и сообщения о спонтанных регрессах эпулисов у беременных женщин после родов [1,2]

Целью данной работы явилось изучение частоты развития эпулиса у беременных женщин и особенностей их обратного развития после родов.

Материал и методы. За 15 лет (с 2000г. по 2014 г.) в женской консультации г. Дербента на диспансерном учёте у врача-стоматолога наблюдались 31484 беременные в возрасте от 16 до 39 лет. За период беременности среди них у 15 женщин были диагностированы эпулисы. После выявления новообразования беременную осматривали до родов от 1 до 4 раз в месяц в зависимости от локализации и размера эпулиса, а после родов 1 раз в месяц до полного обратного развития заболевания.

Распределение случаев развития эпулиса беременных, частота их выявления по годам наблюдения представлено в таблице.

Таблица

Частота развития эпулиса среди беременных женщин г. Дербента, взятых на диспансерный учет в женской консультации в 2000-2014 гг.

Год наблюдения	Количество обследованных беременных	Количество выявленных случаев эпулиса	
		Абс.	%
2000	1798	1	0, 056
2001	1820	1	0,055
2002	1854	-	-
2003	1902	1	0,053
2004	1815	-	-
2005	2011	2	0,100
2006	1998	1	0,050
2007	2086	-	-
2008	2162	1	0,047
2009	2312	2	0,087
2010	2348	-	-
2011	2353	1	0,043
2012	2505	1	0,040

2013	2131	2	0,093
2014	2040	2	0,098
За 15 лет	31484	15	0,047

Лечение эпулиса у беременных заключалось в соблюдении гигиены полости рта и полоскании после приема пищи 0,02% раствором фурацилина и раствором ротокана. При больших размерах эпулиса для профилактики его изъязвления и инфицирования тупой иглой промывали промежуток между зубами и прилегающим новообразованием растворами 3% перекиси водорода и 0,1% перманганата калия. У 4 беременных при больших размерах эпулиса (более 2,0 см.) для снижения риска его травмирования зубами применяли общеизвестный метод склерозирования гипертрофированных тканей, используемый при лечении гипертрофического гингивита, применяя для местного введения инъекции 40% раствора глюкозы, как наиболее безопасное средство для таких целей при беременности – до 10 инъекций через день. У 3 беременных, когда размеры эпулиса приводили к значительным функциональным нарушениям часть новообразования, мешающая смыканию зубов, иссекали под местной анестезией и направляли на гистологическое исследование на кафедру патологической анатомии Дагестанской медицинской академии.

Результаты исследования. По результатам наших наблюдений частота развития эпулиса у беременных женщин колеблется от 0,040% (2012 год) до 0,100% (2005 год) – составляя в среднем за 15 лет – 0047%.

Большинство беременных обратились по поводу появившегося образования через 15-20 дней после начала заболевания.

У всех наблюдавшихся нами женщин эпулисы по сроку гестации возникли во втором триместре беременности – между 16 до 26 неделей беременности. Важно отметить, что ни у одной из них при первичном осмотре у стоматолога заболевание не было выявлено. При этом у 4 женщин эпулис развился как рецидив заболевания: из них 1 женщина по поводу эпулиса верхней челюсти лечилась хирургическим методом 2 года назад до наступления текущей первой беременности и 3 повторнобеременные женщины отмечали в анамнезе развитие эпулиса при первой беременности. Считать все эти 4 клинических случая рецидивами заболевания нам позволяет то обстоятельство, что у вех 4 беременных повторно эпулисы появились от 2 до 6 лет клинического благополучия, после полного регресса первичного эпулиса, и локализовались рецидивы заболевания топографически на одном и том же месте – у одних и тех же зубов.

Эпулисы независимо от локализации за период беременности у всех женщин имели тенденцию к росту, хотя интенсивность роста была строго индивидуальной, и предсказать в динамике размеры новообразования было невозможно. При рецидивах эпулиса к концу беременности (2 случая – которых мы наблюдали сами) размеры новообразования были значительно больше, чем при первичном случае развития заболевания. При этом следует заметить, что при расположении эпулиса с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка, даже значительное увеличение его размера за короткий промежуток времени, из-за наличия значительного свободного пространства до переходной складки, клинически особых жалоб у беременных не вызывал. Все беременные женщины отмечали, что размеры новообразований значительно уменьшались сразу после родов, соответственно улучшалась и динамика клинической симптоматики заболевания.

Уменьшение размеров эпулиса продолжалось в послеродовом периоде, и через 2-7 месяцев после родов у всех женщин произошло полное обратное развитие новообразования без применения оперативного вмешательства. При этом прямой связи между продолжительностью периода полного обратного развития эпулиса с его первоначальными размерами не наблюдалось.

По результатам морфологического исследования у всех трёх беременных, у которых иссекали часть эпулиса из-за возникших значительных функциональных нарушений, приводящих к невозможности нормального смыкания зубов, были выявлены ангиоматозные формы эпулиса с типичной патогистологической картиной.

Заключение. Самопроизвольное исчезновение патологического процесса у всех наблюдавшихся женщин после родов, которое возникло за период беременности, позволяет предположить, что это заболевание связано наступающими циклическими иммунологическими и

гормональными изменениями в организме женщины. Известно, что морфологическая составляющая обратимости любых патологических процессов, его структурная основа характеризуется нормализацией строения клеток после прекращения действия патогенных факторов в результате интенсификации внутриклеточных регенераторных процессов [6,8], что и является предметом наших дальнейших исследований.

Литература

1. Бахмудов Б.Р. , Алиева З.Б., Бахмудов М.Б. Случай полного обратного развития рецидива эпулиса гигантских размеров у беременной женщины после родов // Клиническая стоматология. – М., 2008. – № 1. – С. 82-83.
2. Бахмудов Б.Р., Шахназаров А.М. Особенности клиники и тактика лечения гиперплазии десны у беременных женщин. // Клиническая стоматология. – М., 2014. – № 2. – С. 34-38.
3. Жарков П.Л., Бекзадян Г.Р. Исключительный случай полного исчезновения экзостоза бедренной кости // Радиология-практика. – М., 2008. – № 5. – С. 43-45.
4. Ляпунова В.Н. Полипы желудка: динамика развития и результаты эндоскопической полипэктомии: Диссертация … канд. мед. наук. – М., 2014. –127 с.
5. Нахамияев В.Р. Эндогенные биорегуляторы в терапии рака. // Анналы хирургической гепатологии. – М., 2000. – Том 5. – № 1. – С. 114-124.
6. Саркисов Д.С. Очерки по структурным основам гомеостаза. – М.,1977. – С. 246-324.
7. Сергеева Т.Н. Полипы кардио-эзофагеального перехода у детей: причины возникновения, динамика развития, тактика лечения и прогноз: Автореферат дисс. … канд. мед. наук. – М., 2019. –27 с.
8. Чернух А.М. Воспаление. – М.,1979. – С. 271-373.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

[1]Слетов А.А., [2]Жидовинов А.В., [3]Локтионова М.В., [1]Джунаева А..А.

[1]ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ставрополь

[2]ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

[3]ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, г. Москва

Актуальность. Объёмное хирургическое лечение нижней челюсти при онкологических заболеваниях, характеризуется функциональными и эстетическими нарушениям в челюстно-лицевой области [1,4,5]. В настоящее время широко используются чрезкожные хирургические методы с одномоментным устранением дефектов сложными лоскутами на питающей ножке. Однако в послеоперационном периоде отмечаются эстетические нарушения и снижение показателей качества жизни пациентов [4].

Характер функциональных нарушений зависит от объёмом сохранённых костных структур нижней челюсти, локальных реологических нарушений, дефицита жевательной мускулатуры, что в большинстве случаев обусловлено объёмом хирургической агрессии [2, 3]. Очевиден поиск и разработка хирургических методов позволяющих в максимально ранние сроки приступать к реабилитационным мероприятиям, способствовать улучшению качества жизни пациентов, что и определило цель работы.

Цель исследования. Разработать хирургический метод позволяющий оптимизировать функциональную мышечную активность в проекции субтотального дефекта нижней челюсти.

Материалы и методы исследования. С 2010 по 2015 гг. прооперировано 18 пациентов по разработанной методике. Средний возраст больных - 54 года (от 18 до 76 лет). Амелобластомы 4 пациента, высокодифференцированная адамантинома 2 пациентка, фиброзная дисплазия нижней челюсти 2 пациента, 10 пациентов с бисфосфонатными остеонекрозами осложнённые

патологическими переломами тела нижней челюсти. Предоперационное исследование проводили с использованием компьютерного мульти спирального томографа Toshiba Aquilion 64. После первичной компьютерной обработки цифровых данных их преобразовывали и создавали виртуальную 3D реконструкцию. Уровень контраста для визуализации костных структур отдельно от мягких тканей при построении трехмерной модели объекта подбирали в каждом случае индивидуально. Полученные данные использовали для планирования хода операции, которую проводили после полного клинико-лабораторного обследования.

Ход операции. Под эндотрахеальным наркозом, с интубацией через нос и тампонадой ротоглотки, в полости рта по вестибулярной поверхности выполнялся горизонтальный разрез слизистой до надкостницы ниже уровня десневого края на 0,5 сантиметра, отступя от поражённого костного участка нижней челюсти по три сантиметра в каждую сторону, продлевая его вертикально вниз на 1,5-2 сантиметра. Далее проводилась поднадкостничная мобилизация слизисто-надкостничного лоскута с выделением периферических ветвей распространяющихся из ментального отверстия. Второй горизонтальный разрез выполнялся с язычной стороны ниже уровня десневого края на 0,5 сантиметра, и продлевался от поражённого участка нижней челюсти по три сантиметра в здоровую сторону с последующей под надкостничной мобилизацией слизисто-надкостничного лоскута. Затем проводился вертикальный распил тела челюсти во фронтальном сегменте во всю толщу, медиальнее ментального отверстия, с последующим отведением костного сегмента в сторону. В некоторых случаях, с целью сохранения периферической иннервации на латеральном фрагменте нижней челюсти, проводился распил наружной кортикальной пластинки в проекции и на всём протяжении нижнечелюстного сосудистого пучка, с последующим его выделением и латеролизацией.

Удаление поражённых костных тканей проводилось в пределах видимо здоровых тканей, удаление поражённых около челюстных мягких тканей проводилось с использованием микроскопической техники. Сохранённые костные фрагменты устанавливались в анатомически близкое положение и фиксировались с помощью спиц Киршнера, реконструктивными пластинами, костными аутотрансплантатами. Операционная рана ушивалась послойно в два-три «этажа», в тех случаях, когда отмечались признаки воспалительного характера, на кожу в подподбородочный треугольник выводился трубчатый, перфорированный дренаж. Завершалось оперативное лечение фиксацией сохранённых фрагментов с использованием межчелюстной резиновой тяги по средствам титановых микровинтов установленных в преддверии полости рта.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с использованием традиционного чрезкожного доступа при тотальной или субтотальной резекции нижней челюсти продемонстрировал высокую эффективность (рис 1). Однако отдалённые результаты и уровень качества жизни пациентов сопровождались негативными реакциями пациентов, их родственников.

Установлено, что данной группе исследования, в плане предоперационной подготовки лишь у 1,8% пациентов проведено рентгенологические и радиологическое исследование в полном объёме. По данным амбулаторных карт диспансерного наблюдения отмечено, что контрольные исследования в послеоперационном периоде у пациентов данной группы, не проводились никогда. Полученные результаты ретроспективного анализа характеризовались крайне низкими эстетическими показателями с выраженными рубцовыми изменениями сохранившихся около челюстных мягких тканей, лишённых всякой функциональной активности. У большинства пациентов отмечена значительная потеря веса несвязанная с прогрессированием онкологического заболевания, а обусловленная тотальной резекцией нижней челюсти и выраженной стриктурой жевательной мускулатуры, с дислокацией рубцово-изменённых тканей, как следствие выраженными нарушениями функций желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы.

В указанной группе пациентов, в большинстве случаев питание осуществлялось через назогастральные зонды, иные приспособления. В двух случаях пациенты в течение 8 и 5 лет соответственно питались через гастростому. Полученные данные в ретроспективной группе подверглись всестороннему анализу, были учтены клинико-лабораторные характеристики отдалённых результатов хирургического лечения, показатели уровня качества жизни пациентов и на основании результатов определены задачи исследования и направление клинической работы.

На этапе планирования оперативного лечения по данным мультиспиральной компьютерной томографии определяли объём резецируемых тканей нижней челюсти. Использование данного метода исследования позволяет получить достаточный объём информации, необходимый для прогнозирования и корректировки вопросов возникающих интра операционно. Кроме того рентген-радиологический метод позволяет обосновать комплекс профилактических мероприятий направленных на профилактику осложнений развивающихся в послеоперационном периоде и обосновать сроки начала реабилитационных мероприятий.

В ходе проведения оперативных вмешательств по предложенной методике открывалась новая возможность, щадящей отслойки мышечных волокн с последующей их анатомически обоснованной адаптацией. Наличие данной возможности, в послеоперационном периоде позволило максимально точно восстановить не только их топографию, но и функциональность всей зубочелюстной системы, значительно сократив сроки реабилитационного периода, максимально их оптимизируя. Кроме этого, указанный доступ позволяет сохранить целостность нижнеальвеолярного сосудисто-нервного пучка, минимизировать операционную травму сосудов и нерва, что так же сокращает сроки восстановления двигательной и чувствительной иннервации, локального кровоснабжения, что подтверждается гистологическими исследованиями. В послеоперационном периоде через 2-3 месяца, в участках резецированной костной ткани с сохранённой надкостницей, отмечен активный оппозитный рост хряще подобной и юной костной ткани.

Выявленные гистологические особенности в проекции сохранённых сухожильно-мышечных и надкостничных структур, являются благоприятными условия для успешной репаративной регенерации при использовании костных аутотрансплантатов. Полученные клинико-экспериментальные результаты позволяют рекомендовать максимально раннее начало функциональной нагрузки при использовании внутриротового метода получения субтотальных дефектов нижней челюсти.

Эффективность предложенного хирургического доступа при реконструкции дефектов нижней челюсти подтверждена клиническими испытаниями.

Послеоперационный период с медикаментозной коррекцией без воспалительных осложнений. Конфигурация нижней челюсти восстановлена, состояние прикуса адекватное, объем основных функциональных движений челюсти стабилизировался через 2 месяца.

Период отдаленных наблюдений составляет более 2 лет. Данные функционального и клинического обследования достоверно подтверждают прирост мышечной массы, наличие функционального тонуса и взаимодействие синергетических и антагонистических групп мышц, прикрепленных к поверхности титанового имплантата в 96,2% случаев.

Вывод. Использование разработанного внутриротового доступа для удаления новообразований нижней челюсти позволило снизить уровень хирургической агрессии, оптимально адаптировать костные, сухожильно-мышечные и сосудисто-нервные структуры, повысить эффективность и сократить сроки реабилитации пациентов с субтотальными дефектами нижней челюсти.

Литература

1. Сирак С.В. Изучение особенностей анатомо-топографического строения нижней челюсти для планирования эндодонтического и имплантологического лечения/Сирак С.В., Долгалев А.А., Слетов А.А. [и др.] // Институт стоматологии. - 2008. - Т. 2. - № 39. - С. 84-87.

2. Сирак С.В. Непосредственная дентальная имплантация у пациентов с включенными дефектами зубных рядов/Сирак С.В., Слетов А.А., Дагуева М.В. [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2011.- Т. 21. - № 1. - С. 51-54.

3. Слетов А.А. Удаление объемных новообразований нижней челюсти внутри ротовым способом / Слетов А.А., Сирак С.В., Давыдов А.Б. [и др.] // Стоматология для всех. - 2014. - №1. - С. 38-43.

4. Слетов А.А. Хирургическое лечение опухолей краниовертебральной локализации / Слетов А.А., Елисеев В.В., Панченко Д.В. [и др.] // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С. 231.

5. Михальченко Д.В. Мониторинг локальных адаптационных реакций при лечении пациентов с дефектами краниофациальной локализации съемными протезами / Михальченко Д.В., Слётов А.А., Жидовинов А.В. [и др.] // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. С. 407.

ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.

Слетов А.А., Панченко Д.В., Супьянов Т.М., Ваппи Т.А.
ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г. Ставрополь

Актуальность. Последние годы характеризуются ростом числа пациентов с опухолями краниовертебральной локализации. В многочисленных наблюдениях отмечено, что эффективное хирургическое лечение данной патологии возможно лишь при комплексном взаимодействии смежных специалистов, с использованием современных методов диагностики [1 - 3]..

Несмотря на информативность новейших методов диагностики, существует проблема выбора способа хирургического лечения, который позволил бы максимально эффективно решить сложную клиническую задачу, минимизировав риски осложнений, как в ходе оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде. В настоящее время среди специалистов не существует единого мнения о хирургическом методе лечения позволяющем оптимизировать качество жизни пациента, как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдалённые сроки.

На основании вышеизложенного очевидна необходимость поиска эффективных хирургических способов лечения объёмных новообразований краниовертебральной локализации, который позволял бы сохранять максимально стабильное равновесие всех жизненно важных показателей на этапах лечебного процесса, данное обстоятельство и определило цели и задачи настоящего исследования.

Целью исследования - разработки способа хирургического доступа к объёмным новообразованиям краниовертебральной локализации.

Материал и методы исследования. Разработка способа хирургического доступа с учётом анатомо-топографических особенностей органов краниовертебральной локализации проводились в рамках научно-исследовательской работы кафедры челюстно-лицевой хирургии, кафедры стоматологии «Ставропольского государственного медицинского университета» на базе ГБУЗ СК «Краевая клиническая больница», ГБУЗ СК «Бюро судебно-медицинской экспертизы» в отделе экспертизы трупов с гистологическим отделением на 10 биологических манекенах (5 биологических манекенов мужских, 5 биологических манекенов женских).

Результаты исследования. В соответствие с планом и задачей исследования проведён анализ данных мульти спиральных компьютерных томограм, установлено, что объёмные опухоли краниовертебральной локализации вовлекают в патологический процесс практически все мягкотканые образования задней поверхности шеи, в ряде случаев нарушая целостность позвонков распространяются в парафарингеальное клетчаточное пространство, ограничиваясь от полости рото- и гортаноглотки лишь слизистой оболочкой.

Под наблюдением так же находились пациенты с распространением опухолевого процесса интракраниально с нарушением целостности костных структур задней и средней черепных ямок, твёрдой мозговой оболочки, структур спинного и головного мозга. По данным контрастного исследования визуализировано нарушение целостности позвоночных артерий и вен, а так же внеканальной сосудистой сети шеи.

В клинике ГБУЗ «Краевая клиническая больница» пациентам с опухолевыми процессами краниовертебральной локализации проведена серия оперативных вмешательств с целью поиска наиболее оптимального хирургического доступа, позволяющего не только радикально удалить объёмные новообразования, но и сохранить уровень качества жизни на максимально высоком уровне.

Согласно данным результатов компьютерного мультиспирального исследования, размеров опухолевого очага, топографо-анатомических особенностей локализации опухолевого процесса, планируемого оперативного доступа, пациентов разделили на группы.

В группе пациентов, где опухолевые образования располагались в латеральных отделах шеи, оперативные доступы производились по Мартину, по Брауну, или де Кервену, что позволяло максимально быстро удалять лишь поверхностно расположенную часть новообразования. Дальнейшее удаление новообразования сопровождалось значительными техническими трудностями и удлинением хода операции.

Во второй группе опухоли краниовертебральной локализации располагались медиально. Пациентам данной группы с целью максимально радикального удаления новообразования проведено хирургическое лечение с использованием модифицированного доступа по Нафтцигеру-Тауну и транс орального доступа к передней поверхности краниовертебрального перехода. Удаление новообразования проводилось с использованием интраоперационной навигационной станции SteflthStation TREON Plus ф. Medtronic.

Анализ после операционных результатов, статистических и клинико-рентгенологических данных пациентов, демонстрирует необходимость поиска оперативного доступа позволяющего сократить длительность оперативного вмешательства, обеспечить максимальный визуальный контроль в операционной ране, минимизировать риски агрессивной хирургической техники.

В ходе решения второй задачи экспериментальной работы проведено моделирование оперативной техники по методике G.Crile на биологических манекенах. Использованы оперативные доступы к органам шеи по Мартину, по Брауну, по де Кервену или Крайлу. Экспериментально установлено, что используемые оперативные доступы сопряжены с рядом технических особенностей снижающих уровень качества жизни пациента в послеоперационном периоде. Во первых нарушение целостности грудино-ключично-сосцевидной мышцы, внутренней ярёмной вены, добавочного нерва способствует их функциональным нарушениям. Во вторых целостность сонной артерии и блуждающего нерва сохранить достаточно проблематично, так как радикальное удаление новообразования лимфатического аппарата шеи, в пределах передних границ трапециевидной и кивательных мышцы при данном доступе сопряжено с рядом технических сложностей.

Очевидно, что предложенные более ста лет назад оперативные методики не способны обеспечить адекватного доступа, позволяющего обеспечить радикальность хирургического лечения и решить все функциональные и эстетические потребности предъявляемых к показателям уровня качества жизни пациентов.

С целью решения основной задачи исследования на биологических манекенах разработан комбинированный оперативный доступ, позволяющий обеспечить адекватный доступ и визуальный контроль всех анатомических образований шеи, с максимально радикальным удалением новообразования любого размера, с возможностью надёжной транспедикулярной фиксации. Отработанный хирургический доступ на биологических манекенах после детального анализа апробирован и внедрён в клиническую практику.

Предложенный оперативный доступ с широким препарированием верхней точки фиксации поверхностных и глубоких мышц шеи позволяет производить диссекцию подлежащих тканей с сохранением целостности внутренней яремной вены, общей, внутренней и наружной сонный артерий, проксимального отдела лицевого нерва с его периферическими ветвями, капсулой слюнной железы (в тех случаях когда образования не являются производными опухолевого роста и не подлежит резекции в рамках объёма оперативного лечения).

Заключение. Предложенный хирургический доступ с характерной конфигураций разреза поверхностных тканей, препарированием трапециевидной, грудино-ключично-сосцевидной, ременной мышц и по трём продольным мышечным трактам (полуостистой мышцы, многораздельной мышцы, вращающихся мышц, межостистыми мышцами, большую и малую прямые мышцы головы, верхнюю и нижнюю косые мышцы головы), позволяет обеспечить полноценный доступ к латеральному треугольнику шеи, всем экстра и интракраниальным анатомическим образованиям задней черепной ямки, внутренней поверхности угла и ветви нижней челюсти, слюнной железе, к поверхностным и глубоким сосудисто-нервным пучкам шеи с сохранением их целостности, что значительно повышает уровень качества жизни пациентов в послеоперационном периоде.

В статье представлены результаты анализа различных хирургических доступов используемых при удалении объёмных новообразований краниовертебральной локализации. Представлен теоретически обоснованный и апробированный на 10 биологических манекенах комбинированный хирургический доступ. Установлено, что использование разработанного комбинированного хирургического доступа в клинической практике, позволяет, минимизировать риск хирургической агрессии, максимально сохранить целостность сосудисто-нервных образований шеи, оптимизировать сроки реабилитации пациентов, повысить уровень качества жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Литература.

1. Слетов А.А. Удаление объемных новообразований нижней челюсти внутри ротовым способом / Слетов А.А., Сирак С.В., Давыдов А.Б. [и др.] // Стоматология для всех. - 2014. - №1. - С. 38-43.

2. Слетов А.А. Хирургическое лечение опухолей краниовертебральной локализации / Слетов А.А., Елисеев В.В., Панченко Д.В. [и др.] // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С. 231.

3. Михальченко Д.В. Мониторинг локальных адаптационных реакций при лечении пациентов с дефектами краниофациальной локализации съемными протезами / Михальченко Д.В., Слётов А.А., Жидовинов А.В. [и др.] // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. С. 407.

ДИФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕВРОГЕННОГО СИАЛОЗОАДЕНИТА И БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА.

Рыбалов О.В., Короленко И.А., Гаврильев В.Н., Яценко П.И.

ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Актуальность. Слюна и слюнные железы выполняют ряд исключительно важных функций и играют весомую роль в поддержании гомеостаза полости рта и жизнедеятельности организма. Среди функций слюнных желез выделяют:

1. Секреторную – заключается в регулярном выделении в ротовую полость секрета – слюны;
2. Инкреторную – слюнные железы образуют и выделяют в секрет биологически активные вещества типа гормонов (калликреина и брадикинина, инсулиноподобного вещества, паротина, эритропоэтина, фактора роста нервов, фактора роста эпителия, тимотропного фактора, фактора летальности и др.);
3. Рекреторную –слюнные железы осуществляют транзитное выделение различных веществ, необходимых для жизнедеятельности организма, из крови в слюну;
4. Экскреторную – проявляется участием слюнных желез в обмене веществ и выведении продуктов метаболизма.

В свою очередь слюна выполняет такие функции:

1. Пищеварительная – увлажняет пищу, формирует пищевой комок, имеет в своем составе ферменты, расщепляющие углеводы, белки, жиры и нуклеиновые кислоты;
2. Защитная – формирует барьер из муцина и антител типа А, обеспечивает местный неспецифический гуморальный и клеточный иммунитет;
3. Буферная – поддерживает уровень pH в ротовой полости;
4. Минерализирующая – обладает протективным действием на эмаль зубов.

Современными исследованиями убедительно доказано, что слюнные железы являются органами-мишенями, которые чувствительно реагируют на разнообразные изменения в организме человека. Это могут быть как физиологические процессы (беременность, роды, кормление ребенка, климакс), так и всяческие патологические состояния (заболевания нервной, пищеварительной, эндокринной систем, крови, соединительной ткани). Такие реактивно-дистрофические изменения в слюнных железах могут иметь различные клинические проявления, но все они объединяются термином «сиалоз». Среди всех заболеваний слюнных желез сиалозы составляют 26,6%. По мнению Г.И. Ронь (1992), эта цифра достигает 79,6%. До настоящего времени реактивно-дистрофические процессы в слюнных железах были и остаются предметом пристального внимания ученых всего мира.

Сиалозы как правило характеризуются однотипными симптомами, в то время как имеет место разный этиопатогенез этих заболеваний. В клинических проявлениях подобных дистрофических

изменений это проявляется безболезненным припуханием слюнных желез, в основном околоушных, нарушением их секреторной и выделительной функции. Наши наблюдения показали, что в условиях амбулаторного приема у врачей возникают трудности при выяснении характера общепатологического процесса, который привел к увеличению околоушных слюнных желез. Соответственно страдает и назначение и проведение соответствующего лечения этой группы больных. Поэтому необходимость всестороннего клинико-лабораторного обследования пациентов при наличии невоспалительного припухания слюнных желез не вызывает сомнений.

Значительные трудности в клинике возникают при дифференциальной диагностике таких наиболее распространенных заболеваний, которые сопровождаются двусторонним увеличением слюнных желез как неврогенный дохоспастический сиалозоаденит, интерстициальный алиментарный сиалоденоз при булимии и алкоголизме, диабетический сиалоденоз и болезнь Шегрена.

Целью исследования стало описание диференциально-диагностических критериев неврогенного дохоспастического сиалозоаденита и болезни Шегрена.

Материалы и методы исследования. Исследование базируется на наблюдении за 24 пациентами в возрасте 49-60 лет, среди них 22 женщины и 2 мужчин.

Из 24 обследуемых у 15 имел место неврогенный дохоспастический сиалозоаденит (13 женщин и 2 мужчин). Болезнь Шегрена была диагностирована у 9 женщин. Для обследования пациентов использовали общие, частные и специальные методы исследований. Общие методы включали изучение жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни. При внешнем осмотре обращали внимание на размеры слюнных желез, цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек, состояние губ и красной каймы, наличие ангулярного хейлита.

При осмотре полости рта обращали внимание на состояние слизистой оболочки преддверия и полости рта, языка, состояние миндалин, наличие свободной слюны в полости рта, её вязкость, наличие кариозных и некариозных поражений зубов.

Пальпаторно определяли консистенцию, размеры больших слюнных желез, наличие болезненности. При массировании околоушных и поднижнечелюстных слюнных желез выявляли характер секрета, выделяемого из выводных протоков: его прозрачность, вязкость, наличие включений. Наряду с общеклиническим обследованием использовали такие методы исследования как общая сиалометрия и сиалометрия со стимуляцией секреции, сиалометрия околоушных желез для выяснения их функционального состояния со стимуляцией и без стимуляции секреции. Кроме того, обязательной составляющей обследования было определение физико-химических свойств ротовой жидкости (pH, вязкость, прозрачность) и цитологическое исследование секрета околоушных слюнных желез. Из специальных исследований проводилась сиалография околоушных слюнных желез.

Результаты исследования. Больные неврогенным дохоспастическим сиалозоаденитом предъявляли жалобы на периодическое увеличение обеих околоушных желез, которое сопровождалось сухостью полости рта. Продолжительность заболевания составляла 12-20 месяцев. Все больные отмечали длительные периоды психоэмоционального напряжения. Заболевание характеризовалось частыми рецидивами (3-5 раз в год), потерей работоспособности на 2-4 недели.

У всех пациентов красная кайма губ была обычной окраски, немного суховата. Увеличенные околоушные слюнные железы имели мягко-элластичную консистенцию и были безболезненны при пальпации. Зондирование протоков слюнных желез, пораженных патологическим процессом, было утруднено. Изучение неврологического статуса пациентов позволило сделать вывод, что независимо от степени тяжести неврогенного сиалозоаденита у всех больных имел место вегетативный невроз и наблюдался высокий уровень тревожности. Сиалометрия показала уменьшение секреторной функции слюнных желез: общая секреция составляла 4,39±0,06мл за 10 мин. Паротидная секреция также была ниже нормы и колебалась в пределах 1,56±0,07 мл. Вязкость ротовой жидкости и паротидного секрета имела тенденцию к увеличению до 2,62±0,3 сПз и 1,14±0,05 сПз соответственно. При определении прозрачности ротовой жидкости и паротидного секрета было выяснено, что она была понижена до 0,043±0,001 у.е. и 0,054±0,002 у.е. соответственно. Уровень pH ротовой жидкости изменялся до 7,16±0,04, а паротидного секрета до

7,44±0,12. У всех больных имел место вегетативный невроз. Уровень тревожности по шкале Дж. Тейлора в адаптации В.Г. Норакидзе у пациентов возрастал до 34,74±0,5 баллов (высокий).

Сиалографическое обследование вовлеченных в патологический процесс слюнных желез, определило, что у большинства больных протоковые системы слюнных желез страдают в виде дохоспазма. Цитологическая картина клеточного состава секрета околоушных слюнных желез характеризувалась наличием в нем элементов воспалительного ряда, десквамированного эпителия протоков, его воспалительную метаплазию.

В отличие от нейрогенного дохоспастического сиалозоаденита, у пациентов с болезнью Шегрена превалировали жалобы на сухость в полости рта, горле, ощущение «песка» или «мусора» в глазах. Были увеличены не только околоушные, но и поднижнечелюстные железы. Во время обследования этих больных было выявлено наличие ангулярного хейлита и заед, сухость красной каймы губ и чешуйки слущенного эпителия. При осмотре собственно полсти рта определили скудное количество пенистой слюны. Слизистая оболочка языка, щек была ярко-красной, глянцевой. У всех пациентов имел место цветущий кариес.

Сиалометрия показала резкое снижение количества ротовой жидкости и секрета околоушных желез в несколько раз. 0,98±0,14 мл за 10 мин и 0,34±0,05 мл за 10 мин соответственно. Прозрачность полученного паротидного секрета оказалась значительно сниженной (0,068±0,003 у.о.), как и прозрачность ротовой жидкости (0,072 ±0,004 у.о.), в то время как вязкость ротовой жидкости и секрета околоушных желез была повышенной – 2,65±0,3 сПз и 1,41±0,07 сПз. pH паротидного секрета держалась в пределах 7,48±0,10, ротовой жидкости - 7,22±0,10.

В цитологических препаратах секрета околоушных желез было отмечено увеличение количества слизи, появление ретикуло-эндотелиальных клеток, одиночных макрофагов, групп лимфоцитов, плазматических клеток, наличие клеток цилиндрического эпителия с измененной структурой, бокаловидных клеток.

На основании заключений офтальмологов у больных с этой патологией был диагностирован сухой кератоконьюктивит разной степени тяжести, снижение слезоотделения по результатм пробы Ширмера. Сиалографическая картина околоушных желез характеризовалась сужением основного протока, протоков I-III порядков, колбовидными и шаровидными эктазиями протоков II-V порядков, нарушением заполнения протоков II-V порядков за счет из их сужения почти во всем объеме железы при наличии отдельных сиалэктазов.

Выводы. Таким образом, при сходных клинических проявлениях в виде двустороннего увеличения слюнных желез при неврогенном сиалозоадените и болезни Шегрена ведущее значение в дифференциальной диагностике этих заболеваний имеет, наряду с сиалометрией, изучение клеточного состава секрета, его физико-химических свойств и оценка результатов сиалографии.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КОМПРЕССИОННО-ДИСЛОКАЦИОННОЙ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.

Рыбалов О.В., Яценко П.И., Яценко О.И.

ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Патология височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) очень разнообразна в связи со сложностью его строения и особенностями функционирования.

Актуальность проблемы диагностики заболеваний ВНЧС, которая до настоящего времени остается нерешенной, порождает проблему адекватного этиопатогенетического их лечения. Во многом это связано с отсутствием единой общепринятой классификации нозологических форм патологических процессов в отдельных компонентах сустава. Наличие значительного объема разнообразной, порой разноречивой, информации в отношении заболеваний ВНЧС и отсутствие при этом координированного многостороннего анализа этой информации, сложность согласования клинических и теоретических данных, касающихся различных проявлений патологических

процессов в суставе, требует тщательной детальной оценки патогенеза многообразных симптомов мышечно-суставной дисфункции, что обеспечит целенаправленное лечение соответствующей патологии.

Цель исследования - описать типичные ошибки в диагностике компрессионно-дислокационной мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, приводящие к неадекватному лечению патологии.

Материал и методы исследования. Наше исследования основано на анализе данных наблюдения 332 больных с различными видами дисфункциональных состояний ВНЧС. В перечне оценки проводимого обследования больных оказывались данные жалоб, анамнеза заболевания, осмотра, пальпации, аускульпации суставов, артрофонографии, аксиографии, рентгенографии обоих суставов с открытым и закрытым ртом, электромиографии собственно жеватеьных мышц.

Из общего количества наблюдаемых больных, имевших длительный анамнез болезни и лечившихся у разных специалистов, выделено 89 человек с нераспознанной компрессионно-дислокационной мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Результаты исследования. Нами отмечено, что ведущими ошибками в диагностике. компрессионно-дислокационной мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава явились:1) недостаточно профессиональная оценка жалоб больных. В частности, обращалось внимание только на болевой симптом в области одного сустава; 2) неполно собранный анамнез болезни. Большинство из наблюдаемых больных до начала заболевания лечились у стоматологов (терапевтов, ортопедов, ортодонтов, хирургов), когда им часто приходилось длительное время держать рот открытым, что обычно приводит к перерастяжению капсулы сустава и жевательных мышц. Часть больных безрезультатно курировалось невропатологами по поводу неверно поставленного диагноза невралгии тройничного нерва. 3) При локальном исследовании больных зачастую не обращалось внимание на симметрию (асимметрию) лица, размеров тела и ветви нижній челюсти, объема мышечной массы собственно жевательных и височных мышц. При пальпации области суставов не отмечалось, что на стороне болевого симптома суставная головка нижней челюсти была запавшей, а на симметричной – выходила кпереди под основание скулового отростка височной кости. Нами отмечено, что одной из существенных ошибок было отсутствие в результатах обследования описываемой категории больных характера девиации нижней челюсти при открывании рта. Обычно это латеральное смещение челюсти в сторону сустава с болевым симптомом. Часто не обращалось внимания на окклюзионные нарушения, наличие повышенной стираемости зубов. 4) Нередко рентгенологическое исследование ограничивалось телерентгенографией нижній челюсти, что не в полной мере отражает взаимоотношение суставных головок, суставных впадин и суставных бугорков. При анализе прицельных зонограмм ВНЧС не отмечалось размеров суставных щелей: на стороне болевого симптома она, как правило, значительно сужена, а на симметричной - расширена. При этом на ренгенограммах с открытым ртом суставная головка на стороне болевого симптома не подходит к вершине суставного бугорка, а на симметричной выходит кперели за вершину.

При проведении лечения больных с этим видом дисфункции ВНЧС основное внимание обращается на болевой симптом и его ликвидацию. Назначаются антибиотики, аналгетики, инъекции в сустав гидрокортизона, компрессы с медицинской желчью, електрофорез области сустава новокаина или лидокаина, дарсонвализацию, УВЧ и др. Ортопедами стоматологами изготавливались назубные конструкции, ограничивающие открывание рта. Перечисленные методы лечения были мало эффективными и носили кратковременный характер так как не учитывались все звенья патогенеза компрессионно-дислокационной мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Учитывая, что у описываемых больных имела место дислокация одной из суставных головок за пределы суставного бугорка кпереди (что расценивалось нами как односторонний подвывих или вывих), а другая суставная головка находилась в состоянии блока и компрессии на нервно-рефлекторную зону в качестве лечебных мер нами осуществлялась ручная репозиция суставных головок нижней челюсти в правильное анатомическое положение. На следующий день назначался

вибрационный массаж всех групп жевательных мышц, турманиевая керамика на область сустава с болевым симптомом и локальная лечебная физкультура

Среди больных с окклюзионными нарушениями, приведшими к функциональной нестабильности суставной головки ВНЧС, нами изготовливались зубо-наддесневые шины, повышающие прикус на стороне болевого симптома.

Отдаленные наблюдения результатов проведеного патогенетического лечения показали, что почти у 90 % больных был получен стойкий положительный эффект.

Заключение. Приведенный анализ ошибок в диагностике и лечении больных с компрессионно-дислокационной мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, основанный на многолетнем опыте работы с этой категорией пациентов, подтверждает необходимость проведения детальных комплексных диагностических действий для однозначной трактовки патогенеза типичных и нетипичных болевых симптомов, которые обычно сопровождают все заболевания ВНЧС. Правомочным является признание достаточно распространенных одновременных нарушений в обоих ВНЧС: в одном в виде смещения (дислокации, гипермобильности) суставной головки, в другом - компрессии мениско-капсулярных элементов, что влечет за собой болевой симптом. Правильная интерпретация результатов субъективных и объективных даннях, назначение и проведение адекватних патогенезу заболевания лечебных мер приводит к положительному эффекту у большинства больных.

ФОРМИРОНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО И ОТРИЦАТЕЛЬНОГО КОМПЛАЕНСА В ГНОЙНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ.

Аветиков Д.С., Локес Е.П., Яценко И.В., Ставицкий С.А., Ищенко В. В.
ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Актуальность. Гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области являются актуальной проблемой современной хирургической стоматологии. В последнее время отмечается увеличение количества таких пациентов, часто отмечается прогрессирующий характер заболевания, что осложняется распространением гнойно-воспалительного процесса на соседние топографо-анатомические области, острой дыхательной недостаточностью, сепсисом.

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении острых одонтогенных воспалительных процессов и их осложнений, летальность остается высокой, что свидетельствует о необходимости ранней диагностики, прогнозировании течения и эффективности лечения.

Очевидно, что увеличение частоты и тяжести течения воспалительных заболеваний приводят к значительному возрастанию временной нетрудоспособности, а иногда и к инвалидизации активной категории населения. Таким образом, данная проблема имеет не только важное медицинское, но и социальное значение.

В медицинской литературе введено понятие комплаенс (англ. compliance – согласие) – добровольное следование пациентом режима, назначенного врачом. Под комплаенсом понимается правильность приема препаратов и лечебных процедур, выполнение врачебных рекомендаций, ограничение вредных привычек.

Целью исследования было определение факторов, формирующих положительный и отрицательный врачебный комплаенс.

Материал и метод исследования. Основываясь на анализе данных историй болезни и анкетировании пациентов челюстно-лицевого отделения Полтавской областной клинической больницы им. Н.В. Склифосовского выявлены основные причины неудовлетворительных результатов медикаментозного и хирургического лечения больных.

Результаты лечения. В зависимости от выполнения пациентом назначений определяют положительный и отрицательный комплаенс.

Отрицательный врачебный комплаенс приводит к более тяжелому течению, рецидивированною заболевания, вторичной госпитализации, инвалидизации пациентов, и в определенных случаях к летальным результатам.

Мы приводим основные причины формирования отрицательного комплаенса у пациентом с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой локализации.

Менталитет пациента и некритическое отношение к состоянию своего здоровья. Пациенты часто длительное время занимаются самолечением: используют спиртово-уксусные компрессы и уринотерапию, выдавливают на лице гнойники и герпетические высыпания. Также имеет место нежелание пациентов обращаться к врачу, что приводит к поздней госпитализации пациентов в лечебные учреждения, что увеличивает термин лечения и период реабилитации таких пациентов.

Низкий общекультурный уровень населения, пациенты не сообщают врачу о состоянии своего здоровья, считая, что общесоматические заболевания не имеют отношения к локальным гнойно-воспалительным процессам.

Общедоступность лекарственных средств в аптечной сети, широкое распространение средств рекламы приводит к самостоятельному выбору медикаментозных препаратов, дозировки и терминов лечения без консультации с врачем. Такая лечебная тактика часто приводит к формированию резистентных штаммов микроорганизмов, что еще более осложняет последующее лечение.

Недостаточное знание врачами закономерностей течения, особенностей диагностики и лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области часто приводит к неправильному проведению дифференциальной диагностики, и как следствие – к неадекватному лечению.

Неконтролируемое назначение тепловых процедур пациентам с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации, что приводит к распространению гнойно-воспалительных процессов.

Для формирования положительного комплаенса необходимо учитывать следующие факторы. Необходимость объяснять пациентам применение назначенной схемы лечения, выбор препаратов и небольшой кратностью приема, для пациентов, находящихся на стационарном лечении, преимущественное назначение инъекционным формам лекарственных средств. Необходимо учитывать соотношение «цена-качество». Максимально необходимо использовать возможности всего организма при лечении. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии приводят к возникновению тесной связи «врач-пациент», что положительно влияет на результатах лечения.

Следование таким принципам помогает улучшить эффективность лечения пациентов, уменьшить частоту рецидивов заболеваний и их осложнений.

Вывод. Таким образом, формирование положительного комплаенса способствует улучшению эффективности лечения пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, что сопровождается меньшим термином пребывания на стационарном лечении, уменьшению частоты возникновения осложнений и рецидивов заболеваний.

АНАЛИЗ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЕРВЫХ И ВТОРЫХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОХРАНЯЮЩИХ «ПРИЧИННЫЙ» ЗУБ ОПЕРАЦИЯХ.

Шотт Е. В., Походенько-Чудакова И. О.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Актуальность. Наличие в организме человека очагов хроническойодонтогенной инфекции может обуславливать развитие и в значительной мере отягощать течение большого числа заболеваний. При клинико-иммунологическом исследовании пациентов с хроническим апикальным периодонтитом установлены изменения значений показателей, как общего иммунитета, так и местных его компонентов. Хроническое течение воспаления в тканях периодонта приводит к нарушению баланса клеточных и гуморальных местных иммунологических реакций. Известно, что наличие длительно существующих множественных очагов инфекции в периапикальных тканях приводит к сенсибилизации организма и вторичной иммунной недостаточности.

Проведение операции сохраняющей «причинный» зуб позволяет избежать последующего дорогостоящего, большего по объему и часто весьма длительного лечения. Вместе с тем актуальным остается вопрос профилактики рецидивов инфекционно-воспалительного процесса после проведения сохраняющих зуб вмешательств.

Результаты последних определяются не только хирургической техникой и степенью соблюдения правил асептики и антисептики, но и анатомо-топографическими особенностями строения корневых каналов зубов, успешностью их эндодонтического лечения. Данные О. Ю. Халиловой и соавт. (2010) свидетельствуют о низком уровне качества эндодонтического лечения. Так в 71,7% наблюдений инструментальная обработка и обтурация корневых каналов зубов выполняются неадекватно. Наиболее частая ошибка эндодонтического лечения − недостаточная инструментальная обработка корневых каналов отмечается 62,8% наблюдений.

На современном этапе для диагностики в стоматологии все чаще применяется метод конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ), который позволяет получить трехмерное изображение челюстно-лицевой области с высоким качеством детализации. Современное программное обеспечение позволяет с высокой точностью проводить необходимые замеры и анализ анатомо-топографических структур. T. Venskutonis et al. (2015) подчеркивают, что на внутриротовых рентгенограммах и ортопантомограммах необъективно отображается строение корней всех групп зубов. Погрешности методических приемов выполнения этих методик приводят к значительной утрате их диагностической информативности. В тоже время КЛКТ в сравнении со спиральной компьютерной томографией является более информативной и достоверной методикой для исследования топографии корневых каналов различных групп зубов, обусловливающей меньшие дозы облучения пациентов. По мнению А. П. Аржанцева и соавт. (2009) на текущий момент достоверной методикой оценки строения корней всех групп зубов и пространственного расположения корневых каналов является КЛКТ в аксиальной проекции, дополняемая реформатированными косыми проекциями.

Цель работы − провести анализ анатомо-топографического строения первых и вторых моляров верхней челюсти для определения объема вмешательства при планировании операций направленных на сохранение «причинного» зуба.

Материалы и методы исследования. Анализ анатомо-топографического строения корней первых и вторых моляров верхней челюсти справа и слева осуществляли по архивной коллекции снимков пациентов, выполненных на конусно-лучевом компьютерном томографе Galileosв программе «Galaxis».

Объектом исследования анатомо-топографического строения корневых каналов явились 120 зубов, из которых 60 первых моляров слева и справа и 60 вторых моляров слева и справа. При выполнении исследования учитывали число и морфологию корней, число и конфигурацию корневых каналов, число трансверзальных анастомозов и дополнительных каналов.

При анализе результатов проведенного эндодонтического лечения учитывали угол искривления корня, качество проведенного эндодонтического лечения и наличие очагов хронической одонтогенной инфекции в периапикальных тканях.

При определении степени изгиба корневых каналов за основу был взят метод S. Schneider (1971). Используя функцию определения угла в программе «Galaxis» измеряли угол, образуемый двумя прямыми линиями, первая из которых начиналась от устья канала и доходила до наружной границы канала в месте начала изгиба, а вторая соединяла место пересечения с апикальным отверстием.

По степени искривления корней все исследуемые корни разделили на 3 группы: 1 группа – угол наклона корня до 140 градусов, 2 группа – угол наклона корня от 140 до 170 градусов, 3 группа – угол наклона корня более 170 градусов.

Результаты исследования. По данным конусно-лучевой компьютерной томографии первые моляры верхней челюсти в 57 наблюдениях (95%) имели 3 корня: небный, щечно-мезиальный, щечно-дистальный. В 3 наблюдениях (5%) были выявлены сращение небного корня с щечно-дистальным. Дополнительные каналы были определены в 47 (78,3%) наблюдениях.

Вторые моляры в 42 (70%) наблюдениях имели 3 корня, 2 корня выявлены в 17 (28,3%) наблюдениях, в 1 наблюдении был обнаружен 1 корень (1,7%). Сращение щечных корней выявлено в 14 (23,3%) наблюдений, небного и щечно-медиального в 3 (5%) наблюдений. Дополнительные каналы определены в 42 (70%) наблюдений.

Разветвление корневых каналов первых моляров выявлено в 8 наблюдениях (13,3%), вторых моляров − в 11 (18,3%).

При анализе искривления корней в 1 группе выявили 26 фактов (86%) неудовлетворительного эндодонтическоголечения и наличия осложнений в виде очагов деструкции костной ткани, соответствующих наличию очагов хронической одонтогенной инфекции в периапикальных тканях. Во 2 группе выявлено 19 (63%) аналогичных наблюдений, в 3 группе – 12 (40%).

Выводы. Результаты исследования показали вариабельность в строении корневых каналов верхних первых и вторых моляров и взаимосвязь степени искривления корней с качеством эндодонтического лечения и вероятностью развития осложнений, что необходимо учитывать при определении показаний к при выборе объема оперативного вмешательства направленного на сохранение «причинного» зуба. При угле наклона корня до 170 градусов целесообразно делать выбор сохраняющей зуб операции в пользу ампутации корня, напротив, успешный исход операции резекции верхушки корня вероятен при угле наклона корня более 170 градусах. Наличие сращения щечных корней между собой или с небным корнем делает невозможным проведение ампутации корня. При наличии дополнительных корневых каналов перед операцией необходимо в обязательном порядке провести их пломбировку.

ВЛИЯНИЕ НАНОКАЛЬЦИЯ НА МИНЕРАЛЬНЫЙ ОБМЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Семенова А.Н., Пинелис И.С.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита

Актуальность. Несмотря на постоянное совершенствование методов лечения переломов нижней челюсти, сроки иммобилизации и временной нетрудоспособности не сокращаются, а частота воспалительных осложнений остается высокой, что значительно ухудшает исходы травмы. Исследования последних десятилетий внесли весомый вклад в раскрытие механизмов репаративных процессов при травме. Для оптимизации процесса регенерации предлагается много препаратов, влияющих на репаративный остеогенез. В последние годы с помощью нанотехнологий получен механоактивированный кальция глюконат (Кальций-МАКГ). Он представляет собой - биохимически совместимую и терапевтически высокоэффективную нанодисперсную и наноструктурированную форму кальциевой соли глюконовой кислоты с дисперсностью от десятков до сотен Нм и размерами агломератов не более 500 Нм. Комплексные физико-химические исследования показали отсутствие критических химических превращений в глюконате кальция и соответствие Кальций-МАКГ требованиям, предъявляемым к кристаллической форме кальциевой соли глюконовой кислоты. В клинике Кальций-МАКГ применяли при лечении детей с ювенильным остеопорозом и костной патологией, взрослых пациентов с остеопорозом, переломами и тяжелыми стоматологическими заболеваниями (периодонтит, пародонтит, кисты челюстных костей и т.п.).

Цель: повысить эффективность лечения больных с переломом нижней челюсти путем применения препарата нанокальция.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 60 мужчин с переломом нижней челюсти в возрасте от 18 до 40 лет, госпитализированных в первые 3-е суток после травмы, которым иммобилизацию отломков осуществляли ортопедическим способом. Все они были распределены на 2 группы. Первую группу составили 40 больных, получавших традиционную терапию, а во вторую - 20 пациентов, которым в традиционную терапию дополнительно включали назначение Кальций-МАКГ для восполнения дефицита содержания кальция в организме и нормализации показателей минерального обмена.

Контролем служили данные лабораторного исследования, проведенные у 22 здоровых мужчин в возрасте от 19 до 37 лет.

Клинические методы включали опрос (сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни), обследование челюстно-лицевой области и полости рта, определение подвижности отломков, величины инфильтрата и отека, состояния зубов в линии перелома, оценку воспалительной реакции слизистой оболочки в месте перелома и др.

Для лучевой диагностики зоны перелома и оценки процесса регенерации костной ткани проводили стандартное рентгенологическое исследование нижней челюсти (обзорная, прицельная

рентгенография, ортопантомография). Для изучения минеральной плотности костной ткани осуществляли внеротовую радиовизиографию линии перелома на аппарате Trophy RVG4 (США). Плотность костной ткани в области линии перелома оценивали с помощью программного обеспечения Trophy Windows 5.0/анализ плотности. Во внимание принимали максимальное (SM) и минимальное (Sm) значение. Затем вычисляли разницу(R) между средним минимальным и средним максимальным значением (R= SM – Sm).

Показатели минерального обмена у больных оценивали по содержанию в крови общего кальция (общий Са), фосфатов (общий PO_4^{2-}) с помощью прибора Synchron clinical system CX9Pro. На газовом анализаторе ABL 800 flex определяли концентрацию ионов Na^+, K^+, Ca^{2+} Cl^-, лактат (Lac), глюкоза (Глк). Соотношение концентраций лактата и глюкозы (СЛГ) - маркера энергетического метаболизма вычисляли математически по формуле СЛГ = C_{Lac} / $C_{глк}$. Уровень пролина и 4-гидроксипролина в плазме крови определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) [2] на жидкостном хроматографе с использованием флюориметрической детекции (Shimadzu, Япония). Все наблюдения выполняли в день госпитализации и перед выпиской из стационара.

В стационаре больные получали традиционный лечебный комплекс. Последний включал местное воздействие на ткани в зоне перелома: репозицию и иммобилизацию отломков назубными шинами Тигерштеда, промывание антисептиками щели между отломками, блокаду тканей в области повреждения раствором антибиотика, а также медикаментозную терапию (1 мл 30% раствора линкомицина в/м 3 раза в день №7, 0,01 кларидола per os №7, ненаркотические анальгетики при болях, 0,5 парацетомола 3 раза в день per os, 200,0мл 0,9% раствора натрия хлорида и метрогила внутривенно капельно по показаниям).

Кальций-МАКГ назначали перорально по 840 мг 3 раза в день в течение двух недель. Суточная доза не превышала 3000 мг (Санитарно-эпидемиологическое заключение №77.99.13.003. Т.002363.10.08 от 15.10.2008 г.; Свидетельство о государственной регистрации №77.99.23.3.У.8865.10.08 от 15.10 2008 г.).

Все исследования у здоровых и больных людей выполнены с их информированного согласия и соответствовали этическим принципам, предъявляемым Хельсинской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации.

Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи пакета программ Biostat 2009 Professional 5.8.4. Нормальность распределения количественных признаков проверяли с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Данные представлены в виде медиана (Me) и интерквартильного интервала (25-й; 75-й). Парное межгрупповое сравнение показателей производили по U-критерию Манна-Уитни. Для оценки результативности лечения (одна группа до и после лечения) применялся критерий Уилкоксона. Различия считали значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. После традиционной терапии у пациентов первой группы изменения в содержании общего и ионизированного кальция фосфатов, лактата, СЛГ и пролина не выявлены. Также не менялись показатели плотности кости (Sm, SM, R). Наблюдалось некоторое увеличение уровня ионизированного калия (на 9,2%). Кроме того, значительно снижалось содержание глюкозы (на 6,9%), а уровень гидроксипролина повысился на 36% ($p<0,022$) относительно значений при поступлении в стационар.

Применение Кальций-МАКГ повышало содержание общего кальция на 1,7% ($p=0,045$) в отличие от показателей здоровых людей и на 2,1% ($p=0,026$) по сравнению с группой сравнения. Уменьшалась концентрация фосфатов, на 12,5% ($p=0,001$), по сравнению с пациентами получавшими традиционную терапию. Уровень калия приблизился к показателю здоровых людей и стал ниже, чем в 1-й группе на 10,2% ($p=0,026$). Содержание ионизированного кальция снизилось на 5% а хлоридов - повысилось на 2,4%, по сравнению с больными, получавшими традиционную терапию.

Повышение уровня ионизированного кальция свидетельствует о выходе минералов из депо, а снижение его, напротив, об активном использовании при минерализации костной ткани. Интересно, что применение кальция способствует снижению уровня ионизированного кальция, и повышению общего. Снижение уровня хлоридов после травмы является ответной реакцией организма на повреждение, но под действием проводимой терапии он повышается.

У исследуемых больных концентрация пролина стала выше на 80,6 % ($p=0,004$) по сравнению с группой контроля и на 15,7% ($p=0,01$) по сравнению с 1-ой группой, а гидроксипролина -

приблизилась к показателям здоровых людей и отличалась на 19,4% (p=0,009) от его содержания у больных, не получавших препарат кальция.

Традиционная терапия не способствовала восстановлению показателей плотности костной ткани. Однако разница между максимальной и минимальной плотностью у пациентов второй группы заметно снизилась и приблизилась к показателям здоровых людей.

Известно, что около $^{1}/_{4}$ аминокислотных остатков коллагена составляют пролин или 4-гидроксипролин. Диета больных (первый челюстной стол) не предполагает пищи, богатой пролином, поэтому алиментарный путь повышения его концентрации можно исключить. Предположительно, повышение уровня пролина свидетельствует о его накоплении для синтеза коллагена.

Значительное повышение уровня гидроксипролина при выписке из стационара больных, леченных традиционной терапией, говорит о деградации коллагена, и, следовательно, о резорбции костной ткани в отломках. Применение препарата кальция предупреждает рост содержания гидроксипролина, что говорит об ее отсутствии.

Выводы. Представленные факты свидетельствуют о том, что традиционная терапия у больных с переломом нижней челюсти слабо устраняет выявленные нарушения метаболизма костной ткани. Применение препарата Кальций-МАКГ влияет не только на содержание кальция, но и на другие показатели минерального обмена костной ткани.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДЕКСА СДВИГА ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ (ИСЛК) У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ СИНУСИТОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ.

Походенько-Чудакова И. О., Кравченко В. О.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Актуальность вопроса лечения и профилактики острого одонтогенного синусита верхнечелюстной пазухи (ВЧП) определяется распространенностью данного заболевания, составляющей 5−12% пациентов от общего числа лиц получающих помощь в специализированных стоматологических стационарах и не имеет тенденции к снижению на современном этапе. Острый инфекционно-воспалительный процесс ВЧП одонтогенной этиологии может явиться причиной как патологической рефлекторной импульсации, орбитальных, внутричерепных, септических осложнений. Кроме того, острый одонтогенный синусит ВЧП часто переходит в хроническую форму и представляет собой очаг хронической одонтогенной инфекции, что может явиться причиной инфекционного эндокардита. Одной из причин такой ситуации нередко является диагностическая ошибка, которая обусловлена отсутствием доступных легко воспроизводимых объективных методов прогнозирования развития и течения гнойно-воспалительного осложнения, и как следствие – несвоевременно и неадекватно проведенная коррекция лечебно-реабилитационных мероприятий. В связи с указанными фактами знание методов прогнозирования течения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, умение правильно их использовать и интерпретировать полученные результаты представляется собой достаточно актуальный вопрос в челюстно-лицевой хирургии.

В тоже время вопрос прогнозирования развития и течения, острых одонтогенных синуситов на основании индекса сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК) в специальной литературе практически не освещен, а исследованию его изменений при острой патологии ВЧП посвящены лишь единичные публикации мнения, в которых весьма разрозненны и неоднозначны.

Цель работы – определить диагностическую эффективность индекса сдвига лейкоцитов крови у пациентов с острым одонтогенным синуситом ВЧП.

Материал и методология исследования. Обследовали 30 человек в возрасте от 19 до 52 лет, которые были разделены на две группы. Группу 1 составили практически здоровые люди (15 человек), без патологии ВЧП. Данная группа служила эталоном. Группа 2 включала 15 пациентов, которым на основании данных лучевых методов исследования был поставлен диагноз: острый одонтогенный синусит ВЧП.

Группа 3 включала 27 пациентов с диагнозом острый одонтогенный синусит ВЧП, результаты лечения и индекс ИСЛК которых рассчитывался на основании данных ретроспективного анализа архивного материала пациентов, проходивших стационарное лечение с диагнозом острый одонтогенный синусит ВЧП.

Индекс сдвига лейкоцитов крови вычисляется по методу описанному И.Н. Яблучанским и соавт. (1983).

Диагностическую эффективность ИСЛК у пациентов с острым одонтогенным синуситом ВЧП определяли методом приведенным А.А. Гракович и соавт. (2008).

Полученные данные подвергались статистической обработке с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10.0».

Результаты исследования. ИСЛК группы 1 был 1,96 (1,75; 2,11). Исследуемый индекс в группе 2 равнялся 2,52 (2,11; 2,62). Показатель группы 3 составил 2,47 (2,01; 2,59). Результаты групп 2 и 3 определяли статистически значимое различие с группой 1 (p=0) и не имели достоверных различий при сравнении между собой.

Диагностическая эффективность ИСЛК для острого одонтогенного синусита ВЧП составила 75%, что определяет ее как высокую.

Кроме того, принимая во внимание, тот факт, что одонтогенная микрофлора является наиболее вирулентной, достоверное повышение значений ИСЛК как при ретроспективном, так и при проспективном исследовании можно расценивать в как неблагоприятный прогностический признак, указывающий на неадекватность и несвоевременность реагирования иммунной системы на инвазию инфекционного агента. У данных пациентов можно ожидать пролонгированного течения заболевания с высокой вероятностью перехода в хроническую форму. Последнее указывает на возможность использования ИСЛК у лиц с рассматриваемым заболеванием как с диагностической (для определения уровня резистентности и эндогенной интоксикации), так и с прогностической целью.

Вывод. Представленные результаты доказывают диагностическую эффективность ИСЛК у пациентов с острым одонтогенным синуситом ВЧП и являются основанием для рекомендации к более широкому его использованию в повседневной практике стоматологов-хирургов и челюстно-лицевых хирургов, как в условиях поликлиники, так и в стационаре.

ОСОБЕНОСТИ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ В ЭСТЕТИЧЕСКИ ВАЖНЫХ ЗОНАХ.

[1]Расулов И.М., [2]Ахмедов Г.Д., [1]Абакаров Т.А.

[1]ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

[2]ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва

Аннотация. При средней и особенно высокой линии улыбки, когда полностью видны верхние передние зубы и часть десны, имеется высокий эстетический риск, так как в процессе лечения создание здорового, симметричного десневого контура затруднено и возрастает значение пропорций и формы коронок. При планировании имплантации целесообразно проведение конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ), которая позволяет определить состояние костной ткани в области предстоящей операции, уточнить её структуру и качество.

В 90-х годах пациентов волновала длительность функционирования имплантатов, возможные осложнения при их использовании. В настоящее время высокая эффективность остеоинтегрированных имплантатов вызвала появление у пациентов высоких эстетических ожиданий, особенно при проведении имплантации во фронтальном отделе верхней челюсти. Пациенты при этом ожидают не только длительного функционирования протезов с опорой на имплантаты, но и создания высокого эстетического результата на уровне маргинальной десны и соответствия созданной конструкции естественным зубам [1].

Hosseini M., Gotfredsen K. [6] предлагают проводить оценку эстетического качества коронок на имплантатах по 6 параметрам: морфологии коронки, цветовому совпадению коронки с окружающими зубами, симметрии, гармонии, изменению окраски слизистой оболочки вокруг коронок, состоянию десневого сосочка.

В успехе лечения важную роль играли ожидания пациента, исходя из них, формировали план реабилитации. При этом пациенту сообщали, какой результат возможен при выборе того или иного метода лечения, какова его стоимость. Подробное обсуждение исхода лечения позволяет улучшить качество жизни и избежать разочарований, связанных с эстетическим результатом [5].

При подготовке к операции имплантации у 596 пациентов удаление зубов в эстетически значимой зоне проводили с костной пластикой лунки. Деформации переходной складки устраняли пластикой лоскутом на ножке со стороны преддверья полости рта или свободным десневым трансплантатом, полученным в области нёба с помощью мукотома (17 пациентов). У 23 пациентов, чтобы не смещать щечный лоскут слишком коронально, деформируя при этом переходную складку, нёбный лоскут расщепляли, и созданный соединительнотканный трансплантат на ножке смещали вестибулярно на область удаленного зуба.

Положительный результат при недостатке кератинизированной прикрепленной десны с вестибулярной стороны достигали проведением вестибулопластики (15 пациентов).

Операция имплантации во фронтальном отделе верхней челюсти при низком качестве кости заключалась в проведении разреза слизистой оболочки и надкостницы, обнажении альвеолярного отростка челюсти. Костное ложе вначале формировали направляющим сверлом или шаровидным бором. Во время сверления уточняли толщину кортикального слоя кости и ее плотность. Затем сверлами создавали необходимый диаметр и длину костного канала. Диаметр костного ложа на уровне кортикальной пластинки формировали равным диаметру вводимого имплантата, а на уровне губчатого вещества в зависимости от плотности кости он составлял половину или треть его диаметра. Костное ложе в пределах губчатой кости заполняли порошком аллогенной кости или синтетической кальций фосфатной керамики. При помощи остеотомов и штопферов введенный материал внедряли в стенки костного ложа. Вновь образовавшийся костный канал заполняли аутоплазмой, обогащенной тромбоцитами в виде геля, после чего устанавливали имплантат методом инструментального ввинчивания.

Если усилие при введении имплантата превышало 35 Нем, его выкручивали, увеличивали диаметр ложа при помощи остеотомов либо аналогов имплантата меньшего диаметра. Перед наложением швов на альвеолярный отросток укладывали мембрану из аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами.

Чрезвычайно важен анализ местного статуса: высоты линии улыбки, биотипа десны в области лечения, состояния сохранившихся зубов в области имплантации. При выполнении имплантации создавали неподвижную слизистую оболочку вокруг шейки имплантата и восстанавливали рельеф межзубного сосочка. Это необходимо не только для получения хорошего косметического результата, но и для восстановления буферной функции преддверья полости рта, так как высокое прикрепление мышц к альвеолярному отростку приводит к ишемии и воспалению десневой манжетки функционирующих имплантатов.

При средней и особенно высокой линии улыбки, когда полностью видны верхние передние зубы и часть десны, имеется высокий эстетический риск, так как в процессе лечения создание здорового, симметричного десневого контура затруднено и возрастает значение пропорций и формы коронок. При деформации мягких тканей альвеолярного отростка вокруг имплантатов применяли методики пластической хирургии, которые позволяют получить приемлемый косметический результат [3,4].

При КЛКТ определяли состояние костной ткани в области предстоящей операции, уточняли ее структуру и качество. Программа объемной визуализации слоя позволяла «вырезать» фрагмент челюсти, равный размерам имплантата, а в режиме VR воссоздавать с мельчайшими деталями естественную текстуру области предполагаемого введения имплантата, определять ширину и высоту кости, мягких тканей в области адентии.

Было установлено, что на уровне премоляров, клыка и резцов альвеолярный отросток верхней челюсти представлен пористым компактным веществом и губчатым веществом рыхлой структуры (Д3), а иногда даже компактное вещество кости представлено рыхлой, тонкой тканью (Д4) [7]. При плотности Д3, Д4 подготовка ложа для имплантатов затруднена и может отсутствовать первичная его стабильность [2,3]. КЛКТ позволяла уточнить состояние анатомических образований, которые граничат с областью вмешательства (верхнечелюстной синус, полость

носа), и произвести виртуальную постановку имплантатов, выбирая их оптимальный диаметр и длину, а также наиболее безопасный и целесообразный путь введения.

При проведении имплантации во фронтальном отделе верхней челюсти учитывали ряд особенностей ее проведения. Имплантаты располагали на расстоянии 1 - 1,5 мм от корней зубов, прилегающих к области имплантации, так как несоблюдение этого правила приводит к резорбции кости и укорочению десневых сосочков.

Тонкий биотип десны не позволяет в ряде случаев создать и сохранить на длительное время межзубные сосочки; кроме того, в этой ситуации возможно развитие рецессии. Для предупреждения подобных осложнений имплантаты вводили ближе к кортикальной пластинке альвеолярного отростка со стороны нёба. Толщина вестибулярной костной стенки составляла не менее 2 мм, что предупреждало атрофию после протезирования. В коронально-апикальном направлении платформу имплантата располагали на 2 мм апикальнее края десны по срединной линии либо на 1 мм апикальнее цементно-эмалевого соединения соседних зубов. Если платформу имплантата расположить более апикально, то увеличивается риск резорбции вестибулярной кости и рецессии десны. При более корональном расположении имплантата возникает просвечивание его металлической шейки через десну. Этот косметический недостаток устраняли пересадкой свободного соединительнотканного трансплантата с нёба (4 пациента).

Если деформация сохранялась после проведения имплантации, она устранялась при выполнении второго этапа. При раскрытии имплантата в этой ситуации не использовали мукотом, а применяли серповидный скальпель. Предварительно проведенная деэпителизация слизистой оболочки над имплантатом создавала условия для перемещения этого соединительнотканного трансплантата на ножке под вестибулярный лоскут (4 пациента). Это позволяло увеличить объем мягких тканей со стороны преддверья полости рта.

Наличие дефекта на уровне гребня альвеолярного отростка чрезвычайно неблагоприятно сказывается на исходе операции. Устранить этот дефект возможно при пересадке костного блока по типу накладки либо проведении дистракционного остеосинтеза. Костная пластика проводится до имплантации либо во время ее по протоколу двухэтапной имплантации (4 пациента).

Инфекция в области предстоящей имплантации в прилежащих участках альвеолярного отростка, вызванная пародонтитом, периодонтитом, травмой или инородными телами, приводила к снижению количества и качества кости, и мягких тканей. Имплантацию при этом проводили после купирования воспалительного процесса и восстановления объема кости, и мягких тканей в области операции. Создание адекватных десневых сосочков затруднено при введении двух или трех имплантатов, и особенно при наличии других факторов риска, например, высокой линии улыбки, тонкого биотипа десны.

После имплантации и устранения дефектов костных и мягких тканей изготавливали временные протезы, которые устраняли косметический дефект и защищали от травмы область операции.

Протез с опорой на имплантаты в эстетически значимой зоне должен гармонировать со структурами рта и лицом пациента. Имплантаты должны быть окружены здоровой десной, которая по толщине, цвету и контуру не отличается от десны в области соседних здоровых зубов. Ортопедическая конструкция должна имитировать цвет, форму, характер поверхности, размер и оптические свойства естественных зубов [1]. Временные протезы могут быть съемными или несъемными: мостовидные конструкции, несъемные коронки, приклеенные к нёбным поверхностям соседних зубов, ретейнеры, съемные частичные протезы. Временная реставрация не должна оказывать давления на мягкие ткани. Желательно использовать протезы, фиксируемые к соседним зубам. Это обеспечивает интеграцию имплантатов и сохраняет объем мягких и костных тканей.

Выбор конструкции определялся наклоном оси имплантата. Например, при выраженном наклоне винтовая фиксация цельнокерамической конструкции нецелесообразна.

При осмотре пациентов через два года после проведения имплантации установлено, что у всех определяется достаточная стабилизация имплантатов. Недостаточный эстетический результат выявлен у 15 пациентов, однако они не предъявляли жалоб и довольны результатами лечения, что обусловлено низкой линией улыбки.

Достижение высокого эстетического результата невозможно без томографии челюстно-лицевой области. При этом возможность определения качества, плотности костной ткани, проведения без погрешностей всевозможных измерений, фотозахватов, воссоздания 3D-реконструкций челюстей в виртуальном виде позволяет выбрать самый рациональный план лечения. Использование современных методик проведения дентальной имплантации, методов воссоздания объема костных и мягких тканей в области имплантации позволяет получить хороший функциональный и косметический результат даже в области фронтальных зубов верхней челюсти.

Есть и еще одна анатомическая проблема - отсутствие прикрепленной (неподвижной, то есть плотно охватывающей зуб) десны. Эта ситуация часто обнаруживается при различных формах заболевания пародонта. Это достаточно серьезная проблема, которая влияет не столько на процесс приживления имплантата, сколько на дальнейшее состояние всей протезной конструкции. Дело в том, что если шейка установленного на имплантате зуба неплотно охвачена десной, то рано или поздно между ними образуется «карман», или пространство, куда будут попадать частицы пищи. В дальнейшем может начаться воспалительный процесс, распространяющийся и на костную ткань, в которой установлен имплантат, что в конечном итоге может спровоцировать его отторжение. До недавнего времени данная проблема не была столь очевидной. И только сейчас, когда в нашем распоряжении появились отдаленные результаты зубной имплантации, стало понятно, насколько важен фактор создания вокруг имплантата неподвижной дешевой зоны. В настоящее время эта задача решается двумя путями: неподвижная десна формируется либо с помощью выкроенного с нёба лоскута, который пересаживается в ту зону, где необходимо создать прикрепленную десну, либо за счет углубления преддверия полости рта (такая операция называется вестибулопластикой). Упрощенно вестибулопластика - это создание углубления необходимого размера между щекой (или губой) и зубами. Данная операция, как правило, рекомендуется пациентам, у которых это углубление настолько мелкое, что при разговоре или пережевывании пищи, когда щека двигается, десна натягивается - возникает риск образования «кармана» между шейкой зуба и краем десны.

Если раньше анатомические условия были величиной постоянной, более того, именно на них базировались врачи, принимая решение о возможности имплантации, то теперь с развитием костнопластической хирургии ситуация в корне изменилась. По сути, теперь анатомические условия - величина переменная, и при необходимости специалисты могут менять их.

Таким образом, есть все основания говорить о том, что сегодня зубная имплантация вышла на новый уровень своего развития, а число потенциальных пациентов значительно возросло. Высокая эффективность остеоинтегрированных имплантатов позволяет достичь не только длительного функционирования протезов с опорой на имплантаты, но и высокого эстетического результата имплантации во фронтальном отделе верхней челюсти.

Список литературы

1. Гветадзе, Р. Ш. Исследование микрогемодинамики в маргинальной десне при формировании ее контура после второго этапа внутрикостной дентальной имплантации / Р.Ш. Гветадзе, Е.К. Кречина, А.П. Нубакян, С.В. Абрамян // Стоматология. - 2012. - N 4. - С. 46-48.

2. Кулаков, А. А. Зубная имплантация / А. А. Кулаков, Ф. Ф. Лосев, Р. Ш. Гветадзе. - М.: Медицинское информационное агентство, 2006. - 152 с.

3. Робустова, Т. Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты). - М.: Медицина, 2003. - 560 с.

4. Февралева, А. Ю. Атлас пластической хирургии мягких тканей вокруг имплантатов / А. Ю. Февралева, А. Л. Давидян. - М. : Поли Медиа Пресс, 2008. - 264 с.

5. Gileva, O. Oral health related quality of life in patients with non-specific ulcero-necrotic oral mucosal lesions / O. Gileva, T. Libik, E. Khalilayeva, Y. Gulyaeva, I. Khaliavina, R. Podgornii // Oral Diseases. 2008. - Vol.14. -Suppl. 1. - P. 24.

6. Hosseini, M. A feasible, aesthetic quality evaluation of implant- supported single crowns: an analysis of validity and reliability / M. Hosseini, K. Gotfredsen // Clin. Oral Implant, Res. - 2012. - Vol. 23. - N4. - P. 453-458.

7. Misch, C. E. Early crestal bone loss etiology and its effect treatment planning for implants / C E. Misch // Postgrad Dent. Dental Learning Systems Co, Inc. -1995. - N2.-P. 3-17.

БИОМЕХАНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОСМЕТИЧЕСКОЙ ОТОПЛАСТИКИ.

Аветиков Д.С., Стебловский Д.В., Соколов В.Н., Талаш Р.В.
ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», Украина, г. Полтава

Работа является фрагментом научно-исследовательской работы Высшего государственного учебного заведения Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» МЗ Украины, которая выполняется на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи: «Алгоритм хирургического и консервативного лечения больных, имеющих косметические дефекты тканей челюстно-лицевой области, инволюционный птоз кожи лица и шеи, болевые синдромы лица и профилактики образования патологических рубцово-измененных тканей», номер государственной регистрации 0114U001910.

Актуальность. С каждым годом растет количество людей, особенно женщин, которые более тщательно относятся к своей внешности. Этот фактор увеличивает количество потенциальных пациентов и приводит к бурному развитию реконструктивной и эстетической хирургии лица. Среди них особое место занимают пациенты с лопоухостью, как врожденной деформацией ушной раковины.

На сегодняшний день существует большое количество методик по устранению данной патологии, но ни одна из них не гарантирует оптимального косметического эффекта и не учитывает биомеханические свойства кожно-жировых лоскутов с фиброархитектоникой кожи, что в дальнейшем может привести к негативным результатам оперативных вмешательств, в первую очередь образования патологических рубцов кожи.

Целью исследования было определить оптимальные границы деформации кожно-жировых лоскутов сосцевидной области и установить оптимальные направления вектора приложенной к лоскуту кожи силы при проведении косметической отопластики.

Материалы и методы. Объектом исследования были кожно-жировые лоскуты, взятые из сосцевидной области у 35 пациентов с лопоухостью разной степени во время иссечения избытков кожи. Лоскуты подвергались одноосному линейному растяжению.

В ходе исследования использовались следующие методы: испытание кожно-жировых лоскутов сосцевидной области на одноосное линейное растяжение с помощью разрывных машин, статистические методы обработки данных.

В качестве линейной реологической модели, описывающей механические свойства кожи, выбрана модель Кельвина, которая удовлетворительно описывает вязкоупругие свойства кожи.

Для нахождения точных решений системы уравнений нами использованы численные методы оптимизации. Данный алгоритм реализован при помощи системы компьютерной алгебры – Mathcad версия 14.

Результаты и их обсуждение. Для проведения изотонического эксперимента были отобраны два образца (лоскута) кожи, физические параметры которых соответствуют геометрии лоскутов мобилизуемых при проведении отопластики. Все лоскуты имели прямоугольную форму.

Размеры лоскута, соответствующего отопластике, имели значения:

длина , ширина , толщина .

Здесь и далее применены индексы, обозначающие соответственно операцию: – отопластика.

Растягивающие постоянные усилия, приложенные к образцам, были равны: 0,4 кг и 0,35 кг соответственно.

Статические механические напряжения в образцах определяются выражением: – —

Таким образом напряжения, рассчитанные по формуле, имеют значения: ,

.

Результаты изотонических экспериментов приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты изотонического эксперимента.

t, с	, мм	, мм	
0,0	8,0	0,0	0,0000
0,2	8,5	0,5	0,0625
0,4	9,0	1,0	0,1250
0,6	9,6	1,6	0,2000
0,8	10,3	2,3	0,2875
1,0	11,1	3,1	0,3875
1,4	11,9	3,9	0,4875
1,8	12,9	4,9	0,6125
2,6	15,1	7,1	0,8875
2,8	15,8	7,8	0,9750
3,0	16,4	8,4	1,0500
3,8	18,3	10,3	1,2875
4,6	18,9	10,9	1,3625
5,0	19,0	11,0	1,3750

Значения абсолютный удлинений и деформаций рассчитываются по формулам: , —, где – индекс, обозначающий номер измерения. Нами выдвинуто предположение, что геометрия свободных границ лоскута кожи является центральносиметричной, то есть свободные края кожи считаются дугами кругов соответствующих радиусов и (рис. 2).

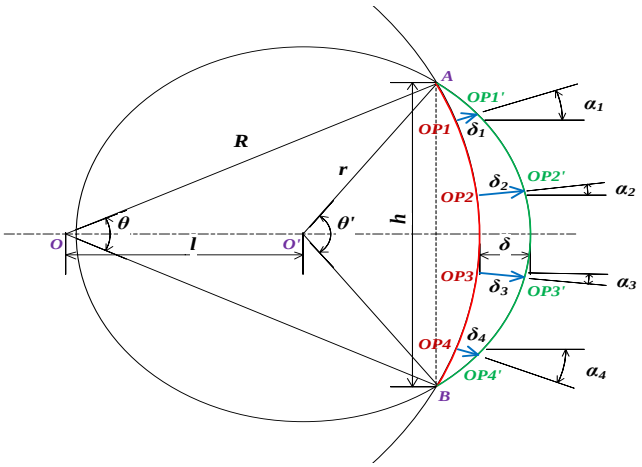


Рисунок 1. Модель деформации кожного лоскута и направления растягивающих усилий при проведении косметической отопластики

Исходные данные: радиус , длина дуги *A-OP1-OP2-OP3-OP4-B*, обозначенная буквой , максимальное смещение кожи вдоль оси . Растягивающие усилия приложенные к точкам *OP1*, *OP2*, *OP3*, *OP4*.

Главным критерием определения направлений является равенство тангенциальных напряжений областей *A-OP1'*, *OP1'-OP2'*, *OP2'-OP3'*, *OP3'-OP4'*, *OP4'-B*. В первом приближении тангенциальные напряжения пропорциональны тангенциальным деформациям указанных областей. Это предположение позволит определить координаты конечных точек *OP1'*, *OP2'*, *OP3'*, *OP4'* на основании исходных данных и координат точек *OP1*, *OP2*, *OP3*, *OP4*. Направления приложенных растягивая усилий , , , и соответствующие радиальные смещения , , , определены формулами:

, (1)

— ,

где и – координаты точек *OP1', OP2', OP3', OP4'*
а и – координаты точек *OP1, OP2, OP3, OP4* относительно точки .
индекс отвечает номеру точки.
Координаты характерных точек определены по формулам:

, , , , (2)

где ,
угол определяется, как угол между прямой *OOPi* и осью *OO'*,
угол определяется, как угол между прямой *O'OPi'* и осью *OO'*.
Отметим, что радиус определяется, как корень уравнения:

— – . (3)

Подставляя в уравнение (3) значения , и учитывая соотношение между углами та : , вытекающего из треугольников *OAB* и *O'AB*, уравнение (8) переписывается в виде:

. (4)

Получим решение этого уравнения:

. (5)

Условие равенства тангенциальных деформаций каждой области кожно-жирового лоскута запишется в виде:

— , (6)

Согласно геометрии лоскута: , , откуда

Можно доказать, что соотношение (6) превращается в: — , откуда определяем соотношение между углами: —,

где в силу симметрии —, —.

Проведем расчеты для , . — .

По формуле (5) определяем: .

По формулам (1) и (2) находим окончательные значения деформаций и направлений приложения растягивающих усилий: , , ,
.

Вывод. Таким образом, на основе проведенных биомеханических исследований нами были определены оптимальные углы растяжение и направления вектора силы кожно-жировых лоскутов при проведении отопластики, обеспечивающих хирургические вмешательства с сохранением природных топографоанатомических соотношений тканей лица и шеи.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Ордашев Х.А., Асиятилов А.Х., Шахбанов А.К.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальной проблемой современной стоматологии привлекающей внимание многих исследователей, являются поражения слюнных желез (СЖ), возникающие в ответ на различные патологические процессы в организме. При этом изменение в СЖ носят реактивно-дистрофический характер.

СЖ, являясь органами как экзокринной, так и эндокринной' секреции, тонко реагируют на нарушения деятельности других органов и систем, в том числе и эндокринной. Это доказано клиническими и экспериментальными исследованиями, которые проводились в последние годы многими авторами.

Однако, несмотря на целый ряд изученных аспектов этой проблемы, многие вопросы дискутируются. В связи с этим целью настоящей работы явилось повышения эффективности лечения поражений СЖ у больных сахарным диабетом (СД) на основе углубленного изучения характера данных изменений, разработки оптимальных критериев их диагностики и методов корригирующей терапии.

Нами разработана методика ранней диагностики заболеваний слюнных желез и медикаментозной коррекции деятельности слюнных желез у больных СД (рац. предложение №04-1289 от 22 ноября 2004года). Проведено обследование, лечение и диспансерное наблюдение 78 больных СД. Всех обследованных пациентов осматривали совместно с эндокринологом. Обследование проводили на базах кафедр хирургической стоматологии и эндокринологии РКБ, в г.Махачкала. Диагноз СД подтверждался на основании совокупности клинической симптоматики, а также общих и специальных методов исследования.

Оценку состояния СЖ начинали с выявления жалоб и анамнеза заболевания.

Для оценки состояния структуры СЖ была использована модифицированная методика контрастной сиалографии с водорастворимыми рентгеноконтрастными препаратами - "Верографин" 76%. Сиалометрию (определение объема слюны, выделяющегося за 10 мин.) проводили с целью установления степени нарушения секреторной функции СЖ. Вязкость секрета определяли при помощи зубоврачебного шпателя по О.В.Рыбалову. Гистологическая характеристика структурных изменений в СЖ при СД была проведена по результатам морфологического изучения биоптатов малых СЖ нижней губы. Биохимические исследования секрета СЖ проводились в следующем объеме: определение содержания общего белка по Lawry; активности альфа-амилазы no Fischer; активносги щелочной фосфатазы с помощью набора "Biolatest", "Lachema" (Чехия); активности перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантных систем в слюне - по результатам определения суммарной антиокислительной активности (АОА), содержанию малонового диальдегида (МДА) в слюне.

При обследовании больных обращает на себя внимание отсутствие ярких клинических симптомов поражений СЖ и, как следствие, незначительное число жалоб на появление изменений в самих СЖ. В то же время многочисленные симптомы свидетельствовали о нарушении функций этих органов и проявлениях в ПР, связанных с ними. При осмотре более чем в 50% случаев были выявлены изменения состояния слизистой оболочки полости рта (атрофия, сухость), как следствие гипосаливации. Эти изменения слизистой оболочки, не являясь патологическими, могут оказаться фоном для развития предраковых заболеваний, что и было диагностировано в ряде случаев.

Анализ данных сиалометрии позволил выявить снижение слюноотделения у больных СД. Наиболее существенные отличия показателя сиалометрии были получены после стимуляции саливации, что позволило говорить не только о снижении фоновой секреции, но и о нарушении резервных возможностей секреторной активности СЖ. Интересную информацию о состоянии секреторной функции СЖ у больных СД можно было получить при анализе данных о разности показателя до и после стимуляции саливации. При оценке вязкости слюны у больных СД обнаружено достоверно увеличение данного параметра по сравнению с контролем.

Анализ полученных биохимических данных показал, что при СД исходный уровень активности альфа-амилазы смешанной слюны был значительно ниже, чем в контрольной группе. Характерно, что после стимуляции саливации у больных СД не наблюдалось даже тенденции к увеличению, а, наоборот, происходило снижение активности данного фермента. О функциональном состоянии клеточных мембран ацинарных клеток железистой ткани косвенно судили по изменению содержания продуктов ПОЛ (в частности, МДА) и уровня суммарной антиокислительной активности. Анализ этих данных показывает патогенетический характер изменений в системе ПОЛ-АОА у больных СД, а сопоставление значений этих показателей в плазме крови и слюне отражает общий дисбаланс системы ПОЛ-АОА в организме. Реакция СЖ на стимуляцию саливации при СД, сопровождающаяся нарастанием дисбаланса в системе ПОЛ-

АОА, свидетельствует о необходимости ограничения функциональных нагрузок на СЖ, что нашло отражение в предложенном нами комплексе терапии, предусматривающем преимущественно заместительное лечение при нарушении функции СЖ III степени.

Структурные изменения СЖ на органном уровне изучали при помощи контрастной сиалографии. При проведении данного метода исследования удалось установить характерные изменения, отражающие 2 стадии развития поражения СЖ, протекающие преимущественно по интерстициальному типу. Полученные рентгенологические данные коррелируют с результатами морфологических исследований структуры этих органов. При морфологическом и электронно-микроскопическом исследованиях биоптатов малых СЖ удалось выявить значительные структурные изменения.

Исходя из положения о том, что развитие патологических изменений в СЖ при СД связано с гипосекрецией и вязкостью слюны, рекомендуем включать в комплексное стоматологическое лечение этих пациентов новый вид терапии - медикаментозную коррекцию деятельности СЖ. Лечение заключается в стимуляции саливации, заместительной, секретолитической терапии.

Анализ непосредственных и отдаленных (до 10 лет) результатов лечения показал, что сочетание медикаментозной коррекции деятельности СЖ с основными лечебно-профилактическими стоматологическими мероприятиями позволяет добиться у больных СД улучшения функциональной активности СЖ.

Подобная форма организации медицинской помощи больным СД дает возможность осуществить высококвалифицированное комплексное обследование, обеспечить преемственность в лечении пациентов на различных этапах, и, главное, создает условия для тесного контакта эндокринологов и врачей-стоматологов, занимающихся медицинской реабилитацией данного контингента больных.

АСПЕКТЫ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ И ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМ.

Халитов И.А., Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность проблемы. Актуальностью является наибольшую распространенность данного повреждения и имеющую тенденцию к росту. Сочетанные повреждения головного мозга и челюстно-лицевой области в связи с большой распространенностью бытового и автотранспортного травматизма является серьёзной междисциплинарной медицинской и социально-экономической проблемой.

К особенностям клинической картины черепно-мозговой травмы, сочетанной с повреждением лицевого скелета, относятся:

- возможность грубых расстройств внешнего дыхания, обусловленных окклюзией дыхательных путей;
- частая выраженность травматического отека и деформации лица, затрудняющих адекватную оценку функции черепно-мозговых нервов;
- частая выраженность лобно-базального синдрома в связи с избирательным ушибом этой области; преимущественная локализация внутричерепных гематом и гидром в передних отделах полушарий;
- преимущественная локализация вдавленных переломов в лобной кости с нередким повреждением лобных пазух; Диагностика и лечение остается актуальной проблемой экстренной медицины. Пострадавшие данной патологией относятся к категории тяжелых больных. Проведение объективного обследования и оценка неврологического дефицита затруднена

По данным Всемирной организации здравоохранения, травматизм является одной из основных причин смертности населения в мире. Среди самого активного трудоспособного населения в возрасте до 45 лет травматизм является основной причиной гибели от общего количества погибших и от раковых и сердечно-сосудистых заболеваний. Черепно-мозговая травма занимает первое место среди погибших от травматизма.

Сочетание острой черепно-мозговой травмы с травмой лицевого скелета по данным различных авторов колеблется от 3,2 до 60%. Повреждение лицевого скелета, по данным различных авторов (1, 2), в 100% сочетается с повреждением мозга в различной степени. Наши данные этому соответствуют.

Среди сочетанных травм наиболее часто встречается сочетание повреждений челюстно-лицевой области, костей черепа и головного мозга по сравнению с повреждением других органов

Материал и методы. Мы анализировали 110 случаев сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травм в остром периоде травмы. Мужчин было 95 , женщин –15.

Возраст больных колебался между 18 и 50 годами. С легкой черепно-мозговой травмой было 83 , средней тяжести-17 , тяжелой степени - 10 пострадавших. Перелом верхней челюсти наблюдался у 21 больных, нижней челюсти у 83 , перелом верхней и нижней челюстей у 6 больных.

Все пострадавшие были в наиболее трудоспособном возрасте от 15 до 50 лет. Наибольший травматизм наблюдался в возрасте от 20 до 30 лет, в основном мужского пола – 49 больных.

Результаты исследования. Недостаточная компетентность медработников, оказывающих первую помощь и транспортировку, обуславливало доставку больных с преобладанием челюстно-лицевой травмы в нейрохирургическое отделение.

У больных, доставленных в челюстно-лицевой стационар, не оценивалась тяжесть черепно-мозговой травмы.

Консультация невропатолога больным, поступившим в челюстно-лицевой стационар назначался только при ухудшении и состояния. При сочетании тяжелой черепно-мозговой и челюстно-лицевой травм не диагностировался травматический шок.

Выводы. На первом этапе показано комплексное обследование больного с участием нейрохирурга, невропатолога, стоматолога, челюстно-лицевого хирурга с использованием современных параклинических исследований.

Тяжесть черепно-мозговой травмы с повреждением диэнцефальной области головного мозга может привести к повышению артериального давления, маскируя шок. Учитывая это, необходимо проведение противошоковых мероприятий, независимо от уровня артериального давления.

При тяжелом состоянии больного для облегчения дыхательной и глотательной функций показано наложение трахеостомы и зондовое кормление. Сроки операции по репозиции и иммобилизации костей лицевого скелета желательно определить по состоянию общего и неврологического статуса.

При формировании внутричерепной гематомы показана срочная операция по удалению гематомы и остановке кровотечения.

Необходимо составить график и проводить регулярно занятия с работниками скорой помощи и приёмных покоев на тему «диагностика и оказание первой квалифицированной помощи больным с сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травмой».

Литература.

1. А.П.Фраерман, Н.В.Сыркина, О.В. Железин. Сочетанная черепно-мозговая травма. Сообщение 1. Особенности клинического течения острого периода, М., 31.03.2010.

2. С.А.Макеенко, Ю.В.Алексеенко. Оптимизация алгоритмов диагностики сочетанной челюстно-лицевой и черепно-мозговой повреждений, 2012, Витебск.

БИОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЛЮНЫ И КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПО- И ГИПЕРТИРЕОЗОМ.

Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А., Асиятилов Г.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Слюнные железы (СЖ), являясь органами эндокринной системы, тонко реагируют на нарушения деятельности других желез внутренней секреции(2, 3, 5).Убедительным примером, подтверждающим эндокринную функцию СЖ, является выделение ими гормона паротина (1, 7). Кроме того, слюна человека содержит белок, связывающий витамин B_{12}. Этот белок

(аноэритеин) может синтезироваться слюнными железами, что указывало на его местное происхождение(6).

Известно, что амилаза является интегральным показателем биохимической активности секрет СЖ при дисфункции щитовидной железы (ЩЖ), который обусловлен тем, что у человека альфа-амилаза секретируется только слюнными и поджелудочной железой (3, 4, 6, 8).

Цель. Исследовать некоторые биохимические показатели слюны и крови у больных гипо- и гипертиреозом.

Материалы и методы исследования. Биохимические методы исследования проводились на базе биохимической лаборатории Республиканского диагностического центра Министерства здравоохранения Республики Дагестан.

Забор нестимулированной смешанной слюны проводили у пациентов с помощью одноразовых капроновых пипеток в стерильные пробирки.

Исследования смешанной слюны и сыворотки крови провели у 92 больных и у 20 пациентов контрольной группы в следующем объеме: показатели содержания и активности α-амилазы, щелочной фосфатазы и общего белка.

Результаты исследования. Результаты определения активности α-амилазы смешанной слюны до и после стимуляции секреции показали, что независимо от функционального состояния ЩЖ имело место достоверное снижение активности α-амилазы (табл.1).

Таблица 1

Показатели активности α-амилазы смешанной слюны в зависимости от типа дисфункции щитовидной железы

Группы обследования	Концентрация α-амилазы (г/л)	
	до стимуляции саливации	после стимуляции саливации
Гипотиреоз (п-36)	2,90±2,89	31,1±2,87
Гипертиреоз (п-56)	26,13±2,23	28,03±3,08
Контрольная группа (п-20)	49,78±2,04	57,03±6,04
P	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$

При этом стимуляция слюноотделения приводила в обеих группах к повышению активности α-амилазы, однако ее концентрация оставалась достоверно ниже нормы. Особенно это было выражено у больных с гипертиреозом.

Снижение активности α-амилазы слюны свидетельствовало в пользу угнетения секреторной активности СЖ.

Изучение концентрации общего белка в смешанной слюне у больных с дисфункцией ЩЖ показало увеличение его концентрации у всех больных с гипотиреозом и гипертиреозом (табл.2).

Таблица 2

Показатели содержания общего белка смешанной слюны у больных сиаладенозом в зависимости от типа дисфункции щитовидной железы

Группы обследования	Концентрация общего белка (г/л)	
	до стимуляции саливации	после стимуляции саливации
Гипотиреоз (п-36)	2,90±0,21	1,41±0,13
Гипертиреоз (п-56)	3,15±0,12	1,39±0,90
Контрольная группа (п-20)	2,00±0,10	1,52±0,80
P	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$

После стимуляции саливации концентрация белка в слюне снижалась в обеих группах и достоверно не отличалась от контроля.

Установлено, что увеличение концентрации белка в смешанной слюне коррелирует с интенсивностью миграции лейкоцитов, участвующих в слущивании клеток эпителия слизистой оболочки полости рта в период воспаления. Полученные данные свидетельствуют об активации воспалительных процессов в полости рта у больных с дисфункцией ЩЖ и коррелировали со степенью тяжести пораженных тканей.

Средние показатели активности щелочной фосфатазы (табл.3) в обеих группах и особенно в группе гипотиреоза (28,50±1,39 г/л) значительно (более чем 3-4 раза) превышали таковые контроля (7,21 ±0,17 г/л) как до, так и после стимуляции саливации (P<0,05). Это свидетельствовало о преимущественном усилении воспалительных процессов в полости рта у больных с дисфункцией щитовидной железы.

Щелочная фосфатаза требует для своей активности pH=10,0. Такая величина pH формируется локально при активировании ферментов, освобождающих в белках №H2-группы, обеспечивающие сдвиг pH в щелочную сторону. Активная щелочная фосфатаза расщепляет фосфорные эфиры различных соединений с высвобождением фосфорной кислоты, т.е. атомов фосфора, содержание которого мы определяли и в слюне, и в сыворотке крови.

Таблица 3

Показатели активности щелочной фосфатазы у больных сиаладенозом в зависимости от типа дисфункции щитовидной железы

Группы обследования	активность щелочной фосфатазы	
	до стимуляции саливации	после стимуляции саливации
Гипотиреоз (n-36)	28,50±1,39	25,29±1,45
Гипертиреоз (n-56)	18,63±1,23	22,01±1,71
Контрольная группа (n-20)	7,21±0,17	6,13±0,41
P	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$

Выводы.

1. Наши исследования показывают, что у больных сиаладенозом наблюдаются заметные деструктивные изменения слюнных желез, которые ведут к нарушению их функции на фоне изменения всех биохимических процессов, протекающих в патологически измененных железистых тканях.

2. Учитывая тот факт, что у больных с гипотиреозом активность щелочной фосфатазы была выше, чем у больных с гипертиреоз, можно говорить о зависимости содержания от активности щелочной фосфатазы.

3. Сиаладеноз, развивающийся на фоне дисфункции щитовидной железы, приводит к изменению химического состава смешанной слюны. При этом отмечается снижение активности а-амилазы, увеличение концентрации общего белка и фосфора, повышение активности щелочной фосфатазы независимо от функционального состояния щитовидной железы, что способствует развитию заболеваний полости рта и зубов.

Список литературы

1. Афанасьев В.В., Ромачева И.Ф. Роль сопутствующих заболеваний в этиологии хронического сиаладенита // Стоматология.- 1989.- Т.68.- №1.- С.46-48.

2. Денисов А.Б., Афанасьев В.В., Капелян В.Д. Изменение слюнных желез при экспериментальном воздействии на семенники крыс. Сообщение 2. Биохимический состав слюны и крови // Российский стоматологический журнал.- 2001.- №3.- С.4-7.

3. Денисов А.Б. Клиника, диагностика и лечение сиаладенозов у больных с заболеваниями мужских половых желез: Дисс... к.м.н. -Москва, 2001.- 138 с.

4. Колесниченко Л.С., Кулинский В.И., Горина А.С. Аминокислоты и их метаболиты в крови и моче у детей с минимальной церебральной дисфункцией. // Вопросы медицинской хартии. - 1999. - Т.45, №1. -с.58-54.

5. Ордашев Х.А. Заболевания слюнных желез при сахарном диабете: автореф. дисс… к.м.н.- Москва.-1997.- С.19.

6. Пожарицкая М.М. Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса в твердых и мягких тканях полости рта: методическое пособие.- Москва.- 2001.- С.17.

7. Суходоло В.Д., Мелева Н.С. Динамика секреции желчи у крыс после удаления слюнной железы // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.- 1981.- №12.- С.669-670.

8. Garsia-Marcos M., Fontanils U. et all. Role of Sodium in mitochondrial membrane depolarization induced by P2x7 receptor activation in submandibular gland // FEBS. Lett. Spain. - 2005. - V.579. - №24. -P.5407-5413.

9. Mata A., Marques D. et all. Effect of extracellular on secret a gogue-evoked amilasa secretion in the isolated rat parotid gland segments // Magnes Res. - 2002.- Vol.15. - №3-4. - P.161-165.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СИАЛАДЕНИТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.

Ордашев Х.А., Шахбанов А.К.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

ГБУ РД "Республиканская клиническая больница", г. Махачкала

Острый гнойный сиаладенит является следствием воздействия различных причин, нарушающих целостность организма. Нередко он возникает как осложнение после операций на ЖКТ, железах внутренней секреции, при заболеваниях печени, поджелудочной, железы и т.д. (Дмитриев Н.А., 1976; Ромачева И.Ф., Юдин В.В., Афанасьев В.В., Морозов А.Н., 1987; Саидкаримова У.А., 1991; Goiloff E., Mufin M., Touraine J., 1991).

Актуальность. Поражение инсулярного аппарата поджелудочной железы создает предпосылки для возникновения сиаладенита. Это обусловлено преимущественно гормональным дисбалансом и нарушением углеводного обмена. В свою очередь, гнойно-воспалительный процесс в слюнных железах приводит к снижению толерантности к углеводам и повышению резистентности организма к инсулину. Это усиливает имеющиеся нарушения углеводного, жирового, белкового обмена, тесно связанного с ними обмена электролитов и кислотно-щелочного состояния. Развитие гнойного процесса в слюнных железах приводит к тому, что скрыто протекающий сахарный диабет нередко становится декомпенсированным и даже может перейти в диабетическую кому. Тяжесть гнойного процесса, тенденция к распространению его на соседние области могут быть обусловлены значительными нарушениями метаболизма, явлениями гиперкоагуляции за счет выделения в сосудистое русло продуктов разрушения тканей железы, обладающих тромбопластическим и антифибринолитическим действием, а также характерным для сахарного диабета снижением иммунной защиты (Ericson S., Zetterlund B., Ohman L., 1991).

Таким образом, являющиеся следствием сахарного диабета и воспалительного процесса метаболические нарушения, взаимно усугубляя друг друга, создают определенный порочный круг. Поэтому при оказании помощи больным сахарным диабетом важно, чтобы лечение было направлено одновременно как против воспалительного процесса в челюстно-лицевой области, так и на нормализацию углеводного обмена. Отмечено, что сиаладенит, в том числе острый, может быть осложнением сахарного диабета (Ордашев Х.А., 1998). Бурный рост заболеваемости сахарным диабетом и его осложнений во всем мире указывают на актуальность совершенствования лечения заболеваний слюнных желез при сахарном диабете.

Цель. Изучить состояние больных острым сиаладенитом на фоне сахарного диабета и разработать оптимальную тактику лечения этих больных.

Материал и методы исследования. Мы наблюдали 120 больных острым гнойным сиаладенитом, которые страдали сахарным диабетом. Больные были в возрасте от 18 до 66 лет. Мужчин было 40, женщин – 80. Легкая форма сахарного диабета была у 40 больных, средняя – у 50, тяжелая – у 30. У 20 наблюдавшихся больных сахарный диабет выявлен впервые. При обследовании у 90 больных старше 40 лет выявлены гипертоническая болезнь и атеросклероз с ишемическим поражением сердца.

Больные поступили в стационар в разгар заболевания (у большинства протекало тяжело, с повышением температуры тела, интоксикацией). Почти у всех больных гнойный процесс распространялся на соседние области: щечную, скуловую, подвисочную, подглазничную, окологлоточную, поднижнечелюстную. У 12 больных развился сепсис. Всем больным, кроме

медикаментозного, проведено хирургическое лечение. В связи с прогрессированием гнойного процесса 13 из них нуждались в повторных операциях.

Результаты исследования. Наблюдение за этими больными и их лечение позволили нам выработать определенную врачебную тактику. Прежде всего, необходима коррекция уровня сахара в крови больного, он должен быть в пределах 7,5-10,0 ммоль/л. Умеренная гипергликемия у больного в предоперационном периоде предохраняет его от гипогликемического шока, который угрожает в послеоперационном периоде. Нам удавалось достичь таких показателей углеводного обмена путем проведения кратковременной предоперационной подготовки в течение 4-6 часов. Для этого применяли дробно индивидуальные дозы инсулина: в/в вводили поляризующую смесь (10% раствор глюкозы -500 мл, 1% раствор СаС1 - 100 мл, инсулин - 12 Ед), 5% раствор бикарбоната натрия, кокарбоксилазу, витамины (группы В, РР, С), сердечные гликозиды, проводили дезинтоксикационную терапию. При тяжелом течении сиаладенита в виде исключения приходилось оперировать без коррекции углеводного обмена.

Хирургическая тактика при лечении больных сахарным диабетом должна быть по возможности щадящей. Особенно важным является правильный выбор метода анестезии, при котором должны быть учтены имеющиеся у больных значительные нарушения метаболизма.

Следует обязательно проводить профилактику и лечение дыхательной недостаточности, особенно при распространении гнойного процесса на шею и в окологлоточное пространство (Дмитриев Н.А., 1991). Индивидуальные дозы инсулина, учитывая повышенную резистентность к нему больных, должны быть выше обычных на 15-20%.

При декомпенсированном течении сахарного диабета повышена склонность к некрозам и распространению гнойного процесса на ткани соседних областей за счет значительного нарушения тканевого метаболизма. Для его снижения, а также для профилактики вторичного остеомиелита ветви нижней челюсти, необходимо назначать внутримышечное введение масляного раствора ретаболила по 50мг каждые 2 недели. Своевременное оказание неотложной помощи больным и проведение комплексной терапии позволили нам во всех случаях добиться их выздоровления. Но, тем не менее, заболевание имело затяжной характер, койко-день в среднем составлял 18±4.

Оптимальным вариантом ведения этого контингента больных при тяжелом течении процесса следует признать их лечение в палатах интенсивной терапии с обязательным контролем и коррекцией основных показателей гемодинамики и состояния системы гомеостаза.

Выводы. Помощь больным с гнойным сиаладенитом, страдающим сахарным диабетом, заключается, прежде всего, в предоперационной коррекции углеводного обмена, правильном выборе метода обезболивания, своевременном операционном лечении и проведении массивной антибактериальной, дезинтоксикационной и корригирующей терапии, направленной на поддержание и восстановление нарушенных болезнью функций организма.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ СИАЛАДЕНОЗАМИ.

Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А., Асиятилов Г.А., Шахбанов А.К.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Сиаладеноз, развивающийся на фоне поражения щитовидной железы (ЩЖ), в основном выявляется у лиц трудоспособного возраста, обусловливая значительные трудо- и экономические потери, а существующие методы лечения и реабилитации больных с данной патологией не являются достаточно эффективными (1, 4). Проблема дисфункции ЩЖ и связанные с этим различные заболевания слюнных желез имеют как общий, так и региональный характер (климатогеографический, экологический, этнический, возрастной и т.д.).

Для сельской местности Дагестана характерны существенные климато-географические особенности по местным поясам, которые имеют заметные различия качества экосистемы по природным, антропогенным и экологическим факторам(2, 3, 5). Сиаладенозы могут сопровождаться болевыми ощущениями, нарушением саливации, поражением органов и тканей полости рта, что придает проблеме не только медико-биологическое, но и социальное значение.

Выработка оптимальных критериев диагностики и методов корригирующей терапии сиаладеноза диктуется еще и тем, что эндемический зоб является краевой патологией в Республике Дагестан.

Цель. Обследовать больных сиаладенозами на фоне гипо- и гипертиреоза в Республике Дагестан.

Материалы и методы исследования. С целью изучения особенностей течения, клинического проявления, своевременности диагностики и комплексного лечения были обследованы 92 больных: 12 мужчин и 80 женщин, находившихся под наблюдением в клинике эндокринологии и челюстно-лицевой хирургии Республиканской клинической больницы г.Махачкала. Структура заболеваний, на фоне которых развивался сиаладеноз, приведена в таблице 1.

Из табл. 1 видно, что преимущественно болели женщины (87%), около трети страдали гипотиреозом (39%). На долю гипертиреоза в сочетании с сиаладенозом приходилось 61% пациентов. Данное соотношение наблюдалось как у мужчин, так и у женщин, однако данные статистически недостоверны (p>0,05).

Существующая система организации медицинской помощи больным, страдающим заболеваниями ЩЖ, не предусматривает организации стоматологической помощи этим пациентам.

Таблица 1

Распределение больных сиаладенозом по полу и в зависимости от нарушения ЩЖ (гипо- и гипертиреоза)

Пол	Всего		Группа наблюдения					P
			Гипотиреоз		Гипертиреоз			
	К-во больных	%	К-во больных	%	К-во больных	%	%	
1.муж.	12	13%	4	11%	8	14,3%		0,655
				33%		67%	100%	
2.жен.	80	87%	32	89%		85,7%		
				40%	48	60%	100%	
Итого	92	100%	36(39%)	100%	56(61%)	100%	100%	

Отсутствие преемственности и эффективности связи между эндокринологической и стоматологической службами привело к организации республиканского специализированного Центра по оказанию стоматологической помощи больным, страдающим заболеваниями эндокринной системы. Специалисты Центра оценивали эффективность проводимого стоматологического лечения, а также курировали пациентов в период обострения основного заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты комплексного лечения больных сиаладенозом на фоне гипо- и гипертиреоза изучали в динамике наблюдений в сроки от 6 месяцев до 1 года. В результате проведения санитарно - просветительной работы у наших пациентов значительно возрос уровень санитарной культуры. Так, до проведения санпросвет работы регулярно ухаживали за полостью рта 89,0±7,4%, после - число их возросло до 100%.

Эффективность проведения лечения больных в условиях Центра оценивали по результатам оценки стоматологического статуса двух групп.

В первую группу вошли больные (29) с дисфункцией ЩЖ, которые в течении 1 года наблюдались в Центре по поводу сиаладеноза и им проводились комплексная терапия патологии слюнных желез(СЖ).

Вторую группу составили пациенты (22) с дисфункцией ЩЖ, наблюдавшиеся у участкового врача - стоматолога по поводу различных стоматологических заболеваний. Терапевтическое лечение у них не сочеталось с медикаментозной коррекцией деятельности СЖ.

Эффективность терапии оценивали в сравнительном аспекте по изменению в динамике скорости секреции смешанной слюны у наблюдаемых пациентов до и после лечения (табл.2), а также по изучению гигиенического индекса.

Таблица 2

Результаты сиалометрии у больных сиаладенозом на фоне гипо- и гипертиреоза до и после лечения

Группы обследованных	Показатели сиалометрии до лечения		Показатели сиалометрии после лечения	
	до стимул.	после стимул.	до стимул.	после стимул.
1 группа гипо- (n=29)	2,2±0,3	2,6±0,2	3,0±2,4 P<0,001	3,9±0,2 P<0,001
2 группа гипер- (n=22)	2,2±0,2	3,9±0,3	2,8±0,2	3,1±0,3
Контрольная группа (n=20)	3,9±0,2	4,5±0,2	-	-

Из табл. 2 видно, что проведение комплексного лечения больным 1-й группы в Центре позволило добиться достоверного увеличения секреции смешанной слюны, особенно - после ее стимуляции ($p<0,05$), что свидетельствовало в пользу нормализации не только фоновой секреции, но и резервных экскреторных механизмов.

Таблица 3

Показатели индекса гигиены (Green Vermillion) у больных сиаладенозом на фоне гипо- и гипертиреоза до и после лечения

Обследованных	Индекс гигиены /в баллах/	
	До лечения	После лечения
1 группа (n=29)	1,9±0,1	1,3±0,1 p<0,05
2 группа(n=22)	1,9±0,1	1,8±0,1
Контрольная группа(n=20)		p≥0,05

В то же время, у больных 2-ой группы параметры секреции после лечения достоверно не менялись.

Оценка гигиенического состояния полости рта показала следующие результаты (табл. 3) Из таблицы следует, что у больных гипо- и гипертиреозом 1 группы, качество состояния слизистой оболочки полости рта и зубов достоверно улучшилось в значительно большей степени, чем у пациентов, не получавших данного лечения.

Таким образом, мы установили, что снижение распространенности заболеваний пародонта и изменения в структуре этой патологии было в основном характерно для больных 1 группы, получавших комплексное терапевтическое лечение в сочетании с медикаментозной коррекцией нарушения функции СЖ в Центре. В ходе лечения заболеваний пародонта у пациентов данной группы наблюдали достоверное снижение количества случаев со 2-3 степенью тяжести пародонтита и гингивита и увеличение пациентов с 1 степенью тяжести ($p<0,05$), что можно объяснить за счет перехода процесса из 3 степени в более ранние под влиянием проведенного комплексного лечения. В этой же группе больных после лечения в 5% случаев отметили отсутствие клинических признаков патологии пародонта, в то время как до лечения у всех больных 1 группы определялись те или иные формы его поражения.. У больных 2-й группы, не получавших лечения, направленного на коррекцию нарушений функции СЖ, под воздействием местной терапии мы наблюдали тенденцию к снижению числа случаев гингивита и пародонтита III степени и некоторое увеличение процента больных с I и II степенью после лечения, однако данные были не достоверны.

Улучшения функциональной активности СЖ у больных с дисфункцией ЩЖ в процессе лечения способствовало снижению «кариесогенной ситуации» в полости рта (табл.4).

Таблица 4

Показатели кариеса у больных сиаладенозом на фоне гипо- и гипертиреоза до и после лечения

Группы обследованных	Показатели до лечения				Показатели после лечения			
	КПУ	К	П	У	КПУ	К	П	У
1 группа (n=29)	17,4±1,7	1,6±0,8	7,4±0,6	8,6±0,8	17,4±1,4	1,1±0,2	8,0±1.1	8,4±0,9
2 группа (n=22)	16,9±0,5	0,98±0,2	7,8±0,9	8,5±0,8	17,8±2,0	1,6±0,5	7,9±0,6	8,7+0,8
Контрольная группа (n=20)	12,1±0,3	1,6±0,1	6,3±0,9	1,4±0,1				

Примечание: К – кариес, П – пломба, У – удаленные зубы.

Результаты анализов показали, что у больных 1 группы, несмотря на незначительно высокие показатели интенсивности кариозного процесса, наблюдалась относительная его стабилизация, в то время, как у пациентов 2-й группы интенсивность кариеса возрастала. При оценке составляющих индекса КПУ у больных 1 группы после лечения было отмечено уменьшение показателя К и некоторое возрастание значений показателей П и У. У пациентов 2 группы все три составляющих (К, П, У) превысили значения этих параметров до лечения.

Выводы. Полученные данные позволяют утверждать, что нормализация секреторной активности СЖ является необходимым условием для редукции кариеса у больных с дисфункцией ЩЖ. Комплексное лечение больных сиаладенозом на фоне нарушений функции ЩЖ, проводимого под эгидой диспансерного наблюдения в созданном нами Центре, позволяет существенно повысить эффективность терапии данных пациентов.

Литература.

1. Афанасьев В.В., Ромачева И.Ф. Роль сопутствующих заболеваний в этиологии хронического сиаладенита // Стоматология.- 1989.- Т.68.- №1.- С.46-48.

2. Денисов А.Б. Гипертрофия слюнных желез. Механизм развития и методы моделирования. Обзор // Стоматология.- 1994.- Т.73.- №3.- С.124-131.

3. Ордашев Х.А. Заболевания слюнных желез при сахарном диабете: автореф. дисс… к.м.н.- М.- 1997.- С.19.

4. Changlai S.P., Chen W.K., Chung C., Chiou S.M. Objective evidence of decreased salivary function in patients with autoimmune thyroiditis (chronic thyroiditis, Hashimoto's thyroiditis) // Nucl. Med. Commun.- 2002.- V.23.- №10.- P.1029-1033.

5. Rais L.G., Simmons H.A., Sandberg A.L., Canalis E. Direct stimulation of bone resorption by epidermal growth factor // Endocrinolog.- 1980.- V.107.- №1.- P.270-273.

СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СИАЛАДЕНИТЕ И СИАЛОЗЕ.

Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А., Асиятилов Г.А., Халитов И.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Хронический сиаладенит (ХС) и сиалоз - одни из самых частых заболеваний слюнных желез (СЖ). Наличие некоторых общих патогенетических механизмов в поражении СЖ при ХС и сиалозе заставляет рассматривать различные вопросы патологии при этих заболеваниях в сравнении друг с другом.

Актуальность. СЖ принимают активное участие в метаболизме йода, в ряде работ описаны функциональные взаимосвязи между щитовидной железой (ЩЖ) и СЖ. Однако, мы не встретили исследований по изучению функционального состояния ЩЖ при различных вариантах течения сиалоза, а сведения о характере изменений органов полости рта и ЩЖ при ХС и сиалозе недостаточны.

Целью настоящей работы явилось изучение состояния органов полости рта, ЩЖ при ХС и сиалозе.

Материал и методы исследования. Обследовано 82 больных в возрасте 18-73 лет с признаками ХС и сиалоза, имеющих патологию ЩЖ, находившихся на лечении в отделении эндокринологии РКБ в г.Махачкала. При этом было 47 человек с ХС, и 35 - с сиалозом. В диагностике ХС и сиалоза использовались общепринятые критерии.

Контрольная группа состояла из 20 практически здоровых человек. Для изучения изменений органов полости рта у обследуемых определялись индексы КПУ, РМА, индексы гигиены по Федорову-Володкиной и Грину-Вермильону.

Наличие и тяжесть заболевания ЩЖ оценивали по клиническому проявлению, размеры ЩЖ определяли пальпаторно по общепринятой методике; о наличии узловых образований и структур ЩЖ судили по данным ультрасонографии.

В лабораторной диагностике применяли стандартные радиоиммунные наборы для определения в сыворотке крови трийодтиронина (T_3), тироксина (T_4), тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ). Данное исследование выполнено в Республиканской клинической больнице и Республиканском диагностическом центре, в г. Махачкале. Статистическая обработка материала проведена по критерию Стъюдента.

Результаты исследования. У больных ХС и сиалозом выявлено неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта. Индексы по Федорову-Володкиной соответственно составили 2,32±0,28, 2,11±0,26 против 1,52±0,07 в контрольной группе ($p<0,05$). Показатели зубного налета по индексу Грина-Вермильона были 1,63±0,35 и 1,76±0,27 против 0,79±0,08 в контроле ($p<0,05$). Секретовыделительная функция СЖ у всех обследованных больных была значительно снижена по сравнению с контролем, чем и можно объяснить плохое гигиеническое состояние полости рта у больных.

При обследовании зубов у лиц с данной патологией СЖ наблюдалась достоверно высокая поражаемость их кариесом. По индексу КПУ она была большей, чем в контрольной группе: у больных сиалозом - в 2,3 раза, с ХС - в 2 раза. Со стороны тканей краевого пародонта у лиц с заболеванием СЖ установлены значительные изменения, проявляющиеся в основном в форме гингивита и пародонтита. По индексу РМА у больных с ХС и сиалозом эти изменения соответственно составили 25,06±4,48 и 38,67±7,51 против 7,17±1,48 в контрольной группе.

При изучении состояния ЩЖ наследственность по заболеваниям ее была отягощена у 11,2% пациентов с сиалозом и у 4,4% с ХС. Факторы, способствующие проявлению скрытой наследственной патологии эндокринной системы (рождение пятым и более ребенком по счету, тонзиллэктомия до пубертатного возраста, поздний возраст родителей) имелись у 7,5% всех обследованных.

На основании изучения симптоматики гипотиреоза у больных с ХС выявлены некоторые особенности в зависимости от стадии заболевания СЖ. Из 32 пациентов с начальной и клинически выраженной стадиями ХС у 12 имелся клинически явный гипотериоз со следующими признаками: увеличение массы тела при пониженном аппетите, выпадение или ломкость волос, зябкость, снижение памяти, сухость кожи, осиплость голоса, гиперкератоз.

Увеличение ЩЖ отмечалось у 36,5% больных начальной и клинически выраженной стадиями ХС. Размеры ЩЖ соответствовали увеличению I степени у 7 человек и II степени у 5. По данным ультрасонографии, у 6 больных имелось чередование участков пониженной и повышенной эхоплотности. У 8 человек из 15 больных с поздней стадией ХС наблюдался клинически явный гипотиреоз с признаками увеличения массы тела, отмечались осиплость голоса, выпадение или ломкость волос, запоры, гиперкератоз.

Клиническая картина гипотиреоза у пациентов с сиалозом в целом характеризовалась следующими признаками: зябкостью, снижением памяти, увеличением массы тела, изменением тембра голоса, отечным синдромом, выпадением волос. У 65,7% пациентов с гипотериозом выявлены нарушения липидного обмена ($p<0,05$).

Данные о частоте клинически явного гипотиреоза представлены в табл.1.

Таблица 1

Анализ частоты клинически явного гипотиреоза у пациентов с поражением СЖ

Группа	n	Больные с гипотиреозом	
		n	%
ХС	47	21	24,2
Сиалоз	35	19	54

Содержание тиреоидных гормонов и тиротропина у больных с ХС и сиалозом представлены в табл.2. Для пациентов с ХС характерным является снижение уровня T_4 при повышении ТТГ на фоне тенденции к увеличению выше нормального содержания T_3. У пациентов с сиалозом отмечался более низкий уровень T_3 и T_4, чем в контрольной группе, при повышении уровня ТТГ.

Таблица 2

Содержание тиреоидных гормонов и ТТГ у больных с ХС и сиалозом

Группа	n	T_3, нмоль/л	T_4, нмоль/л	ТТГ, МЕ/л
ХС	21	1,21 ±0,04	93,42±2.13	3,25±0,22
Сиалоз	19	0,97±0,02	84,09±2,92	3,53±0,24
Контрольная группа	20	1,12±0,02	116,20±3,41	1,60±0,08

Известно, что в диагностике и лечении заболеваний СЖ широко применяются йодсодержащие препараты. Избыточное поступление йода в организм может спровоцировать манифестацию аутоиммунного поражения ЩЖ с последующим снижением ее функции и создать условия для нарушения периферического обмена тиреоидных гормонов. Снижение функции ЩЖ отрицательно влияет на течение воспалительного процесса в СЖ.

В комплексном лечении пациентам с ХС и сиалозом, имевшим клинически явный гипотериоз, назначалась индивидуально подобранная доза тиреоидных препаратов. В основном использовали тироксин с начальной дозой 50 мг. У всех пациентов доза тироксина назначалась с учетом сезона - большая в зимний и меньшая в летний периоды. Применение препаратов тиреоидных гормонов у больных с ХС и сиалозом целесообразно и с патогенетической точки зрения, так как последние обладают иммунокорригирующим действием. Применение больными препаратов тиреоидных гормонов позволило снизить частоту и тяжесть обострений гипотиреоза у больных ХС и сиалозом.

Выводы. Больные с ХС и сиалозом являются группой высокого риска развития гипотиреоза. Имеется зависимость изменений, возникающих в органах полости рта, от состояния СЖ. Клиническая картина гипотиреоза у больных с ХС сопровождается следующими изменениями тиреоидного гормонального статуса: повышением T_3 при снижении T_4 и повышении ТТГ. Для больных сиалозом и гипотиреозом характерно снижение T_3 и T_4 при повышении ТТГ. В диагностике и лечении больных с патологией СЖ следует максимально ограничить применение йодсодержащих препаратов.

Применение тиреоидных гормонов при лечении больных с ХС и сиалозом высоко эффективно и позволяет добиться снижения частоты и тяжести обострений. Все больные с хроническим сиаладенитом и сиалозом нуждаются в комплексном обследовании и лечении, требующем тесного взаимодействия стоматолога и эндокринолога.

СОСТОЯНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А., Шахбанов А.К., Минкаилова С.Р., Гамидова З.Ш., Кичиева Р.Н., Ганиева Р.Н., Роменская Т.П., Курбанов К.К., Магомедова Х.М., Абдуллахова П.М., Магомедов Г.Н.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Для лечения переломов нижней челюсти в настоящее время применяют консервативный и оперативный методы фиксации. Основным методом лечения переломов остается консервативный с наложением двучелюстных шин с межчелюстным вытяжением. Нарушение жевательного акта, возникающее в результате иммобилизации нижней челюсти, предопределяет необходимость изменения качественного и количественного состава пищи, вызывает нарушение физиологического рефлексогенного влияния пищевого комка на вкусовые рецепторы, оказывая угнетающее действие на «ротовое пищеварение», так как слизистая оболочка полости рта богато иннервируется волокнами вегетативной нервной системы.

Слюноотделительные реакции зависят от механических и химических раздражителей, их интенсивности, характера диеты, взаимоотношения различных ее компонентов, функции глотания, жевания, уровня гастроинтенстинальных гормонов. Существует «тесная взаимосвязь слюнной

секреции, ее ферментативной активности с функциональным состоянием органов и тканей полости рта, слюнных желез, желудка, гепатобилиарной и эндокринной систем» [1, 2, 4].

Цель. Исследовать функциональное состояние слюнных желез при иммобизации нижней челюсти при ее переломе.

Материал и методы исследования. Нами изучена функция слюноотделения у больных с переломами нижней челюсти, леченных консервативным методом и имеющих или не имеющих в анамнезе заболевания пищеварительной системы. Обследовано 48 мужчин 18—48 лет (средний возраст — 35 лет) с одно- и двусторонним переломом нижней челюсти. У 22 из них определялось смещение отломков, которое устранено после «ручной репозиции». У 26 больных клиническое течение процесса сопровождалось выраженным отеком, инфильтратом мягких тканей в области перелома, повышением температуры тела до 37,5—38 °С. У 20 пациентов выявлена сопутствующая патология пищеварительной системы.

Все больные по характеру травмы были распределены на 2 группы. 1-ю группу составили 24 больных с односторонним переломом нижней челюсти, 2-ю группу — 24 больных с двусторонним переломом. Больные каждой группы в свою очередь были распределены на 2 подгруппы. В 1А подгруппу входили 14 мужчин с односторонним переломом нижней челюсти без сопутствующей патологии пищеварительной системы; в 1Б подгруппу — 10 больных с таким же переломом, но с патологией пищеварительной системы. 2А подгруппу составило 14 больных с двусторонним переломом нижней челюсти без сопутствующей патологии, 2Б подгруппу — 10 больных с двусторонним переломом нижней челюсти с патологией пищеварительной системы. Всем больным проводили консервативное лечение наложением шин Тигерштедта с межчелюстным вытяжением. Средний срок нетрудоспособности при одностороннем переломе — 21,5 дня, при двустороннем — 29,5 дня. Контролем служили 20 практически здоровых мужчин.

Исследовали в динамике скорость слюноотделения (ССО). Смешанную слюну (СС) собирали утром натощак, до чистки зубов по общепринятому способу, определяли ССО [3].

Результаты исследования. ССО у всех больных в начальные сроки наблюдения существенно снижена по сравнению с контролем. В последующие сроки наблюдения отмечалось повышение ССО, которая на 21-е сутки в подгруппе 1А достигала уровня контроля, в то время как в подгруппах 1Б и 2А этот показатель восстанавливается значительно медленнее. В подгруппе 2Б во все сроки наблюдения отмечалось особенно заметное снижение ССО, что, очевидно, связано с более выраженным влиянием патологической импульсации с места перелома, а также наличием заболеваний пищеварительной системы, вызвавших висцеро-висцеральную реакцию организма. Гиперсаливацию мы наблюдали только в момент шинирования, т. е. при непосредственном раздражении рецепторов слизистой оболочки полости рта.

Выводы. Наши исследования показали, что иммобилизация нижней челюсти, связанная с ее переломов, оказывает угнетающее влияние на функцию слюнных желез рефлекторным путем. Степень угнетения функции слюнных желез выражена при наличии патологии пищеварительной системы. Это указывает на то, что акт жевания играет важную роль для нормального функционирования всей пищеварительной системы.

Итак, в развитии функциональных нарушений слюнных желез у больных с переломами нижней челюсти, леченных при помощи межчелюстной иммобилизации, основное значение имеют не только полное отсутствие акта жевания изменение качества и количества пищи, но и продолжительность иммобилизации и висцеро-висцеральные реакции организма.

Литература

1. Дударь Л. В., Гусак М. И. // Врач, дело.- 1981,- № 12 - с. 32—34.

2. Коваленко А.Ф.//Стоматология.-1981.-№ 2.- с. 40—43.

3. Леонтьев В.К. // Научные труды Омского медицинского института.-1975.- Т. 118.- с. 3-6.

4. Леонтьев В. К., Петрович Ю. А. Биохимические методы исследования в клинической и экспериментальной стоматологии. - Омск, 1976. – с.74.

ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.

Ордашев Х.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Сиаладеноз является распространенным заболеванием, составляя при этом по некоторым данным около 10% от всех заболеваний слюнных желез (K.Donath, K.H.Gundlich, 1979). Целенаправленное обследование специалистами больных с заболеваниями нервной системы, эндокринных и других органов позволило бы выявить большую частоту встречаемости сиаладеноза. В результате только 12% пациентов с сиаладенозом направляются в специализированные клиники с правильным предварительным диагнозом (В.С.Колесов, 1987; А.М.Солнцев и соавт., 1991).

Высокий уровень диагностических ошибок свидетельствует, что методы исследования, предложенные Л.А.Юдиным (1972) и И.Ф. Ромачевой (1973), не всегда эффективно используются в практике. Заболевания слюнных желез требуют проведения сложной дифференциальной диагностики, а врачи не всегда располагают необходимыми для этого знаниями и опытом (В.В. Неустроев, 1977; Р.Г. Дмитриева и соавт., 1989), часто ненадлежащим образом оказывается медицинская помощь. Новые условия медицинского обеспечения населения в стране ставят задачи поиска точных критериев оценки состояния пациента и логически обоснованных схем диагностического процесса, в том числе с использованием информационных технологий.

По данным кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ДГМА, воспалительные и дистрофические заболевания составили 51.3%, травма - 7.2%, слюннокаменная болезнь - 26%, опухоли слюнных желез - 15.5% случаев. Сообщается, что сиаладеноз не является редким заболеванием, может составлять до 10% от общего числа заболеваний слюнных желез и по частоте возникновения занимает третье место после сиаладенитов и опухолей (K.Donath, K.K.H.Gundlich, 1979). Нами проведено комплексное обследование и лечение у 115 пациентов. Из них, у 19 пациентов диагностировали сиалодохит, у 32 - слюннокаменную болезнь, у 10 - синдром Шегрена, у 13 - опухоли слюнных желез, у 10- паренхиматозный и 31 - интерстициальный сиаладениты.

По возрасту и полу больные распределились следующим образом: до 20 лет-4 человека, 21-40 лет-30, 41-60 лет-49, свыше 61 года-32 больных. Чаще всего заболевания слюнных желез проявлялись в возрасте 41-60 лет, женщины болели в 1,7 раза чаще мужчин.

Наиболее часто мы диагностировали слюннокаменную болезнь (28%), интерстициальный сиаладенит (27%) и сиалодохит (16%). Новообразования слюнных желез, синдром Шегрена и паренхиматозный сиаладенит выявляли реже (11%, 9% и 9% соответственно).

В нашу клинику 21% пациентов обратились без диагноза (табл.1), некоторые из них - самостоятельно, у других предварительный диагноз установлен не был. В данную группу мы отнесли также пациентов эндокринологического отделения, признаки заболевания слюнных желез у которых впервые были установлены нами при целенаправленном обследовании. У 56% пациентов направительный диагноз оказался неверным. В результате, лишь 23% пациентов поступили в специализированную клинику с диагнозами, которые были подтверждены нами в результате последующего комплексного обследования.

Таблица 1

Анализ предварительных диагнозов у пациентов с хроническими заболеваниями слюнных желез

Заболевания	Сиалодохит		Слюннокаменная болезнь		Паренхиматозный сиаладенит		Синдром Шегрена		Интерстициальный сиаладенит		Новообразованная слюнных желе		Всего	
Предварительный диагноз:	ч/б	%	ч/б	%	ч/б	%	ч/б	%	ч/б	%	ч/б	%	**ч/б**	**%**
Верный	0	0	13	40	1	10	5	50	1	3	6	46	**26**	**23**

без диагноза	3	16	5	16	1	10	2	20	12	39	2	15	**25**	**21**
Неверный	16	84	14	44	8	80	3	30	18	58	5	39	**64**	**56**

Таким образом, результаты наших исследований согласуются с данными многих авторов о взаимосвязи слюнных желез и нейроэндокринных органов и дают основание рекомендовать обследование слюнных желез в лечебных учреждениях общесоматического профиля. Ранняя диагностика позволит провести эффективное лечение сиаладеноза и профилактику сиаладенита. Однако большое количество диагностических ошибок даже на стоматологическом приеме (по нашим данным, до 77,0% случаев) указывают на необходимость более углубленного изучения заболеваний слюнных желез студентами и слушателями факультетов повышения квалификации врачей.

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЕННОСТИ ОБЪЕКТОВ ГОСПИТАЛЬНОЙ СРЕДЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ.

Омарова С.М., Алиева С.Ф., Асиятилов А.Х., Меджидова А.Ш., Османов А.С.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Внутрибольничные инфекции (ВБИ) остаются одной из актуальных проблем современной медицины и приобретают все большую медицинскую и социально-экономическую значимость. Состояние госпитальной среды в значительной мере определяет вероятность развития внутрибольничных инфекций. Регулярные санитарно-микробиологические исследования проб, взятых с предметов окружающей среды и воздуха с целью определения бактериальной обсемененности стационара недостаточно информативны для предупреждения развития ВБИ. Источником циркуляции и распространения условно-патогенных микроорганизмов (УПМ), потенциальных возбудителей ВБИ, в стоматологической клинике могут быть больные, носители и медицинский персонал. Высокая устойчивость УПМ в окружающей среде, а также скрытый патогенный потенциал микроорганизмов предполагает как воздушно-капельный, так и контактно-бытовой пути передачи микроорганизмов, представляя опасность для послеоперационных пациентов стоматологического стационара хирургического профиля с ослабленной иммунной системой.

Цель. В связи с этим целью настоящего исследования было определение микробиоценоза воздуха и предметов окружающей среды отделения челюстно-лицевой хирургии, как возможных источников контаминации пациентов и развития внутрибольничной инфекции в послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. В работе представлены некоторые результаты микробиологических исследований объектов госпитальной среды отделении челюстно-лицевой хирургии РКБ г. Махачкала. Исследования проводились в плановом порядке в соответствии с требованиями, предъявляемыми САНПИН. Смывы с предметов окружающей среды отделения проводили с использование коммерческих тампонов для забора материала для микробиологических исследований. Всего изучен - 71 образец, отобранные в соответствии с существующими требованиями с различных объектов гнойной перевязочной, операционной и чистой операционной. Изучены смывы с операционного стола, инструментального стола, перевязочного стола, процедурного стола, подоконников, осветительных приборов, кроватей, шкафов с медикаментами, лотков, коридоров, раковин, кранов, стен, полов и дверных ручек. Также в работе были изучены смывы с рук и мазки с верхних дыхательных путей (ВДП) медицинского персонала отделения. Всего – 22 образца (10 образцов с рук и 12 образцов с ВДП). Выделено и идентифицировано 116 штаммов микроорганизмов.

Забор и посев исследуемого материала проводили в соответствии с действующим приказом МЗ СССР от 22.04.85 №535 МЗ СССР «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений».

Для выделения и идентификации культур микроорганизмов использовали сухие питательные среды производства НПО «Питательные среды» ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ (г. Махачкала): агар Эндо, желточно-солевой агар, ЦПХ-агар, Кандида-агар, Клебсиелла-агар, Амфолан-агар. Для идентификации изолятов применяли агар Клиглера и среды Гисса. Для культивирования микроорганизмов и получения чистой культуры использовали сухой питательный агар и сухой питательный бульон. Подготовку сред осуществляли согласно инструкции по применению завода изготовителя.

В настоящем исследовании также проведен анализ бактериальной обсемененности и подсчет общего количества колониеобразующих единиц (КОЕ) микрофлоры воздушной среды отделения на присутствие санитарно-показательных микроорганизмов. Всего изучено 27 проб воздуха.

Результаты исследования. Изучение обсемененности воздуха различных помещений обследованного отделения показало, что санитарное состояние воздушной среды помещений отделения челюстно-лицевой хирургии удовлетворительное, микробное число не превышает допустимые нормы. Санитарно-показательные микробы (Staphylococcus aureus, Streptococcus hemolitycus) высевались в единичных случаях. В результате установлено, что 19 (70,3%) проб воздуха оказались положительными. Выделенные микроорганизмы распределились следующим образом: в 11 (57,8%) случаях высеивалась грамположительная микрофлора, грамотрицательная микрофлора составила 8 (42,1%) культур (таблица 1).

Таблица 1.

Изучение микрофлоры воздуха помещений отделения челюстно-лицевой хирургии

Обследованные помещения	Микробиологическое исследование воздуха			Всего проб
		положительный результат	отрицательный результат	
гнойная перевязочная	**абс.ч.**	9	0	9
	%	47,3±0,7	0	
операционная	**абс.ч.**	4	5	9
	%	21,0±1,5	62,5±1,5	
чистая перевязочная	**абс.ч.**	5	3	9
	%	26,3±0,7	37,5±1,5	
Итого		19 (70,3%)	8 (29,7%)	27

Из полученных данных можно предположить, что для данного отделения хирургического профиля воздушно-капельное и воздушно-пылевое инфицирование могут быть одним из путей распространения внутрибольничных инфекций.

В процессе изучения состояния микрофлоры воздушной среды вычисляли общее микробное число (ОМЧ). Исследования проводили как до начала, так и в процессе работы отделения. В таких помещениях как: операционная КОЕ до начала работы составляло 130±20 мкл/мл, а во время работы достигало - 515±25 мкл/мл, что является относительной нормой для таких помещений. Что касается процедурных и перевязочных КОЕ составляло в среднем, до начала работы 190±20 мкл/мл, а во время работы около 575±35 мкл/мл, что также является нормой бактериальной обсемененности воздуха хирургических стационаров (таблица 2).

Таблица 2.

Общее количество микроорганизмов в 1м³ воздуха обследованных объектов хирургического и травматологического стационаров

№	Обследованные объекты	Общее микробное число (ОМЧ)			
		до работы М±м	во время работы М±м	до работы М±м	во время работы М±м
1	гнойная перевязочная	200±15	450±35	215±30	450±25
2	операционная	110±10	580±30	130±35	480±35
3	чистая перевязочная	200±20	450±25	230±25	530±30

Известно, что УПМ играют ведущую роль в патологии человека, как наиболее значимые внутрибольничные патогены. В то же время, многие виды микроорганизмов, которые до недавнего времени относили к непатогенным, также могут вызывать гнойно-воспалительные осложнения после стоматологических оперативных вмешательств. В этой связи был проанализирован видовой спектр микроорганизмов, выделенных с объектов окружающей среды обследованного стоматологического хирургического стационара (таблица 3).

Таблица 3.

Видовой спектр микроорганизмов, выделенных из смывов с объектов внешней среды хирургического стационара

1	Вид	Количество выделенных штаммов	
		абс. число	%
2	количество исследованного материала	120	-
3	количество выделенных микрорганизмов, из них:	135	-
4	грам (+) микрофлора:	87	64,4±4.6
5	Staphylococcus aureus	8	9,2±1,8
6	Staphylococcus epidermidis	31	35,6±2,4
7	Staphylococcus saprophyticus	39	44,8±2,2
8	Staphylococcus spp.	9	10,3±1,7
9	грам (-) микрофлора:	48	35,5±2,5
10	Escherichia coli	24	50,0±3,0
12	Enterobacter aerogenes	7	14,6±1,4
13	Pseudomonas aeruginosa	10	20,8±1,2
14	Proteus mirabilis	5	10,4±1,6
15	Aeinetobacter spp.	2	4,2±0,3
16	Candida albicans	13	9,6±1,4

Как видно из таблицы, достоверно чаще из смывов с объектов окружающей среды и оборудования выделялись грам (+) микроорганизмы: 87 штаммов семейства Staphylococcus и 48 штаммов грамотрицательных бактерий (p□0,05). Необходимо отметить широкий спектр УПМ выделенной из смывов объектов окружающей среды в обследованном отделении челюстно-лицевой хирургии стационара республиканского значения.

Выводы. Таким образом, в результате микробиологического исследования объектов окружающей среды и воздушной среды отделения челюстно-лицевой хирургии обнаружено значительное видовое разнообразие представителей грамположительной и грамотрицательной УПМ. Однако, несмотря на полиэтиологичность возбудителей внутрибольничных инфекций в хирургическом стационаре, лидирующее положение занимают грамположительные бактерии. Обращает на себя внимание тот факт, что во всех отделении челюстно-лицевой хирургии циркулирует определенный набор микроорганизмов, как грамположительных родов Staphylococcus и Streptococcus, составляющие болле 80%, так и грамотрицательных родов — Echerichia, Ps.aeruginosa, Klebsiella, Proteus, удельный вес которых составил - 48%.

ОСНОВНЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ.

Ордашев Х.А., Шахбанов А.К., Гашимов А.С., Омаров Ш.З., Асанбеков В.М., Абдуллахова П.А., Магомедова Х.М.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», г. Махачкала

Актуальность. Увеличение числа больных воспалительными заболеваниями, изменение характера течения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области, появление новых методов диагностики и средств лечения требуют постоянного обновления, обобщения и систематизации знаний в этой области. Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области чаще всего бывают одонтогенного происхождения. Число госпитализируемых больных находится в прямой зависимости от уровня постановки санационной профилактической работы, от возросшей патогенности стафилококковой инфекции, от уровня стоматологической помощи, оказываемой на догоспитальном этапе.

Целью нашего исследования явилось проведение анализа частоты, характера и причин осложнений на хирургическом приеме стоматологических учреждений за последние 5 лет с определением мероприятий по их профилактике.

Материал и методы исследования: проведено изучение архивного материала – 1473 историй болезни больных с наиболее часто встречающимися воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (абсцессы, флегмоны, острый и хронические остеомиелиты, одонтогенные гаймориты), поступивших на лечение из поликлиник и частных кабинетов в отделение челюстно-лицевой хирургии РКБ за период 2010-2014 гг., что составило 22,1% от общего числа госпитализированных и пролеченных за этот период больных. Возраст пациентов - от 18 до 77 лет. Среди поступивших большую группу составляют сельские жители – 692 пациента (47% от числа всех поступивших).

Пациентов госпитализировали со следующими диагнозами: постинъекционные абсцессы и флегмоны, луночковые кровотечения, острые и хронические остеомиелиты челюстей, запущенные одонтогенные абсцессы и флегмоны, гаймориты с перфорацией дна пазухи. Расхождение диагнозов направившего учреждения и окончательного клинического составило 252 случая, что составляет 17% от числа всех поступивших.

Результаты исследования: среди больных достаточно большой процент (≈до 40%) составляют пациенты с запущенными одонтогенными абсцессами и флегмонами в связи с неадекватным затяжным консервативным лечением острого периодонтита и периостита, с некачественным вскрытием очага или без вскрытия.

В группе больных с ограниченным или диффузным остеомиелитом челюстей (около 35%) также отмечалось: несвоевременно проведенная периостотомия, поздние сроки удаления причинного зуба, небольшие дозы антибиотиков и т.п.

В группе больных с одонтогенными гайморитами (≈10%) число пациентов с перфорацией дна гайморовой пазухи при травматичном удалении верхних моляров увеличивается.

Количественные показатели госпитализации больных в отделение челюстно-лицевой хирургии РКБ по нозологическим формам приведены в таблице 1.

Таблица 1

Количество поступивших больных за период 2010 – 2014 гг.

Нозологическая форма	2010 год	2011год	2012год	2013 год	2014 год	Всего
1. Абсцессы, флегмоны	131	142	103	126	175	677
2. Острый остеомиелит	68	50	79	55	68	320
3. Хронический остеомиелит	81	75	72	50	55	333
4. Одонтогенный гайморит	38	21	23	26	35	143
Всего:	318	288	277	257	333	1473

Основываясь на данных проведенного анализа, мы систематизировали следующие **выводы:**

1) На поликлиническом этапе врачи стоматологических учреждений широко используют современные обезболивающие средства;

2) Несмотря на расширение сети стоматологических учреждений, увеличение числа санированных пациентов, за последние 5 лет не отмечено снижение общего числа больных, поступающих в стационар из поликлиник;

3) Госпитализация больных с осложнениями после удаления зуба происходит в основном из отдельных учреждений частного сектора, где оперативное лечение проводят врачи без должной хирургической подготовки. Из хирургических кабинетов крупных стоматологических поликлиник, где прием осуществляется высококвалифицированными стоматологами-хирургами, сохраняя тесную преемственность со стационаром, больные поступают редко;

4) Отдельную группу больных с запущенными одонтогенными воспалительными процессами составляют жители сельской местности, несвоевременно обращающиеся к специалистам для проведения своевременной санации полости рта.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНИРОВАННОГО ПЕРФТОРАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ.

Магомедова Х. М., Асиятилов А. Х., Курбанов К. К., Магомедав М. А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

На сегодняшний день лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями придаточных полостей носа и верхней челюсти проводиться преимущественно оперативными и консервативными методами лечения, условно разделенных на мероприятия общего и местного воздействия.

Наиболее распространённый способ лечения одонтогенных гайморитов - хирургическое вмешательство, с последующим парентеральным введением лекарственных препаратов. Общепринятое консервативное лечение больных с гайморитами направлено на проведение антибактериальной и противовирусной терапии. Основным методом лечения хронических заболеваний верхнечелюстной пазухи, особенно при перфорации дна пазухи остается хирургический.

Вопросами современной диагностики, лечения, реабилитации и профилактики одонтогенных гайморитов посвящены многочисленные исследования (Лаврентьев С.С.1995). Тем не менее, существующие методы диагностики и лечения больных с одонтогенными гайморитами несовершенны, травматичны и не всегда эффективны. В комплексном лечении одонтогенных гайморитов не всегда в полном объеме используются консервативные методы лечения, которые занимают немаловажное место и предусматривает обеспечение хорошего кровоснабжения, оттока, экссудата и ареации верхнечелюстной пазухи, что является основной задачей при создании условий для эффективного лечения воспаления в верхнечелюстной пазухе, особенно после удаления причинного зуба, вызвавшего патологический процесс.

Вышеизложенное побуждает к поиску новых средств и способов для совершенствования определенных методов консервативной терапии и профилактики осложнений при одонтогенных гайморитах.

Мы в наших исследованиях опробовали использование возможностей кровезаменителя перфторана, который обладает полифункциональным действием в сочетании с озоном, который эффективен в отношении подавления роста аэробных и анаэробных микроорганизмов. По данным литературы озон обладает высокой бактерицидной способностью, а также улучшает кровоснабжение и аэрацию верхнечелюстной пазухи при лечении различных гнойно-воспалительных заболеваний.

Целью настоящего исследования является улучшение эффективности комплексного лечения одонтогенного гайморита путем использования озонированного перфторана.

По данным литературы даже небольшие дозы перфторана (2-8мл./кг веса) оказывают существенное повышение тканевого газообмена в организме больного в результате улучшения условий циркуляции, уменьшения отека эндотелия сосудов, повышения эластичности сосудов, способствуя таким образом улучшению диффузии газов, обеспечивая транспорт кислорода от эритроцитов к стенке сосудов, устраняя спазм периферических сосудов, восстанавливая кровообращение и микроциркуляцию. Воздействуя на слизистую оболочку пазухи перфторан способствует восстановлению мукоцилиарного транспорта и в последующем, дренажной и вентиляционной функции верхнечелюстной пазухи.

Материал и методы исследования. На базе отделения челюстно-лицевой хирургии республиканской клинической больницы г. Махачкалы, было прооперировано 12 человек с острыми и хроническими перфоративными гайморитами, которым до операции (пластика свища) был проведён вышеописанный метод лечения. Доступ в полость верхнечелюстной пазухи осуществлялся через лунку удалённого зуба (перфорационное отверстие). С помощью эндоскопа полость пазухи осматривали и оценивали ее состояние: выявлялось инородное тело, наличие казеозных масс, грануляций, полипозных разрастаний, на каком протяжении и какие стенки поражены слизистые оболочки. При необходимости перфорационное отверстие расширяли до 8 мм., извлекли кюретажной ложкой содержимое верхнечелюстной пазухи для бактериологического и гистологического исследования, пазуху промывали озонированным перфтораном с помощью инъекционного шприца большого объёма. Обязательно удаляли патологически измененные ткани

слизистой оболочки в области среднего носового хода и полость нижнего носового хода туго тампонировали йодоформной турундой. Далее проводили пластику ороантрального свища, формируя трапецивидный лоскут на уровне альвеолярного отростка, перфорационное отверстие путём пластики ушивали наглухо.

Эффективность до и послеоперационного лечения оценивали по наличию болевого синдрома, температуре тела, динамике показателей репаративных процессов в ране. В результате проведенного лечения было отмечено более эффективное стихание воспалительных явлений в гайморовой пазухе, т. е. на фоне местного предоперационного лечения перфтораном, намного быстрее ликвидировались как общие так и местные проявления заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ полученных данных свидетельствуют об эффективности местного (дооперационного) применения в виде орошений эмульсией озонированного перфторана в комплексном лечении всех, включенных в исследование, больных одонтогенными воспалительными заболеваниями верхнечелюстных пазух, Случаи с осложнениями не наблюдалось.

Наши исследования показали, что использование в комплексном лечении перфоративных гайморитов озонированного перфторана даёт более эффективные результаты по сравнению с применением других стандартных антисептических растворов.

РЕТЕНЦИЯ ЗУБОВ.

Омаров Ш. З.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Ретенция зуба - весьма распространённая патология, характеризующаяся задержкой прорезывания зуба, который сформировался в челюсти, ввиду возникновения преград - чаще всего его столкновение с уже прорезавшимся зубом.

Ретинированный зуб может быть виден в полости рта (частичная ретенция) или же вовсе находиться в толще челюсти и визуально не определяться (полная ретенция). Также следует отметить виды положения зубов при ретенции - вертикальное, щёчно-угловое, язычно-угловое, горизонтальное (саггитальное, поперечное или косое). Редким исключением является поворот зуба коронкой к телу челюсти, а корнями - к альвеолярной части.

Причинами ретенции являются как эмбриологические, так и анатомические факторы.

Эмбриологической причиной является чрезмерная толщина стенки зубного мешочка, который окружает коронку прорезающегося зуба; чрезмерная толщина слизистой оболочки собственно десны, а также пониженные ростообразующие факторы. Вследствие роста корня зуба и выпуклого выпячивания зубного сосочка, находящегося на конце корня, образуется ростковая сила. Эмбриологические факторы ретенции показывают себя и в иной роли: патологический наклон продольной оси зубного зачатка является причиной столкновения с ранее прорезавшимся зубом, в результате чего возникает ретенция. Также рост и развитие тела нижней челюсти не всегда совпадают с попаданием зубного зачатка восьмого зуба в правильное вертикальное положение. Во время прорезывания первого моляра, зачаток второго моляра находится в наклонённом вперёд положении в ткани угла челюсти. В свою очередь, зачаток третьего моляра располагается в горизонтальном положении в ветви нижней челюсти. Во время роста тела нижней челюсти второй моляр попадает в правильное вертикальное положение. Если конец развития горизонтальной ветви наступает раньше срока, то зачаток третьего моляра не может попасть в анатомически верное вертикальное положение, вследствие чего он становится ретинированным в одном из ранее описанных положений.

Анатомические причины ретенции третьих моляров на нижней челюсти связаны с фактом того, что подслизистая ткань собственно десны в области указанного зуба более рыхлая, из-за чего эпителий наружной эмали прорезающегося зуба, выстилающий зубной мешочек, не входит в соприкосновение с эпителием десны. В результате возникающего давления, создаваемого прорезающимся зубом, в противоположность собственно десне, подслизистая не атрофируется, вследствие чего выступающий зачаток отклоняется под давлением верхушки эмали - прорезывание зуба приостанавливается. Эти анатомические условия объясняют частичную ретенцию третьих

моляров нижний челюсти. Клиническая картина такова: медиальные бугры прорезаются сквозь собственно десну, покрывающую их, а дистальные - нет, так как находятся под рыхлой подслизистой тканью.

Цель: данная работа является кратким разъяснением врачам-стоматологам проблемы ретенции зубов, что, в свою очередь, упростит им донесение последствий пациенту, ведь ретенция зуба - довольно грозная аномалия, из-за которой могут возникнуть такие осложнения, как одонтогенная киста, рассасывание корней соседних с ретинированным зубов, аномальное прорезывание зубов, стоящих рядом с ретинированным зубом, нарушение эстетики лица, смещение боковых зубов в сторону ретинированного зуба в переднем отделе зубного ряда.

Материалы и методы исследования: В связи с широкой распространённостью данной аномалии, мы приобрели достаточный опыт ведения лиц с ретенцией зубов. Так, с января по сентябрь 2015 года в отделении челюстно-лицевой хирургии РКБ г.Махачкала было проведено 70 операций по удалению ретинированных зубов. В большинстве случаев ретинированными оказывались третьи моляры нижней челюсти. По частоте встречаемости ретенция среди зубов можно судить по следующим данным: третьи моляры нижней челюсти - 50 случаев, клыки верхней челюсти - 12, третьи моляры верхней челюсти - 6, первый моляр верхней челюсти - 1, второй моляр нижней челюсти - 1.

Следует отметить, что все удаленные ретинированные зубы не имели функциональной ценности, ввиду чего ортодонтического вмешательства с целью сохранения зубов не требовалось.

Результаты исследования. В большинстве случаев пациенты испытывали дискомфорт от наличия ретинированного зуба (боль в области зуба, гиперемия и отек слизистой оболочки, общее недомогание) и лишь единицы обратились для экстракции ретинированных зубов перед ортодонтическим лечением. Во всех случаях оперативные вмешательства с целью ударения ретинированных зубов заканчивались успешно. Послеоперационный период гладкий, без осложнений, благодаря профессиональному подходу к устранению указанной патологии. По улучшению состояния, пациенты выписывались на амбулаторное лечение у стоматолога-хирурга по месту жительства.

Выводы. Своевременное обращение к стоматологу-хирургу (или к челюстно-лицевому хирургу) лишает пациента всех неудобств, которые может вызвать ретинированный зуб. Следует помнить, что именно радикальная мера - удаление ретинированного зуба - во многих случаях ставит конец мучениям пациента.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

ОДОНТОАНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.

Абдулмеджидова Д.М., Расулов М.М., Расулов И.М.
НГОУ ВО «Дагестанский медицинский стоматологический институт», г. Махачкала

Последние годы характеризуются повышенным вниманием исследователей к проблеме конституции человека, своего рода «антропологическим ренессансом». Причиной тому являются открывающиеся в этой проблеме уникальные возможности интегрального рассмотрения природы человека со сведением воедино ранее «разбросанных» по многим научным направлениям частных сведений, характеризующих человека «в мелочах», но не дающих ему какой-либо обобщающей оценки. Конституция же позволяет интегральное рассмотрение человека, с выявлением его «стержневых» индивидуально-типических свойств на фоне широкого разнообразия в той или иной мере им подчиняющихся частных и весьма широко варьирующих особенностей [4].

Одним из ведущих признаков в одонтологических исследованиях, используемых в качестве фена при дифференциации расовых групп современного человека является лопатообразная форма резцов верхней челюсти. Впервые этот признак исследовал А. Грдличка (1920), который предложил шкалу оценки выраженности лопатообразной формы резцов.

Выпуклость вестибулярной поверхности резцов наиболее подробно была изучена и проанализирована американскими исследователями К. Найкола, К Тернер, А. Дальберг (1983). Ими была предложена 5-ти бальная шкала оценки выпуклости вестибулярной поверхности резцов.

Форму и размер лингвального бугорка передних зубов исследовали А. Дальберг, Микелсен (1947), А. А. Зубов (1968), Барнес (1969), П. Кирвескари (1974). Принадлежность данного признака к расовым группам в качестве фена носит предварительный характер (А.А. Зубов, Н.И. Халдеева, 1993).

П. Кирвескари (1974) была предложена и позднее А. Зубовым (1993) модернизирована шкала оценки развития лингвального бугорка резцов /2,3/.

В связи с вышеизложенной целью нашей работы явилось обследование жителей сельских районов Республики Дагестан для выявления одонтологических особенностей строения центральных резцов верхней челюсти.

Уникальность данных исследований в Дагестане заключается в том, что республика площадью 50 тыс. км^2 расположена в трех климатогеографических экологических зонах и на этой территории проживает более 30 народностей, относящихся к трем языковым группам: иберийско-кавказской, алтайско-тюркской, индоевропейской. Кроме этого на территории Дагестана проживают представители славянской языковой группы [1].

Для решения поставленной цели нами было обследовано население республике в количестве 600 человек относящихся к: русской, аварской, даргинской, кумыкской, лакской и лезгинской национальностям. Половую принадлежность при обследовании не учитывали. Возраст обследованных составил 15-17 лет.

Результаты проведенных исследований выявили у 49,2% обследованных лиц аварской национальности выпуклости вестибулярной поверхности резцов не выявлено, что составляет по шкале К. Найколе с соавт. 0 баллов (табл.1). У 23,0% обследованных был выявлен 1 балл, что соответствует незначительной выраженности признака. Выпуклость вестибулярной поверхности у 19,7% обследованных составлял 2 балла и у 8,2% обследованных – 3 балла, что характеризуют сильную выраженность признака.

В ходе обследования представителей даргинской национальности выявили, что у 44,4% не наблюдалось выпуклости вестибулярной поверхности – 0 баллов, у 40,3%– 1 балл, в 9,7% случаев – 2 балла. У 5,6% обследованных была дифференцирована выпуклость вестибулярной поверхности, что соответствует 3 баллам выраженности признака.

У представителей кумыкской национальности признак распределился следующим образом: у 58,3% обследованных не обнаружено выпуклости вестибулярной поверхности – 0 баллов, у 26,7%

выявлен признак, соответствующий 1 баллу, у 10,0% обследованных была диагностирована выпуклость вестибулярной поверхности, соответствующая 2 баллам и лишь у 5,0% обследованного населения выявлена выпуклость равная 3 баллам.

Не диагностировалась выпуклость вестибулярной поверхности центральных резцов верхней челюсти у 54,2% обследованных лакцев (0 баллов), незначительная выраженность признака в 1 балл была выявлена у 42,4% обследованных. Не было обнаружено выраженности выпуклости вестибулярной поверхности центральных резцов соответствующая 2 баллам у 3,4% обследованных было выявлено 3 балла выраженности признака.

Не выявлено выпуклости (0 баллов) в 58,3% случаев у представителей лезгинской национальности, у 36,7% обследованных выявлен 1 балл выраженности признака. В 3,3% и 1,7% случаях диагностирована выраженность признака, соответствующая 2 и 3 баллам соответственно.

У представителей русской национальности, чаще (65,0%) диагностировалась выпуклость вестибулярной поверхности резцов, соответствующая 1 баллу, не встречалось выпуклости вестибулярной поверхности центральных резцов у 16,7% обследованных. В 8,3% случаев диагностировался признак, соответствующий 2 баллам, у 10,0% обследованных выявлена выраженность признака, соответствующая 3 баллам.

Среди всего обследованного населения не выявлена выпуклость вестибулярной поверхности центральных резцов верхней челюсти, соответствующая 4 баллам.

При сравнении групп по критерию Стьюдента через угловое преобразование Фишера нами выявлено, что умеренно выраженная выпуклость вестибулярной поверхности центральных резцов верхней челюсти равная 1 баллу, встречается достоверно чаще ($p<0,05$) у представителей русской национальности и может быть отнесена к фену, т.е. признаку, характеризующему данную национальность. Что касается представителей других национальностей, то у них достоверно чаще ($p<0,05$) встречается отсутствие данного признака (0 баллов), что в свою очередь можно рассматривать как фен признак, характеризующий данные группы национальностей.

У 34,4% обследованных аварцев был выявлен 0 баллов выраженности лопатообразной формы резцов. Легкая выраженность признака, соответствующая 1 баллу, была дифференцирована у 41,0% обследованных. Умеренная выраженность признака, что соответствует 2 баллам, был отмечен у 18,0% обследованных лиц и лишь у 6,6% был дифференцирован данный признак, соответствующий 3 баллам.

Лопатообразная форма резцов выявлена у 23,6% представителей даргинской национальности, в 50,0% случаев выявлена выраженность признака, соответствующая 1 баллу, у 22,2% обследованных обнаружена умеренная выраженность признака (2 балла) и у 4,2% дифференцирован признак, соответствующий 3 баллам.

Среди обследованных представителей кумыкской национальности в 18,3% случаях признак не был выявлен (0 баллов), 1 балл выраженности признака был диагностирован у 48,3% обследованных. В 28,3% случаев была обнаружена лопатообразная форма центральных резцов, соответствующая 2 баллам и у 5,0% обследованного населения обнаружен признак, соответствующий 3 баллам.

Обследование представителей лакской национальности показал, что у 44,1% лиц выявлен признак в 0 баллов, у 39,0% был диагностирован признак, соответствующий 1 баллу, умеренно выраженный признак отмечен у 11,9% обследованных (2 балла), у 5,1% обследованных признак сильно выражен, что соответствует 3 баллам.

У 51,7% обследованных лезгин выраженности лопатообразной формы не отмечено – 0 баллов. Выраженность, соответствующая 1 баллу выявлена у 31,7% населения. В 15,0% случаев был диагностирован признак в 2 балла, сильная выраженность была отмечена у 1,7% обследованных лезгин.

Что касается представителей русской национальности, признак распределился следующим образом: 0 балла выявлен у 20,0% населения, 1 балл был - у 53,3% обследованных, у 23,3% был диагностирован признак в 2 балла и сильно выраженные признаки были выявлены в 3,3% случаях.

Гребни лингвальной поверхности верхних центральных резцов выступали на 0,5 – 0,7 мм достоверно чаще ($p<0,05$) у представителей русской и даргинской национальности. Таким образом, выраженность признака, соответствующая 1 баллу, можно отнести к признаку

являющимся феном в данных обследованных группах. Отсутствие признака (0 баллов) у аварцев, лакцев и лезгин можно отнести к фенетическому признаку, так как этот балл достоверно чаще встречается ($p<0,05$) в этих обследованных группах. Достоверно чаще ($p<0,05$) встречались гребни выступающие на 0,7 – 0,9 мм (2 балла) у представителей кумыкской национальности, что говорит о его принадлежности к фену в данной группе.

При описании выраженности лингвального бугорка центральных резцов верхней челюсти в таблицу вошли лишь те признаки, которые были выявлены в ходе обследования. Признаки, которые не диагностировались, не были внесены в таблицу и не подверглись описанию.

У 23,2% обследованных аварцев была выявлена плоская форма нёбной поверхности центральных резцов, что соответствовало 1 баллу. У 7,0% отмечено наличие одного выступа на небной поверхности резцов, что соответствует 2а баллу. Значительный процент выраженности балла 2b выявлен у 49,5% обследованных – два выступа на небной поверхности резцов. У 10,2% отмечена выраженность признака в 3 балла и у 10,2% - выявлен признак в 5 баллов. Признак, соответствующий 2с баллу, не был диагностирован.

Примерно с таким же разбросом были диагностированы признаки у представителей даргинской национальности. У 29,2% даргинцев выявлен 1 балл (плоская поверхность), 2а балл был диагностирован у 2,8% обследованных. Выраженность признака в 2b балла обнаружена у 50,0% обследованных, у 9,7% выявлен один маленький бугорок, что соответствует 3 баллам и у 8,3% населения – 5 баллов – наличие большого и маленького бугорков.

У представителей кумыкской национальности плоская небная поверхность (1 балл) была диагностирована у 21,7%, один пальцевидный выступ (2а) был выявлен в 8,3%случаев. Среди обследованных кумыков значительно чаще (41,7%) встречалось два пальцевидных выступа (2b) небной поверхности центральных резцов. У 3,3% обследованных выявлено несколько пальцевидных выступа, что соответствует 2с баллу. Один маленький бугорок (3 балла) был обнаружен у 18,3%. Выраженность признака в 5 баллов, что соответствует наличию большого и маленького бугорков на небной поверхности центральных резцов выявлен у 6,7% населения. Признак в 6 баллов не был обнаружен среди обследованных лиц.

Плоская небная поверхность центральных резцов верхней челюсти у лакцев выявлена в 39,3%случаев. Один пальцевидный выступ (2а балл) встречался у 2,0% обследованных, выраженность 2b балла обнаружен у 46,2%, 2с балл не был диагностирован – 0,0% лакцев. В 3,7% случаев был выявлен признак, соответствующий 3 баллам, большой и маленький бугорок диагностировался в 8,8% случаев, что соответствует 5 баллам.

В 40,3% случаев у представителей лезгинской национальности была диагностирована плоская небная поверхность, что соответствует 1 баллу. Один пальцевидный выступ – 2а балла был выявлен у 5,3% обследованных лиц. Частота встречаемости признака – два пальцевидных выступа (2b) составила – 35,3%. У 3,3% обследованных выявлено несколько пальцевидных выступов на небной поверхности центральных резцов верхней челюсти (2с балла). В 8,7% случаях был обнаружен один маленький бугорок на небной поверхности центральных резцов – 3 балла, большой и маленький бугорок (5 баллов) был диагностирован у 7,0%.

У представителей русской национальности плоская небная поверхность верхних центральных резцов встречалась в 26,7% случаев, у 5,0% обследованных на небной поверхности обнаружился один пальцевидный выступ (2а балла). Два пальцевидных выступа (2b балла) диагностировался чаще остальных – в 45,0% случаев, у 1,7% населения встречалось несколько пальцевидных выступов – 2с, в 15,0% случаев обнаружен один маленький бугорок (3балла), большой и маленький бугорки (5 баллов) встречались у 6,7% обследованных, признака в 6 баллов не было диагностировано.

Плоская небная поверхность (1 балл) достоверно чаще ($p<0,05$) встречалась у лакцев и лезгин, что может расцениваться как фен характеризующий данные группы населения республики Дагестан, наличие маленького небного бугорка центральных резцов верхней челюсти (3 балла), достоверно чаще встречается ($p<0,05$) у русских и кумыков, что можно расценивать как признак характеризующий данные национальности. У представителей даргинской и аварской национальности чаще встречались два пальцевидных выступа (2b), но достоверной зависимости не выявлено ($p>0,05$). Таким образом, наличием данного признака на небной поверхности центральных

резцов верхней челюсти у этих национальностей рассматривать в качестве фена не представляется возможным.

На основании результатов исследования была сделана попытка схематически отобразить полученные результаты (таблица 1). В таблицу вошли признаки, которые могут быть отнесены к фену.

Таблица 1.

Одонтологические данные центрального резца верхней челюсти

	Аварцы	Даргинцы	Кумки	Лакцы	Лезгины	Русские
Выпуклость вестибулярной поверхности резцов	0	0	0	0	0	1
Гребни лингвальной поверхности резцов	0	1	2	0	0	1
Лингвальный бугорок резцов	2b	2b	3	1	1	3

Те признаки, которые вошли в таблицу являются доминирующими и могут быть отнести к фену на территории республики Дагестан у обследованных национальностей и могут быть рекомендованы для использования в практической стоматологии при эстетической реставрации центральных резцов верхней челюсти у представителей обследованных национальностей, а также могут быть использованы в судебной медицине, антропологии и этнографии.

Литература:

1. Гаджиев А.Г. // Антропология малых популяций Дагестана М., 1967.

2. Зубов А.А. // Одонтология: Методика антропологических исследований М., 1968.

3. Зубов А.А., Халдеева Н.И. // Одонтология в антропофенетике М., 1993.

4. Скрипников П. Н. // Признаки одонтоглифики как один из критериев конституции человека введение в проблему М., 1998.

КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

Абдулмеджидова Д.М., Расулов И.М.

НГОУ ВО «Дагестанский медицинский стоматологический институт», г. Махачкала

Задачей врачей стоматологов при лечении стоматологической патологии является не только восстановление целостности коронок зубов и зубных рядов, но и правильное восстановление формы зубов присущей именно данному контингенту населения и данному индивидууму, что будет обеспечивать беспрепятственное скольжение зубов верхней и нижней челюсти по отношению к друг другу. Это также обеспечить необходимый эстетический оптимум.

Зубы представляют собой структуры исключительно прочные, стойкие, сравнительно мало подверженные случайным внешним влияниям. Они порой бывают единственным материалом, попадающим в руки исследователя /3/.

Изучение анатомического рельефа жевательной поверхности зубов человека представляет большой практический и теоретический интерес и является важным условием для решения проблем профилактики, диагностики и лечения фиссурного кариеса /2/.

Накопление данных по рельефу жевательной поверхности способствует лучшему использованию современных компьютерных технологий для решения восстановления эстетики функции зубочелюстной системы.

На сегодняшний день компьютерные технологии в стоматологии получают широкое распространение.

Одной из таких технологий является CAD/CAM система фирмы «Сирона». CAD – компьютерное моделирование и CAM – компьютерное изготовление протезов.

Система CAD/CAM фирмы «CEREC», представляет собой блок для съемки, который позволяет получать оптические оттиски с препарированного зуба или модели применяя внутриротовую камеру или стационарный сканер с последующим выводом полученной информации на экран монитора в виде 3D – модели. Сканирование осуществляется при помощи лазерного излучения или поляризованного света /1/.

Следующим этапом изготовления зубной конструкции по CAD/CAM технологии является моделирование анатомической формы зуба. Моделировка зубов производиться, либо с использованием базы данных компьютерной программы, либо используя базу, созданную индивидуально.

Фрезерование или компьютерное изготовление конструкции производится в фрезеровочном блоке двумя алмазными фрезами при подаче воды для охлаждения вращающихся инструментов.

Для вышеописанной процедуры необходимо установить керамический блок соответствующего размера в фрезеровочную камеру. Блоки для фрезерования представляет собой тонкодисперсную, обогащенную оксидом алюминия керамику из полевого шпата, средний размер частиц которой составляет 4мкм.

По окончании процесса фрезерования, который длится от 8 до 15 мин. в зависимости от размера конструкции, производится шлифовка, полировка и глазурование реконструкции.

Возможности CAD/CAM – системы с каждым днем меняются и совершенствуются, расширяются показания к их применению, меняются конструкционные материалы, методики изготовления протезов. Именно этому каждому врачу – стоматологу, занимающемуся изготовлением зубных протезов с использованием CAD/CAM – систем, необходимо постоянно совершенствовать свои знания и навыки в этой области /1/.

Литература:

1. Ибрагимов Т.И., Цаликова Н.А. Изготовление зубных протезов с помощью CAD/CAM – технологии в ортопедической стоматологии. Лекции по ортопедической стоматологии. ГЭОТАР-Медиа. 2010. С.68-76.

2. Леонтьев В.К., Иванова Г.Г., Звонкова Л.Н., Чибисов Н.В. Изучение различий в рельефе жевательной поверхностей интактных и кариозных моляров. Стоматология. 1988. №4. С. 4-6.

3. Расулов И.М. Одонтология и современная стоматология. Институт стоматологии. 2009. №4. С. 72-73.

БИОТЕХНИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ПОДБОРА ЦВЕТА ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

Расулов И.М., Гафуров К.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Одной из важнейших задач современной техники и достижений научно-технического прогресса является создание и усовершенствование медицинской аппаратуры, направленной на повышение диагностики и эффективности лечения. Прогрессивное развитие медицины немыслимо без широкого использования достижений информационных технологий. Открытия в области компьютерных технологий имеют обширное применение в различных сферах медицинской практики. Особенно эффективно использование компьютера при сохранении и обработке больших объёмов информации. Следствием этого является не только уменьшение времени на решение рутинных задач, но и получение оптимального их решения.

В жизнедеятельности человеческого организма большое значение имеет зубочелюстной аппарат человека. В зависимости от различных факторов с течением жизни человек теряет зубы, и восстановление их является задачей зубного протезирования. До сих пор в большинстве стоматологических клиник при изготовлении зубных протезов, подбор их цвета определяется по шаблону из стандартных образцов на глаз самим врачом, либо по желанию пациента.

Из-за субъективности подбора цветовых шаблонов возникает проблема, которая ведёт к созданию зубных протезов несоответствующих исходным цветовым характеристикам, а вследствие этого ненадлежащее восстановление эстетики зубных протезов, что в свою очередь ведет к большому количеству бракованных изделий. Вышесказанное указывает на необходимость создания точного метода, определения цвета, который бы позволил производить эту операцию автоматизировано с обработкой и выдачей информации на персональный ЭВМ. Автоматизация процесса определения цвета позволит минимизировать ошибки при восстановлении эстетических норм зубных протезов.

В этой связи с этим актуальной является задача подбора цвета зубных протезов (для восстановления эстетики) в соответствие с исходным цветом. Наиболее оптимальным является проведение компьютеризации способов снятия цветовой окраски эмали, с целью улучшения точности получаемых результатов, так как современное программное обеспечение позволяет создать мощную систему обработки данных.

Для того чтобы программное обеспечение работало с высокой точностью был разработан метод на основе технологии разложения цвета на R, G, B параметры, с минимальной погрешностью результата, позволяющий производить эту операцию автоматизировано (с обработкой и выдачей информации на персональном компьютере).

Была получена математическая модель процесса подбора соответствующих компонентов исходных порошков для создания зубных протезов, в основе, которой лежит регрессионная модель, с возможными вариациями значений, в пределах нормы устанавливаемой для определённых показателей. Изменение цветовых составляющих происходит в корреляционной зависимости относительно регрессионной модели, поэтому возможно составление интерполяционных уравнений, а на их основе анализ и рассмотрение единой системы для всех подуровней цветовых градаций.

В общем виде математическая модель основывается на уравнениях представляющих полиномы одной поверхности (модель RGB – куба):

$$\begin{cases} r_1k_1 + r_2k_2 + r_3k_3 + ... + r_ik_i = RK \\ g_1k_1 + g_2k_2 + g_3k_3 + ... + g_ik_i = GK \\ b_1k_1 + b_2k_2 + b_3k_3 + ... + b_ik_i = BK \end{cases}$$

где R – красная составляющая требуемого цвета, G – зелёная составляющая требуемого цвета, B – синяя составляющая требуемого цвета, r_i - красная составляющая i- го компонента, g_i - зелёная составляющая i- го компонента, b_i – синяя составляющая i- го компонента, k_i – пропорциональное соотношение i-го компонента в составе.

Программное обеспечение для определения цвета зуба представляет собой программу, разработанную в среде Delphi. Окно программы содержит следующие основные элементы:

- заголовок окна;
- кнопки управления программой;
- окно ввода изображения;
- окно оценки подбора цветовых составляющих;
- окна состава стандартных порошков;
- окно глубины просчета;
- строка состояния;

В верхней части окна программы расположен заголовок окна, под заголовком программы находятся кнопки управления программой, позволяющие:

- уменьшить изображение;

- увеличить изображение в окне;

- отменить приближение изображения;

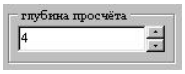
- получить наилучшее приближение;

- открыть файл с изображением;

- переместить изображение, при его увеличении;

- выбрать конкретную область изображения.

В правом верхнем углу окна программы имеется окно оценки подбора цветовых составляющих.

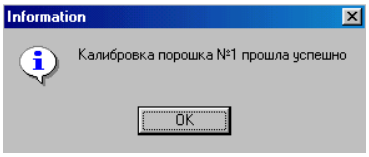
Данное окно необходимо для оценки степени соответствия получаемого изображения – исходному. В случае недостаточного соответствия, возможно, увеличить глубину просчёта, с помощью соответствующей опции. 

Под окном оценки подбора цветовых составляющих расположены окна состава стандартных порошков (рис 2), где указаны соответствующие номера зубных протезов, соответствующих стандартным порошкам, при этом под каждым номером находится окно визуализации цвета соответствующего зубного протеза, а также поле вывода значений концентрации стандартных порошков необходимых для получения искомых цветовых составляющих.

Рис. 2. окна состава стандартных порошков.

Перед проведением процедуры необходимо очистить зуб от налёта и подготовить пациента к исследованию. Далее необходимо закрепить видеоконтрольное устройство на уровне протезируемых зубов пациента и настроить фокус объектива, после чего произвести снимок. После выбора нужной области на снимке и указанием её курсом, появится окно подтверждения калибровки цвета, соответствующего стандартному порошку.

После того, как будет проведена калибровка необходимо открыть файл изображения, соответствующий зубам пациента.



Выбор заданной области возможно провести, с помощью увеличения изображения на которое наведён в данный момент времени курсор, для выполнения этой операции надо включить соответствующий режим, нажатием на кнопку.

После указания области определения цветовых составляющих протезируемых зубов пациента, программа выдает сообщение о необходимости подтверждения определениях параметров для указанной области

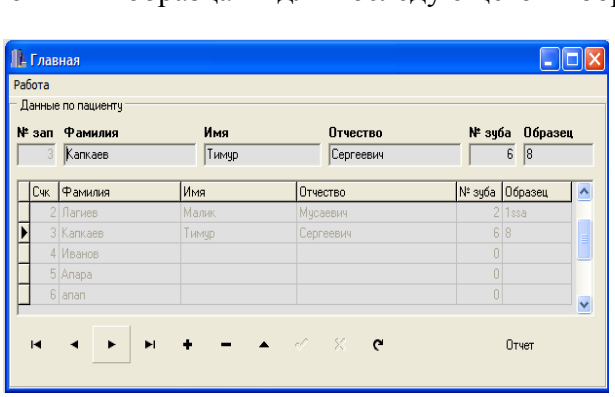
После подтверждения, программа по разработанному алгоритму проводит поиск наиболее адекватного искомому зубу состава стандартных порошков и выводит значения их концентрации в соответствующих окнах.

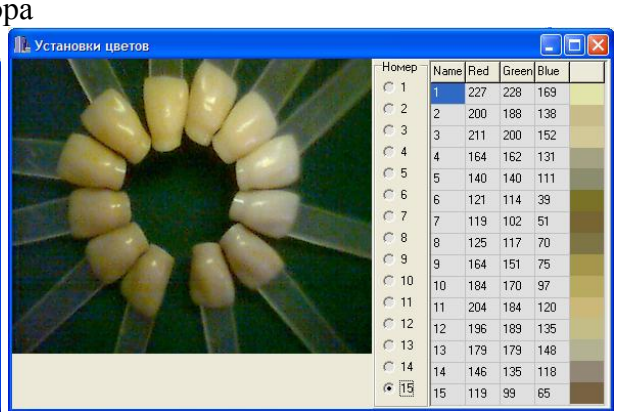
Основными функциями специализированного программного обеспечения для определения цвета зубной эмали металлокерамических протезов являются следующие:

1. *Вывод изображения на экран;*
2. *Выбор анализируемой области;*
3. *Калибровка значений относительно заданных компонентов;*
4. *Ввод программы поиска значений;*
5. *Вывод значений на экран;*

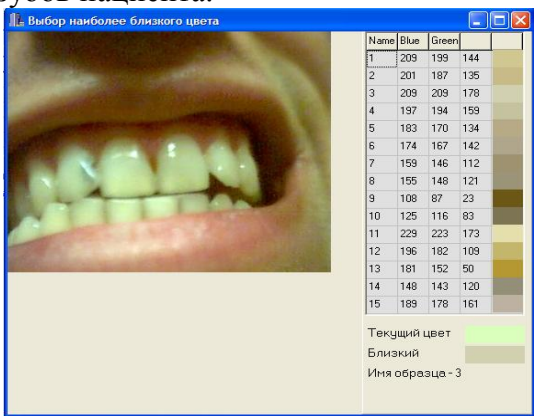
6. *Создание отчета;*
7. *Ведение базы данных по пациентам.*

Перед тем как начать исследование необходимо либо ввести данные о новом пациенте, проходящем исследование, либо выбрать уже ранее введенного. Это производится при помощи группы кнопок расположенных в нижней части окна основной программы. Для того, чтобы начать исследование необходимо провести выбор пациента. Для начала работы необходимо открыть контекстное меню «Работа» в строке заголовка программы и выбрать пункт «Установки цветов». После чего необходимо в пустом поле окна нажатием правой кнопки мыши открыть диалоговое окно и выбрать фотографии, заранее снятых калибровочных зубных протезов, которые являются эталонными образцами для последующего выбора





цветовых составляющих и металлокерамического протезирования. Далее открывается контекстное меню «Работа» в строке заголовка программы и выбирается пункт «Поиск подходящего». После чего в появившемся окне «Выбор наиболее близкого цвета» нажатием правой кнопкой мыши в открывшемся диалоговом окне «Открыть файл» выбирается фотографии заранее снятых протезируемых зубов пациента.



После чего в пункте меню «Печать отчета» и кнопки «Отчет», в нижнем углу программы, можно просмотреть полученные данные и распечатать их при помощи стандартных средств текстовых редакторов.

Разработанные аппаратно-программные средства позволяют с высокой точностью определять цвета зубов и производить обработку и выдачу результатов на персональном компьютере, что также повышает удобство обслуживания пациентов и хранение полученных данных. Современное общество, а также любой работодатель предъявляют высокие требования к эстетичности и внешнему виду людей, разработанные же аппаратно-программные средства позволяют качественно решить данную проблему.

Список литературы:

1. Методические указания по металлокерамическому протезированию /под редакцией профессора К.М. Расулова / Махачкала, 1998 г .

2. Гусев В.Г../ Методы и технические средства для медико-биологических исследований. /Уфа: изд. УФМ, 2001

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ ПРИ ПОМОЩИ ШАРОВИДНЫХ АТТАЧМЕНОВ.

Абакаров Т.А., Алиев А.А., Азизов М.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Одной из самых крупных проблем ортопедической стоматологии остается проблема протезирования пациентов с полным отсутствием зубов. В настоящее время во многих развитых странах отмечается заметное увеличение продолжительности жизни. В связи с этим возрастает число лиц с полной потерей зубов. По данным Всемирной организации здравоохранения полным отсутствием зубов страдает около 15 % взрослого населения нашей планеты [3]. Установлена четкая закономерность, что 15 % людей в возрасте от 40 лет и старше нуждаются в полных съемных протезах [5]. Среди них 65,4 % занимают пациенты с проблемами протезирования беззубой нижней челюсти. Кроме того, 29,4 % больных с полным отсутствием зубов не пользуются съемными протезами из-за клинических и лабораторных факторов[4].

Основной целью протезирования пациентов при полной потере зубов является восстановление зубочелюстной системы в функциональном и эстетическом отношении, а также в необходимости добиться устойчивой фиксации и стабилизации протезов.

Особенно сложно достичь удовлетворительных результатов при выраженной атрофии альвеолярного отростка, неблагоприятных анатомо-топографических условиях, связанных с отсутствием необходимого объема альвеолярного отростка, что в значительной степени затрудняет протезирование полными съемными протезами. Невозможность провести операцию реконструкции альвеолярных отростков челюстей, поднятия дна верхнечелюстной пазухи и литерализации нижнеальвеолярного нерва, а также прогрессирующая атрофия челюстей в большинстве случаев не позволяют установить достаточное количество имплантатов для изготовления несъемных ортопедических конструкций [1,2]. В подобных ситуациях мы применяем протезирование съемными протезами на имплантатах. При этом соединение протеза с имплантатами осуществляется по принципу микрозамка.

В нашей поликлинике мы предлагаем пациентам следующие варианты фиксации тела съемного протеза к имплантатам: замковое крепление кнопочного типа и замковое крепление балочного типа. Для системы крепления кнопочного типа необходимо 3-4 имплантата на верхней челюсти и 3, минимум 2, имплантата - на нижней челюсти. Более надежная, но и более дорогая система крепления - это система балочного типа. При этой системе необходимо 4 и более имплантатов, между которыми устанавливается балка для дальнейшей фиксации протеза.

Данная конструкция протеза имеет пассивные удерживающие элементы, не требует усилия при снятии протеза, надежно фиксирует протез в нужной позиции. Рекомендуем границы протеза сохранять, т.к. в этом случае отрицательное воздействие на имплантаты минимизируется.

Конструкции с замками в виде шарика и муфты на двух имплантатах особо показаны для стабилизации существующих полных съемных протезов у пожилых пациентов с ограниченной способностью переносить стресс и сомнительной способностью адаптироваться к новому протезу.

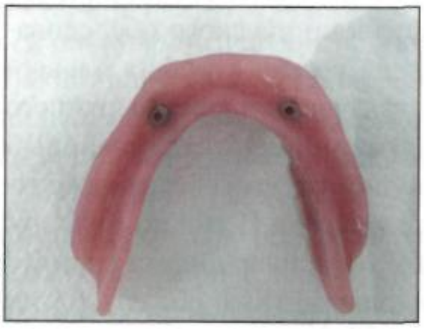
Клинический пример.

Пациент А., 1955 г. р., обратился по вопросу протезирования. В результате тщательного клинического обследования и компьютерной томографии выявлена резкая атрофия альвеолярного отростка, высокое прикрепление уздечек и тяжей. До нижнего альвеолярного нерва 2-3 мм. Условия для традиционного протезирования крайне неблагоприятные. Диагноз: полное отсутствие зубов верхней челюсти II тип по Шредеру и нижней челюсти II тип по Келлеру. На основании результатов диагностики и с согласия пациента принято решение об установке двух имплантатов фирмы Mis в область 33, 43 отсутствующих зубов, которые будут использоваться для ретенции полного съемного протеза.

Клинические и лабораторные этапы изготовления:

1. Снятие анатомических оттисков альгинатным оттискным материалом для изготовления индивидуальных ложек.

2. Снятие функционально-присасывающих оттисков материалом «Bisico» с применением функциональных проб Гербста.



3. Определение и регистрация центрального соотношения челюстей и высоты нижнего отдела лица.

4. Постановка зубов на восковых базисах, позволяющая запланировать конструкции на обеих челюстях с учетом восстановления правильной конфигурации лица до потери зубов и атрофии альвеолярных отростков челюстей, и с учетом установки матриц в протез на нижней челюсти.

5.Окончательное изготовление протезов методом горячей полимеризации.

6. Наложение протезов, коррекция.

7. Установка в ротовой полости шаровидных аттачменов (рис. 1).

8. Установка матричной части. В протезе формируется полость для матрицы, затем матрица адгезивно фиксируется в базисе съемного протеза с применением материала Ufi Gel Hard фирмы Voco GmbH (рис. 2).

9. Наложение протезов, коррекция.

После протезирования пациент находится на диспансерном наблюдении. Первый профилактический осмотр проводится через 3 месяца. Через 6 месяцев необходима лабораторная перебазировка.

Как показывает практика, данный вид протезирования дает высокие результаты, т. к. при хорошей эстетике мы добиваемся удовлетворительной фиксации и стабилизации протеза.

Это позволяет нашим пациентам прекрасно адаптироваться в социальной среде, продолжать активную деятельность и чувствовать себя уверенно.

Список литературы

1. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов: учебное пособие / А. П. Воронов, И. Ю. Лебеденко, И. А. Воронов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: МЕД-пресс-информ, 2009. - 344 с.

2. Muhlhauser, A. Съемные реставрации с опорой на имплантаты [Текст] / Л. Muhlhauser. - М.: Паритет, 2006. - 132 с.

3. Параскевич, В. Л. Современные проблемы реабилитации больных полной адентией. Часть II: Клинические концепции дентальной имплантации // Проблемы стоматологии и нейростоматологии, 1999. - N 4. - С. 36-40.

4. Садыков М.И., Меленберг Т. В. Способ определения степени атрофии альвеолярного отростка под базисами съёмного протеза: Решение ФИПС от 12.03.02 г. о выдаче патента по заявке № 2000130638.

5. Варес, Э.Я. Изготовление зубных мостовидных протезов без бормашины. - Сыктывкар, 1993. - 129 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ НУЖДАЕМОСТИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ.

Дубова Л. В., Дзаурова М.А., Маджидова Е.Р., Пушкина А.В., Алекберова Г.И.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва

ООО «Компания Фесфарм», г. Москва.

Актуальность. Практическая деятельность врача-стоматолога зачастую связана с лечением пациентов, имеющих в анамнезе тяжёлые соматические заболевания. Одной из таких патологий является хроническая почечная недостаточность в терминальной стадии (тХПН). Терминальная стадия ХПН является исходом патологии почек у пациентов с сахарным диабетом, гломерулонефритом, пиелонефритом, мочекаменной болезни, поликистоза почек, врожденных аномалий почек и мочевыводящих путей.

Количество пациентов с тХПНежегодно возрастает до 17% и согласно данным, представленным регистром Российского диализного общества, в Москве в настоящее время под наблюдением находится более 30 тыс. пациентов с различными стадиями хронической болезни почек в том числе более 2,5 тысяч получающих заместительную почечную терапию (ЗПТ) гемодиализом (ГД). У этих пациентов кровь очищается от уремических токсинов с помощью аппарата «Искусственная почка» через специальную полупроницаемую мембрану, по одну сторону которой находится кровь пациента, а по другую специально приготовленный раствор-диализат.

Практически у всех больных ХПН встречается нормохромная, нормоцитарная, арегенеративная анемия. Снижение гемоглобина происходит пропорционально уменьшению почечной функции, и в преддиализном периоде до начала лечения эритропоэтином содержание гемоглобина может снизиться до 70-80 г/л. Снижение гемоглобина лежит в основе различных клинических проявлений, характерных для ХПН: бледности кожных покровов и слизистыхоболочек, одышки, астении, интеллектуальной дисфункции и др.

Серьезную проблему для таких больных представляют нарушения фосфорно-кальциевого метаболизма. При снижении скорости клубочковой фильтрации на 25% появляется гиперфосфатемия,которая усугубляется не только вследствие дальнейшего снижения фильтрации фосфатов, но и всвязи с дисфункцией паращитовидных желез. Дискоординируются процессы остеорезорбции и неостеогенеза, что влечет за собой развитие адинамической болезни костей или фиброзного остеита. Также показано, что гемодиализ повышает риск заражения ВИЧ- инфекцией или гепатитом В и С.

Выполненные ранее исследования состояния тканей полости рта у этой категории пациентов выявили высокую распространённость стоматологической патологии (И.В.Осокин и соавт., 2006; Д.Ю.Осокин и соавт., 2008) и как следствие значительная нуждаемость в любой стоматологической помощи, в том числе в восстановлении зубных рядов. Проведение стоматологической реабилитации осложняется тем, что у пациентов с тХПН на фоне уремической интоксикации и анемии наблюдается гипоксия клеток мозга, поэтому они не способны объективно оценивать свое состояние и не посещают врача-стоматолога, что приводит к развитию осложнениям кариеса и последующему удалению разрушенных зубов.

Необходимо отметить, что практически все пациенты, получающие ЗТ, имеют группу инвалидности, что подразумевает их низкий уровень жизни и резко ограниченные возможности получения качественной стоматологической помощи. Более того, нередко врачи-стоматологи отказывают в помощи таким пациентам, необоснованно опасаясь осложнений ввиду «грозного» диагноза «хроническая почечная недостаточность». Следует добавить, что в отечественной практике отсутствует программа оказания стоматологической и ортопедической помощи пациентам с тХПН, получающих гемодиализ в амбулаторных условиях.

Цель исследования. В процессе обследования зубных рядов определить у пациента с тХПН, получающих программный гемодиализ, нуждаемость в ортопедическом лечении.

Материал и метод исследования. В исследовании 102 пациентов (59 мужчин и 43 женщины) в возрасте от 25 до 84 лет с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающие для жизнеобеспечения амбулаторный программный гемодиализ в ООО «Компания Фесфарм». Гемодиализ проводился 3 раза в неделю по 4 часа в день. Из обследования были исключены пациенты имеющие антитела к ВИЧ- инфекции и гепатиту В и С.

Для оценки уремического состояния и фосфорно-кальциевого обмена у всех пациентов определяли в плазме крови количество мочевины и креатинина, кальция и фосфатов спектрофотометрическим методом, паратгормона иммуноферментным методом.

Состояние тканей полости рта оценивали визуально, а также с применением пародонтологических индексов, определяли индекс гигиены по GreenJ.C., VermillionJ.K. (1964), рекомендованного ВОЗ (1971) в перечне основных методов стоматологических исследований.

Выявляли количество кариозных и некариозных поражений зубов, имеющиеся дефекты зубных рядов. Также оценивали состояние имеющихся в полости рта зубопротезных конструкций. Для выявления готовности пациентов к стоматологическому лечению провели их анкетирование по специально разработанной анкете.

В зависимости от сроков получения лечения гемодиализом всех пациентов поделили на 2 группы. Первая группа получала гемодиализ в течение 1-3 лет, а во второй группе длительное время на протяжении от 5 до 10 лет.

Полученный цифровой материал обрабатывали методом вариационной статистики с помощью программы Statistica.

Результаты исследования. Об уремической интоксикации обследуемых пациентов свидетельствовали до гемодиализа высокие уровни креатинина (200-800 мкмоль/л) и мочевины (20-25 ммоль/л), которые достоверно снижались после процедуры гемодиализа, а затем начинали нарастать, достигая через сутки уровня преддиализных показателей. Количество кальция в крови было снижено и составило 2,3±0,04 ммоль/л, а фосфатов повышено до 1,9±0,03 ммоль/л, активность щелочной фосфатазы колебалась от 47 до 96 МЕ.

Такие изменения в фосфорно-кальциевом обмене объясняются дисфункцией паращитовидных желез, что отражает уровень паратгормона от 112 до 350 пг/мл (в среднем 230±118пг/мл).

Гигиена полости рта в обеих группах пациентов была плохая, о чем свидетельствовал высокий показатель УИГР. При осмотре зубов было выявлено в 100% случаев поражение сохраненных зубов кариесом, и в 100% имелись некариозные поражения в виде клиновидных дефектов. Индекс КПУ был высокий за счет составляющих К и У.

Дефекты зубных рядов были оценены согласно классификации Кеннеди (1923). Данные представлены в таблице.

Таблица.

Характеристика зубных рядов по Кеннеди (1923)
у пациентов с тХПН, получающих ГД.

Продолжительность ГД	мужчины		женщины	
	до 3-х лет(n=27)	Более 3-х лет(n=31)	До 3-х лет(n=20)	Более 3-х лет(n=23)
Класс дефекта по Кеннеди	Верхняя челюсть			
1 класс	6	7	4	1
2 класс	3	3	4	3
3 класс	6	2	4	4
4 класс	0	1	0	0
	Нижняя челюсть			
1 класс	6	9	4	6
2 класс	5	5	3	2
3 класс	3	2	2	6
4 класс	1	0	0	0

Согласно полученным данным в 1 группе мужчин как на малых так и на больших сроках ЗПТ на верхней и нижней челюсти преобладали дефекты по 1, 2 и 3-ему классу. На нижней челюсти у мужчин в основном имелись дефекты в концевых отделах (первый и второй класс по Кеннеди) и в меньшем количестве дефекты зубных рядов по третьему и четвертому классу. У женщин на нижней и верхней челюстях также имелись дефекты зубных рядов преимущественно по первому (n=4 и 4) и второму классу (n=4 и 3), а также включенные дефекты в 6 случаях у женщин, получающих гемодиализ до 3-х лет, а у женщин, находящихся на ЗПТ более 3-х лет на верхней и нижней челюстях по первому классу встречались в 7 случаях, по второму классу в 5 случаях, а по третьему классу в 10 случаях.

Следует отметить, что практически отсутствовали дефекты зубных рядов во фронтальном отделе на верхней челюсти (всего 2 случая у мужчин), а у женщин не встречались ни в одной из групп.

Выводы. Таким образом, наши исследования показали, что 100% обследованных пациентов, получающих ЗПТ, нуждаются в ортопедическом лечении. Поскольку исследование индекса гигиены по GreenJ.C., VermillionJ.K. (1964) показало низкие значения, то пациентам с Тхпн, получающих гемодиализ в амбулаторных условиях рекомендовано изготовление съемных и бюгельных зубных протезов с ежегодным диспансерным наблюдением не реже одного раза в шесть месяцев. В дни диспансерного наблюдения необходимо проведение профессиональной чистки зубов и зубных протезов (аппаратом Microclean), оценки прилегания протеза к протезному ложу, санации полости рта.

КРИТЕРИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРОТЯЖЕННЫХ ИМПЛАНТАЦИОННЫХ ЗАМЕЩАЮЩИХ КОНСТРУКЦИЙ.

Розов Р.А., Азарин Г.С., Трезубов В.Н.
ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Актуальность. При полном отсутствии зубов повсеместно используются имплантационные замещающие конструкции различных типов, отличающиеся по эстетическим и функциональным характеристикам (T.Jemt, 1994; C.A.Landes, 2005; J.M.Tomason, 2009). Количество имплантатов, служащих опорой таким конструкциям, зависит от ряда факторов, и может быть различным: от одного до двенадцати на одной челюсти. Значение показателя выживаемости имплантатов во многом зависит от типа конструкции и её биомеханических параметров (H.Falk, 1998; J. Zurdo, 2009). В отечественной и зарубежной специальной литературе отсутствуют сводные унифицированные данные о конструкциях данного вида, которые могли бы явиться основой в принятии решений при планировании лечения, а также при оценке качества протезирования. Существующие системы качества протезирования (А.Ю.Малый, 2006; А.Г.Климов, 2006) в большинстве своем не подходят для оценки именно имплантационных конструкций.

Цель. Создание универсальной системы критериальной оценки качества имплантационных замещающих конструкций, использующихся при полном отсутствии зубов.

Материалы и методы. С помощью клинических (в т.ч. анкетирование) и параклинических (цифровая ортопантомография) методов обследовано 137 больных с полным отсутствием зубов (средний возраст- 58 лет), протезированных имплантационными замещающими конструкциями (224 протеза), опирающимися на имплантаты «Нобель Риплейс Селект/Груви» и «Нобель Спиди Груви» (1427 имплантатов). В качестве конструкционных материалов каркасов протезов в 40,7% использован кобальтохромовый сплав, золотоплатиновый сплав - в 14, 8% каркасов, титан - в 7,4%, и 37% каркасов были выполнены из диоксида циркония. Керамикой были облицованы 74% каркасов имплантационных протезов, остальные - полимерами. 92,6% протезов оказались фиксированными винтами, 7,4% были фиксированы цементом. Для распределения протезов по группам использована «Клиническая критериальная классификация имплантационных замещающих конструкций, использующихся при полном отсутствии зубов» © (Р.А.Розов, В.Н.Трезубов©, 2014), имеющая 5 основных классов, 8 подклассов и 19 групп с 34 подгруппами имплантационных замещающих конструкций в зависимости от количества опор, типа протеза, вида фиксации и наличия свободно висящих тел в конструкции протезов с одной или двух сторон. Таким образом, каждому имплантационному протезу, использующемуся при полной потере зубов, был присвоен индекс по формуле: «класс-подкласс-группа-подгруппа». Для оценки качества имплантационных протезов экспертами использованы модифицированные нами критерии качества протезирования. Для большей объективизации оценки, использованы модифицированные нами на основе OHIP-14 опросники качества жизни больных.

Результаты. Наилучшие результаты в комплексной критериальной оценке качества имплантационных протезов получили конструкции, относящиеся к IV классу 2 и 3 подклассу (несъемные конструкции, опирающиеся на 8 имплантатов). Тип облицовки протеза не влиял на

значение показателей качества жизни больных, а соответственно, и на итоговую оценку качества протеза. Не выявлено корреляции между протезами II, III и IV классов (в т.ч. количеством имплантационных опор) и значениями показателей качества жизни больных.

Выводы. Созданная «Клиническая критериальная классификация имплантационных замещающих конструкций, использующихся при полном отсутствии зубов» © (Р.А. Розов, В.Н. Трезубов©, 2014) должна явиться основой оценки качества в клинике ортопедической стоматологии, а также широко использоваться при планировании ортопедического лечения с использованием имплантационных конструкций.

Имплантационные конструкции, опирающиеся на малое количество имплантатов (4-6) и облицованные полимерами, характеризуются высокими значениями показателей качества жизни, и, соответственно, в силу своей большей экономической доступности, должны шире использоваться в клинике ортопедической стоматологии при протезировании больных с полным отсутствием зубов.

СРАВНЕНИЕ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЛОТКА ПРИ НЕПРЯМОМ МЕТОДЕ ФИКСАЦИИ БРЕКЕТОВ.

Худорошков Ю.Г., Карагозян Я.С., Арзуманян Н.Г.
ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Омск

Актуальность проблемы. Качественное позиционирование брекетов является залогом успешного ортодонтического лечения. В данной статье проведено изучение свойств двух материалов (Memosil 2 - материал на основе А-силикона, выпускаемый в картриджной упаковке, используемый для регистрации прикуса и изготовления индивидуальных лотков для переноса брекетов, и строительного термоклея, широко применяемого в ортодонтии в силу своей низкой стоимости). Одной из важных проблем в ортодонтии на сегодня является определение наиболее точного способа переноса правильно спозиционированных брекетов с гипсовой модели в полость рта в практике врача-ортодонта. На основе проведенных нами исследований мы смогли выявить оптимальный материал для изготовления индивидуальных лотков при непрямом методе фиксации брекетов.

Цель исследования: выявить наиболее приемлемый материал для изготовления индивидуального лотка при непрямом методе фиксации брекетов, путем сравнительного анализа материалов Memosil 2 и термоклея по следующим характеристикам: общие свойства материалов, светопроницаемость, прочность фиксации, тиксотропность.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базах кафедр ортодонтии и физики, математики, медицинской информатики Омского государственного медицинского университета и включало в себя эксперименты, в которых сравнивались материалы для изготовления индивидуального лотка: строительный термоклей и стоматологический материал Memosil 2 (HeraeusKulzer).

Для изготовления исследуемых лотков в стоматологической клинике ОмГМУ были сняты оттиски с помощью альгинатной массы 10 пациентам, у которых отмечалась скученность переднего отдела нижнего зубного ряда II степени. Гипсовые модели челюстей были отлиты по всем правилам из ортодонтического гипса. После гравировки гипсовых моделей и покрытия их изолаком, были расчерчены продольные оси резцов нижней челюсти по соответствующим ортопантомограммам, выставлены брекеты на определенную высоту на светоотверждаемый материал. Далее было изготовлено пять индивидуальных лотков с помощью Memosil 2 и пять с помощью строительного термоклея. Техника изготовления индивидуального лотка из Memosil 2 включает в себя замешивание паст, нанесение материала на брекеты, предварительно зафиксированные на гипсовой модели, формирование индивидуального лотка с помощью жидкого мыла и воды, корректировка по размеру. Техника изготовления индивидуального лотка из строительного термоклея включает нанесение термоклея из пистолета на брекеты, предварительно зафиксированные на гипсовой модели, формирование индивидуального лотка с помощью воды, корректировка по размеру.

На основании инструкций к использованию сравниваемых материалов нами были выявлены общие характеристики материалов, которые отражены в таблице № 1.

Таблица 1

Общие характеристики материалов Memosil 2 и строительного термоклея:

Свойства/Материал	Memosil 2	Термоклей
Безопасность применение в полости рта (токсичность\аллергенность)	+	-
Полимеризация через материал	+	+
Стерильность	+	-
Прозрачность	+	-
Прочность	+	-
Рабочее время	+	-
Стоимость	-	+

Для статистической обработки полученных данных нами был использован критерий знаков Ru, который равен 0,58, следовательно, для Memosil 2 имеет средней силы корреляционную связь с положительными свойствами [3].

Экспериментальное исследование **светопроницаемости материала** проводилось с помощью люксметра, образцов индивидуальных лотков из Memosil 2 и термоклея. Светопроницаемость была рассчитана нами как отношение освещенности поверхности данным изучением к освещенности поверхности исследуемым светом, прошедшим через материал. Так как при установке брекетов полость рта освещается дневным и УФ-светом, нами была исследована светопроницаемость материалов в этих спектрах. Полученные данные представлены в таблице № 2.

Таблица 2

Светопроницаемость материалов в дневном и УФ свете

Материал	Дневной свет	Ультрафиолетовый свет
Memosil 2	0,4	0,75
Термоклей строительный	0,6	0,5

В УФ свете проницаемость Memosil 2 выше, а это значит, что брекет-система, закрепленная таким образом, будет прочнее к внешним нагрузкам.

Следующая серия опытов была посвящена исследованию **прочности фиксации брекетов** после просвечивания через исследуемые материалы.

Для проведения этих экспериментов нам понадобились штативы, грузы с креплениями, прочная нить, экстрагированные зубы. На зубах с помощью фотоадгезива был закреплен щечный замок. Закрепление фотоадгезива осуществлялось через индивидуальный лоток из Memosil 2 и термоклея. Затем зуб закреплялся на штативе, за хук щечного замка подвешивалась гиря и определялось, при какой нагрузке фотоадгезив разрушался (рис. 1 и таблица 3).

Рисунок № 1

Таблица 3

Прочность фиксации брекета (после просвечивания через исследуемые материалы)

Нагрузка, г.	Термоклей строительный	Memosil 2	Нагрузка, г.	Термоклей строительный	Memosil 2
20	+	+	1000	-	+
50	+	+	1100	-	+
100	+	+	1300	-	+

200	+	+	1500	-	+
400	+	+	1600	-	+
700	-	+	1700	-	-

Нами была рассчитана прочность фиксации брекета как отношение веса нагрузки, которая привела к разрушению к весу максимальной нагрузки: для термоклея она составила 23,5%, для мемосила 2 - 94,1%. Статистический анализ подтвердил неслучайность этих различий (точный критерий Фишера равен 2,82; при $p<0,01$, следовательно, различия статистически значимы [3]).

Еще одним критерием для сравнения выступила **тиксотропность** материалов (способность материала сохранять свою первоначальную форму). Для этого нами были изготовлены специальные формы с пазами, соизмеримыми с пазами брекетов, а так же два прямоугольных образца из Memosil 2 и термоклея толщиной 5 мм (средняя толщина индивидуального лотка). Образцы накладывались на формы, а сверху ставилась нагрузка и измерялась глубина проникновения в паз материала (таблица 5).

Таблица 5

Тиксотропность исследуемых материалов

Вес г/материал	Глубина проникновения в паз, мм	
	Термоклей строительный	Memosil 2
20	0,8	0,9
50	1,1	1,2
100	1,2	2,4
150	1,2	2,4
200	1,2	2,4

Статистический анализ (U-критерий Манна-Уитни = 10,0; $p=0,09$, установленные различия статистически не значимы, но значение близко к 0,05), подтвердил нашу гипотезу о том, что тиксотропность Memosil 2 выше, чем у строительного термоклея [3].

Интересна на наш взгляд **способность материалов к деформации при температуре 36,8-37,3** (такой же, как в полости рта), изображенная на рисунке 2.

По графику видно, что лоток из термоклея подвергается большей деформации за одинаковый период времени в сравнении с лотком из Memosil 2. Об этом же свидетельствуют теоретические значения: максимальный показатель твердости по Шору у термоклея – 105 ед., у мемосила – 90 ед.

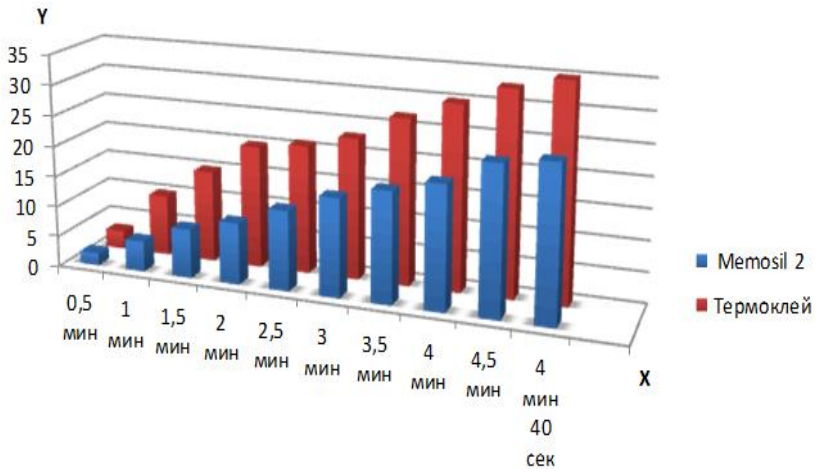


Рисунок № 2

Результаты и обсуждение. Техника изготовления индивидуального лотка из термоклея является наиболее простым и дешевым из доступных способов, но техника изготовления при

помощи Memosil 2 обладает превалирующими свойствами. Исследование светопроницаемости индивидуальных лотков с помощью люксметра при дневном свете и УФ–просвечивании дает нам право говорить, что индивидуальный лоток из Memosil 2 является более светопроницаемым при УФ–просвечивании, что очень важно при непрямом методе фиксации брекет-системы. Фиксация брекета на зубе после светоотверждения через индивидуальный лоток из Memosil 2 является более прочной, выдерживает большую нагрузку, в сравнении с фиксацией брекета после светоотверждения через индивидуальный лоток из строительного термоклея, о чем свидетельствует проведенный нами соответствующий эксперимент. Эксперимент на тиксотропность материалов показал, что Memosil 2 лучше проникает в пазы брекета, «обволакивая» его по периферии, следовательно, фиксация брекета будет надежнее, что обеспечивает сведение к минимуму смещения из-за давления на индивидуальный лоток при его фиксации в полости рта.

Заключение. Использование индивидуального лотка из термоклея неудовлетворительно сказывается на лечении пациента. При проведении непрямого метода фиксации брекетов, использование индивидуального лотка из Memosil 2 обеспечивает *точный перенос правильно спозиционированных брекетов* с гипсовой модели в полость рта, что является гарантией успешно проведенного ортодонтического лечения.

Литература:

1. Тер-Погосян Г.Ю. Сравнение точности позиционирования брекетов при прямой и непрямой технике фиксации Ортодонтия. 2009 № 2 (46). С. 50-53.

2. Ильюшонок А.В. Физика / А.В. Ильюшонок, П.В, Астахов и др. – Минск: ИНФРА – М, 2013. -600 с.

3. Мамаев, А.Н. / Основы медицинской статистики. – Москва: Практическая медицина, 2011. – 121 с.

ОПЫТ ШИНИРОВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА.

Гусенов С.Г., Гусейнов Г.Р., Курбанов К.К.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Практика показывает, что терапевтические и хирургические мероприятия устраняют воспаление лишь на определённый промежуток времени, после чего травматическое действие приводит к рецидиву болезни и усугублению патологических процессов. Только после устранения травматических перегрузок протетическими методами может быть достигнут положительный результат комплексного лечения заболеваний пародонта.

Значение ортопедической терапии в общем комплексе лечения пародонта заключается в ликвидации травматических наслоений и восстановлении функции зубочелюстной системы путём изменения артикуляционных и силовых соотношений между отдельными зубами и зубными рядами за счёт образования блока из ряда зубов и применения различных видов стабилизации зубов.

В ортопедической стоматологии при лечении болезней пародонта используются следующие методы: функциональное избирательное пришлифовывание зубов, ортодонтические приёмы, временное и постоянное шинирование, применение постоянных шинирующих аппаратов и протезов, непосредственное протезирование и шинирование.

Одним из главных методов устранения травмирующего действия на пародонт является шинирование. С помощью этого метода удаётся разорвать порочный круг, устранить фактор травмы и создать благоприятные условия для противовоспалительного лечения.

Лечебное значение шинирования заключается в дроблении жевательной нагрузки за счёт распределения её на зубы с более выносливым пародонтом путём использования различных видов стабилизации. Обязательное условие при шинировании – уравновешивание сил пародонта антагонирующих групп зубов и зубных рядов.

Использование в последние годы в клинике ортопедической стоматологии композиционных материалов расширяет перспективы шинирования зубов при заболеваниях пародонта. Для шинирования передних зубов мы предлагаем пользоваться оральной многозвеньевой шиной из полипропилена. В отличие от ранее предложенных нами методов мы поставили перед собой **цель** изучить возможность шинирования зубов без сошлифовки твёрдых тканей или проводя её лишь избирательно.

Материал и методика. Под нашим наблюдением находилось 46 больных с подвижностью зубов I-II степени. У 27 пациентов из них шинировали все передние зубы на верхней и нижней челюстях, у 19 пациентов в шину включали также премоляры. Из общего количества больных у 11 одновременно с шинированием проводили протезирование небольших дефектов зубных рядов.

Основной шинирующей конструкцией являлась литая дуга из полипропилена в форме уплощённого многозвеньевого кламмера дугового протеза, расположенная с оральной поверхности зубов. Опорными элементами служили различного вида окклюзионные накладки, для размещения которых использовали имеющиеся в зубах фиссуры, пломбы и полости. Кроме того, для улучшения фиксации создавали ответвления литой дуги в виде отростков, которые размещали в межзубных пространствах.

При отсутствии условий для расположения окклюзионных накладок место для них создавали сошлифовыванием опорных зубов. При наличии плотных контактов проводили сепарацию, что позволяло вводить в межзубные пространства ретенционные отростки литой шины.

На гипсовой модели изготавливали из воска дугу с необходимыми ретенционными элементами (границы будущей модели очерчивали карандашом). Затем дугу отливали из полипропилена. Поверхность отлитой шины обрабатывали, после чего наружную часть её полировали, а внутреннюю - оставляли шероховатой с целью создания прочной адгезии композиционного материала к металлу. Толщина готовой шины составляла 0,4 - 0,6 мм.

Эту шину припасовывали в полости рта. Правильно сконструированные окклюзионные накладки и специальные отростки в межзубных пространствах исключали возможность смещения шины в разных направлениях, кроме пути её введения.

Шину можно фиксировать композитным материалом любого поколения в соответствии с инструкцией.

Проводя экспериментальные исследования, мы убедились, что для более надёжной адгезии композиционного материала к эмали зубов одной протравки с помощью фосфорной кислоты недостаточно. Поэтому перед протравкой с использованием алмазных абразивных инструментов проводили незначительное сошлифовывание поверхности эмали, соприкасающейся с каркасом.

Результаты исследования. Контрольные осмотры 37 больных, проведённые спустя 3, 6, 12, 24 и 36 месяцев, позволили сделать вывод о хорошей фиксации шинированных зубов. Как показал анализ рентгенограмм, состояние костной ткани альвеолярных отростков стабилизировалось. Клинически отмечено отсутствие воспаления десны в области шинированных зубов. При электроодонтометрии установлено, что возбудимость пульпы сохраняется в пределах возрастной нормы. Дефектов шин, отставания их от зубов, а также изменения цвета эмали и её структуры в области расположения шин не выявлено.

Описываемая шина первоначально предназначалась для временного шинирования зубов. Однако положительные результаты её применения, прослеженные в течение 3-х лет, дают основание считать, что она может применяться и для постоянного шинирования.

Выводы. Таким образом, предложенной нами шиной восстанавливаются контактные пункты и непрерывность зубного ряда. Создаётся новая система, характеризующаяся новыми качествами. Тем самым создаются новые условия, в которых дистрофия и воспаление протекают медленнее, то есть предложенная шина является стимулятором компенсаторных функций и фактором обеспечивающим более эффективное лечение.

ТРАВМАТИЗАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ ЧАСТИЧНЫМИ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ.

Кунгуров С.В., Рубленко С.С., Манашев Г.Г.
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г. Красноярск

Применение термопластических материалов в ортопедической стоматологии позволило врачам стоматологам расширить показания к изготовлению многих ортопедических конструкций при лечении частичной потери зубов, осложненной зубочелюстными деформациями и заболеваниями пародонта [1, 2]. Вместо жестких металлических кламмеров в качестве фиксации протезов пациентам предлагается использовать прозрачные и непрозрачные дентоальвеолярные кламмеры из базиса термопласта под цвет зубов, что позволяет не препарировать опорные зубы и не покрывать их коронками. Такие кламмеры эстетичны, значительно улучшают фиксацию протеза за счет своей эластичности, не стирают и не расшатывают опорные зубы [3]. Использование протеза из нейлона полностью исключает токсическое и аллергическое действие на организм, что особенно актуально для пациентов с заболеваниями иммунной, нервной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта и имеющих аллергический статус [4]. Протезы, изготовленные из нейлона, имеют достаточную эластичность, точное прилегание, хорошую фиксацию, прекрасный эстетический вид [5].

Однако, наши собственные наблюдения показали, что при протезировании пациентов съемными ортопедическими конструкциями на основе термопластической массы (нейлон) большое значение имеет выбор опорных зубов. Выбор опорных зубов без места для окклюзионной накладки на жевательной поверхности исключает использование опорно-удерживающих кламмеров в данных протезах. Частичные съемные нейлоновые протезы, при этом, могут оказывать местное травмирующее воздействие на слизистой оболочки десны в виду своей эластичности.

Целью исследования явилось изучение количества травматических повреждений слизистой оболочки десны у пациентов, пользующихся съемными ортопедическими конструкциями на основе нейлона и акрила.

Материалы и методы.

На базе стоматологической поликлиники КрасГМУ были обследованы группы пациентов. Исследования и анализ полученных данных проводились на кафедре ортопедической стоматологии КрасГМУ. Данные фиксировались в специально разработанную анкету. В исследовании участвовали 61 человек, из них 25 мужчин и 36 женщин в возрасте от 40 до 63 лет. Средний срок пользования протезами составил 1 год. Пациенты были разделены на 2 группы:

1. Пациенты (мужчины и женщины), пользующиеся съёмными зубными протезами на основе акрила (31 человек).

2. Пациенты (мужчины и женщины), пользующиеся съёмными зубными протезами на основе нейлона (30 человек).

Пациентам, пользующимся съемными зубными протезами 1 год и более, проводили клинический осмотр СОПР. В амбулаторную карту фиксировались жалобы и локальный статус, отмечали наличие несъемных и съемных зубных протезов, устанавливали диагноз по классификации Кеннеди. Подсчитывали количество зубов, используемых в качестве опоры съемных протезов, не имеющих окклюзионной поверхности.

Результаты исследования и обсуждение.

В результате обследования пациентов было произведено распределение дефектов зубных рядов по классам Кеннеди среди лиц, использовавших протезы из акрила и нейлона (табл. 1).

Таблица 1

Распределение дефектов зубных рядов по классам Кеннеди

Вид протеза	I кл.		II кл.		III кл.		IV кл.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
«Фторакс» (n=31)	13	41,9±8,9	12	38,7±8,7	6	19,4±7,1	0	0
Нейлон (n=30)	12	40,0±8,9	11	36,7±8,8	7	23,3±7,7	0	0

Из таблицы 1 видно, что I класс дефектов зубных рядов по Кеннеди наблюдается у 25 человек, 41,9±8,9% в первой исследуемой группе и 40,0±8,9% во второй. II класс дефектов зубных рядов по Кеннеди наблюдается у 23 человек, 38,7±8,7% в первой группе пациентов и 36,7±8,8% во второй. III класс по Кеннеди наблюдается у 13 человек, 19,4±7,1% в первой группе и 23,3±7,7% во второй. При обследовании пациентов, IV-го класса дефектов зубных рядов по Кеннеди не выявлено, так как у всех обследуемых в зубном ряду наблюдались сочетанные дефекты.

Исследование амбулаторных карт показало, что многие пациенты в обеих обследуемых группах в дефекте зубного ряда имеют опорные зубы без окклюзионной поверхности.

Рис. 1. Количество пациентов, в дефектах зубного ряда которых есть опорные зубы без окклюзионной поверхности (нейлон).

На рисунке 1 видно, что 50±14,4% (6 чел.) в дефекте зубного ряда по I классу Кеннеди имеют зубы без окклюзионных поверхностей, относительно всей обследуемой группы (30 чел.) их доля равна 20±7,3%. В дефекте зубного ряда по II классу Кеннеди 63,7±14,5 % (7 чел.) имеют зубы без окклюзионных поверхностей, относительно всей обследуемой группы их доля составила 23,3±7,7%. Количество таких пациентов с дефектами зубных рядов по III классу Кеннеди составило 71,4±17,1% (5 чел.), относительно всей обследуемой группы их доля -16,7±6,8%. Всего 60±8,9% людей во всей исследуемой группе имеют в качестве опоры зубы без окклюзионной поверхности.

В результате обследования группы пациентов, пользующихся съемными нейлоновыми протезами, были выявлены травматические повреждения слизистой оболочки десны в области опорных зубов, не имеющих окклюзионной поверхности. Количество пациентов с травматическими повреждениями слизистой оболочки десны составило 6 (20,0±7,3) человек.

При использовании в качестве опоры зубы, которые не имеют окклюзионной поверхности, выявлены осложнения травматического характера. Количество этих осложнений одинаково в обеих исследуемых группах (по 6 человек).

В группе пациентов, использующих съемные ортопедические конструкции на основе акриловой пластмассы «Фторакс», также присутствуют лица, имеющие опорные зубы без окклюзионной поверхности (рис. 2).

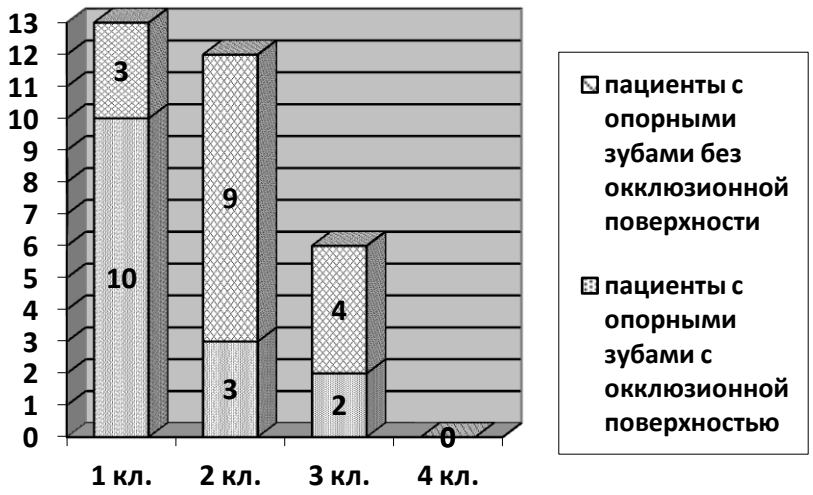


Рис. 2. Количество пациентов, в дефектах зубного ряда которых есть опорные зубы без окклюзионной поверхности («Фторакс»).

На рисунке 2 видно, что 23,1±11,7% (3 чел.) в дефекте зубного ряда по I классу Кеннеди имеют зубы без окклюзионных поверхностей, относительно всей обследуемой группы (31 чел.) их доля равна 9,7±5,3%. В дефекте зубного ряда по II классу Кеннеди 75,0±12,5% (9 чел.) имеют зубы без окклюзионных поверхностей, относительно всей обследуемой группы их доля составила 29,0±7,8%. Количество таких пациентов с дефектами зубных рядов по III классу Кеннеди составило 66,7±19,2% (4 чел.), относительно всей обследуемой группы их доля- 12,9±6,0%. Всего 51,6% людей во всей исследуемой группе имеют в качестве опоры зубы без окклюзионной поверхности. Всего 51,6±9,0% людей во всей исследуемой группе имеют в качестве опорных зубы без окклюзионной поверхности.

В результате обследования группы пациентов, пользующихся съемными зубными протезами из «Фторакса», были выявлены травматические повреждения слизистой оболочки десны в области опорных зубов, не имеющих окклюзионной поверхности. Количество пациентов с травматическими повреждениями слизистой оболочки десны составило 6 (19,4±7,1%) человек.

Таким образом, количество травматических осложнений слизистой оболочки десны зависит от выбора опорных зубов при фиксации частичного съемного зубного протеза в полости рта. На количество таких осложнений не влияет выбор материала, применяемый при изготовления съемных ортопедических конструкций.

Использованная литература:

1. Аверко-Антонович, И.Ю. Методы исследования структуры и свойств полимеров/ И.Ю. Аверко-Антонович, Р.Т. Бикмулин. – Казань: – 2002. – 604 с.

2. Трегубов, И.Д. Применение термопластических материалов в стоматологии/ И.Д. Трегубов, Л.В. Михайленко. – М., 2007. – 165 с.

3. Battistelli, A. Der Einatz von Thermoplastischen Azetalkunststoffen in der Kronen – und Bruckentechnik/ A. Battistelli// Quintessense Technol. – 1991. – №3. – S. 5-11.

4. Battistelli, A. Nouvelles solutions pour protheses provvisories en resine acetaligue thermoplastigue par fusion et injection/ A. Battistelli// Art.& Techigue Dentaires. – 1991. – №2. – P. 103-109.

5. Thomas, C.J. Microwaving of acrylic resin dentures/C.J. Thomas, B.C. Webb//Eur. J. Prostbod. Restor. Dent. – 1995. – V. 3. – P. 179-182.

ПРАКТИКА. ЧТО ДЕЛАТЬ?.

Шамов С. М., Расулов И.М.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

За последние 5-7 лет на рынке стоматологических услуг в республике ситуация резко изменилась. Появилось несколько крупных стоматологических поликлиник с достаточно высоким уровнем качества предоставляемых услуг. И если раньше на хорошем, современном уровне были лишь «классические» услуги – терапевтическая стомтаология и простое протезирование, в которых традиционно сильны стоматологи республики, то сегодня подтянулся и уровень так называемых «высокотехнологичных» услуг – таких как ортодонтия, имплантология, сложное протезирование и др. 10 лет назад ортодонтов в столице можно было пересчитать по пальцам. Сегодня практически в каждой клинике есть свой ортодонт, имплантолог, парадонтолог.

Большое количество наших соотечественников проходит специализацию, как во всех уголках России, так и за рубежом. Причем достигнув определенных успехов, не уезжают «на заработки», а продолжают работать в республике, предоставляя услуги на очень высоком уровне. В итоге конкуренция растет и не «по дням, а по часам».

Что же изменилось в системе образования за эти годы? Да фактически ничего…

Уровень практических навыков наших выпускников, к сожалению, достаточно низок. Это связано со многими объективными и субъективными обстоятельствами, обсуждать которые можно долго и горячо. Есть некоторые положительные подвижки в этом направлении – так например, у Медакадемии теперь есть своя собственная клиническая база для студентов стоматологического факультета – медико-стоматологическая поликлиника «Дентал». Конечно это лишь первый шаг. Но все это тема для отдельного разговора. Хотелось бы обсудить другой вопрос: как студенту, в имеющихся условиях, подготовиться к работе так, чтобы не терять драгоценные первые годы после окончания вуза на банальное наверстывание недополученных практических знаний и навыков?

Как нам кажется, такая возможность есть, причем, выгодная для всех заинтересованных сторон – студентов необходимо привлекать в качестве ассистентов для работы с профессиональными стоматологами. Причем вне зависимости от того, преподает этот стоматолог в ВУЗе или нет. Эта практика общепринята и в России и за рубежом, но почему-то фактически не востребована в нашей республике. И это несмотря на то, что польза очевидна для всех. Давайте поподробнее рассмотрим подобную возможность со всех сторон.

В первую очередь, безусловно, это полезно студенту. Еще в вузе, начиная с третьего курса, у них появляется право работать ассистентом врача-стоматолога. Это позволяет получить минимальный объем знаний по общим принципам работы по своей будущей специальности. Самые простые навыки – как усадить пациента в кресло, как подготовить к работе, как разговаривать с пациентом, как обсуждать возможные планы лечения, как их правильно аргументировать. Далее, после прохождения производственной практики на четвертом курсе уже есть возможность самостоятельно проводить простейшие манипуляции. Пусть это возможность формальная и у студента все еще недостаточно мануальных навыков, но при наличии желания научиться можно всегда.

Теперь зачем же клинике нужны хлопоты с молодыми, не обученными, мало смыслящими в специальности студентами? Естественно, банальный финансовый интерес – студенту не нужно платить. Заработная плата хорошего ассистента составляет до 10% от заработной платы врача и это не малая сумма. Студенты, естественно, в силу необходимости посещать занятия, не могут работать полный день. Но, работая и в полсмены, они могут значительно разгрузить младший медицинский персонал клиники. А это серьезная экономия в заработной плате.

Далее, любой толковый студент будет ассистентом гораздо лучшим, чем медсестра даже со средне-специальным образованием. Это его будущая специальность и студент проявит гораздо больше рвения в работе. Простой пример – объяснить медсестре последовательность используемых в работе ортодонта инструментов не сложно. Но она их запомнит механически, не вникая в суть и в следующий раз, когда ситуация будет несколько отличаться от стандартной, подготовит просто не тот инструментарий, который необходим. Студенту же важно понять, зачем каждый инструмент нужен, какова правильная последовательность, почему именно так, а не иначе, ведь именно для этого он тратит свое свободное от учебы время, приходя работать в клинику. А значит, понимая суть процесса, постарается максимально адекватно ассистировать врачу.

И наконец, что самое важное, клиника получает возможность подобрать себе подходящих молодых специалистов. Это актуально для любой клиники, думающей о завтрашнем дне. Брать кого попало, когда уже срочно необходим специалист очень накладно. Во-первых, не факт, что уровень подготовки будет соответствовать требованиям клиники. Во-вторых, новый врач может просто не ужиться с уже работающим в клинике персоналом. «Перебирать» врачей тоже невозможно – далеко не так много хороших специалистов ищущих работу. Кроме того, большая текучка кадров негативно сказывается на общем уровне качества работы клиники – зачем врачу стремиться хорошо себя зарекомендовать, если «все-равно через год два уйду». Также ухудшается климат в коллективе, пропадает принцип «командной работы», а значит опять-таки падает общий уровень качества работы клиники. А проработавший год-два в клинике студент уже стал своим, стал частью коллектива. И по ходу работы главный врач может не спеша, не торопясь присмотреться к нему, не нарушая, так сказать, производственного процесса. Если студент перспективен, интересуется своей будущей специальностью, проявляет инициативу, быстро обучается, то клиника, пригласив его, извлечет огромную выгоду. Даже потратив дополнительное время и средства для более тщательной подготовки будущего специалиста или дополнительной стажировки на курсах, клиника все равно остается в плюсе.

А как же врач, к которому «прикреплен» студент? Не выращивает ли он себе прямого конкурента, который со временем займет его место? Есть старая, но от того не менее актуальная истина: лучший способ что-то понять самому – попытаться объяснить это другому! Вопросы, задаваемые студентом, заставляют врача постоянно совершенствоваться, что называется «всегда быть в форме». Если же врача все это не интересует, ему достаточен достигнутый уровень и он не стремится к самосовершенствованию, то так или иначе через несколько лет его место займет более активный коллега – стоматология слишком динамично развивающаяся специальность, чтобы можно было себе позволить «почить на лаврах», работая из года в год и ничего не меняя. В общении и обсуждении каких-то банальных моментов часто рождаются новые идеи. Студент, очень часто, взглянув свежим, незашоренным взглядом может заметить какие-то ошибки врача, ставшие уже привычными, а иногда и дать ему полезный совет.

Польза для ВУЗа в обсуждении не нуждается, она очевидна – чем лучше подготовлены выпускники к работе, тем выше их востребованность и тем выше престиж ВУЗа. Так же, снижается загрузка «традиционных» поликлиник, где студенты проходят производственную практику, иногда своим количеством мешая нормальной работе.

Итак, как это организовать?

Минздрав может дать небольшие преференции для клиник, берущих ассистентами студентов. Это позволит «распробовать» все плюсы, а в дальнейшем, осознав свою выгоду, клиники сами будут стремиться почаще работать со студентами.

Будет полезно позволить клиникам проводить лекции, экскурсии, демонстрировать свою работу и т.д. В общем, вести активную рекламную деятельность, чтобы привлечь студентов.

Инициатором в любом случае должен быть именно студент. ВУЗ должен лишь предоставлять возможность, чтобы не было «обязаловки», которая в результате выльется в то, что все начинания станут просто формальностью. ВУЗ должен стимулировать студента, но исподволь, не напрямую. Если, например, отменить зачет по производственной практике для студентов, работающих ассистентами, то закончится это тем, что все студенты ринуться искать себе клинику для формального освобождения. Как вариант, можно разрешить проходить тот или иной цикл занятий с другой группой. Не пропустить и потом отработать (все знают, как обычно это делается), а именно пройти в другое время. Ведь всякое бывает, график работы клиники или того врача к которому хочет попасть студент не совпадает с текущим расписанием занятий.

В заключении хотелось бы отметить, что, как нам кажется, вся эта работа должна вестись не на уровне высшего руководства академии. Простое одобрение деканата будет вполне достаточным подспорьем. Оптимальным будет взаимодействие на уровне студентов, клиник и клинических кафедр. Сотрудничество на низком уровне влечет за собой меньше бюрократической волокиты. Так проще для студентов, им легче выбрать без оглядки на кого бы то ни было, а значит, подобная практика будет более массовой. Как мы надеемся такая возможность, наконец, позволит нашим выпускникам вернуть утраченные позиции, как самых востребованных в России стоматологов!

ПРИМЕНЕНИЕ БЕЗЗОЛЬНОЙ ПЛАСТМАССЫ PATTERN RESIN LS ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ПРЯМОМ МЕТОДЕ ИХ ИЗГОТОВЛЕНИЯ.

Абакаров Т.А., Азизов К.А., Алиев А.А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Восстановление коронковой части зуба при её полной утрате, в результате кариеса и его осложнений, травмы, патологической стираемости и.т.д., не утратила своей актуальности и в настоящее время. Современные технологии реставрации опорных зубов, несмотря на большое разнообразие стандартных штифтов, не всегда находят широкого применения. Уже в течение многих лет врачи стоматологи – ортопеды отдают предпочтение литым культевым штифтовым конструкциям, эффективность использования которых в целом зависит от точности их изготовления. На сегодняшний день известны прямой и непрямой (лабораторный) методы изготовления штифтовых конструкций. Несомненно, прямой метод изготовления является наиболее точным. Важен не только метод изготовления, но и используемый материал. Эволюция материалов в стоматологии направлена в сторону максимального улучшения их свойств, что непосредственно отражается на конечном результате лечения.

Цель работы. Изучить эффективность изготовления штифтовых конструкций прямым методом с использованием беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS в сравнении с моделировочным воском для вкладок «Лавакс».

Материалы и методы. Нами было проведено обследование и ортопедическое лечение 30 больных, с полным разрушением коронковой части зуба, среди которых было 20 женщин и 10 мужчин. Всем пациентам штифтовая конструкция изготавливалась прямым методом, из них: 10 пациентам с применением моделировочного воска «Лавакс»; 20 пациентам – с применением беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов проведенного ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием коронковой части зуба, показал высокую точность штифтовых конструкций изготовляемых прямым методом с использованием беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS и моделировочного воска «Лавакс». Однако необходимо отметить, что при моделировании штифтовых конструкций из воска «Лавакс», не исключалась вероятность деформации конструкций во время моделировки и выведении из корневого канала, травмирование десны, возникала сложность при изготовлении сразу нескольких конструкций. Использование беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS позволяло избежать травмирование краевого пародонта. Из-за жесткости конструкции исключалась вероятность её деформации при моделировании и выведении из корневого канала и предоставлялась возможность получения оттиска для изготовления временных протезов, что сокращало время изготовления временных конструкций. Не возникала сложность при моделировании сразу нескольких штифтовых культевых вкладок, значительно облегчалась работа при изготовлении разборных конструкций жевательной группы зубов. Таким образом, использование беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS показало наиболее высокую точность изготовления конструкций, что снижает риск осложнений, наиболее широкие возможности его применения в сравнении с моделировочным воском «Лавакс», позволяющие выбрать данный материал как альтернативу при решении приоритетных клинических задач.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕГРУЗКА ПАРОДОНТА ПРИ АНОМАЛИЯХ ПРИКУСА У ВЗРОСЛЫХ.

Омаров О.Г., Макаева Э.О., Омарова Х.О., Ахмедова Э.А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

В патогенезе заболеваний пародонта большую роль играют зубочелюстные аномалии, поскольку при них нередко возникает функциональная травматическая перегрузка пародонта.

В данной работе изучали частоту и особенности клинического течения травматической окклюзии у пациентов с прогнатическим, прогеническим и глубоким прикусом при наличии дефектов зубных рядов и при отсутствии таких дефектов, что и явилось **целью настоящего исследования.**

Материал и методика. Нами обследовано 51 пациент (19 женщин и 32 мужчин) в возрасте от 30 до 60 лет. У 47 человек имелись дефекты зубных рядов. На верхней челюсти дефекты I класса по Кеннеди были у 20, II класса – у 9, III класса – у 17, IV класса – у 5 больных. На нижней челюсти дефекты I класса были у 18, II класса – у 13, III класса – у 16, IV класса – у 4 больных.

Обследование пациентов включало сбор анамнеза, осмотр зубов и полости рта, изучение гипсовых моделей челюстей, рентгенографию зубов и челюстей, томографию височно-нижнечелюстного сустава, электро-миографию жевательных мышц.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 51 обследованных пациентов зубо-челюстные аномалии выявлены у 17 человек (33,3%). Аномалии отдельных зубов были у 3, прогнатический прикус – у 5, прогенический прикус – у 2, глубокий прикус – у 7 человек.

Установлено, что из 47 пациентов с дефектами зубных рядов деформации зубных рядов и альвеолярных отростков наблюдались у 25 человек (53,2 %).

Заболевания пародонта выявлены у 14 пациентов (81,9%) с зубочелюстными аномалиями, в то время как из 34 пациентов с нормальным прикусом заболевания пародонта выявлены лишь у 17 человек (49,9%).

Наиболее часто первичная травматическая окклюзия и поражения тканей пародонта отмечены у пациентов с глубоким прикусом. Патологические изменения выявляются в основном в области передних зубов.

Степень патологической подвижности перегруженных зубов была различной.

При рентгенологическом исследовании в области перегруженных зубов было выявлено расширение периодонтальной щели, рассасывание костной ткани перегруженных стенок лунок, разрушение межальвеолярных гребней с образованием глубоких костных карманов. Зон деструкции костной ткани с нечеткими контуральными и остеопороза по периферии зоны разрушения не определялось.

При прогнатическом прикусе интактных зубных рядов и небольшом резцовом перекрытии у лиц молодого возраста (до 40 лет) признаки травматической окклюзии и поражения тканей пародонта слабо выражены или отсутствуют вовсе.

У пациентов с прогнатическим прикусом, глубоким резцовым перекрытием и дефектами зубных рядов наблюдаются признаки функциональной травматической перегрузки пародонта в области передних зубов обеих челюстей, а также в области тех премоляров и моляров, которые находятся в окклюзионном контакте с антагонистами. Эти зубы внедряются в альвеолярный отросток и приобретают патологическую подвижность. В результате снижения высоты прикуса (межальвеолярного расстояния) перегрузка передних зубов усугубляется. Верхние резцы и клыки веерообразно отклоняются в сторону губы. Между ними появляются щели (тремы) разной величины. Нижние передние зубы приобретают патологическую подвижность.

При прогеническом прикусе функциональная перегрузка пародонта передних зубов нижней челюсти наблюдалась у пациентов с глубоким резцовым перекрытием и дефектами зубных рядов в области премоляров и моляров. В подобных случаях передние зубы нижней челюсти испытывают повышенную нагрузку, направленную в сторону губы. В результате функциональной травматической перегрузки пародонта в его тканях возникают патологические изменения, а сами зубы приобретают патологическую подвижность и отклоняются вперед с образованием трем между ними. Воспалительные изменения десны и глубокие костные карманы наблюдаются с вестибулярной (губной) стороны. С язычной поверхности таких изменений часто не выявляется.

Функциональная перегрузка пародонта имеет место также в области премоляров и моляров, которые находятся в окклюзионном контакте с антагонистами и удерживают высоту прикуса (межальвеолярное расстояние). В результате такой перегрузки эти зубы с течением времени приобретают патологическую подвижность, внедряются в альвеолярный отросток или отклоняются в какую-либо сторону. При этом высота прикуса снижается, что в свою очередь усугубляет перегрузку пародонта передних зубов.

Резцы и клыки верхней челюсти находятся в условиях более благоприятных, нежели одноименные зубы нижней челюсти. Поэтому у большинства пациентов с подобными условиями передние зубы верхней челюсти оказывались более устойчивыми, чем нижние.

При рентгенологическом исследовании в области резцов и клыков нижней челюсти выявляется расширение периодонтальной щели, а также рассасывание костной ткани альвеолярного отростка. В области верхних передних зубов эти изменения значительно менее выражены.

У пациентов с прогеническим прикусом, интактными зубными рядами без глубокого резцового перекрытия описанных выше признаков травматической окклюзии не наблюдалось.

Результаты наших исследований показали, что при ослабленном пародонте и понижении его толерантности функциональная перегрузка зубов у лиц с аномалиями прикуса вызывает типичную картину так называемой комбинированной травматической окклюзии.

Клиническая картина функциональной перегрузки пародонта у пациентов с такой патологией отличается от картины при первичной травматической окклюзии тем, что патологические изменения в тканях пародонта более резко выражены и не ограничиваются зоной перегрузки зубов. Воспалительные изменения десны наблюдаются в области не только передних (перегруженных) зубов, но также премоляров и моляров.

У пациентов с ослабленным пародонтом, глубоким прогнатическим и прогеническим прикусами комбинированная травматическая окклюзия возникает не только при дефектах и деформациях зубных рядов, но и при отсутствии дефектов.

При клиническом и рентгенологическом исследовании патологические изменения выявляются на протяжении всего зубного ряда. Однако в области перегруженных зубов эти изменения более резко выражены.

Клиническая картина перегрузки пародонта усугубляется при сочетании аномалий прикуса с бруксизмом и другими парафункциями жевательных мышц, а также при дефектах, деформациях зубных рядов и нерациональном зубном протезировании.

СТАТУС ПАРОДОНТА У СТУДЕНТОВ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.

Азизов М.А., Алиев А.А., Абакаров Т.А.
Кафедра ортопедической стоматологии
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Одной из самых актуальных проблем стоматологии настоящего времени являются заболевания пародонта воспалительного характера. По данным доклада научной группы ВОЗ, основанным на обследовании населения 53 стран мира (1990), в различных возрастных группах заболеваемость гингивитом и пародонтитом достигает 80-100%; ранние проявления заболеваний пародонта воспалительного характера регистрируются уже в возрасте 10-20 лет [1]. Пик заболеваемости, согласно вышеупомянутому докладу ВОЗ, приходится на возраст от 35 до 44 лет (65-98 %) и от 15 до 19 лет (55-89%)[2]. Несмотря на значительное улучшение качества стоматологической помощи в последние десятилетия, количество больных не только не уменьшается, но уровень заболеваемости постоянно растет.

Наблюдения исследователей, занимающихся проблемой эпидемиологии стоматологических заболеваний, показывают, что основными из них, широко распространенными во всех возрастных группах населения во всем мире, «являются кариес зубов и заболевания пародонта, поэтому A. Sheiham (1979) в 60-х годах прошлого века назвал их «последней пандемией». В XXI веке ожидается тенденция к дальнейшему увеличению во всем мире тяжелых заболеваний пародонта, тогда как проблема кариеса будет почти решена (Пахомов Г. Н., 1993; Леонтьев В. К., 1999; Воронин В. Ф., 2000). По данным разных авторов, самую большую группу заболеваний пародонта (94-96 %) составляют воспалительные - гингивит и пародонтит. У 90 % взрослого населения в промышленно развитых странах выявляются в разной степени выраженные клинические признаки гингивита, у 50% - симптомы пародонтита средней степени тяжести, у 3% - пародонтита тяжелой степени [4]. На эпидемиологию заболеваний пародонта влияют социальные факторы, местные условия в полости рта, наличие вредных привычек, проведение лекарственной терапии и др. факторы.

Широкомасштабные исследования распространенности и интенсивности заболеваний пародонта в России с использованием соответствующих рекомендаций ВОЗ (CPITN - Community Periodontal Index of Treatment Needs, индекс нуждаемости в пародонтологическом лечении) были проведены лишь в 90-х годах XX в. До этого времени исследователи «в большинстве случаев не придерживались единых критериев в оценке патологических изменений в тканях пародонта, не проводилась калибровка исследований в оценке клинических проявлений. Поэтому разброс сведений о распространенности и интенсивности таких заболеваний колебался от 9 до 92 %».

Распространенность воспалительных заболеваний пародонта в России колеблется в зависимости от возраста: от 48,2 % (в 12 лет) до 86,2 % (в 44 года), а к 60-65 годам достигает 100 %. Таким образом, практически всё взрослое население (88-100 %) имеет признаки заболеваний пародонта, а средняя и тяжелая степени заболеваний выявлены у 25-85 % населения [5].

Цель исследования. На основании изучения стоматологического социального статуса разработать программу профилактики заболеваний пародонта среди студентов.

Материалы и методы. Исследование проводили в пять этапов. Объектом исследования являлись студенты в возрасте 18-24 лет. На первом этапе были определены цели, методы и программа исследования. Второй этап исследования был посвящен медико-социальной характеристике студенческой молодежи. На данном этапе использован социологический метод, по которому проведено анкетирование 90 студентов. В процессе выполнения третьего этапа изучали факторы риска, распространенность, структуру, клинические особенности заболеваний пародонта у студентов. Для выполнения поставленной задачи было проведено комплексное стоматологическое обследование 90 студентов. Основное внимание при проведении обследования было уделено оценке пародонтологического статуса. В частности, определяли следующие показатели: индекс гигиены полости рта Грина-Вермильона, индекс PMA, индекс CPITN. В процессе выполнения четвертого этапа работы проводили изучение особенностей организации пародонтологической и профилактической стоматологической помо щи студенческой молодежи. В задачи пятого, заключительного, этапа исследования входило проведение анализа результатов исследования и разработка на их основе комплексной программы профилактики заболеваний пародонта для студенческой молодежи.

В результате исследования мы получили следующие данные.

Нарушения режима питания, связанные с особенностями студенческого образа жизни, выявлены у 52 % респондентов. Наличие вредных привычек отметили 36 % респондентов. По данным исследования 42 % опрошенных испытывали постоянное психоэмоциональное напряжение, при этом нелегко справлялись со стрессами 34 % респондентов. Среди причин нарушения своего здоровья 45 % студентов отмечали большую учебную нагрузку, снижение времени сна, дневного отдыха на всех курсах, 15 % - постоянное переутомление, 64 % - неправильное питание.

Анализ обращаемости студентов за стоматологической помощью показал, что обращаются к стоматологу с должной частотой (один раз в полгода) 20 % респондентов, не реже одного раза в год - 39 % опрошенных, с меньшей частотой посещают стоматологические клиники 41 % студентов.

Целью посещения стоматологических учреждений у 61,5 % студентов является лечение заболеваний полости рта, 29,8 % обращаются с целью профилактики, 8,7 % для устранения острой боли.

Результаты и обсуждение. Результаты проведенного исследования продемонстрировали низкий уровень стоматологической грамотности студентов в отношении заболеваний пародонта. Каждый второй опрошенный студент не расценивает наличие имеющихся у него симптомов, таких как заболевание десен и, следовательно, не видит причин для обращения к стоматологу. По поводу заболеваний пародонта обращались лишь 7,9 % респондентов. Правильные представления об этиологии заболеваний пародонта имеют 9,4 % студентов. По результатам исследования правильную последовательность гигиенических процедур соблюдают 48,8% студентов, регулярно пользуются зубными нитями 2,1 % опрошенных, ополаскиватели для полости рта ежедневно используют 5,2 % опрошенных. Несмотря на утверждение подавляющего большинства студентов о том, что они выполняют все необходимые гигиенические мероприятия, хотели бы получить информацию о правилах ухода за полостью рта 85,8 % опрошенных.

В ходе проведенного стоматологического обследования студентов получены следующие результаты. Первоначально предъявляли жалобы по поводу заболевания пародонта 28% обследованных. При более детальном расспросе и конкретизации симптомов заболеваний пародонта доля студентов, предъявляющих жалобы по поводу данной патологии, увеличилась до 54 %. У большинства обследованных первые симптомы заболевания пародонта появились в возрасте 17-20 лет. По совокупности в целом обращались по поводу заболевания пародонта и получали соответствующее лечение только 24 % студентов. Наличие пародонтальных карманов выявлено у 35 % студентов, глубина карманов соответствовала легкой степени тяжести пародонтита. Оголение шеек зубов, не сопровождающееся признаками воспаления, обнаружено у 5 % обследованных студентов.

Результаты оценки индекса РМА показали отсутствие воспаления у 15 % студентов, у 22% пациентов определялась легкая степень воспаления пародонта, у 61% - средняя степень и у 2,0% - тяжелая степень воспалительных изменений (рис. 1).

В ходе клинического стоматологического обследования студентов выявлены различные заболевания пародонта (катаральный гингивит, генерализованный пародонтит) у 54 %.

Оценка нуждаемости в лечении по индексу CPITN позволила выявить необходимость обучения индивидуальной гигиене полости рта у 65,5 % обследованных, 30,4 % студентов нуждались в проведении профессиональной гигиены полости рта. Средний индекс гигиены у студентов составил 1,2, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены полости рта.

Рис. 7. Результаты оценки индекса РМА у обследованных студентов, %

Опираясь на результаты проведенного нами комплексного медико-социального исследования, были определены основные направления профилактики заболеваний пародонта студентов:

- Гигиеническое воспитание студентов по вопросам здорового образа жизни, индивидуальной гигиены полости рта, этиологии, клинических проявлений и необходимости профилактики и раннего лечения заболеваний пародонта.
- Организация эффективных регулярных профилактических осмотров студентов, включающих обязательное определение уровня гигиены полости рта.
- Организация пародонтологической и профилактической стоматологической помощи студентам.
- На стоматологическом приеме необходимо обращать внимание студента на взаимосвязь питания и развитие стоматологических заболеваний.

Выводы

Рекомендуемый профилактический комплекс заболеваний пародонта включает следующие мероприятия:

I. Меры первичной профилактики - выявление и устранение факторов риска воспалительных и дистрофических заболеваний пародонта:

1) гигиеническое воспитание студентов по вопросам влияния факторов риска на возникновение патологии пародонта;

2) мероприятия по устранению выявленных факторов риска заболеваний пародонта.

II. Меры вторичной профилактики заболеваний пародонта:

1) санация полости рта;

2) комплексные курсы лечения воспалительных заболеваний пародонта на ранних стадиях;

3) диспансерное наблюдение лиц с заболеваниями пародонта три-четыре раза в год.

III. Меры третичной профилактики заболеваний пародонта - полноценное и своевременное ортопедическое лечение.

Полученные результаты изучения распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний у студентов будут использоваться для проведения лечебно-профилактической работы и мониторинга стоматологического здоровья студентов.

Список литературы

1. Волошина, А. А. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта / А. А. Волошина // Молодой ученый. - 2011. - Т. 2, N 2. - С. 150-152.

2. Дмитриева, Л. А. Современные представления о роли микрофлоры в патогенезе заболеваний пародонта / Л.А. Дмитриева, А.Г. Крайнева // Пародонтология. - 2003. - Т. 30, N 1. - С. 32-35.

3. Цепов, Л. М. Диагностика лечение и профилактика заболеваний пародонта / Л.М. Цепов, А. И. Николаев, Е.А. Михеева. - М.: МЕДпресс-информ, 2008.- 186 с.

4. Грудянов, А. И. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта / А. И. Грудянов, В. В. Овчинникова. - М: МЕДпресс-информ, 2007. - 80 с.

5. Стоматологическая заболеваемость населения России / Под ред. Э.М. Кузьминой. - М.: Информэлектро, 1999. - 228 с.

6. Губанова, Е. И. Оценка адаптации у студентов медицинского ВУЗа по степени постарения / Е.И. Губанова, С.Ю. Голованова // Эколого-физиологические проблемы адаптации: материалы XII международного симпозиума. -2007.-С. 124-126.

7. Кузьмина, Э. М. Профилактика стоматологических заболеваний. - М.: МЗ РФ, МГМСУ, 2003. - 189 с.

8. Терапевтическая стоматология: [Учебник] / Ю. М. Максимовский, Л. Н. Максимовская, Л. Ю. Орехова; Под ред. Ю. М. Максимовского. - М.: Медицина, 2002. - 637 с.

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ КАРИЕСА У ДОШКОЛЬНИКОВ С РАЗЛИЧНОЙ ИНТЕНСИВНОСТЬЮ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА.

Козловская Л. В., Белик Л. П., Андрейчук Е. В., Самуйлик К. В.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Актуальность. Одним из самых распространённых стоматологических заболеваний в мире является кариес зубов. Цели, периодически декларируемые Всемирной Организацией Здравоохранения, выражаются в стремлении к снижению интенсивности кариеса зубов. Вместе с тем наличие низкой интенсивности кариеса зубов в популяции в целом не исключает высокой интенсивности кариеса у части населения [3,4]. Введение наивысшего показателя интенсивности кариеса (Significant Index of Caries (SiC)) позволяет обратить внимание на ситуацию в неблагополучных с точки зрения стоматологической заболеваемости группах [1]. Раннее выявление и формирование групп детей с высоким риском возникновения кариеса зубов, а также разработка для них специальных методов местной групповой профилактики будет способствовать улучшению стоматологического статуса и предупреждению развития новых кариозных поражений у данной группы детского населения. Кариограмма наглядно демонстрирует факторы риска развития кариеса, позволяет провести многофакторный анализ кариесогенной ситуации [2].

Цель исследования: Определить факторы риска развития кариеса у детей дошкольного возраста с различной интенсивностью кариеса с помощью компьютерной программы «Кариограмма».

Материалы и методы. Объектом исследования были 74 ребенка в возрасте 6 лет ДОУ № 533 г. Минска. Все дети являются участниками стоматологической профилактической программы. У каждого из них было проведено полное стоматологическое обследование с определением показателя интенсивности кариеса, индекса гигиены PLI. Выделена треть детей с наиболее высокими значениями интенсивности кариеса и в этой категории определен SiC (Significant Index of Caries). В ходе работы были сформированы 2 группы детей с различной интенсивностью кариеса: 1-я группа – дети с наивысшей интенсивностью кариеса (SiC) и 2-я группа – остальные дети (неSiC). Были определены индивидуальные, а затем и средние групповые значения скорости слюноотделения, вязкости слюны и ее минерализующего потенциала. Для выявления индивидуальных факторов риска возникновения кариозных поражений у 50 детей с различной интенсивностью кариеса была построена «Кариограмма» на основе данных клинического обследования, анкетирования и изучения некоторых свойств слюны (скорости слюноотделения, вязкости, минерализующего потенциала слюны) с использованием 7 оценочных критериев (рис. 1).

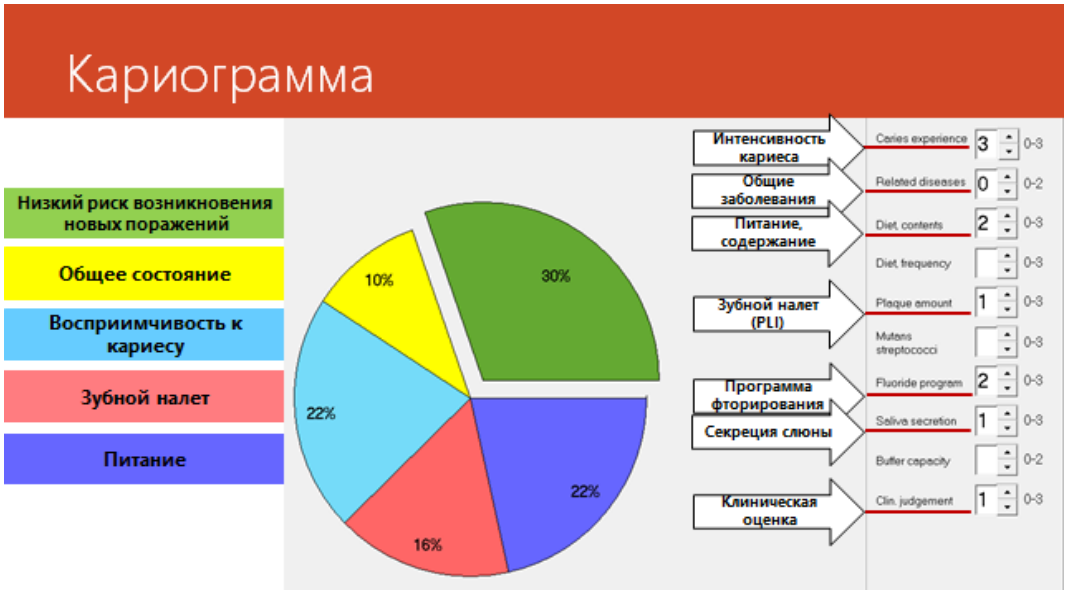


Рис. 1. Кариограмма.

Кариограмма представляет собой круговую диаграмму, разделенную на пять секторов. Зеленый сектор отражает возможность избежать появления новых кариозных поражений. Синий сектор (фактор питания) содержит информацию о рационе и частоте питания. Красный сектор (зубной налет) характеризует количество зубного налета, определяемого с помощью индекса PLI. Голубой сектор отражает восприимчивость к кариесу и коррелирует с программой фторирования и секрецией слюны. Желтый сектор (общее состояние) включает в себя данные о кариозной болезни и сопутствующих заболеваниях.

Результаты исследований. Средний показатель интенсивности кариеса у детей 2-й группы (не SiC) равнялся 2,00, в то время как у детей 1-й группы (SiC) - 9,36. Очевидная значительная разница этого показателя показывает необходимость выделения группы детей с высоким риском развития кариозной болезни для оптимизации и повышения эффективности профилактической программы.

При изучении зеленого сектора кариограмм мы получили следующие результаты: возможность избежать появления новых кариозных поражений у детей 2-й группы достигает 63%, в то время как у детей группы 1-й группы – только 34% (рис.2).

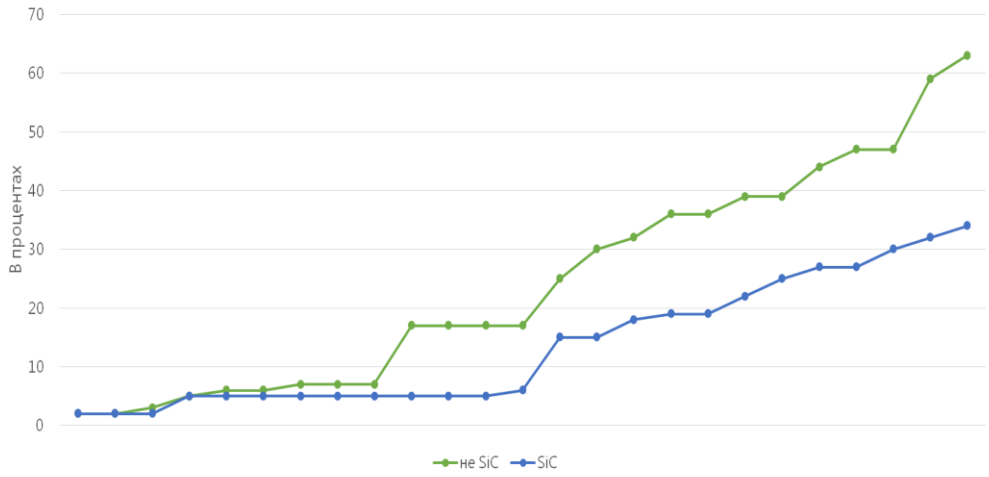


Рис.2. Возможность избежать новых кариозных поражений

При изучении голубого сектора значительных различий у детей обеих групп не выявлено. Практически одинаковую степень восприимчивости к кариесу у детей 1-й и 2-й групп мы объясняем их участием в профилактической программе (рис.3).

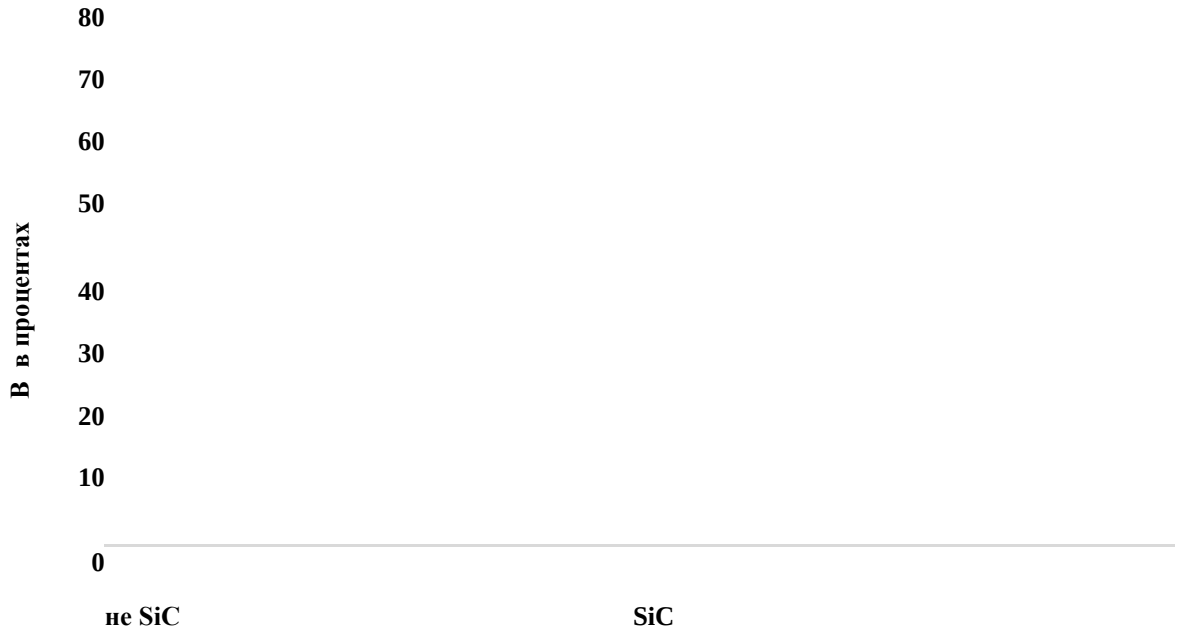


Рис.3. Восприимчивость зубов к кариесу

Результаты изучения синего и красного секторов показали, что факторы риска «питание» и «зубной налет» практически идентичны у детей обеих групп, что логично можно объяснить одинаковыми условиями пребывания (рациональный прием пищи и регулярная чистка зубов) в детском саду (рис. 4,5).

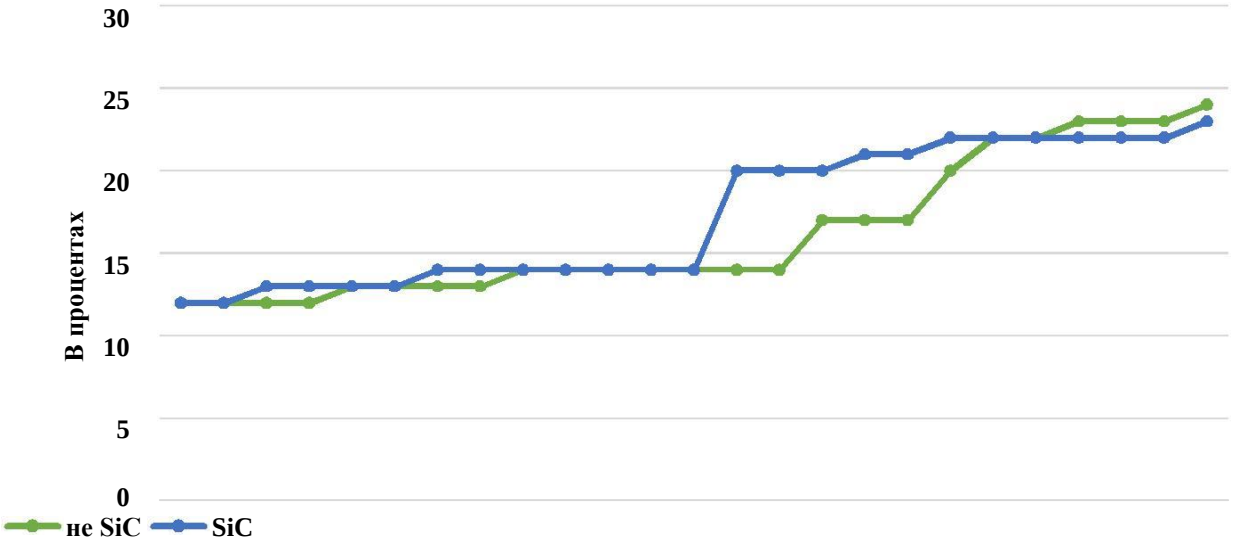


Рис.4. Питание

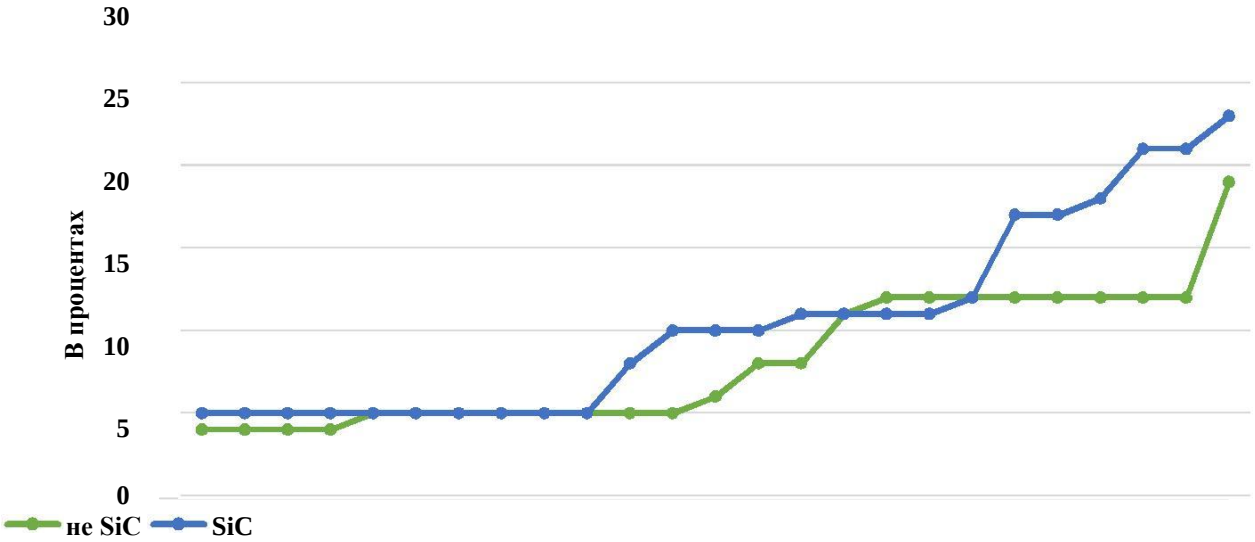


Рис.5. Зубной налет

Результаты изучения желтого сектора кариограмм (рис. 6) свидетельствуют о значительном преобладании фактора риска «общее состояние» у детей, входящих в группу SiC. Следовательно, данные факторы риска (возможность избежать появления новых кариозных поражений и сопутствующие заболевания) у детей с высокой интенсивностью кариеса являются наиболее значимыми.

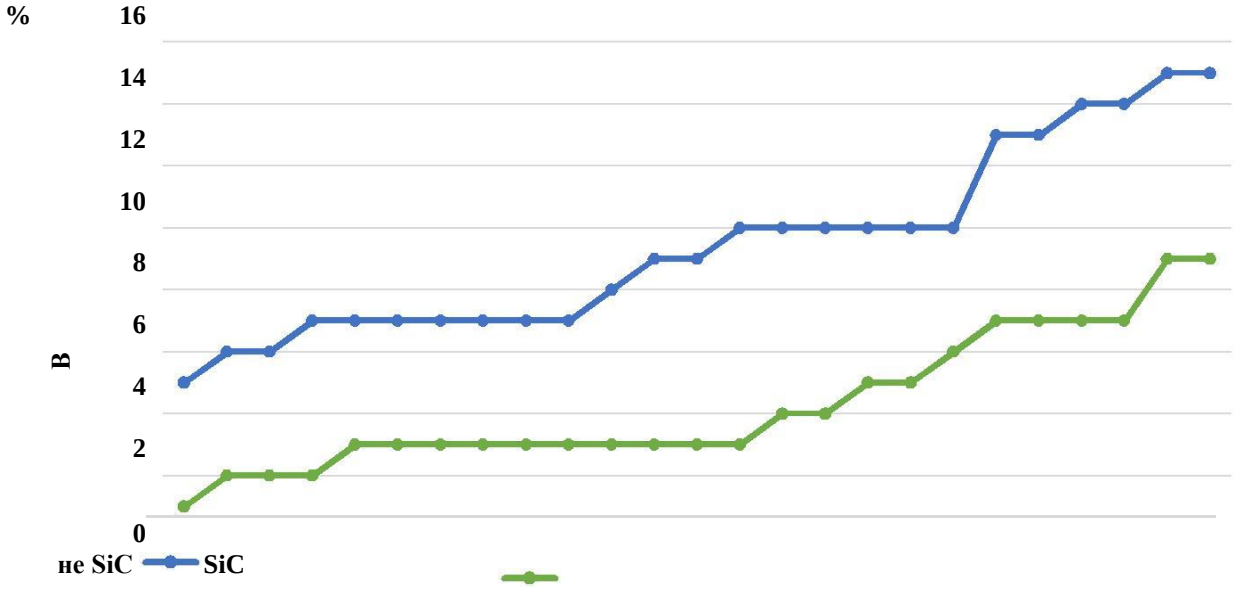


Рис. 6. Общее состояние

Выводы.

1. Улучшить стоматологический статус дошкольников возможно благодаря выделению групп детей с высокой интенсивностью кариеса и, как следствие, рационализации местной групповой профилактики.

2. Применение программы «Кариограмма» показало наличие принципиальных различий у детей с различной интенсивностью кариеса в зеленом (риск избежать новых кариозных поражений) и желтом (общее состояние) секторах диаграмм. Мы полагаем, что данные факторы риска у детей с высокой интенсивностью кариеса являются наиболее существенными, диктующими необходимость индивидуального подхода к проведению профилактических мероприятий.

Литература:

1. Базина, А.К., Лопушинская А.А., Аветисян А.С., Джамаева Р.И. Российский релиз нового индекса ВОЗ – Significant Index of Caries – и его сравнительный анализ с состоянием в других странах // Стоматологический журнал. – 2010. - №1. – С.200-202.

2. Модринская ,Ю.В. Методы выявления факторов риска и ранняя диагностика кариеса зубов: учеб.-метод. пособие/ Ю.В.Модринская, С.М.Тихонова. – Мн.: БГМУ, 2003.- 42с.

3. Попруженко, Т. В. Профилактика основных стоматологических заболеваний/ Т.В. Попруженко, Т. Н. Терехова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 463с.

4. Терехова, Т. Н. Эпидемиология стоматологических заболеваний – основа планирования стоматологической помощи детскому населению: учеб. - метод. пособие / Т.Н. Терехова, Е.И. Мельникова. – Мн.: БГМУ, 2006. - 24с.

НЕОБХОДИМОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ДЕСНЫ В ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗАХ У ДЕТЕЙ.

Гаджиев А.Р., Гасанова Л.Г., Салимханов А.Э., Нагиева С.Э.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Дефекты зубных рядов у детей вследствие преждевременной утраты временных зубов на практике чаще всего восполняются съемными пластиночными протезами и постановкой зубов на приточке, во избежание задержки роста и развития челюстных костей. Кроме того, такой протез менее объемный и обременительный, а, следовательно, процесс адаптации детей к нему проходит более благоприятно.

Жевательное давление, передаваемое на альвеолярный отросток в области дефекта через искусственные зубы, особенно в переднем отделе верхнего зубного ряда, отсутствие искусственной

десны и естественный вестибулярный наклон фолликулов постоянных резцов приводят к их вестибулярному смещению и прорезыванию вестибулярно над искусственными зубами.

Подобные осложнения в виде аномалийного прорезывания резцов, возникающие при пользовании пластиночными протезами с постановкой искусственных зубов на приточке, побудили к поиску возможных способов их предупреждения.

Целью исследования явилось обоснование показания к необходимости применения искусственной десны в конструкции пластиночного протеза у детей в окончательный период прорезывании постоянных резцов.

Материал и методика. Мы провели сравнительный анализ результатов пользования пластиночными протезами, восполняющими дефект переднего участка верхнего зубного ряда и определение показания и целесообразности формирования искусственной десны. Нами были отобраны дети в возрасте 6-8 лет потому, что в этот возрастной период происходит активный процесс роста и развития челюстных костей и альвеолярных отростков, а также прорезывания постоянных резцов.

Как правило, в окончательный период прорезывания зубов их место расположения можно определить с достаточной точностью визуально и пальпаторно, без рентгенологического исследования. Были сформированы две сравнительные группы пациентов с дефектами зубных рядов верхней челюсти во фронтальном участке по 10 человек в каждой. В первой группе наблюдений протезы изготавливали с постановкой искусственных зубов на приточке. Вторую группу пациентов составляли дети, у которых базис пластиночного протеза имел искусственную десну, перекрывающую альвеолярный отросток до переходной складки с наличием компенсаторного воздушного пространства по его гребню величиной 1-1,5 мм для прорезывания зубов.

Во всех случаях наблюдений осуществляли коррекцию протеза, создавая условия для дальнейшего беспрепятственного прорезывания. Периодичность коррекции протеза зависела от индивидуальной степени интенсивности процесса прорезывания зубов.

Вместе с тем, на практике мы постоянно констатируем случаи нарушений рекомендаций врача по своевременному визиту для контрольного осмотра, следствием чего являются различные нарушения в процессе прорезывания зубов.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных исследований было установлено, что в первой группе детей, пользующихся протезами с постановкой искусственных зубов на приточке, когда вестибулярная поверхность альвеолярного отростка оставалась свободной, резцы на последнем этапе прорезывания под действием жевательного давления смещаются вестибулярно. Такое аномалийное прорезывание наблюдалось в 4 случаях из 10, т. е. (40%). При этом отмечалось формирование сагиттальной щели в переднем отделе при нормальном соотношении боковых зубов.

Во второй группе пациентов, у которых жевательное давление с базиса протеза передавалось на весь альвеолярный отросток, во всех случаях зубы прорезывались соответственно своему анатомическому расположению.

В результате проведенных исследований было установлено, что у детей, пользующихся пластиночными протезами с постановкой искусственных зубов на приточке, при нарушениях сроков своевременной коррекции протеза, до 40 % случаев отмечалось аномалийное формирование переднего участка зубного ряда. В группе детей, у которых базис пластиночного протеза имел искусственную десну, перекрывающую альвеолярный отросток с наличием компенсаторного пространства, даже при нарушении периодичности контрольных посещений и коррекции протеза, процесс прорезывания зубов проходил нормально.

Выводы. Полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что в случаях нарушения сроков контрольных посещений врача с целью необходимой коррекции протеза, или значительной отдаленности места проживания пациента, когда заведомо затруднены своевременные визиты к врачу, для предупреждения возможных аномалий прорезывания зубов в детской практике показано изготовление пластиночных протезов с постановкой зубов на искусственной десне и наличием компенсаторного пространства.

ИЗМЕНЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ

Каськова Л.Ф., Новикова С.Ч., Аноприева Н.М., Новиков Е.М., Янко Н.В.
ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Актуальность. Проблема патологии пародонта у детей обусловлена как чрезмерной распространенностью заболевания, так и фактором несвоевременного лечения в детском и юношеском возрасте, который впоследствии приводит к тяжелым необратимым поражениям в тканях пародонта (Косенко К.Н. и соавт., 2004; Мюллер Х.П., 2004; Ericsson J.S. etal., 2009; Chauhan V.S. etal., 2012).По данным экспертов ВОЗ, у 80% детского населения имеются отдельные признаки или весь комплекс симптомов воспаления в пародонте (Merchant A.T., Pitiphat W., 2007; Shivayogi M.Hugaretal., 2011).

На данный момент накоплен банк данных эпидемиологических характеристик распространенности заболеваний пародонта у детей, которые свидетельствуют о том, что рост заболеваемости продолжается (Широкова О.І., 2008; Лепехина О. А., 2011; Ericsson J.S. etal., 2009), в том числе и в Украине (Ковач І.В., 2006; Хоменко Л.А. и соавт., 2006; Дичко Е.Н. і співавт., 2012; Шинчуковська Ю.О., 2012; Каськова Л.Ф., Новиков Е.М., 2013).

Результаты обследования детей в возрасте от 6 до 15 лет показали, что распространенность воспалительных заболеваний пародонта составляет 74,3 ± 2,47%. В период сменного прикуса частота развития воспалительных заболеваний пародонта достигала 82,22 ± 2,85%, тогда как этот же показатель у детей с постоянным прикусом значительно ниже - 58,2 ± 4,83%. Воспалительный процесс в тканях пародонта отвечал клиническим проявлениям гингивита и в 98,67 ± 0,76% наблюдений имел хроническое течение. Хронический гингивит в 93,73 ± 1,62% детей имел признаки катарального, хронический катаральный гингивит (ХКГ) достоверно чаще констатировали в период сменного прикуса - в 62,33 ± 3,24%(Водолацкий М.П. и соавт., 2012).

В связи с этим важно изучать показатели гомеостаза полости рта у детей с хроническим катаральным гингивитом в период сменного прикуса и влияние их на резистентность тканей пародонта, что позволит в дальнейшем разработать и внедрить лечебно-профилактические мероприятия, направленные на снижение показателей пораженности тканей пародонта у детей с применением самых современных методов.

Целью нашего исследования было изучение концентрации ионизированного кальция, неорганического фосфора, процессов перекисного окисления (по накоплению ТБК-реактантов) и антиоксидантной защиты по показателям активности каталазы ротовой жидкости у детей с хроническим катаральным гингивитом в период сменного прикуса.

Материал и методы исследования. Нами проведены лабораторные исследования ротовой жидкости детей 7-10 лет со здоровыми тканями пародонта и хроническим катаральным гингивитом.

Обследовано 80 детей с хроническим катаральным гингивитом и 15 детей со здоровым пародонтом. Дети были разделены на две группы: контрольная - дети с интактным пародонтом, основная - дети с хроническим катаральным гингивитом, также дети разделены по возрасту на группы: 7-8 лет; 9-10 лет. Диагноз определяли по классификации XVI Пленума Всесоюзного научного общества стоматологов (1983). В ротовой жидкости обследованных исследовали содержание ионизированного кальция и неорганических фосфатов по методике Горячковского А.М., оценивали содержание ТБК-реагирующих продуктов с помощью тиобарбитуровой кислоты и активность каталазы методом Гирина С.В.

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики Стьюдента - Фишера. Достоверной считалась разница показателей при $p < 0,05$.

Вся статистическая обработка результатов проводилась с использованием программного обеспечения MicrosoftOfficeExcel.

Результаты иследования. В результате проведенных исследований выявлено, что у детей с хроническим катаральным гингивитом независимо от возраста концентрация ионизированного кальция в ротовой жидкости ниже, чем у детей со здоровыми тканями пародонта (табл.1).

По результатам наблюдения не выявлено различий в показателях, которые изучались у детей в различные возрастные периоды, различия зависели только от состояния тканей пародонта, то есть имело место их воспаление или нет. У детей с хроническим катаральным гингивитом содержимое ионизированного кальция в возрасте 7-8 лет в 1,68 раза ниже по сравнению с детьми со здоровым пародонтом, в группе детей 9-10 лет с ХКГ в 1,85 раза ниже в сравнении с группой здоровых детей. Таким, образом у детей 7-10 лет с проявлениями хронического катарального гингивита содержание ионизированного кальция составляет 0,55±0,02ммоль/л, что в среднем в 1,78 раза ниже нежели в группе детей соответствующего возраста со здоровыми тканями пародонта и составляет 0,98±0,04ммоль/л.

Таблица 1

Уровень показателей кальция и неорганического фосфора в ротовой жидкости у детей обследуемых групп (M ± м)

Возраст (лет)	Группы детей, их количество (n)	Показатели	
		Ca, ммоль/л	P, ммоль/л
7-8	с интактным пародонтом (n=8)	0,94±0,05	4,89±0,25
	с хроническим катаральным гингивитом (n=43)	0,56±0,02*	3,85±0,52
9-10	с интактным пародонтом (n=7)	1,02±0,05	4,88±0,24
	с хроническим катаральным гингивитом (n=37)	0,55±0,02*	3,87±0,57
p_1 p_2		>0,05 >0,05	>0,05 >0,05
7-10	с интактным пародонтом (n=15 с)	0,98±0,04	4,88±0,16
	с хроническим катаральным гингивитом(n=80)	0,55±0,02*	3,86±0,38*

Примечания:

1. * достоверность относительно показателя здоровых детей в каждой возрастной группе ($p<0,05$);
2. p_1- достоверность вероятность показателей здоровых детей между возрастными группами;
3. p_2- достоверность показателя детей с ХКГ между возрастными группами.

Результаты изучения содержания неорганического фосфора в ротовой жидкости, концентрация которого также как и ионов кальция, отражает состояние гомеостаза полости рта, показали, что он у здоровых детей составляет 4,88 ± 0,16 ммоль/л, а это достоверно выше показатель, чем в детей с хроническим катаральным гингивитом (3,86 ± 0,38 ммоль/л, $p<0,001$). Разницы в показателях относительно возраста также не обнаружено (табл.1).

Результаты исследования показали, что воспалительные процессы в тканях пародонта у детей в период сменного прикуса происходили на фоне интенсификации перекисного окисления липидов (табл.2). Уровень ТБК-реактантов в ротовой жидкости детей с хроническим катаральным гингивитом в 2 раза выше, чем у здоровых детей. Анализ антиоксидантной защиты по активности каталазы в ротовой жидкости свидетельствует о том, что наблюдается его снижение при хроническом катаральном гингивите у детей 7-10 лет. Активность каталазы в ротовой жидкости детей с заболеванием тканей пародонта в 2,3 раза ниже, чем у здоровых детей.

Таблица 2

Уровень показателей активности каталазы и содержание ТБК-реактантов в ротовой жидкости у детей обследуемых групп (M ± м)

Возраст(лет)	Группы детей, их количество (n)	Показатели	
		каталаза, мкат/л	содержание ТБК-мкмоль/л
7-8	с интактным пародонтом (n=8)	0,284±0,01	0,16±0,01
	с хроническим катаральным гингивитом (n=43)	0,127±0,04*	0,40±0,02*
9-10	с интактным пародонтом (n=7)	0,301±0,01	0,17±0,01
	с хроническим катаральным гингивитом (n=37)	0,129±0,03*	0,30±0,01*
p_1 p_2		>0,05 >0,05	>0,05 <0,001
7-10	с интактным пародонтом (n=15)	0,292±0,01	0,16±0,01
	с хроническим катаральным гингивитом (n=80)	0,128±0,02*	0,35±0,01*

Примечания:

1. * достоверность относительно показателя здоровых детей в каждой возрастной группе ($p<0,05$);
2. p_1- достоверность показателей здоровых детей между возрастными группами;
3. p_2-достоверность показателя детей с ХКГ между возрастными группами.

Полученные результаты свидетельствуют об изменениях гомеостаза полости рта у детей с хроническим катаральным гингивитом в период сменного прикуса, что выражается в снижении показателей концентрации кальция, неорганического фосфора, повышении уровня продуктов перекисного окисления липидов и снижении антиоксидантной защиты по показателям активности каталазы в ротовой жидкости. Все это ослабляет резистентность тканей пародонта и создает условия для развития в них воспалительных процессов.

Выводы

1. Значительная роль в развитии воспалительных заболеваний тканей пародонта принадлежит макроэлементам, которые влияют на обменные процессы, структуру тканей пародонта и целостность мембран. У детей с хроническим катаральным гингивитом в период сменного прикуса наблюдается нарушение электролитного баланса, что выражается в снижении концентрации ионизированного кальция и неорганического фосфора в ротовой жидкости (0,55 ± 0,02 ммоль/л и 3,86 ± 0,38 ммоль/л соответственно) по сравнению с аналогичными показателями детей со здоровым пародонтом (0,98 ± 0,04 ммоль/л и 4,88 ± 0,16 ммоль/л соответственно).

2. Течение хронического катарального гингивита у детей 7-10 лет происходит на фоне усиления процессов перекисного окисления липидов по показателям содержания ТБК-реактантов и снижение антиоксидантной защиты по показателю активности каталазы в ротовой жидкости.

ДИНАМИКА НЕОБХОДИМОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Шамов С. М., Расулов И.М.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Введение. Современная профилактика способна во многом предотвратить появление зубочелюстных аномалий (ЗЧА) и предупредить развитие более тяжелых форм, которые приводят к значительным функциональным нарушениям. Однако большинство авторов констатируют четкую тенденцию роста их распространенности в последние годы [5,10].

Для выявления ранних форм нарушений прикуса и предрасположенности к их развитию необходимо проведение эпидемиологического обследования населения в каждом конкретном регионе. Подобные исследования позволяют оценить существующую заболеваемость, её структуру, определить потребность в различных видах лечебно-профилактической помощи, увязать заболеваемость с региональными социально-экономическими и экологическими особенностями, выявить общие и местные соматические факторы риска.

Сегодня в России ощущается острая необходимость в подробном исследовании распространенности и структуры зубочелюстных аномалий. Этот показатель значительно варьирует в регионах страны, от 47% и до 72-75% по данным различных авторов [3,7]. Более того, во многих регионах данных по распространенности ЗЧА недостаточно для достоверного анализа ситуации. Одним из таких регионов является республика Дагестан. Если вопросам распространенности и интенсивности кариозной болезни и её осложнений, а так же заболеваниям слизистой оболочки полости рта даже за последние несколько лет посвящено значительное количество работ, то аналогичных данных по структуре ЗЧА явно недостаточно [6].

Цель исследования. Кафедрой ортопедической стоматологии Дагестанской государственной медицинской академии проведено исследование, целью которого было всестороннее изучение возрастной структуры ЗЧА в республике Дагестан, а так же оценка возможных путей совершенствования работы системы профилактики.

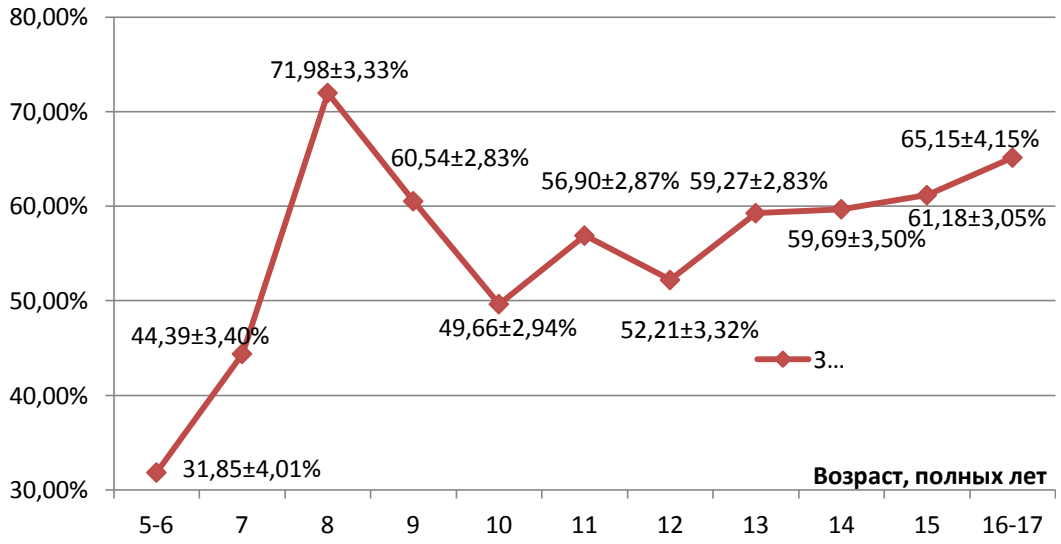
Материалы и методы. Было осмотрено 2528 детей и подростков в возрасте от 5 до 17 лет в 7 населенных пунктах – 3 городах (Махачкала, Дербент, Кизляр) и 4 сельских населенных пунктах (Кубачи, Уркарах, Маджалис, Берикей) – расположенных во всех климатогеографических регионах республики. Осмотры проводились на базе средних школьных учебных заведений. Результаты классифицировались в соответствии с международной классификацией стоматологических болезней МКБ-С-3 (на основе МКБ-10). Статистический анализ проводился после консолидации результатов в простые (одновходовые) электронные таблицы в формате Microsoft Excel при помощи

одноименной программы. Использовались обычные статистические критерии – стандартная ошибка доли (%±S_P), стандартная ошибка разности (%±S_{P1-P2}) и доверительный интервал. Все критерии вычислялись с общепринятой степенью достоверности 95%.

Результаты и их обсуждение. Из всего контингента обследованных детей и подростков в возрасте от 5 до 17 лет (2528 человек) зубочелюстные аномалии были диагностированы у 1419 человек, что составило 56,13±0,99%, это достаточно высокий показатель.

В результате обследования не выявлено достоверных различий в распространенности и структуре аномалий зубочелюстной системы между лицами мужского и женского пола практически во всех статистических группах. Лишь в старшей возрастной группе (15–16 лет) у девушек показатель распространенности несколько ниже, чем у юношей. Это, по-видимому, объясняется большим вниманием к эстетическим нарушениям, сопровождающим зубочелюстные аномалии и, как следствие, бóльшим процентом леченой патологии.

Наименьшая распространенность ЗЧА наблюдается при поступлении в школу в 5–6 летнем возрасте (31,85±4,01%). Затем распространенность аномалий резко возрастает, достигая максимума в возрасте 8 лет (71,98±3,33%). Этот максимум видимо объясняется значительной перестройкой зубочелюстной системы на этапе сменного прикуса [10,5]. Как следствие, в нескольких следующих возрастных группах распространенность постепенно снижается в связи с саморегуляцией патологии и наступившей стабилизацией прорезывания зубов и роста альвеолярных отростков. Этот процесс идет до 10-ти летнего возраста, т.е. до окончания периода сменного прикуса и начала формирования постоянного. После этого возраста распространенность аномалий зубочелюстной системы имеет четкую тенденцию к постепенному росту вплоть до



старшей возрастной группы.

Рисунок 1 Возрастная структура ЗЧА

В соответствии с критериями индекса DAI 30,81±0,92% обследованных требуют обязательного лечения. Всего признаки патологии были выявлены у 63,81±0,96%. В исследовании, проведенном в 2002 году Кузнецовой И. В., этот показатель был равен 62-65% в различные возрастные периоды [6]. Т.е. за прошедшие 11 лет распространенность ЗЧА в Республике Дагестан принципиально не изменилась.

При использовании индекса IOTN необходимость в лечении несколько ниже – 28,36±0,90%. Некоторое, в пределах нескольких процентов, завышение результата при применении индекса DAI подтверждается данными литературы [3,5,7]. Общая распространенность заболеваний зубочелюстной системы достигает 58,54±0,98%, что тоже несколько ниже показателей индекса DAI.

Возрастная структура показателей индекса необходимости ортодонтического лечения (DHC IOTN) в общих чертах повторяет аналогичную по заболеваемости. Наименьшая потребность в

лечении в возрасте 5-6 лет – 11,11±2,70%; в возрасте 8 лет так же отмечен резкий всплеск – до 35,71±3,55%, однако теперь это не максимальный показатель. Наибольшая потребность в лечении отмечена в самой старшей возрастной группе – 40,15±4,27%.

Оценивая относительную нуждаемость в лечении, т.е. процент детей с ЗЧА нуждающихся в лечении, необходимо отметить, что в младших возрастных группах относительная потребность в лечении самая низкая – 34,88±7,27%, затем она постепенно растет и достигает максимальных значений в возрасте 15 лет – 62,82±3,87%.

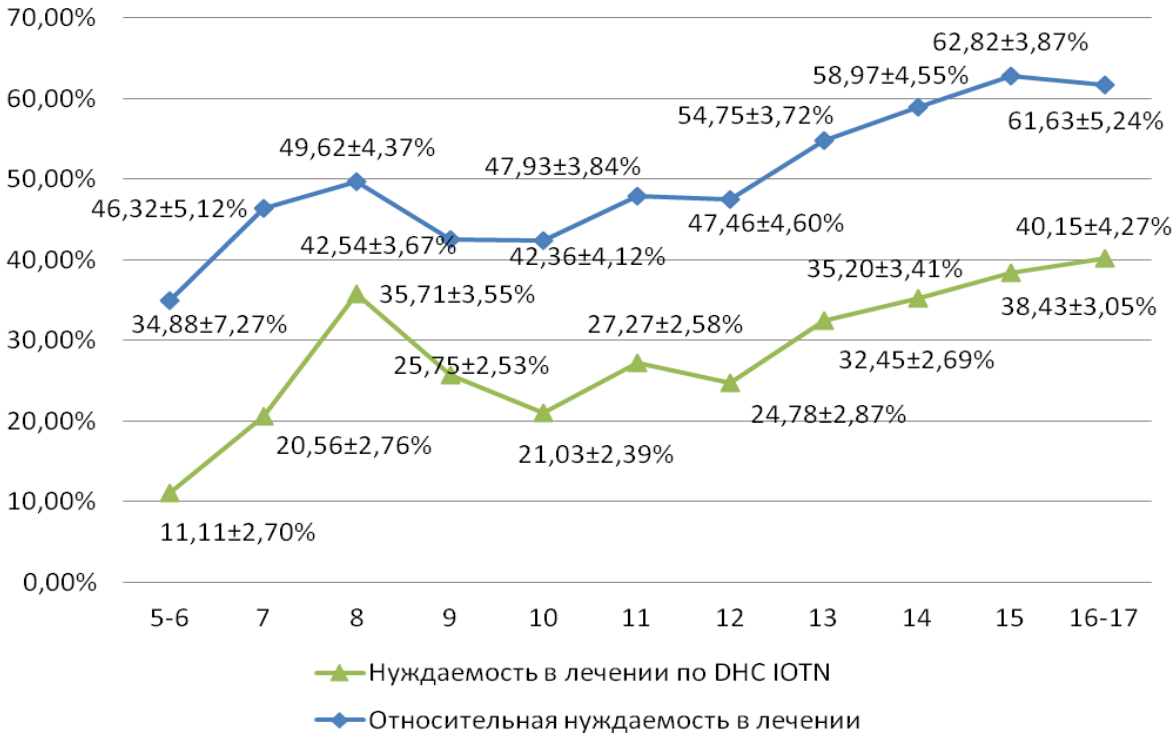


Рисунок 2 Возрастная структура показателей нуждаемости в лечении.

В то же время обеспеченность ортодонтами в республике одна из самых низких по России – 0,1 ставки на 10000 детского населения [4]. Принимая во внимание показатели количества детей и подростков требующих лечения и фактической обеспеченности населения врачами-ортодонтами, очевидно, что организовать адекватную ортодонтическую помощь, а тем более полноценную диспансерную и профилактическую работу в регионе невозможно. Соответственно, невозможность оказания ортодонтической помощи детям, особенно в ранние периоды развития зубочелюстных аномалий, способствует увеличению процента случаев вторичных деформаций зубных рядов у лиц более зрелого возраста. На это указывает возрастная структура индекса необходимости ортодонтического лечения (IOTN), которая в общих чертах повторяет аналогичную по заболеваемости. Однако, необходимо отметить, что в младших возрастных группах потребность в лечении ниже. Затем относительная и абсолютная нуждаемость в ортодонтическом лечении растет и достигает максимальных значений в возрасте 15-17 лет. Иными словами, при поступлении в школу распространенность аномалий около 30%, и из них всего около трети требуется специализированне лечения. К 15-17 годам этот показатель заметно возрастает, до 65%, и ортодонтическое лечение требуется уже более 60% детей с патологией.

Таким образом, санитарно-просветительная и профилактическая работа с большой эффективностью могла бы быть проведена именно в школьном возрасте поликлиническими врачами-стоматологами и ортодонтами, а так же школьными стоматологами. Многими авторами именно школьному стоматологическому кабинету из всей системы профилактических и лечебных учреждений предается наибольшее значение[1,2]. Школьный период – это возраст смены молочного прикуса на постоянный, со значительной реорганизацией всей зубочелюстной системы и последующим окончательным её формированием. В раннем школьном возрасте возможно применение различных методов первичной профилактики с осознанным участием в них самих

детей. Это невозможно в детских садах и яслях, когда ребенок не достаточно самостоятелен очень и сложно обеспечить необходимый уровень мотивации для проведения, скажем, аппаратурного лечения съемными пластиночными аппаратами или комплекса миогимнастических упражнений.

Школа является удобной формой организации профилактической работы. Здесь в условиях организованного коллектива есть все возможности для обследования детей, выявления факторов риска, проведения лечебно-профилактических мероприятий с индивидуальным подходом, под постоянным контролем медицинского персонала и в тесном контакте с педагогами и родителями. Дети в течении 11 лет находятся под непрерывным наблюдением, как стоматолога, так и врача общего профиля, благодаря чему возможна их совместная работа и в плане лечения заболеваний, и в плане диспансерной работы, оценки факторов риска для своевременного предупреждения развития болезни.

Выводы. За весь период обучения в школе значительно (в среднем на 30%) возрастают показатели распространенности зубочелюстных аномалий, абсолютной и относительной нуждаемости в ортодонтическом лечении. Это свидетельствует о низком качестве проводимых среди детей и подростков школьного возраста профилактических и лечебных мероприятий. Так же выявлена высокая (более 50%) распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у детского и подросткового населения Республики Дагестан. Все это требует принятия неотложных мер по организации эффективной ортодонтической помощи и в первую очередь профилактического плана.

Список литературы

1. Аврамова О.Г., Муравьёва С.С. Детская профилактическая школьная программа. – М., 2004. – 15 с

2. Бурда Г.К. Организация профилактики зубочелюстных аномалий у детей / Г.К. Бурда, И.Е. Герасимова, С.С. Степанова // Ортодент-инфо. – 1999. – №4. – С.27-29.

3. Гунаева, С.А. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей города Уфы и обоснование их комплексной профилактики: Дисс. … канд. мед. наук. / С.А. Гунаева – Уфа, 2006. – 125 с.

4. Гуненкова, И.В. Состояние ортодонтической помощи в России и перспект её развития: Дисс. … доктора мед. наук. / И.В. Гуненкова – М., 2005. – 288с.

5. Икромова Г. Д. Распространенность зубочелюстных аномалий среди детей и подростков республики Таджикистан.: Дисс. … канд. мед. наук. – Душанбе, 2007. – 142с.

6. Кузнецова, И. В. Стоматологическая заболеваемость населения Республики Дагестан и разработка программы профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей : Дисс. … канд. мед. наук. / И. В. Кузнецова – М., 2002. – 181с.

7. Проскокова, С.В. Особенности строения зубочелюстной системы и ортодонтического лечения у детского населения различных этнических групп Хабаровского края: Дисс. … канд. мед. наук. / С.В. Проскокова – М., 2003. – 141с.

8. Проффит, У. Р. Современная ортодонтия: пер. с англ. / У. Р. Проффит. – М.: МЕДпресс-информ. – 2006. – 560 с.

9. Стоматология детей и подростков: пер. с англ. / Под ред. Ральфа Е. Мак– Дональда, Дейвида Р. Эйвери. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 766с.: с ил.

10. Хорошилкина Ф. Я., Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение – М.: ООО «Медицинское информационное агентство». – 2006. – 544с.: с ил.

11. Karaiskos N., Wiltshire W.A., Odium O. et al. Preventive and interceptive orthodontic treatment needs of an inner-city group of 6- and 9-year-old Canadian children // J. Can. Dent. Assoc., 2005. – Vol.71, N9. – P.649.

СТИМУЛЯЦИЯ СОЗРЕВАНИЯ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩИХ ЗУБНЫХ ПАСТ.

Андриянова О. Ю., Хмиль Е.В., Яценко П.И., Романова С.И., Романов Г.Г.

ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Проблема кариеса зубов, особенно множественного, имеет большое медицинское и социальное значение. Несмотря на определенные успехи в профилактике и лечении этого заболевания, распространенность и интенсивность кариеса у детей остаются очень высокими[1].

Обследование детей разных регионов Украины свидетельствует о значительном росте кариеса постоянных зубов в течение последних лет. Поражение постоянных зубов в первые годы после прорезывания связано с незрелостью эмали. В период до наступления вторичной минерализации или созревания эмали риск развития новых кариозных полостей является наибольшим.

В развитии кариеса принимает участие ряд факторов: географические и экологические особенности местности, социальные условия, возраст, состояние соматического здоровья ребенка, чрезмерное употребление рафинированных углеводов, несоблюдение правил рациональной гигиены полости рта, свойства ротовой жидкости и др. [2,3,5].

Период созревания эмали после прорезывания зуба является очень ответственным, так как у ребенка формируются кариесвосприимчивость или кариесустойчивость. Эти качества обусловливаются как свойствами эмали, так и свойствами слюны и их взаимодействием[4].

Осуществление процесса реминерализации эмали возможно благодаря свойствам, которыми обладают кристаллы гидроксиапатита. Эмаль ведет себя как пористая мембрана, и в глубину легче проходят небольшие ионы, чем большие молекулы, которые адсорбируются на поверхности и могут быть десорбированы без изменения формы кристаллов. С возрастом скорость и глубина проникновения веществ в эмаль уменьшается, вероятно, за счет уплотнения кристаллической решетки.

Реминерализирующая терапия позволяет повысить резистентность эмали за сет обогащения ее кальцием и фосфатами с последующим введением препаратов фтора, которые уменьшают проницаемость эмали. В естественных условиях источником кальция, фосфора и фторидов для эмали является ротовая жидкость, которая перенасыщена по отношению почти ко всем формам фосфата кальция. Реминерализирующий потенциал слюны позволяет остановить кариес в стадии белого пятна в 50% случаев.

Самым массовым лечебно-профилактическим средством для восстановления недостающих инов в эмали зубов являются зубные пасты. Пасты, содержащие в своем составе фосфаты калия, натрия, глицерофосфаты кальция и натрия, глюконат кальция, окись цинка, обладают выраженным противокариозным действием и рекомендуются с целью усиления вторичной минерализации эмали постоянных зубов у детей[5].

Необходимость индивидуального подбора средств и методов профилактики исходит из того, что каждый ребенок имеет свои особенности функционирования организма и условия ротовой полости, которые необходимо учитывать в отдельно взятой клинической ситуации. Целенаправленное влияние профилактических мероприятий на наиболее весомые факторы риска разрешит корректировать усилие врача-стоматолога и пациента и, таким образом, повысит эффективность первичной профилактики кариеса постоянных зубов [2,3].

Изучение и обоснование целенаправленного выбора противокариозных зубних паст и проведение гигиенических мероприятий, особенно в период вторичной минерализации постоянных зубов и при начальних формах кариеса является актуальным заданием современной стоматологии.

Целью настоящей работы явилось изучение возможности регуляции показателей минерализации эмали постоянных зубов у детей с помощью кальцийсодержащих зубных паст.

Объекты и методы исследования. В основу работы положены результаты исследования 25 детей в возрасте 7-10 лет. Дети были разделены на группы: 1- дети, которым назначалась чистка зубов пастой Splat «Биокальций» без контроля гигиенических мероприятий со стороны врача-стоматолога (проводилось однократное обучение чистке зубов стандартным методом для использования ими паст в домашних условиях), 2 – дети, которым назначали чистку зубов пастой Splat «Биокальций» и врачом проводились мероприятия по контролю и обучению гигиене полости рта (проводили обучение и закрепление навыков чистки зубов стандартным методом с последующим постоянным контролем качества чистки медперсоналом и определением индекса гигиены до и после чистки зубов). У всех детей проводили изучение стоматологического статуса полости рта. Обследование проводили по общепринятой схеме, которая предполагала выяснение жалоб, данных анамнеза, объективное обследование.

Изучение состояния зубов проводили согласно рекомендациям Е.В.Боровского и П.А. Леуса с учетом положений ВОЗ «Стоматологическое обследование» (1989).

При фиксировании зубной формулы регистрировали временные и постоянные зубы, наличие в них кариозного процесса или его осложнений, отсутствующие зубы в связи с их удалением. В каждой клинической группе детей, которые наблюдались, определяли состояние гигиены полости рта с помощью индекса OHI-S (Green – Vermillion), структурно-функциональную резистентность эмали (ТЭР) изучали по методу Окушко и Косаревой (1983).

Результаты исследования. Для проведения лечебно-профилактических мероприятий в полости рта было выделено 2 группы детей.

1 группа состояла из 10 детей, которым назначалась чистка зубов стандартным методом с применением предметов индивидуальной гигиены (индивидуальная зубная щетка, флосс) дважды в день – утром и вечером пастой Splat «Биокальций» без контроля гигиенических мероприятий со стороны врача-стоматолога, **2 группа** состояла из 15 детей, которым назначали чистку зубов стандартным методом с применением предметов индивидуальной гигиены (индивидуальная зубная щетка, флосс) дважды в день – утром и вечером зубной пастой Splat «Биокальций» и врачом проводились мероприятия по контролю и обучению гигиене полости рта.

Предварительное исследование показало, что состояние гигиены полости рта у обследованных детей находится на низком уровне.

Средний показатель гигиены полости рта OHI-S (Green – Vermillion) в обследованных группах детей соответствовал неудовлетворительному уровню и свидетельствует о наличии в полости рта кариесогенной ситуации. Показатель в 1 группе обследованных детей составил 1,96±0,3 бала, а во второй группе – 1,73±0,4 балла.

Распространенность кариеса постоянных зубов у детей 1 группы составила -28,05±5,65%, у детей 2 группы – 27,15±5,83%.

Индекс интенсивности кариеса постоянных зубов у детей 1 группы составил - 0,83±0,20 зуба, у детей 2 группы – 0,84±0,18 зуба.

Уровень структурно-функциональной резистентности эмали постоянных зубов у обследованных детей равнялся в 1 группе 2,35±0,14 балла, во 2 группе 2,32±0,12 балла, что соответствует ее низкому уровню.

При проведении обследования через год определили, что показатель индекса гигиены OHI-S (Green – Vermillion), в обследованных группах детей изменился и составил в 1 группе - 0,91±0,28 балла, что отвечает уровню удовлетворительной гигиены полости рта, а во 2 группе – 0,63±0,17 балла, что отвечает уровню хорошей гигиены полости рта и объясняется постоянным врачебным контролем.

Распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов у обследуемых детей существенно не изменилась.

Индекс интенсивности кариеса постоянных зубов у детей 1 группы составила - 0,89±0,23 зуба и у детей 2 группы – 0,85±0,19 зуба.

Контрольное исследование уровня структурно-функциональной резистентности эмали постоянных зубов после постоянного использования кальцийсодержащей пасты дало следующие результаты. Показатели резистентности эмали улучшились в обох группах обследованных детей. Но в 1 группе они равнялись 2,06±0,12 балла, а во 2 группе показатели равнялись 1,76±0,12 балла. Это свидетельствует о более высоком уровне степени минерализации эмали во 2 группе детей.

Выводы. Таким образом, на основании проведенных клинико-лабораторных исследований, можно сделать заключение, что профилактика и лечение кариозного процесса должны проводиться с учетом уровня резистентности эмали зубов и активних (под постоянным контролем со стороны врача стоматолога) мероприятий по улучшению гигиены полости рта с применением кальцийсодержащих зубних паст.

С другой стороны продолжают оставаться актуальными поиски средств и способов нейтрализации негативных влияний местных факторов на эмаль (рациональная гигиена, ограничение приема углеводов, диета, включающая жесткую пищу и др.), что позволит повысить эффективность профилактических и лечебных мероприятий у данного контингента детей.

Дальнейшая разработка средств и способов устранения воздействия этих факторов нам представляется перспективной.

Литература:

1. Елизарова В. М. О профилактике кариеса у детей / В. М. Елизарова //" Лечащий Врач", №10, 2000 год// Издательство "Открытые системы" (www.osp.ru).

2. Каськова Л.Ф. Показники тесту емалевої резистентності у дітей із дисбактеріозом кишечника /Л.Ф. Каськова, Г.О. Акжитова //Актуальні проблеми сучасної медицини.-2010.- Т.10, вип..1(29).-С.131-133.

3. Каськова Л.Ф. Динаміка показників карієсу у дітей із зубощелепними аномаліями під впливом профілактичних заходів / Л.Ф. Каськова, К.В. Марченко, О.Е. Бережна, Л.І. Амосова // Лікарська справа-Врачебное дело. – 2015. – №1-2. - С. 63-67.

4. Каськова Л.Ф. Характеристика ураженості карієсом перших постійних молярів залежно від їх одонтогліфіки у дітей м. Полтави / Л.Ф. Каськова, Ю.І. Солошенко, Л.І. Амосова, О.Е. Бережна, О.Ю. Андріянова // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – Вип. 2, Том 2 (119). – С. 104-106.

5. Хоменко Л.А. Лабораторная оценка эффективности противокариозных лечебно-профилактических зубных паст /Л.А.Хоменко, Г.Г.Григоренко, Л.М.Капитанчук, Г.В.Сороченко //Сб. тезисов IV науч.-практ. Конф. С междунар. Участием [«Актуальные вопросы стоматологии детского возраста и профилактики стоматологических заболеваний»], (Санкт-Петербург, 2008г.).-Спб., 2008.-С.75-76.

АУТОПЛАСТИКА ПРИ СРЕДИННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ЛИЦА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И НОСА.

Жахбаров А.Г., Чудинов А.Н., Гаджиев А.Р., Саидова Р.З., Абдуллатипов Г.М., Алимирзоев Ф.А., Жахбаров А.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала
ГБУ РД «Республиканская детская клиническая больница», г. Махачкала

Кроме детей с врождёнными расщелинами губы и нёба, рождаются дети с другими дефектами челюстно – лицевой области. Лечение детей с врождённой патологией челюстно – лицевой области является одной из наиболее сложной задачей в восстановительной хирургии у детей.

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективного хирургического лечения, данной патологии.

Материал и методы. Ребёнок И.И. -16 лет, И.б. № 18679, поступил в челюстно – лицевое отделение ДРКБ 12.11.12 года с диагнозом: Срединная расщелина лица. Несращение альвеолярного отростка верхней челюсти. Аносептия. Микрогнатия.

Сопутствующий: Гипофизарный нанизм. Астоневротический синдром.

Лицо ассиметричное за счёт вдавленного дефекта носовой области. Отсутствует носовой скат, носовые ходы сужены. Над верхней губой имеется послеоперационный рубец. В отделении ребёнок был обследован.

21.11.12 г. Ребёнку была произведена операция: Аутопластика альвеолярного отростка верхней челюсти и носа. Хейлопластика.

Произведено иссечение рубцовых изменений на верхней губе. Рассечена круговая мышца рта по средней линии. Скелетированы фрагменты альвеолярного отростка. На концах фрагментов сформированы «площадки» для трансплантата. Далее выполнен « птичкообразный» разрез на кончике носа (вокруг носовых отверстий). Сформировано ложе для трансплантата – перегородки носа. Далее послойный разрез до 10 см по краю гребня подвздошной кости справа. Скелетирован и резецирован край гребня подвздошной кости размером 2,5 х 4,5 см. Гемостаз. Послойное ушивание раны. Сформирован из трансплантата - фрагмент, для закрытия дефекта альвеолярного отростка. Последний уложен на место и фиксирован металлическими «шурупами» к верхней челюсти. Далее сформирован и уложен в созданное (межтканное) ложе перегородки носа. Последний фиксирован кверху к скату носа, а снизу к фрагменту альвеолярного отростка верхней челюсти. Гемостаз. Послойное ушивание раны верхней губы и носа.

Послеоперационный период протекал гладко. Ребёнку проведён курс антибактериальной и противовоспалительной терапии. Рана зажила первично. Швы сняты на 8-е сутки. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

Результаты исследования и их обсуждение. Изменение внешнего облика ребёнка вырабатывает у него чувство собственной неполноценности, что приводит к патологической реакции поведения в детском коллективе. Это обстоятельство способствует расширению показаний к реконструктивным операциям на челюстях в детском возрасте.

Заключение. Наш опыт проведённых костно – пластических операций в челюстно – лицевой области говорит в пользу аутопластики: высокая биосовместимость с тканями воспринимающегося ложа, отсутствие реакций иммунологической несовместимости, хорошо выраженный остеорепративный потенциал.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.

Боровая М. Л., Гулько Е. М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Актуальность. Хронические болезни органов пищеварения относятся к числу наиболее часто встречающихся заболеваний детского возраста. Распространенность их в настоящее время превышает 100 на 1000 детского населения. За последние 20 лет распространенность гастроэнтерологических заболеваний у детей выросла на 30%. В структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта основное место по частоте и разнообразию поражения системы пищеварения принадлежит кислотозависимым заболеваниям, к которым принято относить гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, хронический гастрит, дуоденит, язвенную болезнь.

Поскольку анатомически и функционально полость рта связана с верхними отделами желудочно-кишечного тракта, следует предположить, что частота и степень проявления стоматологических заболеваний зависят от состояния секрето- и кислотообразующей функции желудка.

Цель: оценить стоматологический статус детей, находящихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении УЗ «4-я городская детская клиническая больница» г. Минска.

Материал и методы исследования. Проведено стоматологическое обследование 92 детей в возрасте 5-17 лет, которые находились на лечении в гастроэнтерологическом отделении УЗ «4-я городская детская клиническая больница» г. Минска. Исследование осуществлялось с января по март 2015 г. Перед проведением исследования было получено согласие родителей и администрации больницы на проведение стоматологического обследования детей. Осмотры проводились в стоматологическом кабинете больницы при искусственном освещении, с использованием набора стоматологического инструментария. Изучена распространенность кариеса зубов, оценены интенсивность кариеса зубов по индексам КПУз, КПУз+кпуз, состояние гигиены полости рта с использованием упрощенного индекса гигиены OHI-S (Green-Vermillion, 1964). Контрольную группу составили 96 детей 6, 12, 15-летнего возраста, учащиеся СШ №132 г.Минска.

Полученные данные статистически обработаны.

Результаты исследования. В результате исследования установлено, что у детей 6-летнего возраста с гастроэнтерологическими заболеваниями распространенность кариеса временных и постоянных зубов составила 100%, в то время, как у их здоровых сверстников этот показатель был значительно ниже - 85,37±6,15% (табл.).

Таблица

Стоматологический статус детей с заболеваниями пищеварительного аппарата и соматически здоровых.

Показатели	Дети с заболеваниями желудочно-кишечного тракта			Соматически здоровые дети		
	6 лет	12 лет	15 лет	6 лет	12 лет	15 лет
Распространен-ность кариеса зубов (%)	100	94,43±4,19	96,29±3,39	85,37±6,15	83,31±6,49	86,45±5,95
Интенсивность	5,81±0,02	3,95±0,03	5,33±0,02	4,90±0,03	3,00±0,04	4,40±0,03

кариеса зубов						
Гигиена полости рта по индексу OHI-S	1,83±0,02	1,71±0,02	1,66±0,02	1,10±0,04	1,20±0,03	1,00±0,04

Среди детей 12-летнего возраста с заболеваниями ЖКТ 94,43±4,19% обследованных имели постоянные зубы, пораженные кариесом. У соматически здоровых школьников аналогичного возраста показатель распространенности кариеса зубов составил 83,31±6,49%.

Среди подростков 15-летнего возраста, находящихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении, показатель распространенности кариеса постоянных зубов составил 96,29±3,39%, в то время, как у ровесников контрольной группы – 86,45±5,95%.

Как свидетельствуют полученные данные, интенсивность кариеса зубов по индексу КПУз+кпуз у детей 6-летнего возраста с заболеваниями ЖКТ составила 5,81±0,02, а у практически здоровых детей аналогичного возраста – 4,90±0,03.

У 12-летних детей группы сравнения показатель интенсивности кариеса зубов составил 3,00±0,04 и был ниже, чем у детей аналогичного возраста с гастроэнтерологическими проблемами, у которых данный показатель – 3,95±0,03.

В группе подростков 15-летнего возраста с заболеваниями пищеварительного аппарата показатель КПУз составил 5,33±0,02, в то время как у здоровых детей контрольной группы показатель интенсивности кариеса зубов – 4,40±0,03.

Установлено что, у всех пациентов гастроэнтерологического отделения показатель гигиенического состояния полости рта по индексу OHI-S был выше, чем у практически здоровых детей группы сравнения.

У 6-летних детей, имеющих заболевания ЖКТ, среднестатистический показатель индекса OHI-S составил 1,83±0,02 и был на 0,73 выше, чем у детей контрольной группы (1,10±0,04).

У 12-летних детей с заболеваниями пищеварительного тракта гигиеническое состояние полости рта было хуже по индексу OHI-S на 0,51 балла, чем у школьников группы сравнения (1,71±0,02 и 1.20±0,03 соответственно).

В группе подростков 15-летнего возраста с гастроэнтерологическими заболеваниями среднестатистический показатель индекса OHI-S составил 1,66±0,02 и был выше на 0,64, чем у ровесников контрольной группы (1,00±0,04).

Заключение. Таким образом, у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта выявлены высокая распространенность и интенсивность кариозного процесса, неудовлетворительная гигиена полости рта, что диктует необходимость дифференцированного подхода к проведению стоматологических лечебно-профилактических мероприятий у данной категории детей.

УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРОРАСТАНИЕМ В ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА, С ПЕРЕВЯЗКОЙ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ.

Жахбаров А.Г., Чудинов А.Н., Гаджиев А.Р., Саидова Р.З., Абдуллатипов Г.М., Алимирзоев Ф.А., Жахбаров А.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала
ГБУ РД «Республиканская детская клиническая больница», г. Махачкала

В преобладающем большинстве опухоли височной, под-височной и крылонёбной ям возникают вследствии распространении опухолевого роста из верхней челюсти, нижней челюсти, около – ушной слюнной железы, глазницы. Поэтому план операции удаления опухолей такой локализации прежде всего зависит от исходного пункта роста опухоли.

Цель исследования. Комплексное лечение данной патологии, в челюстно – лицевой хирургии характеризуется рядом особенностей и различным разнообразием вариантов, требующих зачастую принципиально разных подходов в лечении.

Материалы и методы. Больной К.Д. – 18 лет И.б. № 12720 поступил в челюстно – лицевое отделение ДРКБ 23.08.11г с диагнозом: Мягкотканная опухоль крылонебной, подвисочной ям, прорастающая в гайморовую и решётчатую пазухи справа. Ангиофиброма?

При внешнем осмотре отмечается ассиметрия лица за счёт отёка мягких тканей. Пальпаторно определяется эластичная, безболезненная опухоль.

В отделении ребёнок был обследован.

25.08.11 г. Ребёнку была произведена операция, которая состояла из двух этапов:

1. Перевязка наружной сонной артерии. Разрез провели по переднему краю грудино – ключично – сосцевидной мышцы справа до уровня щитовидного хряща, послойно отодвигая мягкие ткани, артерии и вены. Перевязку произвели выше отхождения a. thyreoidea superior и ниже отхождения язычной артерии. Послойное ушивание раны. Повязка.

2. Удаление опухоли крылонёбной, подвисочной ям, решётчатой и клиновидной пазух справа. Ход операции: Произведено рассечение верхней губы по средней линии, далее под крылом носа до внутреннего угла глаза, вдоль нижнего угла орбиты. Со стороны полости рта выполнен разрез по переходной складке верхней челюсти в проекции 8-1 зубов.

Отсепарирован кожно – мышечный лоскут, обнажена передняя поверхность верхней челюсти, произведено рассечение скуловой кости по ходу швов. Тупо удалена опухоль. При этом отмечалось частичное прорастание опухоли через заднюю и внутреннюю стенку в полость гайморовой пазухи, одномоментно произведена гайморотомия. Ревизия пазухи. Образована единая полость (гайморовой, клиновидной и решетчатой пазух), которая рыхло затомпанирована, конец турунды выведен через носовой ход. Тело скуловой кости уложено на место и фиксирована в 3 –х местах, к скуловой дуги, лобному отростку и краю орбиты, минипластинами. Кожно – мышечный лоскут уложен на место, послойно ушит на всём протяжении. Повязка. Послеоперационный период протекал гладко.

Больному проведён курс антибактериальной и противо-воспалительной терапии. Рана зажила первично. Швы сняты на восьмые сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Результат исследования. Состоит в замещении костных дефектов синтетическими биосовместимыми материалами, которые при введении в раневое ложе не должны оказывать токсическое действие и вызывать воспалительную реакцию.

Заключение. Главным условием для обеспечения феномена остеоинтеграции является стабильность положения имплантата в послеоперационном периоде. В челюстно-лицевой хирургии на сегодня нет адекватной альтернативы, среди костно- пластических материалов.

НЕПРЯМОЙ МЕТОД ФИКСАЦИИ БРЕКЕТОВ. ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КАПП ДЛЯ ПЕРЕНОСА БРЕКЕТОВ С ГИПСОВОЙ МОДЕЛИ В ПОЛОСТЬ РТА.

Родыгина Е.В., Никитина Е.С., Худорошков Ю.Г.

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Омск

Актуальность. В настоящее время брекет-система является одним из самых распространенных методов лечения во всем мире.Современные брекеты созданы с «запрограммированными» характеристиками, что значительно облегчает лечение и позволяет добиться хорошего результата лечения.

Сегодня применяются прямой и непрямой методы фиксации брекетов. При прямой фиксации брекетов врач-ортодонт позиционирует брекеты непосредственно в полости рта пациента. При непрямой фиксации ортодонт позиционирует брекеты на гипсовой модели, используя инструментальные методы, и переносит в полость рта с помощью специальных капп.

Усиливаются тенденции непрямой фиксации брекетов с помощью индивидуального лотка. При прямой фиксации брекетов часто имеет место неточность в позиционировании брекета на коронку зуба, что негативно сказывается на качестве лечения..

Целью данной статьи является сравнение материалов для изготовления капп для непрямой фиксации брекетов и выявление оптимального материала.

Материалы для исследования наиболее часто применяемые для изготовления капп для непрямой фиксации брекетов: термоклей, термоклей и «Panasil», «Memosil».

Для исследования свойств капп мы использовали следующие **методы**: измерение проводимости света при помощи люксометра, сравнение точности переноса брекетов при помощи позициометра, сравнение тиксотропности материалов.

Результаты исследования. Согласно проведенным исследованиям, мы выделили следующие преимущества и недостатки использованных методик.

Общие характеристики материалов термоклея,«Memosil», «Panosil» и термоклей:

Свойства/Материал	Memosil	Термоклей строительный	Panosilи термоклей
Безопасность применение в полости рта (токсичность\аллергенность)	+	-	-
Полимеризация через материал	+	+	-
Стерильность	+	-	-
Прозрачность	+	+	+
Прочность	+	+	+
Рабочее время	+	-	-
Стоимость	-	+	+

Точность переноса брекетов:

Материал	Погрешности при переносе брекетов, мм
Термоклей	0,5
Panosilи термоклей	0,2
Memosil	0,2

При непрямой фиксации брекетов при помощи каппы может возникать погрешность позиционирования. Мы исследовали смещение брекетов при переносе в полость рта при помощи позициометра, сравнивая положение брекетов на модели, а затем в полости рта.

Светопроницаемость материала:

Материал	Освещенность при дневном свете, люкс	Освещенность при УФ-просвечивании в темноте, люкс
без материала	10	40
каппа из термоклея	6	18-20
каппа из Memosil	4	30
Каппа и Panosil и термоклея	2	8-10

Экспериментальное исследование светопроницаемости материала возможно осуществить с помощью люксметра, образцов капп из «Memosil» и термоклея. Ввиду малых размеров капп, для исключения влияния других излучений возникла необходимость изготовить светонепроницаемый экран с маленьким отверстием.

Светонепроницаемость можно рассчитать по формуле:

k = E/E0, где k – это светонепроницаемость материала, E0 – освещенность поверхности исследуемым светом, E – освещенность поверхности исследуемым светом, прошедшим через материал (ссылка на инструкцию материала)

Так как при установке брекетов полость рта освещается дневным и УФ-светом, возникла необходимость исследования светопроницаемости материалов в этих спектрах.

Светопроницаемость материалов в дневном и УФ свете

Материал	Дневной свет, люкс	Ультрафиолетовый свет, люкс
Memosil	0,4	0,75
Термоклей	0,6	0,5
Panosilи термоклей	0,2	0,45

В УФ свете проницаемость Memosil выше, а это значит, что брекет-система, закрепленная таким образом, будет прочнее к внешним нагрузкам.

Каппа из термоклея

Преимущество каппы:

- низкая стоимость
- доступность материала каппы

Недостатки каппы:

- жесткая каппа, в связи с чем возможны отрывы брекетов(по Shore A 76)
- необходимость пациенту держать во рту горячую воду при снятии каппы
-термоклей хорошо пропускает видимый свет и хуже свет фотополимеризационной лампы
- не эстетична для пациента

Каппа из «Panasil» и термоклея

Преимущества каппы:

- относительная дешевизна метода
- легко фиксируется на зубах
- легко снимается с зубов (твердость Shore A – 46)
- возможность снять каппы послойно

Каппа из «Memosil»

Преимущества каппы:

- прозрачный материал каппы хорошо проводит свет фотополимеризационной лампы
- легко снимается с зубов, что снижает риск отрыва брекетов
- каппу легко подрезать
- возможность извлечь каждый брекет из готовой каппы для устранения поднутрений и излишков материала
- каппа достаточно жесткая, чтобы использовать отдельный ее участок для фиксафии брекета на один зуб
- не имеет усадки, что позволяет сохранять каппы до полугода для повторного использования
- эстетичность для пациента

Недостатки каппы:

- необходимость коррекции каппы, так как в процессе ее формирования образуются поднутрения
- необходимость тщательной фиксации на зубах при отсвечивании
- относительная дороговизна материалов

Выводы. Среди исследуемых нами материалов, наиболее оптимальным в применении оказался материал Memosil. Использование этого материала для изготовления капп позволяет добиться высокой точности позиционирования брекетов при переносе в полость рта. Высокая светопроводимость этого материала позволяет гарантировать надежную фиксацию брекетов к эмали зубов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ.

Омаров О.Г., Гаджиев А.Р., Омарова Х.О., Макаева Э.О.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Среди стоматологических заболеваний у детей зубочелюстные аномалии (ЗЧА) занимают 3-е место после кариеса и заболеваний пародонта. По обобщенным данным , частота ЗЧА в различных регионах нашей страны колеблется от 11,4 до 71,4 %. Согласно современным представлениям, они возникают в результате сложного взаимодействия наследственных и экзогенных факторов, причем ни один из них не может быть единственной причиной развития ЗЧА. Своевременное выявление и устранение экзогенных факторов риска (ФР) развития этих заболеваний является вполне реальной задачей.

Материал и методика. Нами обследован 51 ребенок в возрасте от 2,5 до 5 лет (период сформированного временного прикуса). Из индивидуальных карт развития взяты основные данные, характеризующие развитие ребенка и состояние его здоровья в различные периоды

жизни. Дополнительно проведен анкетный опрос матерей, который позволил уточнить ряд вопросов, касающихся особенностей течения беременности и родов у матери, питания и заболеваний ребенка.

Следует отметить, что ряд выделенных нами ФР является результатом воздействия комплекса причин. Например, низкая масса тела ребенка при рождении (менее 2500 г), как известно, является результатом влияния многих факторов, в числе которых неблагоприятные социальные условия, токсикозы беременности, экстрагенитальные заболевания матери, кровотечения во время беременности, курение, преждевременные роды в анамнезе и т.д. К фактору «Осложнения в родах» мы отнесли, такие осложнения, как обвитие пуповиной, нарушение мозгового кровообращения, асфиксия, родовая травма и другие, существенно влияющие на последующее развитие ребенка и становление многих функций организма.

Мы выделили в качестве ФР хронические заболевания ЛОР-органов и хронические (или неоднократно перенесенные) бронхолегочные заболевания. К часто болеющим отнесены дети, перенесшие на 1-м году жизни, – 4 и более острых и обострившихся хронических заболеваний, на 2-м и 3-м годах жизни – 6 и более заболеваний, на 4-м – 5 и более.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате полученных данных установлено, что на одного ребенка с нормальным прикусом приходится 2,05 ФР, с прогнатическим прикусом – 2,73, с прогеническим – 2,71, с глубоким – 2,32, с открытым – 3,67, с перекрестным – 3,44, с аномалиями зубных рядов – 2,10.

Первые 5 мест занимают следующие ФР: сосание пальцев, преждевременная утрата 2 и более жевательных зубов, ротовое дыхание, сосание соски более года и осложнения в родах. Анализ ФР с учетом взаимосвязи их с отдельными видами ЗЧА позволил определить значимость каждого из них как в целом по всей группе аномалий, так и по отношению к конкретным их видам.

Фактор «Осложнения в родах» оказался наиболее информативным для прогенического и перекрестного прикусов. При глубоком прикусе и аномалиях зубных рядов его информативная ценность имеет отрицательное значение. Наши данные о значении указанного фактора для формирования ЗЧА согласуются с данными литературы.

Фактор «Низкая масса тела ребенка при рождении», несмотря на отрицательное значение по отношению ко всей группе аномалий, оказался высокоинформативным для прогенического и открытого прикусов, что объясняется, по нашему мнению, пренатальной задержкой роста верхней челюсти у детей с данной патологией.

Анкетный опрос показал, что 9,5 % матерей вообще не кормили своих детей грудным молоком, 18,3 % прекратили грудное вскармливание в первые 2 мес. жизни ребенка, 17,2 % продолжили кормление грудью до 3 мес., 20,7% – до 4 мес. и лишь 34,3 % – до 5 мес. и более.

Фактор «Частые заболевания на 1-3-м году жизни» отрицательна для прогенического и глубокого прикусов. Фактор «Хронические или неоднократно перенесенные бронхолегочные заболевания» имеет отрицательные показатели информативности для глубокого прикуса, прогении и аномалий зубных рядов. Хронические заболевания ЛОР-органов имеют положительное информативное значение для прогнатического, открытого и перекрестного прикусов, причем наибольшая информативная ценность этого фактора характерна для открытого прикуса.

Фактор «Сосание соски длительностью более 1 года» характерна для перекрестного прикуса и значительно меньшую – для открытого. Для остальных видов аномалий ценность фактора отрицательная. Фактор «Сосание пальцев» положительна для прогнатического и особенно для открытого прикуса. Фактор «Ротовое дыхание» отрицательна для аномалий зубных рядов.

Положительное информативное значение аномалий уздечки верхней губы установлено только по отношению к прогнатическому и открытому прикусам. Подтверждены данные о существенном влиянии аномалий уздечки языка на формирование глубокого прикуса. При остальных видах аномалий информативная ценность фактора отрицательна.

Таким образом, наши данные согласуются с наблюдениями, что под влиянием аномалийной уздечки верхней губы и языка та или иная челюсть может иметь большую или меньшую тенденцию к росту, что вызывает несоответствие в развитии челюстей.

Фактор «Преждевременная утрата 2 и более жевательных зубов» имеет наибольшие показатели информативности при аномалиях зубных рядов и прогеническом прикусе, для прогнатического прикуса он имеет отрицательное значение. Значимость фактора «Нарушение стираемости временных зубов» также различна: при прогнатическом, глубоком и открытом прикусах она характеризуется отрицательными показателями, однако при прогеническом и перекрестном прикусах, а также при аномалиях зубных рядов информативная ценность фактора достаточно высокая.

Таким образом, для прогнозирования развития прогнатического прикуса наибольшую информативную ценность имеют следующие ФР: сосание пальцев, хронические или неоднократно перенесенные бронхо-легочные заболевания, нарушение речевой артикуляции, искусственное вскармливание и осложнения в родах. При прогеническом прикусе наиболее значимыми ФР являются: низкая масса тела ребенка при рождении, осложнения в родах, нарушение стираемости временных зубов, нарушение речевой артикуляции, преждевременная утрата 2 и более жевательных зубов. Для глубокого прикуса наибольшую информативную ценность имеют: аномалии уздечки языка, декомпенсированный кариес, преждевременная утрата 2 и более жевательных зубов, ротовое дыхание; для открытого прикуса – парафункция языка, сосание пальцев, низкая масса тела при рождении, хронические заболевания ЛОР-органов, хронические или неоднократно перенесенные бронхолегочные заболевания. Для перекрестного прикуса высокую информативную ценность имеют нарушение стираемости временных зубов, сосание соски более года, осложнения в родах, хронические и неоднократно перенесенные бронхолегочные заболевания. В формировании аномалий зубных рядов наибольшую ценность имеют преждевременная утрата 2 и более жевательных зубов, нарушение стираемости временных зубов, низкая масса тела при рождении, частые заболевания на 1-3-м году жизни.

Проведенные исследования позволили выделить наиболее характерные ФР в возникновении ЗЧА у детей. Установлено, что изучение ФР дает врачу конкретные представления о значении того или иного фактора в формировании различных видов аномалий, что очень важно для обоснования дифференцированных показаний к устранению ФР и оптимизации профилактических мероприятий.

СПЕКТРОКОЛОРИМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ.

Бережная Е.Э., Амосова Л.И., Хмиль Е.В., Солошенко Ю.И.
ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Актуальность. Болезни, связанные с хронической фтористой интоксикацией - это серьезная социально-экономическая проблема, поскольку фтор как химически активный элемент влияет на состояние всех органов и систем организма и на костную систему в частности, особенно в подростковом возрасте. Малые дозы фтора стимулируют остеобласты, усиливают образование остеоида и новой костной ткани, стимулируют одонтобласты к образованию вторичного дентина, образуют химически стабильные к процессам резорбции кристаллы фтораппатита. Фтор в высоких концентрациях способствует образованию иррегуляторного матрикса, новой незрелой, мало минерализованной, чувствительной к действию лизосомальных ферментов костной ткани и ускоряет темпы костной резорбции, что отражается также на тканях пародонта.

Цель. На современном этапе уделяется значительное внимание разработке эффективных, информативных и доступных методов диагностики стоматологической патологии. Особенно эти вопросы актуальны с точки зрения детской стоматологии, поэтому для оценки состояния тканей пародонта у детей наблюдаемых групп мы выбрали простые в проведении, безболезненные, индифферентные для организма ребенка спектроколориметрические исследования, которые позволяют зафиксировать недоступные для глаза изменения в слизистой оболочке полости рта.

Материалы и методы исследования. Спектроколориметрические исследования проводили с помощью метода Деньги О.В., основанном на измерении in vivo спектрального коэффициента отражения света R видимого участка электромагнитных волн (380-720 нм) слизистой тканей пародонта с последующей обработкой данных микропроцессором [Деньга О.В., 2002]. Исследования проводились на десне в области верхних и нижних центральных

резцов. Участок десны высушивали ватным тампоном, затем с помощью автоматического спектроколориметра снимали распределение коэффициента отражения света. После этого вышеуказанные участки, высушенные ватным тампоном, смазывали раствором Шиллера-Писарева и снова оценивали оптические параметры. Метод позволяет количественно оценить степень воспалительного процесса в десне и слизистой оболочке полости рта до и после их обработки раствором Шиллера-Писарева.

Результаты исследования. В структуре болезней пародонта преобладали патологические изменения воспалительного характера - хронический катаральный гингивит. Проба Шиллера-Писарева у всех детей с заболеваниями пародонта была положительной. При хроническом течении цвет десны был интенсивный и четкий, во время обострения его интенсивность повышалась, но наиболее яркие проявления воспалительного процесса наблюдались у детей региона, где фтор в воде содержится в высоких концентрациях. Это объясняется тем, что при фтористой интоксикации повышаются тромбоцитоактивные свойства тканей пародонта, сосудистая и тканевая проницаемость, что сопровождается значительным отеком и кровоточивостью десен.

Также изучали изменения в микроциркуляторном русле (МЦР) пародонта под действием жевательной нагрузки (ЖН), для ЖН использовали жевательную резинку (ЖР) Orbit без сахара. Спектроколориметрические показатели оценивали непосредственно после 10 мин жевания. Спектр зелено-голубого участка характеризует наполнение (гиперемию) венозной капиллярной системы десен, поскольку гемоглобин в восстановленной форме поглощает эту длину волн меньше, чем оксигемоглобин, а красно-оранжевый - наполнение артериальной системы (оксигемоглобин), в частности обменные капилляры [Данилевский Н.Ф., Деньга О.В., Деньга Э.М., 1997].

Спектроколориметрическую оценку воспалительных процессов в тканях пародонта проводили с использованием раствора пробы Шиллера-Писарева у детей с хроническим катаральным гингивитом Полтавы, Карловки и Кременчуга (по 20 детей в каждом регионе). Контролем в каждом из трех регионов по содержанию фтора в питьевой воде была группа из 10 детей с клинически интактным пародонтом.

Проведенные оптические исследования десен показали, что при интактном пародонте слизистая оболочка почти на окрашивается под действием раствора Шиллера-Писарева. Это свидетельствует о том, что эпителий десны мало пропускающий для йодного раствора, поэтому нет окраски в его цвет ни в области 380 ... 580 нм, ни в случае его реакции с гликогеном (появление максимума R в области 710 нм).

При хроническом катаральном гингивите, когда клинически проявления воспаления выражены ярко, проницаемость слизистой оболочки очень высокая и десна окрашиваатся как за счет реакции с гликогеном, которая приводит к появлению темно-бурую окраску и смещение спектрального максимума R в область 700...710 нм, так и за счет цветовых параметров самого йодного раствора (изменения в области 380 ... 580 нм).

При проведении функционального теста регламентированной ЖН в случае клинической нормы использование жевательной нагрузки вызывает функциональную гиперемию в сосудах МЦР, что проявляется повышенным кровенаполнением и уменьшением застойных явлений как в артериальной, так и в венозной системах.

После ЖН у детей с катаральным гингивитом наблюдалась отрицательная гиперемия, то есть уменьшение кровообращения в артериально-венозном русле, что также зависело от степени интенсивности воспаления.

Вышеупомянутые изменения спектроколориметрических показателей были характерны для всех детей с хроническим катаральным гингивитом, но в Карловке (регион с повышенным содержанием фтора в питьевой воде) нарушения оптических параметров слизистой оболочки были более выражены.

Выводы. Проведенные исследования указывают, что при воспалении у детей из разных регионов по содержанию фтора в питьевой воде обнаруживается значительная разница фотометрических показателей по сравнению с детьми контрольных групп. Полученные данные позволяют также утверждать, что окраска десен была истинной, то есть за счет реакции йодного раствора с гликогеном, что подтверждает клинический диагноз у детей этих групп.

Список литературы:

1. Абрамова О.Е. Профілактика та лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей залежно від умісту фтору в питній воді: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «стоматологія» / О.Е. Абрамова; ВДНЗУ Укр. мед. стомат. академ. – Полтава, 2006. – 16 с.
2. Воспалительные заболевания пародонта у детей. Часть I. Клиника, дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний пародонта / И.В. Чижевский, Л.А. Моисейцева, И.Д. Ермакова, А.А. Забышный // Здоровье ребенка. – 2008. – № 3 (12). – С. 73-78.
3. Имельбаева Э.А. Применение цитологических методов исследования при заболеваниях пародонта / Э.А. Имельбаева, Н.А. Васильева // Клиническая лабораторная диагностика. – 2007. – № 9. – С. 61.
4. Каськова Л.Ф. Біохімічні показники ротової рідини дітей із хворобами тканин пародонта, які проживають у місцевості з різним умістом фтору в питній воді / Л.Ф. Каськова, О.Е. Абрамова // Український стоматологічний альманах. – 2005. – №6. – С. 42-44.
5. Профілактика стоматологічних захворювань: підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. / Л.Ф. Каськова, Л.І. Амосова, О.О. Карпенко [та ін.]; за ред. проф. Л.Ф. Каськової. – Х.: Факт, 2011. – 392 с.

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПРИВЫЧЕК БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Г. ГОМЕЛЯ КАК ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО КАРИЕСА У ИХ ДЕТЕЙ.

Бурак Ж.М., Романенко В.В., Субоч Е.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Актуальность. Под ранним детским кариесом (РДК) в настоящее время понимают развитие любого кариозного поражения на любой поверхности зуба, возникшее в первые три года жизни ребенка. РДК является одной из самых распространенных медицинских проблем детей первых лет жизни и является актуальным вопросом для здравоохранения во всем мире.

В Беларуси распространенность кариеса у 12-месячных детей составляет 9,7%, в 2 года — 25% и в 2,5 года — 33% [1].

Одним из основных причинных факторов развития РДК является раннее инфицирование полости рта ребенка кариесогенной микрофлорой, полученной, преимущественно от матери. Нерациональное питание, несвоевременное лечение кариозных очагов и неадекватный гигиенический уход за полостью рта будущей мамы способствуют формированию у нее активных штаммов ацидогенных микроорганизмов [1, 3]. Еще одним фактором, влияющим на развитие РДК и частично реализующимся во время антенатального развития ребенка, является качество формирования эмали временных зубов. В условиях Республики Беларусь, характеризующихся эндемическим дефицитом фтора, крайне важно получать оптимальное количество фторидов для повышения кариесрезистентности твердых тканей зубов [1].

Анализ поведения будущих мам во время беременности поможет выявить некоторые управляемые факторы риска развития РДК и провести их коррекцию.

Цель данного исследования – анализ привычек беременных женщин г. Гомеля, способных повлиять на развитие РДК у их детей.

Материал и метод исследования. Было проведено анкетирование 200 беременных женщин, проживающих в г. Гомеле и проходящих плановые осмотры в ГУЗ «Гомельская центральная городская поликлиника. Всем женщинам, принявшим участие в исследовании, предлагалось заполнить анкету, вопросы которой касались основных факторов риска развития РДК, в том числе характера ухода будущих мам за полостью рта и их отношения к применению фторидов. Время проведения исследования май-июнь 2015 г. Полученные результаты обработаны статистически [2].

Результаты исследования. При анализе гигиенического ухода за полостью рта беременных женщин г.Гомеля, было выявлено, что большинство респондентов – 81,0% (162 женщины) –

чистят зубы 2 раза в день. Еще 3,5 % (7 женщин) указали, что чистят зубы после каждого приема пищи. В результате достаточная частота чистки зубов отмечена у 84,5% (169 женщин) лиц, принявших участие в исследовании. Несмотря на то, что недостаточная кратность чистки зубов (1 раз в день и реже) выявлена у достоверно меньшей ($\chi2=190,4$; $p<0,001$) доли опрошенных - 15,5% (31 женщина) – тот факт, что каждая седьмая будущая мама не соблюдает гигиену полости рта на должном уровне, внушает опасение. Это обстоятельство может приводить к большей кариесогенности микрофлоры полости рта у данной категории беременных и, в конечном итоге, способствовать развитию РДК у их будущих детей.

Анализ частоты посещения стоматолога беременными женщинами г.Гомеля показал, что почти половина опрошенных – 41,5% (83 женщины) – посещают стоматолога только при возникновении болевого симптома. Достоверно большая ($\chi2=9,6$; $p<0,01$) доля респондентов – 57,0% (114 женщин) – посещают стоматолога ежегодно; из них 29,5% (59 женщин) делают это 1 раз в год, а 27,5 (55 женщин) – 2 раза в год ($\chi2=0,3$; $p>0,05$). Другие варианты ответов указали 1,5% (3 женщины) респондентов. Полученные данные свидетельствуют о недостаточном внимании женщин репродуктивного возраста к своему стоматологическому здоровью, что может приводить к высокой потребности в санации полости рта среди беременных и способствовать формированию у них устойчивых кариесогенных штаммов.

При анализе характера питания будущих мам было выявлено, что считают безопасным и целесообразным применение фторидов (фторированной соли) около четверти беременных женщин, принявших участие в исследовании – 28,0% (56 женщин). Достоверно большая ($\chi2=0,3$; $p>0,05$) доля респондентов – 65,0% (130 человек) - испытывала затруднения при ответе на данный вопрос, что свидетельствует о недостаточной осведомленности опрошенных о роли фтора в формировании кариесрезистентной эмали и важности достаточного поступления фторидов в период преэруптивного формирования зубов в условиях фтордефицитного региона. Стоит отметить, что 7,0% (14 женщин) опрошенных считают применение фторидов во время беременности опасным.

Был проведен также анализ осведомленности беременных женщин г.Гомеля о РДК как об явлении и об описывающей его терминологии («ранний детский кариес», «бутылочный кариес», «рожковый кариес»). Было выявлено, что осведомлены о данных терминах и существовании описываемого ими заболевания 62,5% (125 женщин) опрошенных, не осведомлены - 37,5% (75 женщин) - $\chi2=25,0$; $p<0,001$. Данный показатель нельзя назвать удовлетворительным, так как больше трети беременных женщин, принявших участие в исследовании, не знают о возможности развития кариеса у детей раннего возраста.

С учетом выявленных факторов риска, со всеми беременными женщинами, принявшими участие в исследовании, после анкетирования были проведены профилактические беседы с выдачей наглядных материалов.

Выводы: Таким образом, мотивация беременных женщин г.Гомеля к поддержанию своего стоматологического здоровья является недостаточной. Лишь 28,0% респондентов считают целесообразным применение фторированной соли во время беременности, более трети (37,5%) опрошенных беременных женщин г.Гомеля не знают о проблеме раннего детского кариеса.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что анализ стоматологических знаний и поведенческих привычек беременных женщин г.Гомеля свидетельствует о необходимости проведения среди них санитарно-просветительной работы в отношении профилактики кариеса зубов будущего ребенка.

Литература:

1. Шаковец, Н. В. Кариес зубов у детей раннего возраста: монография / Н. В. Шаковец, Т. Н. Терехова. – Минск: БГМУ, 2013. – 211 с.

2. Пилипцевич, Н. Н. Основы медицинской статистики и биометрии: Учеб. пособие для самостоятельной подготовки к занятиям по соц. гигиене для иностр. студ. – Часть 1. / Н.Н. Пилипцевич, Т. В. Калинина, Л. П. Плахотя . – Мн.: МГМИ, 1998. – 56 с.

3. Berkowitz, R. J. Causes, Treatment and Prevention of Early Childhood Caries: A Microbio-logic Perspective / R. J. Berkowitz // Journal of the Canadian Dental Association. – 2003. – V.69, № 5. – P. 304-307

ВЛИЯНИЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ НА 1-ОМ ГОДУ ЖИЗНИ НА ПОРАЖАЕМОСТЬ ЗУБОВ КАРИЕСОМ У ДОШКОЛЬНИКОВ.

Омаров О.Г., Гаджиев А.Р., Макаева Э.О., Омарова Х.О., Гасанова М.А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Грудное вскармливание – основа правильного физического развития ребенка, его здоровья. Для детей наиболее уязвимым периодом являются первые недели и месяцы жизни. И только женское молоко содержит большой набор разнонаправленных защитных факторов, все необходимые вещества в нужных количествах и соотношениях для обеспечения правильного развития.

Исследования некоторых авторов показали, что при искусственном вскармливании у детей, начиная с периода новорожденности, наблюдаются изменения функционального состояния пищеварительного тракта, выделительной системы, метаболизма, иммунной системы и гемопоэза. Это может оказать в дальнейшем неблагоприятное влияние на здоровье ребенка. У детей, которые получают искусственное вскармливание, отмечаются снижение резистентности к инфекциям, пищевая аллергия, их нередко перекармливают.

Так как естественное вскармливание на 1-м году жизни исключительно важно для нормального роста и развития детского организма, а минерализация твердых тканей зубов происходит именно в этот период и зависит от алиментарного фактора, то можно предположить связь между характером вскармливания и поражаемостью временных зубов кариесом.

Цель настоящего исследования – определение связи между течением беременности, питанием детей и кариесом зубов.

Материал и методика. Проведено анкетирование 53 женщин и обследование 53 детей в возрасте от 3 до 6 лет. Отмечали протекание беременности у матери, характер вскармливания на 1-м году жизни, перенесенные заболевания и стоматологический статус ребенка. Дети были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 25 детей, у матерей которых беременность протекала физиологически; во 2-ю группу вошли 28 детей, матери которых перенесли токсикозы 1-й половины беременности (тошнота, рвота). В зависимости от характера вскармливания на 1-м году жизни каждая группа детей была разделена на 2 подгруппы. К 1-й подгруппе отнесены дети, находившиеся на грудном вскармливании более полугода (10 детей от матерей с токсикозами беременности и 9 детей от матерей с физиологической беременностью); 2-ю подгруппу составили дети, получавшие искусственное питание с первых недель и месяцев жизни (19 детей от матерей с патологически протекавшей беременностью и 15 детей от матерей с физиологической беременностью).

В каждой группе и каждой подгруппе определяли распространенность и интенсивность кариеса временных зубов у детей, активность кариозного процесса, динамику поражения кариесом и его осложнениями, сроки прорезывания временных зубов.

Результаты исследования. Установлено, что распространенность кариеса временных зубов у детей, родившихся от матерей с физиологическим течением беременности, составляет 67,73±1,2 % при интенсивности поражения кп (з)= 3,97±0,36. Дети, матери которых во время беременности перенесли токсикоз, имели более высокие показатели поражения зубов кариесом (83,61±0,9%, кп (з)=6,25±0,44 ($p<0,05$).

Анализ пораженности зубов кариесом в зависимости от питания показал, что у детей, родившихся от матерей с физиологическим течением беременности и находившихся на искусственном вскармливании, распространенность кариеса составляла 73,91±0,84 % при интенсивности кп(з) =4,83±0,18 ($кп_п$=5,88±0,21), что значительно выше, чем среди детей, получавших грудное молоко более 6 мес. (соответственно 62,07±1,1 % и кп(з)=3,51±0,16, $кп_п$=3,79±0,13. У детей с патологией антенатального развития связь между характером вскармливания на 1-м году жизни и поражаемостью временных зубов кариесом была выражена еще больше. Частота кариеса у детей, находившихся на искусственном вскармливании, составляла 84,69±0,74 %, что достоверно выше, чем у детей, получавших грудное молоко – 74,5 ±0,86 % ($p<0,05$). Существенные различия выявлены и в показателях интенсивности поражения зубов у

детей в зависимости от вида вскармливания. Так, у детей, родившихся от матерей с токсикозами 1-й половины беременности и получавших искусственное питание с первых месяцев жизни, интенсивность кариеса составляла кп(з)==6,68±0,22 ($кп_п$=8,74±0,32), а у пребывавших на естественном вскармливании интенсивность поражения ниже (кп(з)=5,21±0,24; $кп_п$=7,22±0,26, $p<0,05$).

Достоверная связь между кариесом зубов, течением беременности и характером питания детей отмечена во всех возрастных группах. Практически в различные возрастные периоды поражаемость зубов кариесом выше у детей, находившихся на искусственном вскармливании, и особенно у тех из них, матери которых перенесли токсикоз беременности. У таких детей отмечалась большая пораженность кариесом уже в 3-летнем возрасте (60,71±0,63% и кп(з)=3,0±0,22 при физиологической беременности; 63,64±0,8 % и кп(з)=3,36±0,41 при токсикозах).

Кроме того, оказалось, что у детей, матери которых перенесли токсикоз беременности, а также у находившихся на искусственном вскармливании, отмечаются быстрое прогрессирование кариозного процесса, возникновение осложнений. Так, распространенность осложненных форм кариеса у детей, родившихся от матерей с физиологическим течением беременности и получавших искусственное питание, составляла 13,04±1,03%, у детей, вскормленных грудным молоком, значительно ниже – 6,89±0,94%. Существенно чаще встречались воспалительные заболевания пульпы и периодонта временных зубов у детей от матерей с патологически протекавшей беременностью, но различия в данных показателях для 1-й и 2-й подгрупп недостоверны и составляют соответственно 22,73±0,88 и 24,35±1,2% ($p>0,05$).

Определенная связь течения беременности и характера питания детей на 1-м году жизни прослеживается не только с кариесом временных зубов, но и постоянных. В 1-й группе детей кариес шестых зубов выявлен в 40,1±0,8% случаев (1-я подгруппа) и 42,85±0,76% (2-я подгруппа); во 2-й группе значительно чаще – соответственно 63,64±0,96 и 79,3±1,13%. Следовательно, достоверное влияние на развитие кариеса шестых зубов оказывает течение беременности (токсикоз) и совсем незначительные различия имеются между группами с различным характером питания.

Таким образом, полученные результаты позволили выявить связь между течением беременности, характером питания детей на 1-м году жизни и кариесом зубов. Значительное влияние на пораженность временных зубов кариесом оказывают патологическое течение беременности и характер вскармливания ребенка на 1-м году жизни. Это необходимо учитывать при формировании групп риска среди дошкольников, а также при планировании профилактических, лечебных и оздоровительных мероприятий. Необходимо направить значительные усилия на предупреждение токсикозов беременности, своевременное их лечение, обеспечение достаточной лактации у матери на максимальное время.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ.

Хмиль Е.В., Каськова Л.Ф., Хмиль Д.А.

ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Гигиеническое обучение и воспитание детей является обязательным компонентом всех профилактических программ. Существующие групповые программы профилактики наиболее доступны, экономически выгодны и являются наиболее эффективным методом профилактики основных стоматологических заболеваний. Хотя адекватная индивидуальная гигиена полости рта так же является неотъемлемым компонентом профилактики кариеса зубов и патологии тканей пародонта. Эффективное обучение и коррекция гигиенических навыков по уходу за полостью рта не возможны без знания особенностей прикуса, привычек и предпочтений обучаемого при выборе предметов и средств оральной гигиены [8, 9].

Количество зубочелюстных аномалий и деформаций имеет тенденцию к значительному росту, особенно в последнее время. У детей с различными зубочелюстными аномалиями создаются дополнительные условия для задержки остатков пищи, которые усложняют проведение тщательной индивидуальной гигиены полости рта [3. 4, 6]. Плохая гигиена полости рта приводит к

нарушению её гомеостаза и ухудшению показателей ротовой жидкости, что отрицательно влияет на состояние зубов и тканей пародонта [1].

Известно, что зубочелюстные аномалии являются одним из факторов недостаточной гигиены полости рта у детей, но и ортодонтические конструкции значительно усложняют адекватную гигиену полости рта, а это, в свою очередь, повышает риск возникновения стоматологических заболеваний [2, 6].

Поэтому **целью** нашего исследования было проведение сравнительной характеристики эффективности индивидуальной гигиены полости рта у здоровых детей и у детей с патологией зубочелюстной системы.

Материал и методы исследования. Проведен осмотр 100 детей в возрасте 12-13 лет. Выделены две группы наблюдения: первая группа - дети с зубочелюстными аномалиями; вторая – здоровые дети без зубочелюстных аномалий. У всех изучали стоматологический статус и показатели гигиены. Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали гигиенические индексы Федорова Ю.А. и Володкиной В.В., индекс Silness-Loe. Стоматологический статус детей определяли на основании обследования по методике, рекомендованной ВООЗ.

Результаты исследования.

У обследованных детей, зубочелюстные аномалии диагностированы у 67 человек, что составило 67,0 ± 1,92%. Чаще всего определялась скученность зубов, которая была выявлена у 35 детей с аномалиями I класса по Энглю, у 7 - с аномалиями II класса, что составило 62,7% от общего колличества детей с патологией прикуса.

Наши исследования показали, что гигиена полости рта у детей с зубочелюстными аномалиями значительно хуже, чем у здоровых детей, независимо от того, какой метод исследования был использован (табл. 1).

Таблица 1

Показатели гигиены и состояния тканей пародонта у детей с учётом отношения к лечению зубочелюстных аномалий

Номер группы	Группы детей и их колличество	Гигиенические индексы, баллы	
		Федорова-Володкиной	Silness-Loe
1	Дети с зубочелюстными аномалиями, n=67	2,3±0,05	1,1±0,05
2	Здоровые дети, n=33	1,5±0,02 P_{1-2}<0,001	0,8±0,03 P_{1-2}<0,01
3	Всего	1,9±0,031 P_{1-3}<0,01 P_{2-3}<0,001	0,98±0,023 P_{1-3}<0,001 P_{2-3}>0,05

Примечание. $P_{1...3}$ - достоверность различий показателя между группами детей во время обследования.

Показатели ндекса Федорова-Володкиной у детей с аномалиями зубочелюстной системы практически в полтора раза выше, чем у здоровых детей, а индекса Silness-Loe – в 1.3 раза. Следовательно, зубочелюстные аномалии являются одним из факторов недостаточной гигиены полости рта.

Выводы. Дети с зубочелюстными аномалиями требуют значительно большего внимания с точки зрения не только ортодонта, но и детского стоматолога-терапевта [4].

Тщательность проведения индивидуальной программы гигиенической профилактики стоматологических заболеваний, предложенной пациенту врачом и разработанной индивидуально для каждого конкретного пациента с учётом уникальности его стоматологической ситуации и гигиенического статуса, является залогом успеха дальнейшего ортодонтического лечения.

Таким детям следует более тщательно подходить к выбору предметов и средств гигиены полости рта. Гигиену полости рта у детей с зубочелюстными аномалиями следует проводить с

использованием дополнительных разнообразных предметов (специальные зубные щётки, флоссы, суперфлоссы и ультрафлоссы, ирригаторы, ёршики) и средств гигиены (лечебно-профилактические зубные пасты, специальные бальзамы, пенки для гигиены полости рта, лечебно-профилактические ополаскиватели и др.) [7].

Внимательное отношение к гигиене полости рта и точное соблюдение рекомендаций врача – залог максимально быстрого и успешного ортодонтического лечения, по окончании которого ребёнок получит великолепную ровную улыбку.

Литература

1. Дрогомирецька М.С. Зубний наліт - як фактор ризику виникнення демінералізації емалі під час лікування зубошелепної патології еджуайс-технікою /М.С. Дрогомирецька // Сб. тез. І респ. конф. "Современная стоматология и челюстно-лицевая хирургия". - 1998. - С. 242-243.

2. Загайнова Н.Н. Корреляционная связь между показателями интенсивности кариеса зубов, состоянием тканей пародонта и гигиены полости рта у детей / Н.Н. Загайнова // Вісник стоматології. - 2007. - №2. - С. 51-53.

3. Каськова Л.Ф. Стан гігієни порожнини рота та тканин пародонта у дітей із зубощелепними аномаліями в процесі лікування знімними ортодонтичними конструкціями / Л.Ф. Каськова, Н.М. Тараненко // Вісник стоматології. - 2004. - №4. - С. 57-59.

4. Левенец А.А. Профилактика кариеса зубов у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями на этапах ортодонтического лечения / А.А. Левенец, Е.А. Бриль // Российский стоматологический журнал. - 2006. - №1. - С. 33-35.

5. Мірчук Б.М. Стан гігієни порожнини рота і тканин пародонта при комплексному лікуванні дітей зі скупченням зубів / Б.М. Мірчук, О.М. Ославський // Вісник стоматології. - 2006. - №3. - С. 70-74.

6. Олейник Е.А. Скученное положение зубов - область повышенного риска развития основных стоматологических заболеваний / Е.А. Олейник // Институт стоматологии. - 2007. - №3. - С. 62-63.

7. Павленко О.В. Профілактика розвитку стоматологічних хвороб при ортодонтичному лікуванні у дітей молодшого та середнього віку / О.В. Павленко, О.В. Біда // Український стоматологічний альманах. - 2006. - №1. - С. 44-45.

8. Суриков А.М. Оценка гигиенического состояния полости рта ортодонтических пациентов / А.М. Суриков // Ортодонтия. - 2005. - №3. - С. 17-20.

9. Тараева О.М. Влияние индивидуальной чистки зубов на количество зубного налета / О.М. Тараева // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2009. - Том VIII, №3. - С. 66-72.

ОСОБЕННОСТИ КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ В ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ АДЕНОИДОВ

Уласевич Л.П.

ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Данная работа является фрагментом НИР кафедры детской терапевтической стоматологии с профилактикой стоматологических заболеваний Высшего государственного учебного заведения Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» «Усовершенствовать методы профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний у детей с факторами риска», № государственной регистрации 0111U006760.

Актуальность. Для детской терапевтической стоматологии чрезвычайно актуальным вопросом остается проблема распространения и увеличения интенсивности кариозного процесса у детей разных возрастных групп [11,12]. В последние годы отмечается тенденция роста интенсивности кариеса, в частности относительно временных зубов [8,15].

По последним данным, на смену представлений о том, что у детей до 3-х лет кариес зубов возникает крайне редко, пришли данные о его распространенности до 62% - среди детей до 2-х лет и 70,3 - 85,5 % - среди детей 3-х лет [14,16]. и у детей дошкольного возраста достигает 90% с интенсивностью до 3,9 [3,7,9].

Большим количеством исследований доказано бесспорное влияние хронических соматических заболеваний на состояние полости рта и развитие основных стоматологических заболеваний, в том числе и на создание повышенной кариесогенной ситуации, что в свою очередь способствует возникновению деструкции твердых тканей зубов во всех возрастных группах детей [13]. Наличие соматической патологии было выявлено у около 35% детей-пациентов стоматологических клиник [1].

По данным государственной статистической отчетности первое ранговое место в структуре заболеваемости детского населения занимают болезни органов дыхания, они составляют 51,28% от общей соматической патологии [6]. Причиной повторных заболеваний респираторного тракта нередко является патология ЛОР-органов, среди которых у детей дошкольного возраста преобладает развитие гипертрофии аденоидов - 45,2% [2,10], из которых 68% совмещаются с хроническим аденоидитом [5].

Особенности клинической картины при гипертрофии аденоидов, а также аденоидитов, длительность течения данного заболевания, а также непосредственная анатомическая и функциональная связь с полостью рта, обусловливают необходимость изучения взаимосвязи поражения зубов кариесом с данной ЛОР-патологией у детей.

В связи с этим, имеет место изучение взаимосвязи патологии ЛОР-органов и показателей кариеса для планирования и проведения профилактических мероприятий, направленных на повышение резистентности твердых тканей зубов у детей.

Целью нашего исследования было изучить распространенность и интенсивность кариеса временных зубов у детей 3-5 лет с гипертрофией аденоидов для обоснования необходимости профилактики кариеса зубов у данной группы.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных целей проведено обследование 50 детей (35 мальчиков и 15 девочек) 3-5 лет, которые находятся на динамическом диспансерном наблюдении по поводу наличия гипертрофии аденоидов с разной степенью тяжести. В ходе исследования проводили изучение медицинских карточек, опрос и клиническую оценку состояния полости рта ребенка, а также изучали литературные сведения по вопросу распространенности кариеса у детей данной возрастной группы.

Во время изучения медицинских карточек обращали внимание на срок нахождения ребенка на диспансерном учете, при опросе родителей уточняли частоту заболеваемости ребенка за год, наличие признаков ротового или смешанного типов дыхания, особенности гигиенического ухода за полостью рта ребенка. Клиническое обследование проводили по методике ВОЗ (1989). Состояние твердых тканей временных зубов оценивали с использованием показателей распространенности (%), интенсивности кариеса зубов ($кп_з$), гигиену полости рта - по индексу Ю.А. Федорова - В.В. Володкиной (1971). Для регистрации данных обследования использовали медицинские карты стоматологического больного.

После проведенного обследования дети были разделены на две группы: 1 группа – 31 человек (диспансеризация 1-2 года), 2 группа – 19 человек (диспансеризация до 1 года), выборка была обусловлена длительностью течения соматической патологии.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведения исследований, нами было выявлено, что абсолютное большинство детей (84%) за последний год имели более 5 эпизодов возникновения обострения ЛОР-патологии. У 100 % детей с гипертрофией аденоидов имелись признаки смешанного или носового типа дыхания (сон с открытым ртом и похрапывание – со слов родителей, данные дыхательной пробы).

22 ребенка имели кариес, что соответствует уровню распространенности в 44 %. На основании клинико-эпидемиологического анализа с учетом длительности течения гипертрофии аденоидов выявлено, что распространенность кариеса в группе детей находящихся на диспансеризации до года составляла 33 % (31 ребенок), от года до двух – 66 % (19 детей).

Полученные данные относительно ухудшения состояния твердых тканей у детей данной возрастной группы можно объяснить тем, что одним из симптомов гипертрофии аденоидов является нарушение носового дыхания, а именно преимущество наличия ротового дыхания [4], что в свою очередь формирует дополнительный фактор риска возникновения кариеса. Данная ситуация, в свою очередь, провоцирует возникновение сухости ротовой полости. Любые

изменения в объеме или качественном составе слюны приводят к снижению ее защитных свойств: происходит размножение агрессивной микрофлоры полости рта, наблюдается повышенное образование зубной бляшки, увеличение отложения зубного налета, нарушается баланс между деминерализацией и реминерализацией твердых тканей зуба. Все это способствует возникновению кариеса временных зубов у детей раннего возраста. Также длительное течение гипертрофии аденоидов усугубляет кариесогенную ситуацию за счет формирования хронического очага инфекции в области ротоглотки, что в свою очередь способствует размножению патогенной микрофлоры, снижению pH и изменению буферных свойств ротовой жидкости.

Основным причинным фактором возникновения кариеса являются микроорганизмы зубного налета, которые производят органические кислоты и обуславливают возникновение очага деминерализации твердых тканей зуба, причем играет роль их количество и свойства: образование органических кислот, продукция внеклеточного полимера глюкозы (гликаны), способность фиксации и роста микроорганизмов на твердой поверхности.

Условия в ротовой полости наиболее изменчивы и зависят от сочетания всех причинно-следственных составляющих кариозного процесса: характера питания, состав питьевой воды, функционального состояния всего организма.

Оценивая состояние гигиены полости рта, в группе детей с сопутствующей патологией определили, что она неудовлетворительна и составляет 2,3 балла. При опросе выявлено, что около 70% детей чистят зубы один раз в день и нерегулярно. По данным контролируемой чистки зубов установлено, что большинство детей не обладают необходимыми навыками гигиены полости рта. Анкетированием выявлено, что 100% обследованных имеют высокий уровень потребления углеводов в своем ежедневном рационе, лишь 5% детей употребляют чистую воду или ополаскивают ротовую полость после приема кариесогенной пищи.

Выводы. У детей с гипертрофией аденоидов выявлено преобладание смешанного или ротового типа дыхания, наличие высокого уровня распространенности кариеса, особенно при длительном течении соматической патологии, ухудшение состояния гигиены полости рта.

Проведенные нами исследования обуславливают необходимость изучения гомеостаза полости рта, а также разработку и внедрение в практическое здравоохранение методов повышения эффективности профилактики кариеса, направленных на снижение воздействия кариесогенных факторов у детей, имеющих гипертрофию аденоидов.

Литература.

1. Абрамов А.А. Распространенность соматической патологи у детей-пациентов кафедры стоматологи (для підготовки интернов) ЦВД СПбМАПО /А.А. Абрамов// Стоматология детского возраста и профилактика. – 2008. – № 3. – С. 3-5.

2. Батчаев А.С-У. Сравнительный анализ клинической эффективности различных методов лечения хронических аденоидитов // Новости ото-ринолар. и логопатол. – 2002. – №1. – С.43-45.

3. Біденко Н. В. Ранній карієс у дітей: стан проблеми в Україні та світі / Н. В. Біденко // Современная стоматология. – 2007. – № 1. – С. 66-72.

4. Борзов Е.В. Распространенность патологии ЛОР-органов у детей / Е.В. Борзов // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – № 1. – С. 3-5.

5. Гарюк Г.І. Деякі аспекти вибору тактики лікування риносинуситів у дітей при супутньому паразитозі [Текст] / Г. І. Гарюк [та ін.] // Інфекц. хвороби. – 2011. – № 1. – С. 31-34.

6. Дудіна О. О. Перші результати впровадження заходів Національного проекту "Нове життя" – нова якість охорони материнства та дитинства" [Електронний ресурс] / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 1. – С. 5-11. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/VSG_2014_1_3.pdf

7. Иванов В. С. Стоматологическая заболеваемость у детей дошкольного и младшего школьного возраста города Одессы (часть 1) / В. С. Иванов // Вісник стоматології. - 2013. - № 1. - С. 120-125.

8. Каськова Л. Ф. Активность кариеса временных зубов и его осложнений у детей с фактором риска / Л. Ф . Каськова, О. В. Шешукова // Укр. стомат. альманах. – 2001. – № 6. – С. 81-83.

9. Каськова Л. Ф. Вплив антенатальних та постнатальних факторів ризику на показники карієсу тимчасових зубів / Л. Ф. Каськова, А. В. Шепеля // Український стоматологічний альманах. – 2009. – № 5. – С.42-46.

10. Ковалева Л. М. Аденоиды и сопутствующие заболевания / Л.М.Ковалева. – М.: СПб.:Диля, 2003. – 160 с.

11. Косенко К.М. Епідеміологія основних стоматологічних захворювань у населення України і шляхи їх профілактики: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.22 "Стоматологія" / К.М. Косенко. – К.,1994. – 45 с.

12. Кузьмина Е.М. Стоматологическая заболеваемость детского населения Нижегородской области / Е.М. Кузьмина, С.Ю. Косюга // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2002. – № 3-4. – С. 67-70.

13. Рейзвих О.Э. Взаимосвязь частоты стоматологических заболеваний с уровнем соматического здоровья детей (обзор литературы) / О.Э Рейзвих, С.А. Шнайдер, Н.О. Нонева // «Інновації в стоматології». – 2014. – № 3. – С. 125-133.

14. Смоляр Н.І. Профілактика карієсу у дітей дошкільного віку - завдання дитячого стоматолога та педіатра / Н.І. Смоляр, Г.М. Солонько, І. С. Дубецька-Грабоус, Е. В. Безвушко // Профілактична та дитяча стоматологія. – 2012. – № 2. – С. 12-16.

15. Чижевський І.В. Карієс зубів у дітей молодшої вікової групи / І.В. Чижевський, В.С. Стулікова, М.Д. Кирієнко //Профілактична та дитяча стоматологія. – 2010. – № 1. – С. 38-41.

16. Ярошенко О.Г. Лікування та профілактика захворювань твердих тканин зубів у дітей раннього віку з генетично обумовленою патологією сполучної тканини : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01. 22 «Стоматологія» / О.Г. Ярошенко. – Одеса, 2010. – 19 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ОРАЛЬНОГО ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МУКОЗИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Попруженко Т.В., Борис С.П.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Воспаление слизистой оболочки полости рта, развивающееся вслед за введением противоопухолевых лекарственных средств, – одна из актуальных проблем сопроводительной терапии онкологических больных: так называемый химиотерапевтический оральный мукозит в значительной мере снижает качество жизни пациентов и требует для них дополнительной медицинской помощи [3]. До сих пор не существует общепризнанных эффективных протоколов менеджмента мукозита, так как базовые вопросы его патогенеза остаются нерешенными. В течение последних десяти лет рабочей гипотезой патогенеза химиотерапевтического мукозита служит концепция T. Sonis, основанная на предположении о том, что мукозит – как лучевой, так и химиотерапевтический - является результатом поражения тканей вследствие каскадной реакции высвобождения свободных радикалов, инициированной врачебным вмешательством [2]. Следуя этой концепции, можно предположить, что для контроля химиотерапевтического мукозита могли бы быть полезны лекарственные средства с антиоксидантными эффектами. В детской онкогематологической клинике таким средством мог бы стать ацетилцистеин (АЦЦ), сочетающий, как известно, свойства муколитические (в том числе оптимизирующие вязкость слюны) и протективные [1].

Целью исследования стало клиническое тестирование гипотезы о патогенетической роли свободных радикалов в развитии химиотерапевтического мукозита, сопровождающего применение высокодозного метотрексата.

Материал и методы. В проспективном продольном контролируемом рандомизированном исследовании приняли участие 30 детей и подростков, находившихся на лечении острого лимфобластного лейкоза или лимфомы в РНПЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии (г. Минск) в течение 87 эпизодов химиотерапии высокодозным метотрексатом по протоколам ALL-MB-2008, ALL-BFM-2002-Rez, B-NHL-M 2010, NHL-BFM–95. По согласованию с этическим комитетом РНПЦ и с разрешения родителей было организовано рандомизированное деление

пациентов на две группы: 14 детям и подросткам в 41 эпизоде химиотерапии с первого по десятый день от ее начала назначали АЦЦ (внутрь, в возрастных дозах: детям в возрасте до двух лет – 50 мг/сут, в возрасте двух-пяти лет – 200 мг, с шести до четырнадцати лет – 300 мг, в два приема); остальным 16 пациентам, составившим группу контроля, в 46 эпизодах химиотерапии АЦЦ не назначали; протоколы поддерживающей терапии в группе исследования и группе сравнения не различались.

Стоматолог обследовал полость рта каждого пациента в каждом эпизоде химиотерапии в течение двух недель после введения метотрексата для выявления признаков мукозита. Состояние слизистой оболочки полости рта оценивали в соответствии с критериями индекса оральной токсичности ВОЗ, где код 0 означает нормальное состояние, коды 1 и 2 – мукозит легкой и средней тяжести (1 – отек, эритема, 2 – на слизистой оболочке есть язвы, но пациент принимает твердую пищу), коды 3 и 4 − тяжелый мукозит (3 – слизистая оболочка изъязвлена, пациент принимает только жидкую пищу; 4 – прием пищи через рот невозможен). Усредненную частоту мукозита для каждого пациента рассчитывали как долю осложнившихся мукозитом эпизодов в общем количестве пройденных им эпизодов (от одного до четырех) высокодозной химиотерапии. Статистическая обработка результатов проведена методами непараметрической статистики с определением медианы (Me), нижнего (LQ) и высокого квартиля (HQ) с использованием критериев Пирсона (χ^2), Фишера (F) и Манна-Уитни (U).

Результаты. В период исследования отмечено 55 случаев орального мукозита (в том числе 15 случаев с тяжелым течением) у 26 пациентов. Как минимум один эпизод химиотерапии был осложнен мукозитом у 11 (79 %) пациентов, получавших АЦЦ, и у 15 (94 %) пациентов группы сравнения [(OR = 0,24 (0,02 до 2,68); F = 0,315453; χ^2 = 1,49; p > 0,05]. Усредненная частота мукозита в группе пациентов, получавших АЦЦ, составила Me [LQ; HQ] = 0,5 [0; 1], в группе контроля 0,7 [0,3; 1] (U = 96; p > 0,05).

Среди эпизодов химиотерапии, сопровождавшихся приемом АЦЦ, мукозитом были осложнены 24 (59%), в группе контроля зарегистрирован 31 (67%) такой эпизод [OR = 1,46 (0,61 до 3,51); F = 0,504639; χ^2 = 0,73; p > 0,05]. Продолжительность мукозита на фоне приема АЦЦ колебалась от двух до 25 дней (9 [6; 15]), в группе сравнения – от трех до 24 дней (8 [4; 13]; U = 337; p > 0,05). Тяжело протекали семь (29 %) случаев мукозита, отмеченных на фоне приема АЦЦ, и восемь (26 %) случаев из общего количества мукозитов, развившихся в группе сравнения [OR = 1,18 (0,36 до 3,9); F = 1,000000; χ^2 = 0,08; p > 0,05].

Выводы. Анализ результатов применения АЦЦ для сопроводительного лечения детей и подростков, получающих высокодозную противоопухолевую химиотерапию, не дает оснований считать это лекарственное средство, обладающее антиоксидантными эффектами, полезным для профилактики и снижения тяжести орального мукозита, и, следовательно, поддержать гипотезу о каскадном радикальном патогенезе химиотерапевтического мукозита.

Литература.

1. Park, J.H. The Antioxidant N-Acetylcysteine Inhibits Inflammatory and Apoptotic Processes in Human Conjunctival Epithelial Cells in a High-Glucose Environment. / J.H. Park [et al.] // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. – 2015. –Vol. 56, № 9. - C. 5614-21.

2. Sonis, S.T. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients / S.T. Sonis [et al.] // Cancer. – 2004. –Vol. 100 (9 Suppl.). – P. 1995-2025.

3. WY, I. Oral mucositis in paediatric patients after chemotherapy for cancer Hong / I. WY [et al.] // Kong Med. J. – 2014. – Vol. 20 (Suppl. 7). – S. 4-8.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ-УЧАСТНИКОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ (БАЗОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).

Терехова Т.Н., Мельникова Е.И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Наиболее распространенным стоматологическим заболеванием среди детей является кариес зубов. Эпидемиологические исследования, регулярно проводимые в Республике Беларусь,

свидетельствуют о высокой поражаемости твердых тканей временных и постоянных зубов у детей. Анализ данных стоматологического обследования 9-10 –летних школьников, проживающих в г. Минске, показал, что каждый ребенок имеет по 3,62 зуба и 5,96 поверхности, пораженные кариесом (Терехова Т.Н., Мельникова Е.И., 2012).

Ведущим этиологическим фактором в возникновении кариеса зубов является зубной налет. Очень высокий риск возникновения кариеса у детей обусловлен рядом физиологических особенностей организма. В связи с этим, предупреждение кариеса у детей и подростков остается на сегодняшний день одной из актуальных задач стоматологии (Schwarz,E. 2007).

Исследованиями установлено, что процесс созревания эмали прорезавшегося зуба поддается активной регуляции под воздействием фторидсодержащих и кальций-фосфатсодержащих реминерализующих средств. Препараты фтора при местном применении увеличивают темп созревания твердых тканей зубов в 2,5-4 раза. В связи с этим профилактические мероприятия, создающие оптимальные условия для созревания твердых тканей зуба, являются наиболее эффективными (Bratthall D., 2000).

Цель исследования - изучить интенсивность кариеса зубов и гигиену полости рта у младших школьников-участников профилактической программы.

Материал и методы. Клиническое исследование проводилось на базе ГУО «Гимназия №12» и ГУО «Гимназия №10» г. Минска. В нем приняли участие 159 младших школьников. Перед началом исследования дети и их родители были ознакомлены с предлагаемой программой, и получено согласие родителей на проведение осмотра детей и профилактических мероприятий. Методом рандомизации все участники были разделены на 5 групп. Группу 1 составили 27 детей, которые для гигиены полости рта применяют зубной крем Remin Pro в течение месяца четыре раза в год под контролем родителей и на зубы аппликируется фторидсодержащий лак Profluorid. Во 2 группе 30 детям на зубы аппликируется фторидсодержащий лак Profluorid и контролируемая гигиена полости рта не проводится. Школьники 3 группы (32 человека) для гигиены полости рта применяют зубной крем Remin Pro в течение месяца четыре раза в год под контролем родителей. Группу 4 составили 30 детей, на зубы которых аппликируется фторидсодержащий и трикальцийфосфатсодержащий лак Clinpro White Varnish. Контрольную группу 5 составили 40 младших школьников, родители которых отказались от участия в профилактической программе. У всех школьников нами изучена интенсивность кариеса зубов по индексам кпу+КПУ и кпп+КПП и гигиена полости рта по индексу OHI-S. Осмотр полости рта проводился в условиях стоматологического кабинета с помощью набора стоматологического инструментария (стоматологическое зеркало, зонд).

Результаты исследования. В результате исследования установлено, что каждый школьник, входящий в 1 группу, имел по 4,52 кариозных временных и постоянных зубов, в которых поражено по 6,67 поверхностей (таблица).

Таблица.

Базовые показатели стоматологического статуса младших школьников-участников профилактической программы

Группа	Число обследованных детей	Интенсивность кариеса зубов по индексу кпу+КПУ	Интенсивность кариеса зубов по индексу кпп+КПП	Гигиена полости рта по индексу OHI-S
1	27	4,52	6,67	1,01
2	30	4,73	7,20	0,98
3	32	5,53	8,53	1,05
4	30	5,00	8,17	0,95
5	40	4,70	7,43	1,06

Во 2 группе интенсивность кариеса зубов по индексу кпу+КПУ была выше на 0,19, составив 4,73, а интенсивность кариеса зубов по индексу кпп+КПП выше на 0,53, составив 7,20. У младших школьников, вошедших в 3 группу, нами установлена наивысшая поражаемость кариесом зубов: каждый ребенок имел по 5,53 зубов, пораженных кариесом или восстановленных пломбой и 8,53 кариозных поверхностей. Интенсивность кариеса зубов по индексу кпу+КПУ у школьников 4 группы по данным исследования составила 5,0, а интенсивность кариеса зубов по индексу

кпп+КПП – 8,17. В результате исследования установлено, что поражаемость кариесом зубов поверхностей у младших школьников контрольной группы не отличалась значительно от профилактических групп, составив по индексу кпу+КПУ 4,7, а по индексу кпп+КПП 7,43.

Анализ состояния гигиены полости рта по индексу OHI-S у младших школьников показал, что значение индекса в профилактических группах колебалось от 0,95 до 1,05, а в контрольной группе составило 1,06.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что интенсивность кариеса зубов по индексу кпу+КПУ у детей профилактических групп колебалась от 4,5 до 5,5, а в у школьников контрольной группы составила 4,7 и оценена как средняя. Гигиена полости рта по индексу OHI-S в всех группах оценена как удовлетворительная.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Проблемы обеспечения и оценки качества медицинской помощи являются одними из наиболее важных для любой системы здравоохранения. Внедрение новых медицинских технологий и форм организации труда должно быть нацелено, прежде всего, на повышение качества. Актуальность вопросов обеспечения качества еще более возрастает в период реформирования здравоохранения, что объясняет необходимость освоения будущими врачами понятий качества, форм и методов его оценки, способов управления качеством.

Цель – совершенствование методики оценки качества стоматологической помощи.

Качество медицинской помощи – это степень соответствия медицинской помощи, заранее установленным критериям и стандартам. Качество стоматологической помощи является характеристикой, отражающей степень адекватности медицинских технологий, выбранных для достижения поставленной цели и соблюдения их профессиональных стандартов.

Результаты исследования. При анализе и оценке качества стоматологической помощи важно представить, как в них проявляются интересы сторон, участвующих в процессе производства, распределения и потребления медицинских услуг (медицинской помощи), что весьма существенно в условиях медицинского страхования, предполагающего реализацию элементов рыночных отношений в здравоохранении.

В этой сложной системе взаимоотношений участников медицинского страхования интересы пациентов в высоком уровне качестве стоматологической помощи, безусловно, являются приоритетными. Однако, сам потребитель (пациент) не обладает широкой компетенцией по оценке качества столь важной социальной услуги, которой является стоматологическая помощь. Поэтому система медицинского страхования и имеет одну из важнейших задач - обеспечение контроля качества стоматологической помощи потребителям медицинских услуг с помощью квалифицированных специалистов – врачей-экспертов. Непростой механизм этого контроля реализуется независимыми от системы здравоохранения страховыми медицинскими организациями, являющимися посредниками между потребителями и исполнителями (производителями) медицинских услуг. Подобный подход к контролю качества создает реальные условия защиты прав потребителей.

При анализе разных подходов к оценке качества медицинской помощи наиболее важной представляется методика, в основу которой заложен комплекс структурного, процессуального и результативного компонентов анализа.

Структурный подход предполагает лицензирование, аккредитацию и сертификацию ресурсной базы учреждений здравоохранения; кадров, оборудования и медицинской техники, материально-технического обеспечения условий для пребывания больных и работы медицинского персонала. Они позволяют определить потенциальные возможности имеющихся ресурсов конкретного медицинского субъекта (лечебно-профилактического учреждения, медицинского кооператива, частнопрактикующего врача и т.д.) для выполнения поставленных перед ним целей по оказанию медицинской помощи. Этот подход основан на предположении, что совершенная структура ресурсов и уровень их развития создает реальные возможности для соблюдения необходимой медицинской технологии, что обеспечивает высокую вероятность получения хороших результатов и гарантирует потребителям медицинских услуг определенное (хотя бы минимальное качество) диагностики, лечения и реабилитации.

Лицензирование и сертификация лечебно-профилактических учреждений, аттестация и сертификация медицинских кадров как наиболее существенные направления структурного анализа получают правовую, организационную и экономическую основу с введением Закона "О медицинском страховании граждан РФ".

Процессуальный подход призван ответить на вопрос: как соблюдается технология лечебно-диагностического процесса? Основным методом в рамках процессуального подхода, в том числе и

в отечественном здравоохранении является метод экспертной оценки качества медицинской помощи по первичной документации. Сознавая все недостатки такого источника, медицинской информации как история болезни (карта амбулаторного или стационарного больного), тем не менее, никто пока не может предложить другого, более эффективного и объективного метода оценки качества медицинской помощи.

Логическим завершением процесса оценки качества является *результативный подход* - оценка качества медицинской помощи по результатам. Основывается на оценке степени достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи. Направление прогрессивное, но весьма трудно реализуемое на практике. Эта трудность заключается в сложности определения, что есть цель и конечный результат деятельности различных специалистов и учреждений системы здравоохранения.

При всех методических сложностях конечные результаты деятельности относительно четко определены для стационаров. Их цель - оказать квалифицированную помощь пациентам: излечить, купировать патологический процесс, восстановить нормальное функциональное состояние, облегчить боли и страдания, предупредить или устранить осложнения, Кроме того, известен момент, когда следует определить: достигнута цель - это момент выбытия пациента из стационара. Исходя из поставленной цели, конечные результаты могут быть выражены в показателях, характеризующих исход лечения различных болезней или клинико-диагностических групп больных, больничная летальность, процент осложнений, процент выздоровления и т.д.

Эффективность стоматологической помощи в первую очередь зависит от уровня профессиональной подготовки медицинских кадров, от выбора и соблюдения технологии оказания медицинской услуги. При проведении экспертизы качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении для объективной оценки уровня квалификации медицинских кадров, объема выполняемых лечебно-диагностических мероприятий, а также сложности и надежности применяемых технологий должны использоваться специальные показатели.

Система оценки качества медицинской помощи обязательно должна включить показатели удовлетворенности потребителя медицинской услуги, так как оценка потребителем является окончательным (основным критерием качества медицинской услуги). Однако практическое использование результатов оценки качества стоматологической помощи потребителем должно осуществляться с учетом одного очень важного фактора - степень удовлетворенности потребителя медицинской услуги должна соответствовать профессиональным медицинским стандартам, требованиям врачебной этики и медицинской деонтологии.

Заключение. Оценка качества стоматологической помощи основана на сопоставлении объема выполненных лечебно-диагностических мероприятий определенного вида медицинской помощи и достигнутых результатов с установленными "стандартами" или "эталонами (требования). При оказании медицинской помощи в условиях рыночных отношений между лечебными учреждениями (производителем) и пациентом (потребителем медицинских услуг) ключевым элементом оценки ее качества является обнаружение свойств, характеризующих взаимосвязь между результативностью медицинской помощи, оказанной по определенной технологии, и финансовыми затратами. Поэтому при оценке качества стоматологической помощи приоритет должен быть отдан показателям, отражающим ее эффективность, учитывающую медицинскую результативность, удовлетворенность потребителя и произведенные затраты.

МЕТОДИКА СОСТАВЛЕНИЯ ПЛАНА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА.

Агаларова Л.С., Гаджиев Р.С., Гасанов А.Н., Азизханова Т.М.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Планирование работы является одним из важных принципов управления. Его можно рассматривать, как процесс установления целей, сроков и мер, направленных на достижение, намеченных целей. Важнейшими принципами планирования любой службы, как известно, являются: подчинение плана основным целевым установкам; выделение в плане ведущих звеньев, научно-практическая обоснованность намеченных планов, связь текущих – годовых планов с перспективными, мобилизация коллектива учреждения и его структурных

частей на выполнение подавленных задач; контроль за ходом выполнения плана. Все это относится и к составлению плана работы врача-стоматолога.

Цель – совершенствование методики составления плана работы врача-стоматолога, в новых экономических условиях.

Материал и метод исследования. Изучение планов работ врачей-стоматологов показало, что структура и содержание планов крайне разнообразны. В их составлении отмечается ряд недостатков. Так, нередко в план работы включаются общие неконкретные мероприятия, проверка исполнения некоторых не всегда возможна. Например, «приводить повышение квалификации медицинских работников, «улучшить диспансеризацию» и т.д. без определения путей для достижения этих целей. В планах ряда врачей-стоматологов содержание намеченных к выполнению мероприятий по тому или иному разделу работы излагается в виде директивной инструкции или положения об обязанностях, т.е. перечисляются общие повседневные обязанности вместо конкретного объема работы и без установления срока их исполнения и исполнителей.

Как правило, в большинстве случаев в планах не отражен контроль за своевременным исполнением мероприятий, что способствует порождению безответственности у исполнителей. Имеет место включение в план мероприятий, которые не могут быть выполнены из-за отсутствия материального и кадрового обеспечения; допускается повторение одних и тех же мероприятий в течение ряда лет, что исключает дальнейшее развитие деятельности врачей.

Результаты исследования. При составлении плана работы врачи-стоматологи, прежде всего, должны руководствоваться приказами и официальными документами Министерства здравоохранения РФ и Республики Дагестан. Важное значение имеют сведения о состоянии стоматологической заболеваемости обслуживаемого населения и заболеваниях, выявленных при обращаемости, периодических профилактических осмотрах.

Исходным материалом для текущего планирования являются: материалы экспертной оценки качества стоматологической помощи; годовые отчёты по стоматологической службе; акты проверки стоматологической службы, данные о материально-техническом состоянии организации, нагрузка на врачей и др.

Основными требованиями при составлении плана должны быть: конкретность каждого планируемого мероприятия с указанием содержания мероприятия, способа его выполнения, очередности и исполнителя; комплексность плана; участие различного персонала в осуществлении планируемого мероприятия; участие врачей других специальностей; выделение ведущих задач на определенный период времени.

При разработке каждого отдельного мероприятия важно сопоставить реальность выполнения планируемого объема работы с фактическими возможностями (кадры, оснащение, финансовые средства и др.), а также правильно оценить время, необходимое для его выполнения.

План работы должен состоять из следующих разделов: организационные мероприятия, лечебно-диагностическая работа, профилактическая работа, повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, внедрение в практику достижений медицинской науки и техники.

В разделе «Организационные мероприятия» необходимо отразить вопросы, подлежащие обсуждению на медсоветах, проверку выполнения приказов вышестоящих органов и учреждений, организацию выездов врачей-стоматологов на сельские врачебные участки и др. В разделе “ Лечебно – диагностическая работа ” должны быть отражены вопросы организации контроля за лечебно – диагностическим процессом. В разделе “ Профилактическая работа ” планируется проведение профилактических осмотров, санпросветработы и др.

В разделе “ Повышение квалификации “ следует включать план прохождения повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала, планы проведения семинаров, конференций и др.

В разделе «Внедрение в практику современных достижений медицинской науки и техники» необходимо включать: внедрение новых методов диагностики и лечения; новых организационных форм работы; приобретение и внедрение медицинской аппаратуры. Должно быть предусмотрено определение медицинской и экономической эффективности от внедрения в практику новых технологий в стоматологии.

Для рационального использования рабочего времени врачей-стоматологов районными специалистами должны разрабатываться месячные планы-графики с отражением объёма и содержания выполнения различных разделов работы. Такой график работы способствует более чёткому планированию и распределению нагрузки в течение месяца и выполнению работы в соответствии с должностными обязанностями. Этот график должен строго координироваться с графиками работы медицинского персонала отделения.

Поскольку готовый план работы не определяет развитие той или иной службы на длительный период, важное значение имеет разработка перспективного плана. В перспективном плане должно быть предусмотрено оптимальное развитие службы, необходимые силы и средства для достижения поставленных задач, меры по совершенствованию форм и методов работы, направленные на повышение качества стоматологической помощи.

В перспективный план следует включать изменения того или иного вида стоматологической помощи, обеспечивающего потребность населения в ней, мероприятия по укреплению стоматологического здоровья населения, включая выявления неблагоприятных факторов в условиях труда и быта, с разработкой мер по их устранению; улучшение качества стоматологической помощи путём повышения квалификации врачей, среднего медицинского персонала, использования клинико-диагностической базы.

Заключение. Таким образом, планирование вводит работу врача-стоматолога в рамки определенной системы, гарантирует, что за текучкой повседневных работ не будут упущены основные дела, помогает сосредотачивать силы и внимание на важнейших вопросах.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В ПОЛИКЛИНИКЕ.

Агаларова Л.С., Гаджиев Р.С., Гасанов А.Н., Эфендиев А.Р., Азизханова Т.М.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Труд каждого медицинского работника должен быть так организован, чтобы большая часть его рабочего времени, умственные и физические усилия были направлены на выполнение основных видов деятельности – профилактику болезней, оказание и организацию медицинской помощи, на обслуживание больных. Правильно организованная работа должна способствовать сокращению вспомогательных и дополнительных видов труда, сохранять работоспособность и хорошее настроение.

Цель - совершенствование организации труда врача-стоматолога, повышение медицинской и экономической эффективности его деятельности.

Результаты исследования. Качество стоматологической помощи связано не только с квалификацией врача, но и с организацией труда. Один из главных элементов научной организации труда (НОТ) в поликлинике - создание условий, позволяющих уделять максимальное внимание больному, сокращение затрат на второстепенные виды труда, нормальная и равномерная нагрузка врачей, ведущих прием, повышение эффективности лечебной работы. Важно добиться слаженности работы основных и вспомогательных структурных подразделений, четкости в работе регистратуры.

Большое значение имеет информация о порядке организации приема. Для этих целей в вестибюле (при входе) на хорошо видном месте, в зависимости от планировки помещения, вывешивают указатель кабинетов, у столов или окон записи в регистратуре - название врачебных кабинетов, участков, фамилия врачей и время приема. Все большее распространение получают автоматизированные справочные. При надлежащей автоматизации у посетителей возникает меньше вопросов к работникам регистратуры.

Для обеспечения нормальной нагрузки и исключения " пауз" поток повторных больных регулирует сам врач. Для этих целей в кабинете врача используют специальные " ящики-картотеки" с 7 делениями (секциями) по дням недели. Врач, назначая на повторное посещение, выдает талон с указанием времени визита, кладет амбулаторную карту в соответствующее деление "ящика". Таким образом, он знает объем предстоящей работы на каждый день. Проводится распределение больных по времени посещения в течение рабочего дня с чередованием повторных и первичных. Перед началом работы (или вечером) медицинская сестра относит талоны для

первичных больных, где указывается фамилия врача, номер кабинета, время приема. После завершения санации амбулаторная карта возвращается в регистратуру.

Один из элементов НОТ - рациональное размещение оборудования в кабинетах, приготовление столика с необходимым инструментарием для каждого приема, внедрение односеансных методов лечения пульпитов, периодонтитов, выделение специальных приемов для лечения больных пародонтозом. При этом значительно увеличивается удельный вес работы медицинских сестер, которые ведут запись в амбулаторных картах под диктовку врача, в ортопедическом и ортодонтическом кабинетах.

Качество и своевременность изготовления протеза зависят от правильной организации рабочего места врача и зубных техников, оснащения кабинетов и зуботехнических лабораторий. В ряде стоматологических поликлиник используются разделение труда в зуботехнических лабораториях. Разделение труда возможно при наличии десяти и более зубных техников, при этом выделяют этапы изготовления зубных протезов - гипсовку, штамповку коронок, моделирование и конструирование промежуточной части несъемных протезов, литке, полировку протезов.

Данные хронометража показывает, что наиболее рационально пломбировать в одно посещение два-три кариозных зубов. Установлено, что на пломбирование одного зуба с неосложнённым кариесом в среднем тратится 17 мин. Внедрение в практику скоростных бормашин сокращает затраты времени на формирование полости в 1,6 раза. Использование оргтехники - селекторной связи, сигнализации, пневмопочты - значительно уменьшает расходы времени на заполнение медицинской документации и прочие виды работ. Рациональная организация рабочего места врача-стоматолога должна предусматривать: оснащение, рациональную планировку, организацию обслуживания, соблюдение эргономических, эстетических и санитарно-гигиенических требований.

Оснащение рабочих мест является одним из основных условий рационального использования труда и предполагает обеспечение каждого рабочего места набором мебели, специальными приборами и оборудованием, средствами оргтехники, стандартными бланками и т.д. При оснащении необходимо учитывать характер трудовых операций работников.

В соответствии с эргономическими требованиями, а также результатами наблюдений за действиями врача и медицинской сестры, мебель и оборудование стоматологического кабинета рекомендуется размещать, руководствуясь следующими правилами: стоматологическое кресло должно размещаться в наиболее освещенной части кабинета - перед окном; расположение всех остальных предметов должно быть продумано, чтобы свести до минимума затраты на передвижения и обеспечить эстетические требования в оформлении кабинета. Эстетические требования к организации рабочих мест предусматривают выполнение комплекса рекомендаций по оформлению рабочих помещений, интерьеров стоматологических кабинетов. Эстетика призвана сыграть большую роль в повышении работоспособности медицинского персонала. На стоматологическое кресло должно приходиться 14 кв. м площади, при высоте не менее 3 м и глубине не более 6 м (при одностороннем естественном освещении). В стоматологических кабинетах должны быть налажены приточно-вытяжная вентиляция, водяное отопление.

Окраска стен стоматологических кабинетов может оказать влияние на восприятие цвета тканей полости рта, в том числе и зубов. В связи с этим окрашивать стены помещения предпочтительнее в нейтральные тона. Потолок окрашивается в белый цвет. Полы должны настилаться рулонным материалом без щелей. В кабинетах не должно быть карнизов, украшений. Общие санитарно-гигиенические требования в холодные и переходные периоды года должны находиться в пределах 18-23°С, в теплый период года - 21-25°С при относительной влажности 60-40% и скорости движения воздуха не более 0,2 м/с во все периоды года. Гигиенический режим помещений предусматривает двухразовую влажную уборку в течение дня.

Характер работы врачей-стоматологов требует высоких уровней как естественного, гак и искусственного освещения. Во избежание значительных перепадов яркости на рабочих местах рекомендуется ориентировать стоматологические кабинеты на северные направления. В существующих помещениях, имеющих неправильные ориентации, в летнее время необходимо прибегать к затемнению окон при помощи тентов, жалюзи и др.

Заключение. Основными направлениями совершенствования труда врача-стоматолога являются: организация внутренней телефонной (селекторной) связи кабинетов врачей с регистратурой и другими службами; совершенствование и рационализация собственного

медицинского труда, повышение коэффициента полезного действия врача; четкое определение функциональных обязанностей, прав и ответственностей медицинского персонала; гигиена и организация рабочих мест, создание здоровых микроклиматических условий, нормальной освещенности на рабочих местах; этика и эстетика труда медицинских работников; внедрение оргтехники – средств связи, механизации, автоматизации, вычислительной техники, клише-штампов, стандартных бланков.

СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.

Идрисов М.И., Расулов И.М., Абакаров Т.А.
ГБУ РД «Республиканская стоматологическая поликлиника» МЗ РД, г. Махачкала
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Стоматологические заболевания сегодня относят к числу наиболее распространенных болезней человека, несмотря на разрабатываемые и уже внедренные программы профилактики их. По данных различных авторов распространенность основных стоматологических заболеваний среди детского и взрослого населения составляет от 75 до 100% соответственно. В связи с этим совершенствование организации стоматологической службы было и остается быть важным разделом в деле сохранения здоровья нашего населения.

В последние годы в стоматологии, как, впрочем, и в других отраслях медицины, идут большие перемены, сопровождающиеся резким ростом числа лечебно-диагностических учреждений негосударственных форм собственности. Мировая, отечественная и, вслед за ней, республиканская стоматология идет большими шагами вперед, внедряя ежедневно новые материалы, технологии и методики.

Как известно, качество и эффективность стоматологической помощи зависят от уровня квалификации медицинского персонала и клинико-диагностических возможностей учреждения наряду с рациональной организацией лечебно-диагностического процесса. Сравнительное изучение кадрового состава государственных и негосударственных секторов, несмотря на то, что многие врачи уходят в частную медицину, позволяет утверждать, что большинство общепризнанных высококвалифицированных врачей, имеющих высшие и первые квалификационные категории, ученые степени кандидатов и докторов медицинских наук, заслуженных врачей РФ и РД продолжают работать в государственных ЛПУ и из-за стесненных материально-экономических условий работы не могут полноценно реализовать свои способности и умения.

В каждом из секторов стоматологической службы есть свои трудности и проблемы. В частных больших клиниках и «однокомнатных» стоматологических кабинетах работают молодые кадры, вооруженные визиографоми, ортопантомографоми, а иногда и томографоми, эндомотороми с апекслокатором, CAD/CAM системами и прочим современным оборудованием. Безусловно, одного лишь оснащения недостаточно для оказания качественной стоматологической помощи. А этот вопрос – вопрос качества оказания стоматологической помощи в учреждениях негосударственных форм собственности остаётся риторическим, являясь чаще всего безконтрольным за исключением случаев обращения пациентов с жалобами в надзорные органы здравоохранения.

Одной из насущных проблем в республиканской стоматологии остаётся оказание лечебно-профилактической помощи детям. Из-за большой перегруженности детской стоматологической поликлиники, которая одновременно выполняет функции как городского, так и республиканского лечебно-профилактического учреждения, население вынуждено обращаться в частные клиники, не имея понятия, что для работы с детьми необходима специальная подготовка и соответствующий сертификат, который в республике имеют единицы врачей, из чего вытекают многочисленные случаи оказания некачественной стоматологической помощи и немалого количества осложнений после лечения.

К сожалению, большинство врачей-стоматологов, работающих на частном приеме, недооценивают также и роль первичной медицинской документации, т.е. амбулаторной карты стоматологического больного, являющейся единственным юридическим документом,

связывающим врача и пациента и служащим убедительным аргументом и доказательством при возникновении исковых случаев, всё чаще встречающихся в медицинской практике.

На сегодняшний день государственный сектор стоматологической службы РД представлен двумя головными республиканскими стоматологическими поликлиниками для взрослого и детского населения, хозрасчетной муниципальной поликлиникой в г. Махачкала, городскими стоматологическими поликлиниками в гг. Дербент, Кизляр, Кизилюрт, Хасавюрт, Буйнакск, Каспийск, стоматологическими кабинетами при районных ЦРБ, при высших и средних учебных учреждениях, промышленных предприятиях, ведомственных лечебных учреждениях.

Укомплектованность штатных должностей специалистами стоматологического соответствует нормативам: по городу – 4,4 при норме 4,25, по селу – 2,4 при норме 2,5. Наряду с этим дефицит врачебных кадров наблюдается в некоторых высокогорных районах.

Совершенствование организации и стремление к повышению качества стоматологической помощи является непрерывным процессом, складывающимся из ряда регулярных мероприятий: анализа качественных и количественных показателей работы врачей, проведения семинаров с главными специалистами городов и районов, совместной работы с кафедрами Даггосмедакадемии, проведения выездных курсов повышения квалификации, научно-практических тематических конференций и др.

Огромный вклад в подготовке врачей-стоматологов для РФ вносит стоматологический факультет ДГМА. На базе ФПК и ППС ДГМА регулярно проходят курсы повышения квалификации врачи-стоматологи и средний медицинский персонал. В стоматологических учреждениях нашей республике работают 2 заслуженных врача РФ и 35 заслуженных врачей РД.

С целью совершенствования организации и повышения качества и эффективности стоматологической помощи населению республики проводится ряд мероприятий: регулярно анализируются показатели работы врачей, проводятся семинары с главными врачами городских стоматологических поликлиник и районными стоматологами, совместно с кафедрами стоматологии проводятся совещания-семинары в городах с приглашением специалистов из прилегающих районов, проводятся выездные циклы курсов повышения квалификации и др.

В организации и проведении планово-профилактической работы населения имеются некоторые трудности. Несомненно, то, что должно быть усилено информационное значение итоговых величин и показателей объема, качества и эффективности работы, получаемых из отчётов лечебно-профилактических учреждений. Большую ценность представляет рациональная детализация приводимых в них сведений. Именно на основе динамического сравнения системного характера следует строить оценки общественного здоровья и здравоохранения в зоне обслуживания населения, что важно для принятия конкретных организационных решений.

Подводя итог к вышесказанному, следует отметить, что с целью совершенствования организации и повышение качества и эффективности стоматологической помощи населению республики необходимо осуществлять проведение ряда мероприятий по улучшению материально-технической базы стоматологических учреждений, улучшению санитарно просветительской работы, увеличению объемов планово-профилактической работы среди организованных контингентов населения и др.

СОСТОЯНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В РД.

Асиятилов А.Х., Аталаев М.М.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Челюстно-лицевая хирургия в Дагестане представлена:

1.Челюстно-лицевое отделение в РКБ г. Махачкала-40 коек

2.Отделение нейро - челюстно - лицевой хирургии республиканской многопрофильной детской больницы в Махачкале-20 коек

3.В травматологических и хирургических отделениях городов-Хасавюрт, Кизляр, Южно-Сухокумск, Буйнакск, Дербент, Избербаш, Кизилюрт,Даг-Огни, выделены по три койки для

оказания экстренной помощи больным с челюстно-лицевой патологией(всего 24 коек). Итого:84 койки.

Всего в республике для больных с челюстно - лицевой патологией выделено 84 койки. Согласно приказу МЗРФ №323-ф-3 от 21 ноября 2011г. на 10 тысяч населения предусмотрена 1 ставка челюстно-лицевого хирурга. В Дагестане 3 миллиона населения, если исходить из этих нормативов в республике должно быть 300 специалистов по челюстно-лицевой хирургии.

В министерстве здравоохранения числятся 11 хирургов челюстно-лицевого отделения РКБ, (к.м.н.-1, высшая категория- 5, первая категория- 1).

Остальные челюстно - лицевые хирурги без категории и не имеют сертификата по челюстно-лицевой хирургии, хотя имеют опыт практической работы в отделениях челюстно-лицевой хирургии более 15-20 лет.

В ДГМА, которая базируется в РКБ и РСП, числятся 8 сотрудников: хирурги стоматологи- 3, и 5 челюстно-лицевых хирургов (к. м. н.-5, высшая категория- 6, первая категория-1). Из восьми сотрудников, лицензию по челюстно-лицевой хирургии имеют 4 сотрудника.

Перечень некоторых высокотехнологичных операций, проводимых в нашей практике

N Наименование
1. Устранение микростомии хирургическим способом.
2.Пластика вестибулярного свода полости рта свободным кожным трансплантатом по показаниям.
3. Комбинированная пластика рубцовых деформаций лица и шеи местными тканями и свободным кожным трансплантатом или с использованием Филатовского стебля.
4. Устранение посттравматической контрактуры нижней челюсти хирургическим способом.
5. Пластика частичных дефектов хрящевого отдела носа свободным трансплантатом из тканей ушной раковины.
6. Комбинированная аутодермопластика при устранении рубцовых деформаций приротовой области.
7. Коррекция хрящевого отдела носа после хейлопластики.
8. Устранение рубцовых послеожоговых контрактур шеи с использованием кожных лоскутов на питающей ножке.
9. Восстановление дефектов и органов лица местными тканями или с использованием Филатовского стебля.
10. Репозиция отломков при переломах скуло-орбитального комплекса с тампонадой гайморовой пазухи или с использованием титановых мини пластинок.
11. Пластика обширных дефектов мягких тканей лица с использованием местных тканей и Филатовским стеблем.
12. Ринопластика Филатовским стеблем по Хитрову.
13. Устранение двустороннего костного анкилоза с одномоментной пластикой имплантами.
14. Пластика дефекта нижней челюсти с использованием гребешка подвздошной кости или титановой штангой.
15. Уранопластика при врождённых расщелинах нёба
16. Пластика местными тканями послеоперационных посттравматических дефектов нёба. С использованием лоскута на питающей ножке или Филатовским стеблем.
17. Костная пластика нижней челюсти аутокостью при резекции челюстей по поводу опухолей.
18. Остеотомия верхней и нижней челюсти при прогении и микрогнатии.
19. Половинная резекция нижней челюсти с экзартикуляцией одномоментной пластикой аутокостью или титановой пластинкой,при опухолях нижней челюсти.
20. Тотальная или частичная резекция (паротидэктомия) околоушной слюнной железы с сохранением ветвей лицевого нерва, при опухолях слюнных желез.
21. Контурная пластика при обширных деформациях и дефектах различных отделов лица с использованием силиконовых инплантов.
22. Частичная или полная резекция верхней челюсти с одномоментным замещением раневого дефекта эндопротезом.

В плане развития челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии в Дагестане **необходимо:**

1. Подготовить специалистов челюстно-лицевых хирургов для работы в отделениях челюстно-лицевой хирургии после прохождения ординатуры или аспирантуры;

2. Отделить отделение детской челюстно-лицевой хирургии от отделения детской нейрохирургии в многопрофильной детской больнице с переводом их в специализированное отделение ЧЛХ, которую планируется восстановить на базе РСП;

3. Отказаться от практики трудоустройства в отделение челюстно-лицевой хирургии хирургов, не окончивших ординатуру или аспирантуру по челюстно-лицевой хирургии;

4. Обязать заведующих кафедр хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии центральных вузов обеспечить выполнение приказа Минздрава РФ от 9. 12. 2008 г. N705 Н по порядку совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников (в том числе и челюстно-лицевой хирургии) на бесплатной основе;

5. Обеспечить отделения челюстно-лицевой хирургии республики современной аппаратурой и инструментарием;

6. Составить программу повышения профессионального уровня челюстно-лицевых хирургов, с целью обеспечения регулярной стажировки челюстно-лицевых хирургов в центральных и зарубежных центрах;

7. Решение кадровых вопросов согласовывать с главными специалистами МЗ, так как они компетентны в профессиональном потенциале каждого работника в соответствующей области медицины.

8. Следует обратить внимание ещё на один факт: в последние годы много больных с заболеваниями челюстно-лицевой области, по квоте, выезжают за пределы Дагестана, чему в немалой степени способствуют существующая реклама, оснащение центральных медучреждений, желание больных и родственников получить медпомощь, оплаченную по квоте, что по нашему мнению подрывает периферическое здравоохранение. От многих операций, которые мы в состоянии выполнить, традиционным методом, приходится воздержаться, удовлетворяя желание больных и их родственников.

9.Анализ состояния оказания плановой и экстренной помощи больным с челюстно-лицевой патологией показывает, что Республика Дагестан нуждается в не менее 60 подготовленных и сертифицированных специалистов по челюстно-лицевой хирургии.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ: РОЛЬ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ.

Меджидов М.Н., Нарчаев М.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Формирование и развитие эффективных систем обеспечения качества медицинской помощи (КМП) являются одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. В связи с этим особую значимость приобретают клинические протоколы ведения больных. Среди многих видов нормативных документов, которые могут действовать в системе стоматологических стандартов, им отводится особая роль, т. к. они касаются непосредственно оказания медицинской помощи, описывают алгоритмы врачебных действий, процедур, манипуляций в их последовательности и взаимосвязи [1 - 3].

Протокол ведения больного - это нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенной клинической ситуации. Целью протокола является обеспечение надлежащей полноты и последовательности врачебных действий (без раскрытия содержания общеизвестных манипуляций), введение четких алгоритмов и существенных рекомендаций (требований), обеспечивающих высокое качество медицинской помощи.

Поскольку объем медицинской помощи в жестких рамках бюджетно-страхового финансирования не может выбираться произвольно, то в протоколе должен быть определен базовый набор мероприятий, необходимых и достаточных для восстановления и сохранения жизненно важных функций организма больного при определенном заболевании. Основной медико-социальной задачей протокола ведения больных является определение уровня и содержания гарантированной Конституцией России бесплатной и общедоступной медицинской помощи.

На наш взгляд, практическую значимость протоколов ведения больных следует рассматривать со следующих позиций: протоколы ведения больных играют роль алгоритмов для врачей-специалистов. Ориентируясь на них, врач может и должен оказывать услуги, последовательно выполняя весь комплекс лечебных мероприятий, определенных протоколом при конкретной

нозологической форме заболевания. При этом ему предоставляется возможность выбора технологии и метода лечения, наиболее эффективного как клинически, так и экономически.

Протокол при его строгом выполнении служит подтверждением правильности действий врача на всех этапах лечебного процесса, начиная с диагностики заболеваний и заканчивая рекомендациями пациенту по окончании лечения.

Протокол ведения больных предполагает возможные варианты исходов лечения и информирует не только врача, но и пациента о том, что полного излечения практически достичь невозможно.

Протоколом предусматриваются чаще всего стабилизация патологического процесса и частичная компенсация функции. При этом и врач, и пациент должны понимать, что в процессе лечения и по его окончании могут развиться ятрогенные состояния и появиться новые заболевания, связанные с основным, по поводу которого проводилось лечение. Это очень важно для информации пациента и получения его добровольного согласия на медицинское вмешательство. Протокол ведения больных имеет важное значение для страховых компаний и страхователей. Именно по протоколу они могут оценить полноту диагностических и лечебных мероприятий, проведенных застрахованным гражданам, получающим медицинские услуги в рамках программ как обязательного, так и добровольного медицинского страхования.

Услуга не может считаться качественной, если не выполнен определенный перечень диагностических и лечебных манипуляций и процедур. Поэтому протоколы ведения больных приобретают важность при контроле качества медицинской помощи, который может проводиться органами управления здравоохранения, лицензирующими органами и профессиональными медицинскими ассоциациями (вневедомственный контроль), а также при проведении ведомственного контроля.

В существовании протоколов ведения больных заинтересованы и сами пациенты, правовая грамотность которых в последние годы значительно повысилась. Пациент хочет знать, в полном ли объеме ему оказана медицинская помощь, все ли технологии обсуждались при его информировании.

В условиях отсутствия в российском здравоохранении стандартов лечения протоколы ведения больных выполняют еще и юридическую функцию и могут широко использоваться в судебной практике при судебно-медицинской экспертизе.

Проводя экспертизу КМП, следует не забывать о том, что только при правильной постановке экспертных задач и комплексной оценке критериев, отражающих КМП, можно получить достоверные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Круговой А. Е. Состояние и пути оптимизации оказания стоматологической помощи населению Курской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Курск, 2010. 24 с.

2. Зингерман Б. В., Шкловский-Корди Н. Е. Национальный стандарт "Электронная история болезни. Общие положения и его роль в создании медицинских информационных систем и единого информационного пространства здравоохранения" // Врач и информационные технологии. 2008. № 1. С. 3-10.

3. Scott J. T., Rundall T. G., Vogt T. M., Hsu J. Kaiser Permanente's experience of implementing an electronic medical record: a qualitative study // BMJ. 2005. Vol. 331, N3. P. 1313-1316.

СПОСОБЫ СНИЖЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СИЛОВЫМИ ВИДАМИ СПОРТА.

Ожгихина Е.С., Асташина Н.Б.

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ, г. Пермь

Актуальность исследования. Известно, что проблема здоровья имеет для спорта особое значение, так как оно оказывает непосредственное влияние на сохранение правильной интегративной реакции организма на физические нагрузки, а тем самым - на спортивную работоспособность и результативность. (Розанов Н.Н., 2010). Программа профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта внедряется повсеместно и имеет положительные результаты. Тем не

менее, стоматологическая заболеваемость спортсменов остаётся на достаточно высоком уровне. В настоящее время доказано, что своевременная профилактика патологических состояний способна обеспечить сохранение качества жизни и здоровья населения (Ягудин Р.Х., Кузьмина Ж.И., Мухамеджанова Л.Р., 2013).

В связи с этим существует необходимость повышения роли профилактики основных стоматологических заболеваний у спортсменов, занимающихся силовыми видами спорта путём разработки рационального комплекса мер, направленных на повышение качества их жизни и уровня стоматологического здоровья.

Цель исследования: определить эпидемиологический уровень стоматологической заболеваемости спортсменов Пермского края, занимающихся силовыми бесконтактными видами спорта и возможности его снижения.

Задачи исследования: оценить основные эпидемиологические индексы (КПУ и CPITN), характеризующие уровень стоматологического здоровья и состояние зубочелюстной системы спортсменов, занимающихся силовыми бесконтактными видами спорта и разработать методы профилактики стоматологических заболеваний у данной категории пациентов.

Материал и методы исследования. В период с 2013 по 2014 год было проведено стоматологическое обследование 30 спортсменов, различного уровня тренированности, занимающихся силовыми бесконтактными видами спорта, в различные периоды тренировочного цикла (100% мужчины), в возрасте 18-45 лет (средний возраст составил 28,6 $\pm$ 5,26 года). Средняя длительность спортивного стажа – 10,7 $\pm$ 5,72 года.

На этапе клинического обследования был определён стоматологический статус пациентов. Для этого изучалась распространённость основных стоматологических заболеваний (кариес и его осложнения), некариозных поражений, воспалительных заболеваний пародонта, заболеваний слизистой оболочки полости рта. При оценке интенсивности поражения зубов кариесом использовался индекс КПУ; при определении состояния тканей пародонта - комплексный периодонтальный индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта по ВОЗ, CPITN, 1980.

Обработка цифровых результатов проводилась на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel и BioStat – 2009.

Результаты. В процессе сбора данных о стоматологическом статусе спортсменов, занимающихся силовыми бесконтактными видами спорта, было установлено, что значение индекса КПУ равно 9,9 $\pm$ 5,46, что соответствует высокой степени интенсивности поражения твёрдых тканей зубов кариесом. При этом среднее значение отдельных показателей К, П и У равняется 2,1$\pm$ 1,37, 7,2$\pm$ 4,17, 0,9$\pm$0,88 соответственно. Данный факт свидетельствует о доминировании значения «П» - пломба, и это является показателем того, что обследованные спортсмены вовремя обращаются за стоматологической помощью. При оценке индекса CPITN получены средние данные равные 2$\pm$0,67, что является показателем неудовлетворительной гигиены полости рта и наличия твёрдых и мягких зубных отложений. При изучении особенностей у спортсменов силовиков поражения твердых тканей зубов некариозными заболеваниями было установлено, что они составляют 1,8$\pm$ 1,57, при этом повышенная стираемость зубов и клиновидные дефекты встречалась у 60% обследованных.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о значительной распространённости основных стоматологических заболеваний у спортсменов занимающихся силовыми видами спорта; отмечены высокие показатели индекса КПУз и преимущественно начальная степень заболеваний пародонта. Спортсмены постоянно подвергаются интенсивным физическим и психоэмоциональным нагрузкам, в результате чего может развиться синдром перетренированности - явления, влияющего не только на эффективность процесса подготовки, но и на здоровье спортсмена в целом. Следовательно, фоне перетренированности и не полного стоматологического здоровья возможно усугубление и повышение интенсивности заболеваний полости рта. Таким образом, существует необходимость разработки целевой комплексной программы профилактики основных стоматологических заболеваний у спортсменов.

Выявленная высокая распространенность некариозных поражений зубов у спортсменов-силовиков, может развиваться на фоне формирования функциональных изменений в краниомандибулярной системе. Следовательно, профессиональные мероприятия должны быть направлены не только на стабилизацию индекса КПУ и снижение индекса CPITN, но и на

профилактику функциональных нарушений. Данную задачу можно решить путём разработки и внедрения индивидуальных спортивных зубных шин, изготовленных с учётом всех параметров зубочелюстной системы и специфики спорта. Результаты проведенных исследований могут быть использованы в повседневной практике, врачей-стоматологов, спортивных врачей и спортивных тренеров, заботящихся о здоровье своих подопечных, и стремящихся улучшить их спортивные результаты.

АРХЕОЛОГИЧЕСКИЕ НАХОДКИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СТАМАТОЛОГИИ.

Алиева Л.А., Османова Ф.М., Гаджиева Л.А., Гасанова Л.Г., Измайлова А.Х.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Среди наиболее загадочных стоматологических находок в Древнем Египте особого внимания заслуживает фрагмент челюсти, обнаруженный в районе Гиза археологической экспедицией во главе с известным американским египтологом Д. Рейснером, в слоях, датируемых периодом правления фараонов IV династии (2680-2563гг. до н.э.). Авторитет этого ученого полностью исключает возможность какой-либо ошибки в датировке находки. Установлено, что найденный фрагмент челюсти принадлежал человеку среднего возраста, его зубы в значительной степени были подвержены истиранию. На челюсти сохранилось свидетельство проведения успешной хирургической стоматологической операции по удалению гноя из-под нижнего правого первого коренного зуба. Два небольших отверстия были просверлены в челюсти до зубной лунки. Отсутствие острых кромок в просверленных отверстия позволяет заключить, что пациент еще долгое время жил после этой операции. Очень трудно представить, как технически в то время было осуществлено сверление двух отверстий, а сам факт дает основание считать, что почти пять тысячелетий назад древние врачеватели могли осуществлять местное обезболивание. Этот необычный экспонат в настоящее время хранится в американском музее.

Первым в мире свидетельством проведения в древности зубного протезирования является археологическая находка немецкого египтолога Германа Юнкера. Во время раскопок захоронений времен правления фараонов IV династии районе Гиза он обнаружил мумию, у которой два зуба были соединены золотой проволокой. Сделано это было довольно искусно для предотвращения выпадения больного зуба. Комментируя эту находку, профессор стоматологического университета в Бреслоу Герман Эйлер отметил:

- два зуба, соединенные золотой проволокой, по расположению являются вторым и третьим нижними левыми коренными;
- оба зуба, судя по цвету и анатомическому строению, принадлежат одному человеку;
- коронка третьего коренного зуба истерта, корень зуба отсутствует, после его выпадения он был прикреплен к здоровому соседнему зубу;
- на зубах и золотой проволоке обнаружен зубной камень, что означает, что протезирование зуба осуществлялось при жизни пациента.

Еще один образец более позднего протезирования зуба представлен в греко-римском музее города Александрия. Обнаружен он был в захоронении римлянина, умершего во времена правления династии Птолемеев (323 гг. до н.э.). По описанию д-ра Л. Авроускина, экспонат представляет собой челюсть, у которой центральный, нижний правый боковой резец и клык соединены золотой проволокой. На зубах заметны потертости в области шейки вследствие механического воздействия золотой проволоки. Тот факт, что коронки зубов истерты, а боковые грани покрыты отвердевшим слоем, а также наличие зубного камня на проволоке свидетельствует о длительном прижизненном пользовании данным протезом.

Следует упоминать и о находках протезированных зубов, обнаруженных в других странах, но по косвенным признакам, относящихся к древнеегипетской культуре. Так, в конце XIX в. При раскопках древнего финикийского города Сидона, близ современного Сайды, в слоях, датируемых 4-ым веком до н.э., было обнаружено захоронение человека, у которого шесть нижних зубов были соединены вместе золотой проволокой. Из этих зубов два резца, без сомнения, принадлежали другому человеку и использованы для замены потерянных. Примечательно, что умерший, возможно, являлся египтянином, так как в захоронении наряду с двумя медными монетами,

колечком из железа и вазой, были обнаружены 12 небольших статуэток из майолика, представляющих египетских богов. В настоящее время это экспонат находится в Лувре.

В начале прошлого века при раскопках, проводимых Американским институтом восточных исследователей, примерно в одной миле от древнего города Сидон в слоях, датируемых 5-ым веком до н.э., был найден еще один экспонат с протезированными зубами, обеспечивающими удержание больного зуба. Интересно, что в захоронении были найдены предметы, аналогичные описанным выше: золотое колечко для пальца и 12 фаянсовых статуэток египетских богов, приспособленных для ношения на шее как амулетов. В настоящее время этот экспонат находится в Бейрутском музее археологии.

О высоком уровне развития стоматологии в древнем Египте можно судить по медицинскому папирусу Эберса, в котором специальная глава посвящена лечению болезней зубов и десен. Хотя на оборотной стороне папируса указана дата – 1550 год до н.э., папирус является копией более древнего документа. В нем приведены составы лекарств для укрепления зубов, для лечения кариеса, для удаления нагноения на деснах, для укрепления десен и лечения цинги.В состав лекарств древнеегипетские врачеватели включали такие лекарства, как скребки с жерновов и мелко истолченный малахит, которые, как сейчас установлено, оказывают положительное воздействие при сепсисе. В состав двух рецептов включен мед, благотворное воздействие которого при кариесе, по мнению современных стоматологов, не вполне обосновано.

Помимо наглядных образцов стоматологической помощи в богатой истории Древнего Египта сохранились упоминания о врачевателях, специализирующихся на лечении зубов. Первым среди них является Хеси-ра. В начале прошлого века в некрополе Саккара близ Каира была обнаружена гробница древнего зодчего Хеси-ра. В связи с тем, что в гробнице была найдена печать фараона Джосера, естественно считать, что Хеси-ра был современником этого фараона. А учитывая, что на постаменте статуи этого фараона в святилище, предназначенном для заупокойных статуй умершего, удалось прочесть имя Имхотепа, можно полагать, что Хеси-ра жил в одно время с Имхотепом, величайшим корифеем, ставшим богом медицины после своей смерти. В погребальной камере Хеси-ра были найдены доски – панели, на которых наряду с иероглифическим текстом помещены изображения Хеси-ры. На одной из досок он назван «главой дантистов и врачей». Очень трудно представить, как Хеси-ра смог совмещать свои важные посты – архитектора, жреца, писца, резчика с врачебной стоматологической практикой. Возможны такие объяснения: глава дантистов и врачей – это почетный титул; Хеси-ра как технически подготовленный специалист привлекался только для проведения хирургических операций по удалению гноя из-под зубов; Хеси-ра начинал свою жизненную карьеру как дантист и гордился этим, даже достигнув необычайных высот в архитектуре и других областях; Хеси-ра, возможно, и не был профессиональным дантистом, а был главным чиновником в «системе здравоохранения». Однозначного ответа на эти вопросы нет, но эта единственная сохранившаяся с начала III тысячелетия до н.э. иероглифическая надпись свидетельствует, что уже в то время стоматология была выделена из общего комплекса медицинских знаний и мы вправе считать Хеси-ра первым в мире дантистом.

Так, единичные археологические находки свидетельствуют о том, что при возникновении в Египте цивилизованного общества в начале III тысячелетия до н.э. стоматология была на очень высоком уровне. Можно полагать, что первый образец успешного проведения хирургической операции на зубах требовал высочайшей технической подготовки. Возможно, не случайно зодчий и строитель Хеси-ра и стал первым дантистом. Единичные находки, имеющие отношение к древней стоматологии, можно объяснить тем фактом, что в развернутой в XIX веке варварской компании по поискам египетских мумий, основное внимание обращалось на золотые вещи, находящиеся в пеленах мумий, а не на состояние зубов мумий.

Литература.

1. Шмелев И.П. и др. «Золотое сечение», Москва, 1980

2. Марченко Ю.Ф. Очерки по древнеегипетской медицине. Стоматология в Древнем Египте. Москва, 1997

ОТ ДОВЕРИЯ ДО ГАРМОНИИ.

Булгакова Д.М., Азизов К.А., Курбанова С.Х.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Взаимоотношения врачей и их пациентов являются предметом исследования, как в области медицины, так и психологии [1 – 4].

Когда человек принимает решение обратиться к врачу-стоматологу, существует целый ряд факторов, которые оказывают влияние на выбор клиники и врача. И, как известно, на сегодняшний день по российскому законодательству для любого гражданина нет никаких ограничений при этом выборе. В сложившихся условиях рыночной экономики любое медицинское учреждение независимо от форм собственности заинтересовано в наращивании потока пациентов и, безусловно, не может оставаться безразличным к возможности создания крепкого и долговечного «союза» с человеком, перешагнувшим порог клиники. При изучении этих взаимоотношений представляют интерес как влияние квалифицированного специалиста со специальной подготовкой, в том числе и психологической, на человека, оказавшегося его пациентом, так и наоборот. Врач в силу своего образования, характера, нрава и других личностных характеристик может быть как диктатором в этом тандеме, так и равноправным его звеном.

С целью изучения некоторых аспектов формирования терапевтического союза между врачами-стоматологами и их пациентами нами было проведено анкетирование пациентов, обратившихся в стоматологическое отделение медицинского центра «Доверие» врачей, работающих в поликлинике «Доверие». Анкетирование проводилось анонимно.

В анкетировании участвовало 100 пациентов в возрасте от 18 лет и старше. Материалы исследования показали, что среди опрошенных основную часть (67%) составили женщины, а лишь треть (33%) - мужчины.

В структуре респондентов преобладали лица в возрасте 18-39 лет (61%). Возрастная группа 40-49 лет составила 19%. Значительно меньшие доли занимали респонденты в возрасте 50-59 и 60-69 лет (8% и 9% соответственно). Пациенты в возрасте 70 лет и старше составили лишь 3% от числа опрошенных.

Распределение респондентов по социальному составу показало, что наибольший удельный вес составили служащие (53%), почти равные доли выпали на студентов (15%) и рабочих (13%). Несколько меньше среди опрошенных было пенсионеров (10%) и безработных (9%).

При анализе причин обращения за стоматологической помощью было выявлено, что чаще всего пациенты обращались с целью лечения зуба (57%), а 14% - с целью протезирования. Значительный удельный вес составили обращения с целью удаления зуба (27%). При анализе материалов исследования обращает на себя внимание редкое обращение пациентов по поводу лечения заболеваний пародонта (2%), при том, что распространенность этой патологии на территории республики по материалам специальных исследований составляет от 85 до 90 %.

На вопрос: «Отчего зависит доверие пациента к врачу?» абсолютное большинство респондентов (73%) отметили важность мнения пациентов, прошедших лечение у этого врача ранее. Немаловажное впечатление, по данным опроса, оказывают ученые степени и категории, дипломы и сертификаты врачей, подтверждающие профессионализм специалиста. Абсолютное большинство считает значимым и возраст врача. По мнению большинства опрошенных (78%), наибольшее доверие вызывают у них врачи в возрасте от 30 до 45 лет, обосновывая это наличием уже накопленного опыта, но при этом отсутствием «усталости» врача, то**,** что психологи называют Синдромом эмоционального выгорания врача. Многие пациенты считают не менее значимым выражение глаз врача (57%) и интонацию его голоса (55%). Пациенты отмечали расположение к врачу, имеющему открытый взгляд и внимательно вглядывающемуся в глаза пациента. Такое поведение врача подчеркивало, по мнению опрошенных, сочувствие доктора, желание сделать все, чтобы помочь.

По результатам опроса три четверти респондентов готовы не задумываясь выполнять команды врача в случае, если врач вызывает у пациента доверие. Они не хотят даже напрягаться и принимать то или иное участие в выборе вариантов лечения и чаще всего предпочитают

самостоятельный выбор врачом наиболее рационального решения. 7% опрошенных считают необходимым обсуждать варианты лечения с близкими людьми и просят «отсрочки» для принятия решения.

Очень серьезным компонентом в формировании доверительных отношений между пациентом и врачом в стоматологической клинике оказалось умение врача отвлечь внимание больного во время диагностических и лечебных процедур от дискомфорта и боли. Это было отмечено практически большинством пациентов (67%). Может и не каждый человек обратит на это особое внимание, но при этом на подсознательном уровне любой поверит, что такой врач не может не помочь.

Врач-профессионал в процессе общения с пациентом должен уметь выявлять наличие страха и боязни к стоматологическим процедурам. Страх – это биологически обусловленный механизм защиты человека, который способен на фоне психо-эмоционального напряжения блокировать мышление или совсем выключить его. А боязнь формируется с участием мышления. По данным нашего исследования боязнь перед стоматологическим вмешательством испытывают большинство пациентов (82%), причем каждый четвертый из них связывает это с предшествующим негативным стоматологическим опытом. 3% опрошенных отмечают полученные травмы лица и любое вмешательство в челюстно-лицевой области знаменует для них страшную боль.

Причины появления боязни могут быть различны. В некоторых случаях боязнь перед стоматологическим вмешательством обосновывается некорректным поведением персонала на первичной консультации пациента, когда вместо четкого обсуждения и планирования работы врач позволяет себе в шутливой форме обрисовывать непонятный план лечения, который не позволяет пациенту получить точную информацию об объеме и типе предстоящих процедур. Это настораживает и отпугивает пациентов в абсолютном большинстве случаев.

Немаловажное значение, по мнению большинства (72%) опрошенных в этом контексте имеет обустройство кабинета, в котором необходимо создать все условия для комфортного проведения стоматологических процедур. Около половины респондентов (58%) указывают на важность внешнего вида врача, его формы одежды. Ухоженный и вежливый доктор в чистом белом халате дает надежду на благоприятный «исход».

Результаты проводимого лечения зависят как от ответственности врача и добросовестного выполнения всех лечебно-диагностических мероприятий, так и от исполнительности пациента. Подводя итог вышесказанному, необходимо отметить, что строить свои отношения с пациентами, основываясь на этих принципах, очень не просто, потому что каждый человек - это целый мир противоречий, который за короткое время должен понять врач, принять все во внимание, и выбрать в сложившейся клинической ситуации наиболее правильный и рациональный вариант ведения диагностического и лечебного процесса. В связи с этим хотелось бы отметить, что психологию как учебную дисциплину необходимо вводить на старших курсах стоматологического факультета, когда студент уже имеет базовые знания по специальности и, изучив психологические тонкости работы, станет профессионалом.

Список литературы:

1. Л.И. Ларенцова. Психологические походы к стоматологической практике.- М.: Медицинская книга, 2007.-80с.

2. Н.Д. Лакосина, И.И.Сергеев, О.Ф.Панкова. Клиническая психология. Учебник для студентов медицинских ВУЗов. 3-е издание.- М.: «МЕДпресс-информ»,2007.-416 с.

3. Л.И. Ларенцова. В.И.Полуев, Е.С.Тучик, Н.Б.Смирнова, О.Е.Балута. Конфликты в стоматологической практике: подходы к их решению и профилактике. Пособие для врачей. - М.: Медицинская книга, 2005, 92с.

4. У.Айер. Психология в стоматологической практике.- СПб: Питер, 2008.-224с

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

Булгакова Д.М.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Для оптимизации деятельности стоматологической службы важное значение имеет изучение мнения практических врачей-стоматологов. Особый интерес, на наш взгляд, должен быть проявлен к врачам, работающим в условиях сельской местности . С этой целью нами была разработана «Анкета для изучения мнения врачей-стоматологов об организации и качестве стоматологической помощи». Анкета включала 14 вопросов, в той или иной степени касающихся организации стоматологической помощи на их рабочих местах.

Среди анкетированных врачей 83,7% работали в государственных медицинских учреждениях, а 16,3% - в негосударственных.

По врачебному стажу респонденты распределялись следующим образом: до 4 лет – 8,1%, от 5 до 20 лет – 44,4%, более 20лет - 47,5%.

Анализ структуры респондентов по специальности показал, что среди них преобладали стоматологи-терапевты (38,4%), 17,4% пришлось на врачей – ортопедов, 6,9% - хирургов, а 24,4% врачей отметили, что ведут смешанный прием.

Важнейшим качественным аспектом деятельности врача, как известно, является уровень его квалификации. Поэтому немаловажное значение, особенно для врачей, работающих в сельской местности, имеет частота повышения квалификации. Однако, лишь две трети опрошенных (68,5%) повышали свою квалификацию за последние 5 лет.

Для сельских врачей участие в работе заседаний научных обществ, съездов и других мероприятий, направленных на повышение квалификации врачей, часто невозможно по объективным причинам. Поэтому одним из основных источников новейшей информации для врачей является периодические издания по стоматологии. По данным опроса лишь 5,9% респондентов выписывают медицинскую литературу, ссылаясь на использование современных интернет-ресурсов.

Нас интересовало мнение врачей относительно причин несвоевременного обращения пациентов за стоматологической помощью. По данным исследования основная доля (82,5%) врачей считают, что чаще всего – это страх перед стоматологическим вмешательством. 48,8% отметили отсутствие финансовых возможностей и невнимательное отношение к своему здоровью, 29% - низкую санитарную культуру. По мнению 7,6% опрошенных врачей, низкая доступность стоматологической помощи так же является одной из причин несвоевременного обращения пациентов.

Особый интерес представляет изучение мнения практических врачей о причинах снижения качества их работы. Так, по материалам исследования 18,5% врачей отметили высокую нагрузку на приеме, 81,4% - отсутствие современного оборудования, 23,2% - неблагоустроенность рабочего места. По мнению 21,3% респондентов, на качество их работы неблагоприятно сказывается и отсутствие современных пломбировочных материалов. 8,9% опрошенных считают недостаточной квалификацию своих врачей. Большинство врачей (85,8%) подчеркнули отсутствие материального стимулирования за качество собственной работы. Значительный удельный вес (25,6%) респондентов отметили как одну из причин – отсутствие медсестры.

На вопрос: «Какие мероприятия, на ваш взгляд, необходимы для повышения качества стоматологической помощи?» 54,1% опрошенных считают лишь улучшение материально-технической базы, 48,8% - одновременное улучшение материально-технической оснащенности и регулярное повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, 32,3% - материальное стимулирование труда за качество работы.

По мнению 32,5% врачей, в целях повышения качества стоматологической помощи необходимо уменьшить нагрузку на приеме. 49,7% опрошенных считают необходимым регулярное повышение квалификации не только врачей, но и среднего медицинского персонала с учетом специфики работы врача и возможностью использования среднего медперсонала для ведения медицинской документации. Известно, что у врачей много времени уходит на заполнение медицинской документации. Опрос показал, что в условиях страховой медицины существующей учетно-отчетной документацией вполне удовлетворены лишь пятая часть врачей (21,5%).

Важным условием повышения эффективности труда врача-стоматолога является правильная организация труда на рабочем месте. Однако, по данным анкетирования, вполне удовлетворены рабочими местами лишь 18,5%.

Работой медицинской аппаратуры не совсем удовлетворенны 45,2% и не удовлетворены 24,4% врачей. Имеющимся инструментарием в основном удовлетворены лишь один из пяти врачей.

Одним из факторов, оказывающих влияние на качество медицинской помощи, является материальное и моральное стимулирование труда медицинского персонала. Однако, по материалам социологического исследования, 2/3 врачей не удовлетворены существующей системой морального стимулирования.

Другим важным фактором повышения качества медицинской помощи является нормальный микроклимат в коллективе. Отношениями с непосредственным руководством не совсем удовлетворены 24,5%, не удовлетворены – 18,9% врачей. Отношениями с администрацией удовлетворены около трети респондентов (34,8%). Следует отметить, что 48,2% опрошенных врачей не совсем удовлетворены и 25,2% не удовлетворены информатизацией в учреждении.

Немаловажную роль в лечебно-диагностическом процессе играет налаженность работы параклинических подразделений (лаборатория, рентгеновский и физиотерапевтический кабинет и др.). По данным нашего исследования, более половины (51,2%) врачей не удовлетворенны работой рентген-кабинетов, 84,3% - работой физиотерапевтических кабинетов.

Следует отметить высокую заинтересованность врачей в совершенствовании организации и повышении качества стоматологической помощи, что отразилось в их активности при высказывании замечаний, предложений и пожеланий в последней графе анкеты. Всего 58,3% опрошенных высказали предложения по улучшению материально-технического оснащения стоматологической службы. По мнению 34,3% врачей повышение качества стоматологической помощи можно добиться лишь одновременным улучшением материально-технической оснащенности и материального и морального стимулирования объема и качества работы.

Таким образом, анкетирование практических врачей-стоматологов позволяет выявить первостепенные проблемы развития стоматологической помощи жителям сельской местности и более эффективно их решать.

Список литературы:

1. В.К. Леонтьев. Пути повышения качества работы стоматологов. //Стоматология. - №1.- 1996.- с.4-6.

2. Г.Н. Пахомов. Основы организации стоматологической помощи населению.- М.: Медицина.- 1983.- 208с.

3. Т.А. Сибурина, Г.Н. Барскова. Социально-психологическое и профессиональное благополучие врачей как залог повышения качества медицинской помощи. // Российский медицинский журнал.- №4.-1997.-с.11-13.

4. Ю.Н. Сундуков. Организация работы врача-стоматолога в сельской местности. // Стоматология. - №3. - 1989. - с. 72-74.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ АНАЛИЗА И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

Булгакова Д.М.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

В условиях свободного рынка и страховой медицины поиск эффективных экономических методов управления в охране здоровья населения приобретает большое практическое значение.

Важнейшим средством в механизме совершенствования деятельности лечебных учреждений становится создание комплексных систем управления эффективностью и качеством медицинской помощи. Большое значение в деле улучшения качества стоматологической помощи имеет внедрение в практику метода экспертной оценки качества и эффективности стоматологической помощи. С этой целью нами разработана и внедрена в практику «Карта экспертной оценки качества стоматологической помощи». Эта карта позволяет оценить полноту и качество проведенного обследования, определить своевременность и выявить ошибки при постановке диагноза, установить степень полноценности проведенного лечения, обоснованности его сроков, выявить недостатки в организации консультативной помощи, в ведении амбулаторных карт стоматологических больных и др.

Экспертиза качества медицинской помощи – это исследование полноты и последовательности выполнения медицинских технологий, адекватности использования имеющихся ресурсов, удовлетворенности пациента медицинским обслуживанием с вынесением мотивированного заключения. Экспертиза качества направлена в первую очередь на защиту интересов потребителей медицинских услуг и одновременно является важным инструментом защиты производителей медицинских услуг. Поэтому инициаторами экспертизы стоматологической помощи могут быть представители органов управления, страховых медицинских организаций, руководители лечебно-профилактических учреждений, лицензионные комиссии, профессиональные и другие общественные организации, а также опытные врачи-стоматологи и, наконец, пациенты.

Оценка качества стоматологической помощи по амбулаторным картам основана на сопоставлении объема выполненных лечебно-диагностических мероприятий определенного вида стоматологической помощи и достигнутых результатов с установленными медицинскими стандартами.

Основными этапами в проведении экспертных оценок качества стоматологической помощи являются: формирование целей и задач экспертизы, составление программ исследования, выбор источников информации, непосредственное проведение экспертизы и анализ результатов исследования.

Успех проводимых экспертных оценок во многом зависит от четкости постановки цели и задач исследования. После окончательного установления цели экспертной оценки следует определить перечень необходимых показателей. Исходя из этих показателей, составляется программа исследования и карта экспертной оценки стоматологической помощи.

Экспертная оценка является оперативным методом и может быть широко использована органами и учреждениями здравоохранения, страховыми компаниями для решения самых разнообразных вопросов организации стоматологической помощи на всех уровнях. Конечной целью экспертных оценок является определение путей повышения качества и эффективности оказания стоматологической помощи населению.

С целью всестороннего изучения качества организации стоматологической помощи и качества работы врачей-стоматологов нами разработаны и апробированы на практике индексы ИКОСП (Индекс качества организации стоматологической помощи) и ИКР (индекс качества работы врача-стоматолога).

ИКОСП вычисляется по формуле:

$$\text{ИКОСП} = \frac{A + Mm + C + \ddot{I}}{20} \text{ (в баллах)}$$

Где А – аттестованность врачебных кадров; Мт – материально – техническая оснащенность учреждения; С – количественное соотношение врачей и медицинских сестер; П – профильная специализация медсестер.

Для получения А брался процент врачей, имеющих сертификаты по профилю оказываемой ими стоматологической помощи. Для перевода процентов в баллы использовали следующую схему: 90-100% - 5 баллов; 80-89% - 4 балла; 70-79% - 3 балла; 60-69% - 2 балла; 50-59% - 1 балл, менее 50– 0 баллов.

Для вычисления Мт сравнивали перечень материально-технической оснащенности данного лечебного учреждения со стандартами материально-технического оснащения стоматологических учреждений данного уровня. Для перевода процентов в баллы использовалась вышеуказанная схема.

Для определения П процент охвата медицинских сестер профильной специализацией переводили в баллы по той же схеме.

Для оценки С в баллах использовали следующую схему:

Врач: медсестра – 1:1 – 5 баллов; 2:1 – 4 балла; 3:1 – 3 балла; 4:1 – 2 балла; 5:1 – 1 балл; нет медсестры – 0 баллов.

ИКОСП, равный 1, характеризовал хорошее качество организации стоматологической помощи. ИКОСП от 0,90 до 0,50 – удовлетворительное, а менее 0,50 – неудовлетворительное качество организации стоматологической помощи в учреждении.

Для всесторонней оценки качества работы врача - стоматолога нами предложен и апробирован также И н д е к с Качества Работы врача – стоматолога (ИКР), который позволяет без дополнительных, сложных расчетов определить уровень качества работы каждого врача.

ИКР вычисляется по формуле:

ИКР = Ф+О+Ж (в баллах),

Где, Ф - выполненная врачебная функция за наблюдаемый период; О – выявленные врачебные ошибки; Ж – жалобы больных на работу врача.

Для вычисления Ф сравнивали выполненную врачебную функцию с нормативными показателями функции врача – стоматолога. При этом для получения Ф в баллах использовали следующую схему: 90 – 100% - 0 баллов; 80-89% - 1 балл; 70-79% - 2 балла; 60-69% - 3 балла; 50-59% - 4 балла и т.д.

Для получения О берутся в счет ошибки врачей, выявленные при проведении экспертизы качества стоматологической помощи: нет ошибок – 0 баллов; 1 ошибка – 1 балл; 2 ошибки – 2 балла и т.д.

Для получения Ж берутся в счет жалобы больных на качество работы врача за оцениваемый период, зарегистрированные в данном учреждении: нет ошибок – 0 баллов; 1 жалоба – 1 балл; 2 жалобы – 2 балла и т.д.

При оценке результатов ИКР, равный 0, характеризовал хорошее, от 1-го до 3-х – удовлетворительное, а более 3-х – неудовлетворительное качество работы врача – стоматолога.

Для оценки эффективности медицинской помощи необходимо использовать специальный показатель Ки – интегральный показатель эффективности, который представляет собой произведение коэффициентов медицинской эффективности (Км), социальной эффективности (Кс) и коэффициента соотношения затрат (Кз):

Ки = Км х Кс х Кз, где

$$Км = \frac{\text{Число случаев достигнутых медицинских результатов}}{\text{Общее число случаев оказания медицинской помощи}}$$

$$Кс = \frac{\text{Число случаев удовлетворенности потребителя}}{\text{Общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи}}$$

$$Кз = \frac{\text{Нормативные затраты}}{\text{Фактически произведенные затраты на оцениваемые случаи оказания медицинской помощи.}}$$

При оценке полученных показателей эффективности можно исходить из:

1) эталонного показателя, к которому должны стремиться все медицинские работники, Ки $\geq$ 1;
2) среднего показателя для территории, учреждения, подразделения;
3) динамики данного показателя у конкретного медицинского работника, подразделения и т.д.

Как показали материалы нашего исследования внедрение в практику вышеуказанных индексов и анализ интегральных показателей позволяют эффективно оценить уровень оказываемой стоматологической помощи, как в городе, так и в условиях отдаленных сельских районов.

Список литературы:

1. Стоматологическая служба. Нормативные документы. – М.: «Евапресс».- 1998.-557с.
2. Альтернативные системы стоматологического обслуживания. Доклад Комитета ВОЗ (Серия технических докладов ВОЗ, №750) – Женева -1988.
3. Алимский А.В. о планово-нормативных и качественных показателях в детской стоматологии. //Стоматология.-№1.-1999.-с.63-64.
4. Андрейченко И.Н. Здоровье населения и качество медицинского обслуживания. //Здравоохранение Российской Федерации.- 1986.-№11.-с.22-25.
5. Антипенко А.Э., Антипенко Э.С. Об оценке показателей организационной деятельности стоматологических поликлиник Москвы. // Проблемы социальной гигиены и история медицины. -№6.-1995.-с.50-55.
6. Васильева Р.П. Экспертная работа участкового врача в условиях районной стоматологической поликлиники. //Стоматология. -№5-1985.-с.72-73.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ САНИТАРНОЙ КУЛЬТУРЫ ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.

Муртазалиев Г.-М.Г., Абдурахманов А.И., Нурмагомедов А.М., Касимов Д.З., Мугадова Д.В., Касумова П.М., Абдурахманов Г.Г.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Гигиена полости рта является одним из основных мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний. Гигиеническое состояние зависит от уровня санитарной культуры населения. Уровень санитарной культуры в стоматологии определяется различными показателями, к ним следует отнести и наличие гигиенических навыков.

На качество гигиенического состояния полости рта оказывает влияние не только регулярность, систематичность, техника чистки зубов, но и умение правильно подбирать необходимые индивидуальные средства для ухода за полостью рта.

Вопросу определения уровня санитарной культуры населения РД до последнего времени уделялось недостаточное внимание. А изучением наличия навыков и качества гигиены полости рта не занимались вовсе.

Целью данного исследования является изучение уровня санитарной культуры, гигиенических знаний и наличия навыков ухода за полостью рта у населения Республики Дагестан в различных климатогеографических поясах.

Материал и методика. Для достижения поставленной цели была использована разработанная и модифицированная нами же анонимная анкета, в которую входило 28 вопросов. Опрошено всего 387 школьников 10-11 классов в Левашинском, Хунзахском, Цумадинском районах, которые расположены в высокогорной зоне; Буйнакском, Сулейманстальском – предгорной зоне; Дербентском, Избербашском, Кизилюртовском, Ногайском – плоскостной зоне.

Обсуждение результатов. Анализ полученных данных дает возможность судить об уровне санитарной культуры населения опрошенных районов (таблица №1).

Полученные результаты показали низкий уровень санитарной культуры как в плоскостной, так и в горной зоне. Хотя мы опрашивали лиц подросткового возраста, когда молодые люди интересуются всем новым, стараются эстетически выглядеть хорошо, соблюдать личную гигиену, знания по этим вопросам были минимальными. Так 41,7% в плоскостной, 52,2% - в предгорной и 26,8% - в горной зоне считают, что регулярно нужно чистить зубы; только 67,2% в плоскостной, 52,2% - в предгорной и 58,4% - в горной зоне считают, что нужно чистить зубы два раза в сутки. Всего 14,8% в плоскостной, 12,9% - в предгорной, 17,8% - в горной зоне выдерживают время чистки зубов, а 19,5% - в плоскостной, 29,1% - в предгорной и 16% - в горной зоне умеют делать правильные движения и выдерживают их количество при чистке зубов. На сегодняшний день, 10,8% в Дербентском, 5% - Ногайском, 4,2% - Кизилюртовском, 9,5% - Сулейманстальском, 1,8% - Хунзахском, 3,5% - Избербаше и 2,4% - Цумадинском районах пользовались чужой зубной щеткой. Только 63,6% в плоскостной, 34,3% - в предгорной, 44,5% - в горной зоне знали, как правильно хранить зубную щетку. Питательными и гигиеническими эликсирами пользовались, соответственно, 86,2% и 67,2% опрошенных. Зубочистками пользовались 89%, 81,6% и 95,5%. Флоссами пользовались только 42% - в плоскостной, 38% - предгорной и 39,9% - в горной зоне, а какую функцию выполняют флоссы знали соответственно 29,7%, 20% и 21,5% опрошенных. Только 47% из опрошенных знали, как правильно чистить зубы и ухаживать за полостью рта. Массаж десен делали 25,5% лиц в плоскостной, 16,6% - в предгорной и 18,6% - в горной зоне, и только 22,0% в плоскостной, 7,7% - в предгорной и 12,2% - в горной зоне обращались к стоматологу с целью профилактического осмотра.

Дополнительную информацию по гигиене полости рта и профилактике стоматологических заболеваний желают получить от врача 63,3% опрошенных в плоскостной, 71,9% в предгорной и 44,3% в горной зоне, из дополнительной литературы, соответственно, 6,8%, 4,7%, 3,7%; лекций 3,2%, 55,5%, 6,2%; реклам 4,3%, 2,3% и 0%.

Таким образом, вышеизложенное свидетельствует о низком уровне санитарной культуры населения, особенно в горной зоне, слабых мануальных навыков. Что говорит о плохом качестве санитарно-просветительной работы стоматологов Дагестана. Лекции и беседы не имели наглядности, не обучали проводились уроки гигиены в детских садах и школах, не обучали правильным движениям щетки, как пользоваться зубочистками, флоссами при чистке зубов.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЗВЕНА ВРАЧ-РЕГИСТРАТОР В ГОРОДСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ.

Нарчаев М.А., Меджидов М.Н.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Медицинская карта стоматологического больного – основной документ, необходимый для заполнения врачом-стоматологом. Однако, при анализе карт были обнаружены произвольная форма записей, сокращения, исправления, утерянные рентгеновские снимки. Неполное, некачественное заполнение карты — актуальная проблема, приводящая диспансеризацию к простой формальности, снижающая достоверность любых исследований. Одной из причин этой проблемы нам представляется то, что врачи не могут выделить время для заполнения всей необходимой документации – медицинской карты стоматологического больного (Форма 043/у), листка ежедневного учета работы, сводной ведомости учета работы и других. Но содержательные записи – об установленных фактах и о соображениях врача – в истории болезни необходимы. Они имеют организационное, лечебное, научное, образовательное и юридическое значение. Записи должны быть полными, точными, легкочитаемыми.

Неудобством «бумажных документов» всегда считалась невозможность сортировки сведений. Это затрудняет пользование медицинской картой как для того, чтобы составить представление о пациенте, так и для обобщений, для комплексного анализа. Результат – снижение клинической и экономической эффективности медицинской помощи.

Для облегчения работы врача-стоматолога мы предлагаем переход к электронной форме записи. Документ при этом приобретает ряд преимуществ: он защищен от большинства орфографических, стилистических, логических и терминологических ошибок, для дневника лечения могут быть заранее заготовлены наборы шаблонов. Наконец, можно поручить компьютеру вычисление производных величин. За врачом или регистратором надо оставить только ввод первичных данных: паспортной части, даты рождения, даты первичного посещения. Также обеспечится демонстративность всех данных, быстрый доступ к ним.

Разнообразие программного обеспечения для такого перехода достаточно велико. Существуют варианты от простого фиксирования пациентов до стоматологических управляющих информационных систем (2,8), но в них есть неудобство: нужны расходы для приобретения программного обеспечения, компьютеров в кабинеты и объединения их в локальную сеть. Экономическая эффективность частных кабинетов и клиник эконом-сегмента здесь остается под вопросом. Отличие нашего предложения в том, что многие из вышеуказанных достоинств электронной регистратуры мы размещаем на мобильном телефоне врача.

Цель исследования: оптимизация взаимодействия звена врач-регистратор в городской стоматологической [поликлинике путем внедрения компьютерной программы, отвечающей за обработку данных.

Материалы и методы. Исследования проводились в стоматологическом отделении клинико-диагностической поликлиники Дагестанской государственной медицинской академии. Было заполнено 360 медицинских карт стоматологического больного в электронном

виде. Из них была произведена выборка из 15 карт и были образованы 2 группы. Первая — контрольная группа карт со стандартным заполнением бланка (форма 043/у). Вторая группа — те же 15 карт, но заполненные с помощью нашей программы. Эта программа разработана в процессе нашей работы на базе программы Microsoft Excel 2003 и предназначена для перевода личных записей врача в правильно заполненный бланк истории болезни. По классификации медицинских информационных систем эта программа относится к медицинским информационно-справочным системам, то есть она предназначена для поиска и выдачи медицинской информации по запросу пользователя.

Целью программы является передача электронике всей рутинной «бумажной» работы, составления отчетов, расчета лучевой нагрузки пациента, всех качественных и количественных показателей работы врача, веде-ия календаря, автоматический ввод кодов диагнозов и услуг, согласно МКБ-10, записи пациентов на прием. Программа позволяет получать мгновенный доступ к данным прошлых посещений, автоматизировать все статистические научные исследования.

Документ при этом приобретает ряд преимуществ: он защищен от большинства орфографических, стилистических, логических и терминологических ошибок, для дневника лечения могут быть заранее заготовлены наборы шаблонов. Наконец, можно поручить компьютеру вычисление производных величин. За врачом или регистратором надо оставить только ввод первичных данных: паспортной части, даты рождения, даты первичного посещения. Также обеспечится демонстративность всех данных, быстрый доступ к ним.

Сущность метода состоит в том, что ход лечения врач записывает на электронный носитель с помощью удобных ему шаблонов, а полное заполнение бланка и все расчеты программа выполняет сама после переноса данных с телефона на компьютер в регистратуре, в который установлена ведущая часть нашей программы. В мобильный телефон введены базовые возможности программы, в КП К у врача есть возможность сортировки пациентов и быстрого доступа к данным, но в обоих случаях результат один: программа выдает качественно заполненную форму 043/у.

В отличие от стандартного статистического исследования, которое по определению является выборочным, то есть работа проводится с выборочной совокупностью из-за невозможности охвата всех данных, при компьютерном исследовании в связи с отсутствием изменения трудозатрат при подсчетах выборка не производится, исследуется вся генеральная совокупность, обладающая самым высоким уровнем репрезентативности.

В стоматологии Дагестана внедряются новые технологии, овладеть которыми нашим специалистам мешают отставание технологической оснащенности лечебных учреждений, а также недостаточная профессиональная подготовка. Нужна информация, необходимо обучение новым технологиям. Преимущество нашего метода состоит в том, что в отличие от подобных стоматологических управляющих информационных систем нет необходимости переоснащать всю клинику, устанавливать компьютеры в каждый рабочий кабинет,

объединять их в сеть, устанавливать дорогостоящее программное обеспечение, проводить обучение всего врачебного персонала клиники и работников регистратуры работе с программой. Все вышеуказанные достоинства электронной регистратуры есть и в нашей программе, но необходимое переоснащение — это всего лишь компьютер в регистратуре, в который установлена основная часть нашей программы. Связь с данными всех врачей поликлиники осуществляется с помощью технологии беспроводной передачи данных (Bluetooth).

Необходимо было разработать алгоритмы быстрой и эффективной передачи данных в звене врач-регистратор в обоих направлениях.

Направление регистратор — врач: при явке пациента на прием медсестра рабочего кабинета направляется в регистратуру и скачивает данные этого пациента на мобильный телефон и приносит их врачу. Эта процедура проводится только в том случае, если врачу нужны данные прошлых посещений этого пациента. Если - пациент первичный или информация о предыдущих посещениях в данный момент не важна, то скачивать данные не нужно. Здесь экономится время на поиск медицинской карты, а также сводится к нулю риск перекрестной инфекции, в которой задействованы с одной стороны — регистратор, с другой — стоматологическая бригада.

Направление врач — регистратор: в конце рабочего дня врач «сбрасывает» данные в компьютер регистратуры, записанные в течение рабочего дня в записную книжку мобильного телефона. С врача снимается необходимость заполнения формы 043/у, при условии, что он правильно записал лечение в своих заметках с помощью шаблонов. Полный, качественно заполненный бланк медицинской карты стоматологического больного программа оформит сама.

Результаты исследования. **Мы сравнили скорости заполнения дневника лечения в медицинской карте стоматологического больного по протоколу и в нашей программе по шаблонам, подобранным самим врачом** и **получили сокращение времени заполнения на 95%. Также сравнили скорость доступа к данным прошлых посещений, скорость составления отчета, скорость статистических исследований по определенному параметру и получили сокращение времени работы на 50, 96 и 92%, соответственно.**

Выводы. **Использование программы позволило существенно сэкономить время врача без материальных затрат, что в свою очередь привело как к экономической эффективности, так и к тому, что внимание врача больше акцентировалось на пациента, а не на оформление медицинской документации.**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОДСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА.

Нарчаев М.А., Меджидов М.Н.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Электронная история болезни в России - явление относительно новое. Хотя необходимость перехода на безбумажную форму регистрации назрела уже давно, но в начале своего развития вопрос перехода на компьютерное ведение медицинской документации развивался только за счет

частных инициаторов. Дело в том, что до последнего десятилетия не было правовой поддержки для такого перехода (Е.О. Данилов, 2002; В.Ф. Мартыненко и соавт., 2009). Положение изменилось с 1 января 2008 г, когда в силу вступил первый национальный стандарт в области медицинской информатики — «Электронная история болезни» [12]. Раньше постановка диагноза по электронным карточкам была незаконна, но с введением нового стандарта, нормативная база позволила клиникам полноценно использовать наработки в области автоматизации, тем более, что со стороны правительства такой переход начал получать прямую поддержку.

Не осталась в стороне этих процессов и стоматология, в которой развитие цифровой документации развивалось точно так же. Бланк медицинской карты стоматологического больного (форма 043/у) давно нуждался в корректировке, поскольку в нынешнем виде он не отражает специфических моментов, свойственных применяемым в современной стоматологической практике новейшим организационным, клиническим и компьютерным технологиям диагностики и лечения (А.И. Манин, 2006; А.А. Кулаков и соавт., 2009; Н.Н. Полушкина, 2010) . Еще одной причиной, по которой необходимо перевести документацию на электронный язык, являются недостатки бумажного документа и несовершенство существующего порядка ведения стоматологических документов лечащими врачами, ведущие к серьезным нарушениям, иногда трудно отслеживаемым, что в последующем может привести к различным проблемам от простого неудобства работы с документом до причинения вреда пациенту при повторном обращении к врачу (В.Ю. Дорошина и соавт., 2010). Ошибки при ведении документации допускаются всеми звеньями, которые взаимодействуют со стоматологической документацией: лечащим врачом, регистратором и медицинским статистом, но так как ответственность за любые нарушения, связанные с регистрацией медицинской помощи лежит на учреждениях здравоохранения, то, в конечном счете, штрафные санкции со стороны страховой компании применяются к администрации поликлиники. Автоматизация организационных вопросов в стоматологической поликлинике стала бы очевидным решением, повышающим эффективность основного документа стоматологического пациента, однако, каким бы заманчивым не был полный переход на один из разработанных вариантов частных электронных стоматологических карт, все существующие в настоящее время программные продукты не соответствуют установленным Минздравом формам, в частности остается фактически действующим Приказ Минздрава СССР №1030 1980 года, который утверждает форму 043/у.

Цель исследования: **оптимизация работы кабинета медицинской статистики в государственной стоматологической поликлинике путем разработки и внедрения компьютерной программы для автоматического подсчета показателей работы врача-стоматолога.**

Материалы и методы исследования. **Работа выполнялась в Клинико-диагностической поликлинике Дагестанской государственной медицинской академии. Было заполнено 304 медицинских карт стоматологического больного в электронном виде. Из них была произведена выборка из 15 карт и были образованы 2 группы. Первая — контрольная группа карт со стандартным заполнением бланка (форма 043/у). Вторая группа — те же 15 карт, но заполненные с помощью нашей программы. Эта программа разработана в процессе нашей работы на базе программы Microsoft Excel 2003 и предназначена для перевода личных записей врача в правильно заполненный бланк истории болезни.**

Целью статистической части программы является передача электронике всей рутинной «бумажной» работы кабинета медицинской статистики. Программа позволяет получать мгновенный доступ к данным прошлых подсчетов, автоматизировать все статистические научные исследования.

Сущность метода состоит в том, что с врача-стоматолога полностью снимается обязанность составления отчетов, и, следовательно,

подсчета показателей своей работы, а работа статиста сильно облегчается. Все расчеты программа выполняет сама после переноса данных врача на компьютер в кабинете медицинской статистики, в который установлена часть нашей программы, отвечающая за отчеты.

Результаты исследования. **Мы сравнили скорости подсчета показателей качества медицинской помощи** по **протоколу и в нашей программе. Также сравнили скорость доступа к данным прошлых измерений. В каждом из указанных параметров обнаружено сокращение времени подсчетов от 80 до 95%.**

Следует отметить, что в процессе работы мы столкнулись с несоответствием некоторых количественных у качественных показателей современным протоколам лечения. Интерес вызвали следующие показатели: 1) количество посещений на 1 пломбу; 2) законченность постановкой пломбы начатого лечения зуба при среднем количестве не более 2 посещений на 1 пломбу; 3) расширение показаний к консервативной терапии зуб осложненных периодонтитом с учетом новейших достижений стоматологии.

Здесь первые два показателя противоречат третьему. Ведь современные методы лечения хронических периодонтитов (депофорез гидроокиси меди-кальция, многократное введение гидроокиси кальция в очаг резорбции) предусматривают завершение лечения постановкой пломбы на 5-7-е посещение.

Выводы. Использование программы экономит время врача без материальных затрат, что в свою приведет как к экономической эффективности, так и к тому, что внимание врача будет больше направлено на пациента, а не на бумаги.

На основании полученных нами данных считаем целесообразным пересмотреть вышеуказанные показатели работы для того, чтобы привести их в соответствие с новыми технологиями лечения периодонтитов и внедрением современных материалов и аппаратуры.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В СТОМАТОЛОГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА.

Бахмудов Б.Р., Муртазалиев Г-М. Г., Бахмудов М.Б., Алиева З.Б.
Стоматологическая поликлиника и женская консультация
Центральной городской больницы, г. Дербент
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала
НГОУ ВО «Дагестанский медицинский стоматологический институт», г. Махачкала

Деонтология – наука о долге (deon – долг, logos – слово, наука), и считается, что этот термин был впервые введен в обиход в начале XIX века английским правоведом, философом И.Бентаном [2,4] как обозначение учения о профессиональном поведении человека. Применительно к медицине эта наука рассматривается как учение о врачебном долге.

Медицинская деонтология прошла сложный путь развития, и его истоки уходят в глубокую древность. Более 2500 лет тому назад в известной присяге врача «Клятва Гиппократа» были изложены основные положения медицинской деонтологии и этики поведения врача.

Деонтология в стоматологии как наука имеет те же теоретические базовые основы и преследуют такие же практические цели, что и в других медицинских дисциплинах. Но в стоматологии, как и в каждой медицинской специальности, у деонтологии есть некоторые особенности, обусловленные спецификой самой специальности.

Эти особенности следующие:

1) стоматологические заболевания встречаются у лиц обоих полов во всех возрастных группах – от грудных детей до глубокой старости, более того неоднократно в течение жизни, а посещение стоматолога большое эмоционально-психическое испытание в любом возрасте, так как исторически у многих поколений сформировалось мнение, что манипуляции стоматолога всегда будут сопровождаться неприятными ощущениями и болью. Поэтому для индивидуальной оценки особенностей личности больного в профессии врача стоматолога важны знания психолога.

2) заболевания челюстно-лицевой области сопровождаются не только болевым синдромом и нарушениями функции, но очень часто приводят к косметическим дефектам, приводящим порою к сложностям при профессиональной и даже социальной реабилитации больных. Психотерапевтические знания стоматолога в этой ситуации не менее важны, чем его профессиональные навыки, так как результаты медицинского вмешательства стоматолога всегда видны «на лицо».

3) для оказания квалифицированной стоматологической помощи пациенту необходим контакт врачей разных стоматологических специальностей: терапевта, хирурга и ортопеда, что определяет даже начинающему свою трудовую деятельность стоматологу необходимость знаний и положений деонтологических принципов не только стоматологии, но и педиатрии, терапии и хирургии.

4) анатомические особенности челюстно-лицевой области и особенности развития и течения заболеваний оро-фациальной области способствуют тому, что стоматологи (особенно хирурги-стоматологи) в своей практической деятельности должны хорошо разбираться в некоторых разделах оториноларингологии, неврологии, психиатрии и глазных болезней. Поэтому врачу стоматологу, как начинающему, так и профессионалу необходимо разбираться в деонтологических тонкостях и этих медицинских специальностей.

5) некоторые стоматологические специальности, в частности ортопедическая стоматология всегда при оказании медицинской помощи была связана с личными материальными расходами пациента, что имело и имеет определённое значение во взаимоотношениях врач-пациент.

На протяжении многих лет, говоря о врачебном долге в специальной литературе, был широко распространён и другой термин – «врачебная этика». Не рассуждая об имеющихся различиях в терминах «деонтология» и «врачебная этика», следует заметить, что всегда социальные условия сменявшихся исторических эпох трансформировали некоторые постулаты и положения науки о врачевании и не всегда в лучшую сторону. Особенно это касалось тесно связанных с деонтологией вопросов – ошибок и осложнений в практической деятельности и поведении врача. Наглядным примером сказанному может служить сравнение состояния этого вопроса в нашей стране в недалёком прошлом и сложившейся ситуацией в нынешнее время.

Так, ещё совсем недавно корифей отечественной стоматологии академик А.И.Рыбаков в своей известной книге «Ошибки в амбулаторной стоматологической практике» писал: «Советская система подготовки врачей – стоматологов является одним из лучших видов обучения студентов на стоматологических факультетах во всём мире. Это было подтверждено на двух совещаниях ВОЗ, проходивших в Лондоне в 1968 и 1970 гг. [5]. Это подтверждал и судмедэксперт профессор Б.С.Свадковского (1974), по сведениям которого из 2519 уголовных дел, возбужденных против медработников только 43 (1,7%) относились к медперсоналу стоматологических учреждений. Причем в 77,8 – 90% случаев эти дела прекращались из-за отсутствия состава преступления; до 10 – 22% дел, а обвинительный приговор выносится лишь в 3 – 11% случаев [6].

В настоящее время, по мнению председателя совета общественной организации «Общество Защиты Пациентов» А. Хромова, «количество пациентов, не удовлетворённых качеством медицинских услуг в стоматологии, переходит все разумные пределы . 80% стоматологов не обладают достаточной квалификацией для оказания квалифицированной стоматологической помощи. Абсурдность данной ситуации, по его мнению, заключается в том, что пациенты платят, и платят достаточно большие деньги за услуги, которые ведут к смерти, увечью или нравственным страданиям….». Автор сложившую ситуацию объясняет тем, что государство никаким образом не регулирует деятельность частнопрактикующих врачей [3].

Разумеется, коммерциализация стоматологии не лучшим образом отразилась на деонтологических принципах отечественной стоматологии. Стоматология превратилась в одну из отраслей бизнеса, а стоматологическая помощь стала называться стоматологической услугой,

сравнивая её с другими разными платными рыночными услугами. Поскольку основным условием процветания бизнеса является получение прибыли и сверхприбыли, а мотив получения прибыли в здравоохранении ничем не отличается от стремления получать прибыль в остальных секторах общества, медицина превращается в одно из самых привлекательных сфер приложения частного капитала. В этой связи с введением рыночных отношений в систему здравоохранения возникли новые взаимоотношения между врачом и пациентами, создались условия для недобросовестной конкуренции между различными учреждениями здравоохранения за пациента. Другой стороной этих процессов стало и появление «врачей-рекетиров», «пациентов-рекетиров» и касты адвокатов, специализирующихся на врачебных, в том числе стоматологических делах [4,7].

Трудно согласится, что в сложившейся ситуации виновато только одно государство. В России за последние десятилетия приняты многочисленные «медицинские законы» (более 50 федеральных и более 300 законов субъектов Российской Федерации) [3], направленные на повышение качества медицинской помощи и модернизацию здравоохранения, а также реформирование медицинского образования с целью его адаптации к мировым стандартам. При этом трудно объяснить здравомыслящему человеку, что в стране, где согласно Конституции каждому гражданину гарантируется бесплатная медицинская помощь, университетские клиники, где обучаются будущие стоматологи и повышают свою квалификацию практические врачи, намного хуже оснащены, чем частные клиники. Трудно понять добросовестному налогоплательщику и то, что в стране, где введена страховая медицина, при обращении в муниципальное лечебное учреждение врач, работающий в этом учреждении и совмещающий в работу в частном лечебном заведении, рекомендует ему делать необходимые дополнительные методы обследования (рентгенологическое обследование, биохимические и гормональные анализы) в частной клинике, где он сам подрабатывает, так как там оборудование более современное и результаты обследования будут достовернее. При этом надо этому законопослушному налогоплательщику платить немалые деньги часть, из которых, конечно же, идёт на оплату работы самого врача!!!! Тут трудно не согласиться с мнением уважаемого профессора Б.И. Шулутко [8], который считает, «страховая медицина, оправдывающая себя в нормальных странах, совершенно не приспособлена к стране тотальной коррупции».

Таким образом, в нынешнее время, несмотря на то, что общечеловеческие, внеклассовые этические нормы стоматологии как медицинской профессии, заключающиеся в стремлении облегчить страдания и помочь больному человеку, остаются неизменными, внутренние противоречия медицинской деятельности опосредованно влияют не лучшим образом на качество оказания медицинской помощи [1-4,7].

Именно поэтому в настоящее время потребности практической стоматологии ставят новые вопросы по проблемам деонтологии и этики врачебного поведения, ответы на которые трудно найти начинающему трудовую деятельность врачу-стоматологу. И тут в решении этих проблем роль образовательных учреждений, которые готовят врача, или где он повышает свою квалификацию, нам видится однозначно приоритетной и важной.

Обязательное изучение принципов деонтологии на каждой профильной кафедре стоматологических дисциплин, по нашему мнению, поможет возвратить истинные ценности этой древней науки, и воспитать начинающего свою трудовую деятельность молодого врача-стоматолога в лучших традициях отечественной стоматологии – с пониманием того, что стоматологическая помощь это в первую очередь помощь врача, в которой нуждается пациент.

Литература

1. Афанасьева О.Ю. Причины, содержание и способы управления конфликтами в стоматологии: Афтореферат дисс … канд. мед. наук. – Волгоград, 2006. – 24 с.

2. Петровский Б.В. Деонтология как один из важнейших элементов воспитания в медицине // В книге : Деонтология в медицине. – М., 1988. – Том 1. – С. 9-72.

3. Решетов Г.А. Юридическая безопасность потребителей медицинских услуг: анализ угроз.//Российская юстиция, 2010. – №3. – С.52-54.

4. Рузин Г.П. Деонтология и стоматолог сегодня // Сборник трудов Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Паринские чтения 2012». – Минск, 2012. – С.292-294.

5. Рыбаков И.И. Ошибки в амбулаторной стоматологической практике. – М., 1976. – 158с.
6. Свадковский Б.С. Цитируется из книги «Врачебные ошибки в стоматологии». – Киев, 1994. – С. 207-208. Авторы: А.П.Грохольский, М.Л.Заксон, И.Н.Корбелецкий, В.И.Сердюков.
7. Тягунов Д.В. Судебно-медицинская характеристика дефектов, возникших при оказании медицинской помощи: Афтореферат дисс … канд. мед. наук. – М., 2009. – 29 с.
8. Шулутко Б.И. О проблемах медицины и путях его решения // Научный мир. – Махачкала, 2014. – №4. – С. 48-53.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В г. ДЕРБЕНТЕ ЗА 2004 и 2014 гг.

Алиева З.Б., Бахмудов М.Б., Бахмудов Б.Р.
НГОУ ВО «Дагестанский медицинский стоматологический институт», г. Махачкала
Стоматологическая поликлиника и женская консультация Центральной городской больницы, г. Дербент

В настоящее время по данным акушер-гинекологов наблюдается высокий уровень осложнений гестационного периода и заболеваемости женщин, что ставит вопросы профилактики при планировании беременности и во время беременности в ряд самых актуальных проблем современной медицины [1,2,9,10].

Именно поэтому при планировании беременности догестационная санация полости рта является приоритетной профилактической мерой, которая позволит повысить репродуктивное здоровье беременной женщины. Однако на практике врач-стоматолог женской консультации сталкивается с такой ситуацией, что при первичном обследовании беременных выясняется, что большинство женщин не занимались санацией полости рта до беременности, и из них от 50 % до 80% нуждаются в лечении по поводу кариеса и его осложнений [4-7].

При этом отмечаемый многими исследователями в разных регионах высокий уровень экстрагенитальной патологии (ЭГП) среди беременных женщин требует пристального внимания и врачей-стоматологов к данной проблеме по ряду обстоятельств. [2,3,6,8-10].

С одной стороны большая частота ЭГП среди беременных будет способствовать росту гестозов значительно увеличивая стоматологическую патологию в период беременности, ухудшая тем самым показатели и соматического и стоматологического здоровья. С другой стороны ЭГП отрицательно влияет на общее состояние беременных, в том числе на их эмоциональную составляющую. Они нуждаются в неоднократной госпитализации при ведении беременности, что требует от стоматолога корректировки не только сроков санации и выбора, адекватных общему состоянию беременных лечебно-профилактических мероприятий, но и знаний особенностей развития, динамики течения и возможных осложнений у женщин при сопутствующей беременности общей патологии.

Целью настоящего исследования являлось изучение динамики изменения частоты выявления экстрагенитальных заболеваний у беременных женщин г. Дербента через 10 лет наблюдения.

Материал и методы. В исследование были включены 940 беременных женщин, прикреплённых с 1 января по 31 декабря 2014г. к женской консультации г. Дербента, сгруппированных, согласно рекомендациям ВОЗ, в 5 возрастные группы. При первичном обследовании стоматолога заполняли специально разработанную для динамического наблюдения за стоматологическим и общим статусом «Карту обследования полости рта беременной» [4], в которую заносились данные первичного стоматологического обследования и данные о наличии соматической патологии. В качестве групп сравнения нами использовались два временных периода на одной и той же популяции: данные исследования по структуре ЭГП, полученные при обследовании беременных женщин в 2004г. и аналогичные данные, полученные через 10 лет – при обследовании 2014 году. Анализ ЭГП беременных женщин выполнялся методом сплошного исследования по отдельным нозологическим единицам различных органов и систем организма, полученных путём выкопировки данных из «Индивидуальных карт беременных и родильниц» (учётная медицинская документация форма № 111/у).

Результаты и обсуждение. Распределение обследованных беременных по возрасту и годам наблюдения представлено в табл.1. Согласно анализу данных таб.1. за сравниваемые годы среди взятых под наблюдение беременных доля женщин одинаковых возрастных групп практически не отличались.

Таблица 1.

Распределение беременных женщин на возрастные группы

Год	Возрастная группа					Всего
	17-19	20-24	25-29	30-34	35 и более	
2004	91(16,02%)	245(43,13%)	127(22,36%)	85(14,96%)	20(3,52%)	568(100%)
2014	170(18,08%)	390(41,48%)	229(24,36%)	133(14,14%)	18(1,91%)	940(100%)

При этом за оба года наблюдения наибольшее количество беременных было во второй возрастной группе (20-24 года): 43,13% в 2004г. и 41,48% в 2014г. Меньше всего беременных было в возрасте старше 35 лет: 3,52% в 2004г. и 1,91% в 2014г.

По результатам первичного обследования в 2014г. из 940 беременных 715 женщин считали себя практически здоровыми, что соответствует 76,06±1,39%. Указанный показатель выше аналогичного за 2004г., который составлял 70,77±1,91% (P<0,05). Другими словами, в 2014г. беременных женщин, которые считали себя соматически здоровыми, было больше (таб.2.).

Таблица 2.

Распределение беременных в зависимости от соматического статуса до и во время беременности в 2004 и 2014 гг.

Группа беременных	Год наблюдения		Значение P
	2004 год	2014 год	
Все обследованные беременные	п=568 (100%)	п=940 (100%)	P<0,05
Считавшие себя практически здоровыми до беременности	402(70,77±1,91)	715(76,06±1,39)	P>0,05
С выявленной при беременности экстрегенитальной патологией	536(94,37±0,97)	881(93,72±0,79)	P>0,05
С невыявленной фактически экстрагенитальной патологией	32(5,63±0,97)	59(6,27±0,79)	P>0,05

Однако к концу беременности оказалось, что частота выявления ЭГП у беременных за оба года наблюдения одинаковой: в 2004г.– 94,37±0,97% и в 2014г. – 93,72±0,79% (P>0,05). Соответственно за сравниваемые годы количество беременных с физиологическим течением, которые не получали медикаментозное лечение по поводу ЭГП, в долевом соотношении к общему числу взятых под наблюдение статистически не отличалось: всего в 2004г.– 32 (5,63±0,97%), а в 2014г.– 59 (6,27±0,79%) женщины (P>0,05).

Структура сопутствующих соматических заболеваний за сравниваемые годы представлена в табл.3.

Таблица 3.

Данные структуры экстрагенитальных заболеваний у беременных женщин, обратившихся за стоматологическую помощь в г. Дербенте, за 2004 и 2014 гг.

Экстрагенитальная патология	Год наблюдения		Значение P
	2004 год (п=568)	**2014 год** (п=940)	
Анемия	458 (80,63±1,66%)	739 (78,62±1,34%)	P>0,05
Заболевания:			
щитовидной железы	130 (22,89±1,76%)	199 (21,17±1,33%)	P>0,05
мочевыводящей системы	80 (14,08±1,46%)	151 (16,06±1,20%)	P>0,05
сердечно-сосудистой системы	15 (2,64±0,67%)	18 (1,91±0,45%)	P>0,05
легких	2 (0,35±0,25%)	6 (0,64±0,26%)	P>0,05
печени	13 (2,29±0,63%)	12 (1,28±0,37%)	P>0,05
вен	26 (4,58±0,88%)	60 (6,38±0,79%)	P>0,05
Ожирение	9 (1,58±0,52%)	32 (3,40±0,59%)	P<0,05
Диабет	-	3 (0,32±0,18%)	-
Заболевания нервной системы	-	2 (0,21±0,15%)	-
Сочетание 2-х и более болезней	197 (34, 68±1,99%)	358 (38,05±1,58%)	P>0,05

Анализ структуры ЭГП показывает, что за прошедшие 10 лет репродуктивное здоровье беременных женщин г. Дербента не улучшилось. Как и во многих регионах России, самым распространенным заболеванием у беременных является анемия [6,8-10], которая диагностировалась в 2004г. у 80,63±1,66% женщин, а в 2014г. – у 78,62±1,34% (P>0,05). Второй по частоте, как и ожидалась ЭГП, оказалась патология щитовидной железы – город Дербент находится в йоддефицитной медико-географической зоне: заболевания щитовидной железы были диагностированы в 2004г. у 22,89±1,76% беременных, в 2014г. – у 21,17±1,33% (P>0,05). Распространённой ЭГП среди беременных являются и заболевания мочевыводящей системы, частота которых составила в 2004году 14,08±1,46%, а в 2014г.– 16,06±1,20 % (P>0,05). Удельный вес заболеваний сердечно-сосудистой системы, легких, печени в структуре ЭГП был небольшим, и за оба сравниваемые годы находился на одинаковом статистическом уровне (P>0,05). Патология этих органов имела большее значение в группе беременных, у которых наблюдалось сочетание 2-х или нескольких соматических болезней. Следует подчеркнуть именно группа беременных, имеющие сочетания 2-х и более соматических болезней, представляет наибольшую сложность стоматологу при проведении стоматологических санационных вмешательств. Доля таких беременных за оба года наблюдения практически не отличалась, была достаточно большой и составила в 2004г. 34,68±1,99%, а в 2014г. – 38,05±1,58% (P>0,05). Достоверно больше в 2014г. по сравнению с 2004г. было беременных женщин с ожирением – доля женщин с такой патологией в эти годы соответствовали показателям 3,40±0,59% и 1,58±0,52% (P<0,05).

Таким образом, структура заболеваемости беременных женщин экстрагенитальными заболеваниями через 10 лет после первого обследования сохранилась практически неизменной. Указанная тенденция наблюдалась, несмотря на то, что в 2014 г. у обследуемых женщин отмечалась повышенная самооценка своего здоровья. Наиболее частым диагнозом остается анемия – 78,62% от общего числа заболевших беременных женщин, на втором месте – заболевания щитовидной железы, на третьем – болезни мочеполовой системы.

Литература

1. Айламазян Э.К. Акушерство. Национальное руководство. /Под ред. Э.К.Айламазяна, В.И.Кулакова, В.Е.Радзинского, Г.М.Савельевой. – М.: Медицина, 2007. – 1300с.

2. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / Под ред. В.Е.Радзинского. – М.: ГЭОТАР., 2009. – С.8-9.

3. Бахмудов М.Б., Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б. Распространённость и структура экстрагенитальной патологии у беременных женщин, обратившихся за стоматологической помощью в г.Дербенте. //Российский стоматологический журнал. – 2009. – №5. – С. 32-35.

4. Бахмудов М.Б. Поражаемость кариесом зубов беременных женщин и пути совершенствования организации лечебно-профилактических мероприятий: Автореферат дис. … канд мед наук. – Ставрополь, 2010. – 22с.

5. Волошина И.М. взаимосвязь характера течения беременности и наличия в анамнезе соматической и стоматологической патологии // Здравоохранение Российской Федерации. – 20114. – №1. – С.43-47.

6. Денисенко Л.Н. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин: Автореферат дис. … канд мед наук. – Волгоград, 2007. – 22с.

7. Жулев Е.Н., Лукиных Л.М., Покровский М.Ю. Стоматологический статус беременной женщины.// Нижегородский медицинский журнал. – 2002. – №4. – С.47-50.

8. Ногаева М.Г., Тулеутаева С.В. Частота встречаемости экстрагенитальной патологии у беременных женщин. //Трудный пациент. – 2011. – Том 9. – №12. – С. 39-42.

9. Шабунова А.А. Здоровье населения России: состояние и динамика. – Вологда, 2010. – С. 154-171.

10. Шаховская И.Н., Вдовенко С.А., Гаврилова Т.А., Соловова Л.Д. Особенности репродуктивного здоровья женщин – жительниц высокоурбанизированного региона // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2011. Т.13. № 1 (7). – С.1664-1670.

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ ЗУБОВ.

Алиева З.Б., Бахмудов М.Б., Бахмудов Б.Р.

НГОУ ВО «Дагестанский медицинский стоматологический институт», г. Махачкала

Стоматологическая поликлиника и женская консультация Центральной городской больницы, г. Дербент

Согласно имеющимся многочисленным данным специальной литературы влияние беременности на заболеваемость кариесом не бесспорно. Одни авторы считают, что беременность не оказывает существенного влияния на заболеваемость кариесом [3,4], другие исследователи прирост кариеса при беременности объясняют воздействием сопутствующей гестации экстрагенитальной патологией (ЭГП) или возрастным ростом кариозной болезни [3,6], а, по мнению третьей группы исследователей [1,5,9] беременность является достаточно серьёзным фактором риска развития кариеса.

Целью настоящего исследования являлось сравнительное изучение заболеваемости кариесом беременных женщин с физиологическим течением беременности и с сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Материал и методы Заболеваемость кариесом изучали в течение 1 года в 4 группах женщин в возрасте от 20 до 29 лет, родившихся и постоянно проживающих в г. Дербенте. Клиническое обследование проводилось с помощью типового набора стоматологических инструментов. При первом осмотре на каждую беременную заполняли специально разработанную «Карту осмотра полости рта беременной» [2], в которой наряду с паспортными данными и данными о динамике стоматологического статуса содержалась информация об акушерско-гинекологическом статусе: срок беременности на момент взятия на учёт, дата предстоящих родов, осложнения данной беременности и сопутствующие экстрагенитальные заболевания. При возрастной группировке женщин и проведении у них клинического обследования придерживались рекомендаций Комитета экспертов ВОЗ [8].

В 1-ю группу вошли 52 беременные с сопутствующей ЭГП – анемией, во 2-ю группу – 52 беременные, у которых имелось сочетание 2-х соматических болезней, одна из которых анемия, в 3-группу – 43 беременные с физиологическим течением беременности и в 4-ю группу – 46 не беременные и не рожавшие женщины. У женщин 1-й, 2-й и 3-й групп беременность была первая.

Необходимыми условиями включения в 1-ю, 2-ю и в 3-ю группу были: срок беременности до 12 недель и добровольное участие в исследовании. Кроме того, было важно, чтобы при первичном обследовании элемент К в индексе $КПУ_з$ равнялся нулю. Последнее условие позволяло кариозные поражения, выявленные при последующих осмотрах полости рта, считать возникшими за время беременности. Для изучения динамики прироста кариеса женщин 1-й, 2-й и 3-й групп обследовали 3 раза: при взятии на учёт, на 38-40 неделе беременности и через 3 месяца после родов. Контрольную – 4-ю группу обследовали также 3 раза, при взятии на учёт, через 9 и 12 месяцев после первичного обследования.

Выбор указанных сроков наблюдения в группах обуславливался следующими причинами:

– осмотр беременных 1-й, 2-й и 3-й групп на 38-40 неделе беременности и женщин 4-й контрольной группы через 9 месяцев после первичного обследования позволил получить данные о приросте кариеса за сопоставимые промежутки времени, так как средняя продолжительность беременности – около 9 месяцев – 266-280 дней [7].

– обследовав женщин 1-й, 2-й и 3-й групп через 3 месяца после родов, мы получали в этих группах данные прироста кариеса за годовую продолжительность наблюдения, как и в контрольной 4-й группе, и заодно выясняли, когда прирост кариеса больше за период беременности или после родов.

Результаты исследования обработаны с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования Распространённость кариеса во всех группах обследованных составляла 100%. Сравнительное изучение исходных показателей интенсивности кариеса в основных и контрольной группе показало, что между ними нет статистически достоверной разницы ($P > 0,05$).

Изучение динамики прироста кариеса за время наблюдения в обследуемых группах показало следующее (см. табл.).

Таблица

Динамика заболеваемости кариесом зубов беременных женщин с экстрагенитальной патологией и физиологическим течением беременности

Группы	Значение $КПУ_з$			Прирост интенсивности $КПУ_з$					
	Исходное	Через 9 месяцев	Через 12 месяцев	За 9 месяцев		За следующие 3 месяца		В целом за 1 год	
				Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-я (п=52)	8,79 ±0,41	9,73 ±0,43	10,29 ±0,44	49	0,94 ±0,13	29	0,56 ±0,10	78	1,50 ±0,17
2-я (п=52)	9,12 ±0,42	10,44 ±0,45	11,21 ±0,46	68	1,31 ±0,16	40	0,77 ±0,12	108	2,07 ±0,20
3-я (п=43)	8,82 ±0,45	9,44 ±0,47	9,88 ±0,48	26	0,60 ±0,12	19	0,44 ±0,10	45	1,05 ±0,15
4-я (п=46)	8,65 ±0,43	8,91 ±0,44	9,04 ±0,44	12	0,26 ±0,07	6	0,13 ±0,05	18	0,39 ±0,09

Наименьший прирост кариеса во все сроки обследования наблюдался в 4-й группе – у женщин контрольной группы – всего18 случаев кариеса за 1 год наблюдения.

Другими словами прирост интенсивности кариеса составил: через 9 месяцев наблюдения – 0,26±0,07, за следующие 3 месяца – 0,13±0,05 и в целом за 1год – 0,39±0,09 случаев кариеса. Значения вышеприведенных показателей были достоверно меньше аналогичных показателей женщин 3-й группы с физиологическим течением беременности. В этой группе беременных за год наблюдения были выявлены 45 новых случаев кариеса, которые по индексу прироста $КПУ_з$ соответствовали значениям: за 9 месяцев наблюдения – 0,60±0,12 ($P<0,05$), за следующие 3 месяца – 0,44±0,10 ($P<0,01$), и в целом за 1 год – 1,05±0,15 ($P<0,001$).

На основании этих данных можно сделать вывод, что даже при физиологическом течении беременности заболеваемость кариесом достоверно возрастает и беременность является одним из факторов риска возникновения кариеса.

По результатам нашего исследования сопутствующая беременности ЭГП ещё более ухудшает стоматологический статус беременной женщины. Так, если у беременной женщины за год наблюдения (за 9 месяцев беременности + 3 следующих после родов месяцев) при физиологическом течении гестации (3-я группа) прирост кариеса составил 1,05±0,15 случаев кариеса, то за такой же срок наблюдения у беременных с анемией (1-я группа) показатель прироста кариеса был больше и соответствовал значению 1,50±0,17 ($P<0,05$).

Эти данные совпадают с результатами исследований Л.Н.Денисенко [5], которая на большом клиническом материале доказала, что у беременных женщин сопутствующая беременности анемия приводит к достоверному увеличению заболеваемости кариесом.

Прирост интенсивности кариеса у беременных женщин 2-й группы, у которых имелось сочетание 2-х соматических болезней, одна из которых была анемия, была еще больше и составила за год наблюдения 2,07±0,20 случая кариеса ($P<0,001$).

Важно отметить, что при сопоставлении показателей интенсивности кариеса ($КПУ_з$) основных и контрольной групп через 9 месяцев наблюдения, т.е. за срок соответствующий беременности, достоверной разницы определяется только между значениями $КПУ_з$ 2-й основной и 4-й контрольной групп – соответственно 10,44±0,45 и 8,91±0,44 ($P<0,05$).

Через три месяца после родов указанный показатель пораженности кариесом достоверно увеличивается и в 1-й основной группе, который равнялся значению 10,29±0,44, тогда как в контрольной 4-й группе за такой же срок наблюдения соответствовал значению – 9,04±0,44 ($P<0,05$). Эти данные подтверждают наше мнение о продолжении ухудшения у женщин стоматологического статуса после родов, и показывают, что при оценке влияния беременности на заболеваемость кариесом следует ориентироваться не на общие значения индекса $КПУ_з$, а следует сопоставлять показатели прироста интенсивности кариеса за одинаковый срок наблюдения.

На основании полученных данных можно сделать следующие **выводы**:

– за период беременности даже при его физиологическом течении заболеваемость кариесом достоверно выше, чем прирост интенсивности кариеса за 9 месяцев у небеременных женщин соответствующего возраста,

– у женщин после родов поражаемость кариесом остаётся более высокой, чем у небеременных женщин соответствующего возраста,

– экстрагенитальная патология, сопутствующая беременности, в значительной степени усиливает паражаемость зубов кариесом.

Литература

1. Бахмудов М.Б., Алиева З.Б., Бахмудов Б.Р. Гигиеническое состояние полости рта и пораженность кариесом зубов у беременных женщин с первоначально здоровой полостью рта. // Стоматология. – 2010. – №3. – С.16-19.

2. Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б., Бахмудов М.Б. Документальное обеспечение процесса стоматологической диспансеризации беременных женщин //Сборник трудов научно-практической конференции, посвященной 40-летию Дербентской городской стоматологической поликлинике. – Дербент, 2012. – С.105-109.

3. Беляков Ю.А. Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях. – М., 2014. – 175с.

4. Булгаков В.С., Теодорович С.А. Некоторые результаты обследования состояния зубных тканей (индекса КПУ) женщин с патологией беременности (этап I) // Вестник РУДН, серия Медицина. – М., 2004. – №1. – С. 91-95.

5. Денисенко Л.Н. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин: Автореф. дис. … канд. наук. – Волгоград, 2007. – 24с.

6. Лукомский И.Г. Кариес зуба. – М., 1948. – С.235.

7. Справочник по акушерству и гинекологии. Под ред. чл.- кор. АМН Украины Г.К. Степанковской. – Киев, 1997. – С. 58-178.

8. Стоматологическое обследование. Основные методы. 3-издание: Перевод с англ. – Женева:ВОЗ, 1989. – 61с.

9. Толмачёва С.М., Лукиных Л.М. Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика. – М., 2005. – 150с.

ПАТОЛОГИЯ ЗУБОВ ДРЕВНИХ ЕГИПТЯН.

Османова Ф.М., Алиева Л.А., Гаджиева Л.А., Измайлова А.Х., Гасанова Л.Г.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Есть сведения об уникальных археологических находках и других фактах, которые свидетельствуют о достаточно высоком уровне развития стоматологии в Древнем Египте в период возникновения там цивилизованного общества в III тысячелетии до н.э. Определенный интерес в этом плане представляют профессиональные отчеты стоматологов об исследовании зубов мумий фараонов, находящихся в Египетском музее в Каире. Приведем краткое описание патологии зубов древнеегипетских мумий.

Истирание-это постепенное исчезновение твердой основы зуба из-за физического и физиологического процесса жевания пищи. Всего существует четыре степени истирания; первая - до обнажения дентинового слоя на кончиках зубов, вторая - истирание кончиков и остатков слоя эмали в нижних частях желобков зубов, третья - уменьшение коронки зуба почти до шейки, четвертая - обнажение пульпы. Изучение зубов мумий выявило такое явление. Медленное истирание стимулирует пульпу образовывать новый наружный дентиновый слой. В таких зубах пульпа успешно блокирует процесс истирания, угрожающий обнажению. Сокращение зубных канальцев и отложение кальция приводит к тому, что дентиновый слой становится достаточно твердым. Другими словами, замедленное разрушительное воздействие истирания стимулирует пульпу и протоплазменные нитевидные структуры реагировать с целью защиты уменьшением в

размерах и увеличением плотности защитного покрытия. Однако защитная реакция зубной ткани может и не справиться с истиранием, если в пище имеются абразивные добавки. Истирание в большей степени проявляется на первом коренном зубе, который прорезается в шесть лет и который занимает ключевую позицию в зубном ряду при жевании пищи.

В Древнем Египте пищу с многочисленными абразивными добавками употребляли с додинастического периода и почти до времени правления фараонов XVIII династии (1570 - 1339 гг. до н.э.). Абразивные добавки попадали в пищу при перетирании в муку шелухи ячменя и просо (мельчайшие частицы от жерновов), кроме того, в муку попадала песчаная пыль при ветрах из пустыни. Поедание тянущих волокон клубней также ускоряло процесс истирания. Вместе с тем следует особо отметить, что абразивные добавки в пище оказывали и благоприятное воздействие, они препятствовали образованию зубного камня. Примечательно, что в древности в рационе питания даже высших правителей страны было достаточно много различных абразивных добавок. В качестве примера часто приводят описание состояния зубов фараона XVII династии Секвененра, погибшего в молодом возрасте на поле боя. (Мумия фараона была найдена в тайном захоронении в Дейр эль-Бахри в 1875г. и в настоящее время находится в Египетском музее в Каире). У этого фараона полный набор здоровых зубов, совершенно без признаков зубного камня, третьи коренные зубы с обеих сторон практически истерты, а остальные подвергнуты равномерному истиранию. Следует иметь в виду, что фараон Секвененра не вел праздный образ жизни аристократа, он возглавил борьбу против захватчиков-гиксосов, которые к тому времени около ста лет правили в стране. Заметные изменения в рационе питания древних египтян происходят, начиная со времени правления фараонов XVIII династии. Пища египтян, особенно представителей привилегированных слоев, становится более изысканной, и процесс истирания зубов проявляется в меньшей степени и сравним с существующим ныне положением. Подводя итог, Р.Вуд Лей отмечает, что у древних египтян кончики зубов истирались к 35 годам жизни, к 50 годам истирание до пульпы наблюдалось редко на одном, а чаще на четырех коренных зубах. В более зрелом возрасте почти все зубы истирались до пульпы (четвертая степень).

Кариес. В исследовании Роберта Вуд Лея отмечено, что из более чем двухсот мумий только у 28 наблюдался кариес зубов. В возрастном отношении это ребенок 7 лет, семь лиц молодого возраста и остальные люди зрелого возраста. Другими словами, кариес зубов наблюдался в основном у пожилых людей. Во временном отношении это 2 мумии до династического периода, 17 - Древнее и Среднее царство и 9 - более позднего периода. Болезнь возникала после истирания зуба или после потери соседнего. Оба эти обстоятельства, а также особенности пищевого рациона заканчивались кариесом зубов. Основной вывод таков: кариес зубов у древних египтян во всех слоях населения очень редко отмечался до времен строительства пирамид. Затем эта болезнь в связи с переходом на более изысканную пищу наблюдается в основном у представителей аристократии. Так, археологическая экспедиция, финансируемая американкой Ф. Херст, в начале прошлого века провела исследование захоронения в районе Гиза (более пятисот скелетов) и выявила, что кариес зубов и воспаление альвеолы среди состоятельных людей в процентном отношении таков, как и в современном Египте.

Воспаление альвеолы. В связи с тем, что древние египтяне употребляли пищу со значительным количеством абразивных веществ, в первую очередь, песка, их зубы довольно быстро истирались. В результате происходило обнажение внутренних полостей зубов, и появлялась возможность беспрепятственного проникновения инфекции внутрь. Таким образом, воспалительные заболевания альвеолы у древних египтян происходили без кариеса зубов. В процессе конкретного исследования египетских мумий Р.Вуд Лей выявил, что первопричиной заболевания альвеолы является истирание - 92,5% и только в 7,5% случаев первопричиной был кариес.

Процесс истирания зубов происходит безболезненно, пока зуб остается на своем месте и пока не разрушится периодонтальная мембрана. На примерах конкретных образцов мумий можно наблюдать, как постепенный процесс истирания завершался появлением щелей, отверстий различных размеров в альвеоле, через которые и происходило обнажение верхушечных областей корней зуба. Повреждения альвеолы различаются в размерах от нескольких мм до 10 мм и даже 15 мм в диаметре. Наиболее часто заболеванию альвеолы был подвержен верхний первый коренной

зуб, за которым следует верхний второй коренной. У изученных мумий людей преклонного возраста почти все верхние зубы обнажены до пульпы (мягкая рыхлая ткань, заполняющая полость зуба и корневые каналы). О заболеваниях альвеолы можно судить даже при потери части или всех зубов.

Киста. Это заболевание отмечено у 12 мумий. Когда эпителиальные клетки (клетки, покрывающие поверхность) проникают в какое-либо сферическое пространство, там происходит разжижение и постепенное накопление жидкости внутри полости. Размеры этих полостей бывают от 5 до 15мм. Наиболее часто киста затрагивает верхние боковые резцы, но отмечена также и у резцов и малых коренных.

Воспаление гайморовой полости. Из 206 мумий у 21 имели место свищи, достигавшие гайморовой полости через альвеолу коренных зубов. Не подлежит сомнению тот факт, что многих свищи не были выявлены в случае их прохождения вблизи корней зуба. Свищи в районе первого и второго коренного зубов отмечены в 11 случаях. В возрастном отношении отмечено, что всего в двух случаях свищи наблюдались у мумий детей и юношей, а в основном это болезнь пожилых и престарелых людей.

Возрастные потери зубов. Большинство людей, у которых выпал один или несколько зубов, достигли своего пятидесятилетия. Среди исследованных мумий нет ни одного случая потери зуба в возрасте до 35 лет.

Заболевания сифилисом и рахитом. Как известно заболевание сифилисам или рахитом сказывается на состоянии зубов больного. Так, в исследованной коллекции мумий нет ни одного образца, который бы свидетельствовал об этих заболеваниях. Этот вывод полностью совпадает с выводом других ученых (Smith, Jones). Первый из них Смит писал: "Ни одного случая заболеванием рахитом и сифилисом не было найдено у древнеегипетских мумий... нет ни одного случая даже отдаленно напоминающее повреждение зубов в связи с заболеванием сифилисом". Говоря о Нубии, южной окраине древнего Египта, Джонс писал: "Полное отсутствие каких-либо проявлений на зубах в связи с заболеванием сифилисом является сильным аргументом против существования этой болезни в древнем Египте". Касаясь, находок согнутых и поврежденных скелетных костей, которые якобы свидетельствуют о заболевании рахитом, Джонс писал, что при тщательном изучении эти процессы имели место после смерти.

Литература.

1.Шмелев И.П. и др. «Золотое сечение», Москва, 1980

2.Марченко Ю.Ф. Очерки по древнеегипетской медицине. Стоматология в Древнем Египте. Москва, 1997

РАЗРАБОТКА ОСНОВ ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ.

Мусалов Х.Г., Ахмедова Э.А., Тайгибов Х.Н., Гасанова М.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность работы. Важнейшим направлением современной науки является разработка и внедрение в клиническую практику протоколов лечения и реабилитации. В стоматологических поликлиниках г. Махачкалы было проведено исследование, направленное на выявление характера и распространенности пародонтологической патологии и определение потребности в специализированной помощи. Широкая распространенность болезней пародонта, тяжесть течения некоторых форм патологии пародонта, потеря зубов и как результат значительные изменения в зубочелюстной системе, уменьшение работоспособности, снижение качества жизни населения - все это позволяет считать заболевания пародонта не только серьезной медицинской, но и важной социальной проблемой (Боровский Е.В. и соавт., 1999; Bartold.et.al.,2003).

Целью работы является анализ результатов анкетного интервьюирования, который позволит оценить деятельность врачей-стоматологов при проведении диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы исследования. Для исследования использовались анкеты, разработанные по методу Бутенко И.А. (1998), состоящие из 65 вопросов. В стоматологических

поликлиниках г. Махачкалы в интервьюировании принимали участие 108 врачей-стоматологов. Анкеты позволили получить информацию об уровне профессиональных знаний и умений врачей-стоматологов терапевтов на этапах сбора анамнеза, методов диагностики и лечения, оценки качества проведенного лечения, сроков реабилитации хронического локализованного пародонтита.

Результаты исследования и их обсуждение. Было установлено, что, в первую очередь, врачи-стоматологи обращают внимание при диагностике на основные и дополнительные методы обследования, что применяют чаще всего и в чем видят причину развития болезни, на типичные жалобы пациентов, на сопутствующие заболевания при данной патологии, на методы лечения и реабилитации.

Результаты, полученные после анализа и статистической обработки, позволили судить о профессиональной осведомленности врачей-стоматологов по каждой нозологической форме данной патологии. Среди заболеваний пародонта самой распространенной формой является пародонтит (45,5%). Чаще диагностируют пародонтит средней степени тяжести (68,4%), легкой степени (25,6%) и только в 6,0% — тяжелой. На вопрос о степени распространенности пародонтита 51,0% врачей отмечают локализованную форму, 49,0% — генерализованную. По клиническому течению выделяют острое (6,3%), хроническое (53,5%) и обострение хронического пародонтита (28,9%).

Результаты изучения применяемых основных методов обследования при диагностике хронического локализованного пародонтита показали, что сбор анамнеза для диагностики интересовал 21,8% врачей-стоматологов, осмотр пациента проводят 25,3% опрашиваемых, зондирование применяли 21,0%, перкуссию считало нужным применить 15,1% врачей, пальпацию 11,9%, другие методы диагностики проводили 4,9% врачей. Изучение частоты применения дополнительных методов диагностики хронического локализованного пародонтита свидетельствует о том, что для диагностики определяют гигиенический индекс по Федорову-Володкиной (ИГ) 22,6% врачей-стоматологов, индекс РМА 16,3%, проводят пробу Шиллера-Писарева 11,0% врачей, определяют индекс периферического кровообращения 1,0%, пародонтальный индекс Рассела 3,7%, индекс CPITN 3,7%, проводят зондовую пробу 16,6% врачей-стоматологов, рентгенологическим методом считали необходимым пользоваться 25,2% опрашиваемых.

Итоги изучения мнения врачей об основных жалобах больных при обращении по поводу хронического локализованного пародонтита показали, что на кровоточивость десен жалуются, по мнению врачей, 17,6% пациентов, на отложение зубного налета и камня 20,5% случаях, по мнению 26,0% врачей больные жалуются на подвижность зубов, 8,4% врачей указывают на выделение гноя при надавливании на десну, 12,7% врачей считают, что пациенты жалуются на болевые ощущения, 13,3% на неприятный запах изо рта.

Выводы. Анкетирование врачей-стоматологов осуществляющих лечение больных страдающих хроническим локализованным пародонтитом позволило определить мнение врачей на проводимые ими методы местного и общего лечения. 17,4% врачей считают необходимым проводить санацию полости рта, профессиональную гигиену полости рта проводили 17,8% врачей, необходимость осуществлять удаление зубных отложений 18,3%, устранять травмы 15,6%, восстановление окклюзии рекомендовалось 15,8% опрашиваемых, назначали медикаментозное лечение 15,1% врачей-стоматологов.

Из опроса было определено мнение врачей к выбору хирургических методов лечения хронического локализованного пародонтита. Определение частоты мнения врачей-стоматологов о необходимом выборе метода лечения пациента свидетельствует о том, что 11,8% считают целесообразным проводить пластику преддверия полости рта, 12,7% перемещение уздечки, необходимость в «открытом» кюретаже 17,6%, в «закрытом» кюретаже 51,0%, в лоскутных операциях 6,9% врачей-стоматологов.

Данные об итогах исследования мнения врачей-стоматологов о критериях, по которым должны оцениваться результаты лечения хронического локализованного пародонтита по ряду показателей эффективности. 21,7% респондентов считают, что это отсутствие жалоб, уменьшение или исчезновение над- и поддесневого камня и налета в 19,6% случаях, уменьшение размеров или

исчезновение пародонтального кармана в 23,8%, уменьшение или исчезновение кровоточивости десен 21,3%, улучшение по данным рентгенографии 13,6%.

Полученные материалы были использованы нами для составления протоколов лечения и реабилитации, а их внедрение в практическую деятельность врачей-стоматологов способствует повышению эффективности лечения и реабилитации пациентов, страдающих хроническим локализованным пародонтитом.

Список литературы:

1. Барер Г. М. Системы локальной доставки лекарств в лечении пародонтита: / Г. М. Барер, О. В. Соловьева, О. О. Янушевич // Пародонтология. 2002. - Т. 24, № 3. - С. 23-28.

2. Боровский Е. В. Биология полости рта / Е. В. Боровский, В. К. Леонтьев. М.: Медицина, 2001. - 304 с.

3. Квинтэссенция. Спец. выпуск по пародонтологии. М., 2003. - 118 с.

4. Кицул И. С. О необходимости преобразований в стоматологической службе регионального уровня / И. С. Кицул, И. Н. Попова, В. А. Гурьев // Стоматолог. -2006.-№2.-С. 7-11.

О РАБОТЕ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ В ВОЕННО-ВРАЧЕБНЫХ КОМИССИЯХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН. ОБЗОР.

Вайман А.Е.

ГБУ РД «Республиканская стоматологическая поликлиника имени М. М. Максудова» МЗ РД, г. Махачкала

Актуальность: Проблема отбора и комплектования Вооруженных сил Российской Федерации здоровым, физически крепким пополнением в настоящее время очень актуальна, особенно в Республике Дагестан. Заболеваемость населения в стране и в республике, в том числе и среди молодежи призывного возраста, налагает большую ответственность на врачей, работающих в городских и районных военно-врачебных комиссиях. При этом роль врачей-стоматологов, работающих в ВВК, была и остается очень важной. Это вполне естественно, так как заболевания полости рта - самая массовая патология среди других патологических состояний.

Наш более чем 20-летний (1981-1995, 2005-2010 г.г.) опыт работы в Республиканской призывной комиссии и в Военно-врачебной комиссии Военного Комиссариата Республики Дагестан, регулярно (2 раза в год) составляемые и предоставляемые отчеты об итогах призывов в 21 Окружную военно-врачебную комиссию (г. Ростов - на - Дону, Северо-Кавказский военный округ) и в Министерство здравоохранения РД, полученные данные о выявленной патологии при медицинском освидетельствовании поступающих в военно-учебные заведения, призывников и поступающих на военную службу по контракту, изучение и анализ структуры заболеваний челюстно-лицевой области среди осмотренного контингента позволяют составить объективную картину состояния дел с военно-врачебной экспертизой в республике и оценить качество работы врачей- стоматологов в военно-врачебных комиссиях городов и районов.

Цель данной статьи – отметить наиболее часто встречающиеся ошибки в работе врачей – стоматологов по медицинскому освидетельствованию. Эти ошибки, к сожалению, повторяются из призыва в призыв, из года в год несмотря на регулярно проводимые (2 раза в год) учебно-методические сборы на базе ВВК ВК РД с целью совершенствования работы по военно-врачебной экспертизе, повышения качества специальной подготовки врачей, привлекаемых в медицинские комиссии для освидетельствования призывников, разъяснения и правильного толкования руководящих нормативных документов Министерства Обороны РФ.

Результаты исследования: Основные причины имеющихся недостатков и ошибочного принятия решений о категориях годности граждан к военной службе:

1. Недостаточное изучение по медико-социальным вопросам граждан, подлежащих призыву на военную службу, поступающих в военно-учебные заведения и на военную службу по контракту.

2. Несвоевременное и не в полном объеме проведение мероприятий, предусмотренных планами лечебно-оздоровительной работы, либо их полное невыполнение. Это значительно снижает выявляемость больных юношей. Как следствие - значительная часть призывников идет на

службу в войска с несанированной полостью рта. В разные годы этот показатель составляет от 19,8 % до 47, 9% в среднем по республике.

3. Нарушение методики медицинского освидетельствования и осмотра призывников при прохождении ППГВУ (первоначальная постановка граждан на воинский учет), призывной комиссии и перед отправкой на Республиканский сборный пункт ВК РД, недостаточное обследование, недооценка врачом – специалистом имеющихся сведений о наличии заболеваний, а порой и недобросовестное отношение некоторых врачей к исполнению своих должностных обязанностей, в результате чего допускается просмотр явной патологии. Как следствие - высокий процент возврата по состоянию здоровья (от 10 % до 19,5 %) призывников с Республиканского сборного пункта ВК РД из числа поданных для отправки в войска.

4. Обследование и лечение призывников, в основном, в период призыва, что создает дополнительные трудности для работы призывных комиссий и ухудшает ход самого призыва.

5. Несвоевременный, проводимый не в полном объеме, зачастую формальный анализ ошибок, допущенных в период проведения диспансеризации, ППГВУ и призыва. Несвоевременное и формальное расследование случаев возврата из войск и с РСП ВК РД граждан, необоснованно (по состоянию здоровья) призванных на военную службу, что создает предпосылки для повторения подобных ошибок.

6. Выявление призывников, подлежащих призыву при контрольном медицинском освидетельствовании на Республиканском сборном пункте, которые городскими и районными ВВК были признаны негодными к военной службе по состоянию здоровья.

7. Отсутствие или низкое качество ведения медицинской документации на гражданина призывного возраста. Медицинская документация ведется небрежно, зачастую безграмотно, в записях много орфографических ошибок. Личные дела призывников, поданных на РСП ВК РД для отправки в войска и на контрольно-экспертную комиссию, оформляются с исправлениями и помарками, заполнены поверхностно. Отсутствуют карты медицинского освидетельствования, нет сведений о профилактических прививках, перенесенных заболеваниях, о диспансерном учете, переносимости лекарственных средств и других веществ.

8. Некачественное заполнение Актов исследования состояния здоровья призывников в городских и районных лечебных учреждениях. Акты исследования состояния здоровья малоинформативны, не указываются функциональные нарушения, стадии развития заболевания. Потеря жевательной эффективности, определяемая по методу Агапова, не указывается с точностью в процентах, не указывается, какие зубы находятся в контакте с антагонистами, какие не находятся. Не указывается с точностью в миллиметрах величина разобщения между фронтальными и боковыми зубами в вертикальном и сагиттальном положениях. Как следствие - вынесенные заключения о негодности к военной службе и передаче в запас часто необъективны, необоснованны и не могут быть применимы к призывникам, так как не соответствуют данным объективного обследования и записям в Актах исследования состояния здоровья.

9. Отсутствие тесного взаимодействия между военными комиссариатами и органами здравоохранения, низкий контроль военных комиссариатов за проведением лечебно-оздоровительных мероприятий среди молодежи допризывного и призывного возрастов.

10. Частая замена врачей, привлекаемых к медицинскому освидетельствованию граждан в ВВК, недостаточное изучение и знание ими требований руководящих нормативных документов по военно-врачебной экспертизе, а поэтому и неправильное, неправомерное их применение.

Выводы. Все вышеперечисленное – проведенный разбор ошибок и анализ выявленных недостатков в работе врачей-стоматологов в ВВК позволяют нам сформулировать следующие предложения, которые на наш взгляд помогут избежать в дальнейшем их повторения:

1. Военно-врачебным комиссиям военных комиссариатов необходимо наладить более тесное взаимодействие с органами здравоохранения городов и районов, совместно повысить контроль за проведением лечебно-оздоровительных мероприятий среди молодежи допризывного и призывного возрастов.

2. Привести всю учетно-отчетную медицинскую документацию в строгое соответствие с требованиями руководящих нормативных документов Министерства Обороны РФ.

3. Потребовать от врачей–специалистов, привлекаемых к медицинскому освидетельствованию граждан в ВВК, тщательного изучения требований руководящих нормативных документов по военно-врачебной экспертизе.

4. Повысить персональную ответственность врачей-специалистов, участвующих в медицинском освидетельствовании граждан за качество освидетельствования.

Считаем, что ознакомиться с данной работой будет интересно и полезно как работающим врачам-стоматологам, интересующимся этой проблематикой, так и руководителям здравоохранения.

РОЛЬ СТОМАТОЛОГИИ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ.

Гасанова М.А., Мусалов Х. Г., Ахмедова Э.А., Омаров О.Г., Мащилиева М.М.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Качество жизни, так уж сложилось, считается синонимом материального благополучия. Действительно, эти понятия взаимосвязаны. Но, нельзя не отметить и другие факторы, которых насчитывается около 150. Следовательно, улучшение качества жизни должно захватывать все эти аспекты, а не только финансовую обеспеченность. Факторы, от которых зависит качество жизни: карьера, социальные (материальное благосостояние, доступность образования) и природные условия (климат, состояние окружающей среды), благополучные семейные отношения, доступность и качество медицинской помощи, политическая обстановка и другие [1 - 4]. Нам же важна медицинская сторона вопроса, а точнее влияние стоматологии на качество жизни.

По оценкам экспертов до 100% взрослого населения земного шара имеют те или иные проблемы с зубами или мягкими тканями рта полости рта. При этом в последние годы отмечается тенденция роста числа обращений пациентов к врачу-стоматологу не только для купирования боли, восстановления функции зубочелюстной системы, но и эстетики. До 50% взрослого населения Европы обращается за эстетическим стоматологическим лечением. То, что внешние дефекты, связанные с проблемами рта, влияют на психологическое состояние пациентов известно достаточно давно (Николаева В.В., 1986.). Термин «голливудская улыбка» появился примерно в 1930-е гг. и стал синонимом успешности у определенной категории людей. В 1949 г. фирмой Kulzer (США) был предложен первый отбеливающий материал на основе полиметилметакрилатов, позволяющий врачу-стоматологу вносить коррекцию во внешний облик пациентов. В 1960-е гг. была открыта технология кислотной протравки, которая существенно увеличивает силу сцепления отбеливающего материала с тканями зуба. Началом новой эры – эры эстетической (адгезионной, косметической) стоматологии являются 60-70-ые годы прошлого столетия. Основное развитие данной ветви стоматологии наблюдается в США, в меньшей степени - в Германии, Великобритании, Франции и Японии. В СССР эстетической стоматологии практически не было. Лишь в 1990-е гг. зарубежные эстетические стоматологические материалы стали доступны в нашей стране. До настоящего времени импортные материалы для эстетической стоматологии преобладают над отечественными. Современная эстетическая стоматология способна не только устранить зубную боль, восстановить прикус, но и придать зубам красоту. При этом в качестве основных составляющих эстетического облика рассматриваются оптические свойства тканей здорового зуба – многообразие цветовых оттенков эмали зуба, насыщенность цвета, опалесценция и блеск. Эстетические свойства зубов могут нарушаться при заболеваниях зубов и системных заболеваниях. Примерами подобных состояний являются флюороз, гипоплазия эмали, клиновидный дефект, влияние вредных условий труда, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, системы крови, прием некоторых лекарственных средств. Наиболее часто в эстетической стоматологии применяются светоотверждаемые материалы. Они способны восстановить незначительные дефекты на передних поверхностях зубов, придать зубам полноценный цвет, блеск и прозрачность. При более крупных дефектах используются виниры. Виниры способны маскировать практически любые изъяны контура зуба. Крупные эстетические дефекты лечатся протезированием. Кроме того, в арсенале эстетической стоматологии – многочисленные отбеливающие средства, позволяющие как устранять отдельные пятна на эмали, так и изменять цвет всех зубов. Показано, что эстетическое стоматологическое лечение играет

ключевую роль в укреплении чувства благополучия пациентов, эмоциональной стабильности, восприятии их другими людьми, успехе на работе и во взаимоотношениях с окружающими. Обращаясь в клинику эстетической стоматологии, многие ожидают повышения уровня собственной самооценки за счет улучшения эстетических характеристик. Одним из методов оценки восприятия пациентами собственного состояния, ожиданий пациентов от предстоящего лечения, а также восприятия пациентами проведенного лечения является качество жизни. Данный термин давно используется в социологии, а с 1960-х гг. термин применяется и в медицине. С 1980-х гг. разработаны методы оценки качества жизни, связанные со стоматологической патологией.

Несколько худшее качество жизни определяется у тех лиц, у которых дефект расположен в области фронтальных зубов, а именно у тех пациентов, у которых эстетический стоматологический дефект расположен в области резцов и клыков. Локализация дефекта слева или справа не оказывает существенного влияния на качество жизни. На качество жизни пациентов, обращающихся за эстетическим стоматологическим лечением, до начала лечения оказывают влияние следующие социальные факторы: возраст, семейное положение, восприятие собственного состояния здоровья. Лица в возрасте 41-50 лет оценивают качество жизни хуже, чем лица в возрасте 21-30 лет. Разведенные определяют свое качество жизни ниже, чем пациенты, имеющие любой другой семейный статус. Пациенты, считающие, что у них нет проблем со здоровьем, оценивают свое качество жизни выше, чем пациенты, считающих, что у них есть подобные проблемы. Качество жизни пациентов с эстетическими стоматологическими дефектами в наибольшей степени определяется дефектами, локализованными на верхней челюсти, особенно в области резцов и клыков. Пациенты, имеющие дефекты зубных рядов или несъемные ортопедические конструкции на верхней челюсти оценивают свое качество жизни ниже, чем другие пациенты. Через 6 месяцев после эстетического стоматологического лечения. Степень изменения качества жизни зависит от возраста пациентов, их пола, типа и локализации стоматологического дефекта, а также проводившегося лечения. Оценка качества жизни пациентов в возрасте старше 40 лет после эстетического стоматологического лечения улучшается, что превосходит аналогичный показатель для пациентов в возрасте 20-40 лет. После эстетического стоматологического лечения у пациентов старших возрастных групп наблюдается наилучшее качество жизни. После эстетического стоматологического лечения качество жизни женщин улучшается и становится более высоким, чем у мужчин. После эстетического стоматологического лечения в наибольшей степени улучшается оценка качества жизни тех пациентов, у которых до лечения был удален зуб или же дефект был локализован на фронтальных зубах. После эстетического лечения при отсутствующих зубах качество жизни становится наиболее высоким по сравнению с пациентами, имеющие другие проблемы. Постановка пломбы на одной поверхности зуба или изготовление косметических коронок приводит к более значимому улучшению оценки качества жизни, чем другие виды эстетического стоматологического лечения.

В связи с чем, хотелось бы дать следующие рекомендации:

эстетическое стоматологическое лечение рекомендуется проводить не только для восстановления эстетики рта, но и улучшения качества жизни пациентов. Оно включает в себя восстановление формы и цвета зубов;

основными методами эстетического стоматологического лечения являются постановка пломбы с подбором цвета на одной или нескольких поверхностях отбеливание зубов, постановка косметической коронки;

в ряде случаев необходима обработка каналов зубов для восстановления цвета зубов. Для выявления лиц, нуждающихся в более внимательном отношении со стороны врача-стоматолога, целесообразно проводить определение качества жизни стоматологических пациентов с помощью опросника OHIP-14 еще до начала лечения. Чем более низкое качество жизни наблюдается у пациентов, тем более внимательным должно быть отношение врача;

если невозможно определение качества жизни, то среди пациентов, обращающихся за эстетическим стоматологическим лечением, наиболее внимательно врач должен отнестись к следующим группам лиц: люди в возрасте 41-50 лет; разведенные, имеющие эстетические дефекты, локализованные на фронтальных зубах верхней челюсти; пациенты, у которых удален хотя бы один зуб или же имеются несъемные ортопедические конструкции;

при наличии альтернативных методов эстетического стоматологического лечения предпочтительнее выбирать постановку пломбы на одной поверхности или же косметической коронки. Данные виды лечения позволяют в наибольшей степени улучшить качество жизни.

Список литературы:

1. Веденева Е.В., Гуревич К.Г., Вагнер В.Д. Эстетические дефекты полости рта: эпидемиология и социальное значение. – Российская стоматология, 2009. № 1. С. 17-21.

2. Веденева Е.В. Психологические аспекты эстетического стоматологического лечения. – Труды XXXI итоговой конференции молодых ученых МГМСУ. Москва, 16-20 марта 2009. С. 56-57.

3. Веденева Е.В., Гуревич К.Г., Вагнер В.Д., Фабрикант Е.Г. Психологические аспекты эстетического стоматологического лечения. - Российская стоматология, 2009. № 2. С. 19-27

4. Веденева Е.В., Гуревич К.Г., Вагнер В.Д., Фабрикант Е.Г. Связь клинической картины и качества жизни пациентов, обращающихся за эстетическим стоматологическим лечением. – Стоматология для всех, 2009. № 4. С. 4-6

ДРУГИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

ВЛИЯНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ.

Мирзоев Э.С., Мирзоев Н.Э., Абакаров А. А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность проблемы: Год за годом увеличивающееся загрязнение окружающей среды и происходящие изменения в биосфере в целом, постепенно подводят к необратимым изменениям всей экосистемы.

Надежда на увеличение жизненно необходимых продуктов питания с использованием в сельском хозяйстве химикатов и пестицидов в большинстве стран мира не только не усилила плодородия почвы, но и способствовало возникновению аллергических, сердечнососудистых, онкологических заболеваний.

Концентрация в атмосферной среде огромного количества различных волн: электромагнитных, радио, мобильной связи, усиливающий радиационный фон, загрязнение выхлопными газами увеличивающим потоком транспорта с одной стороны. Безрассудное активное вмешательство человека на медленно протекающие поступательные процессы в природе, поставили человека в тупиковую ситуацию. Одним словом организм человека заметно потерял защитно- приспособительные функции, т.е. стал похож на «биохимическую лабораторию без реактивов», где не всегда удается дезактивизировать ядовитые ингредиенты, поступающие в организм различными путями.

Сравнительная оценка репаративной регенерации различных тканей организма, особенно опорно-двигательной системы, пострадавших от различной травмы 80 – 90-е и 2009 – 2012 годы показывают, что остеогенетические процессы за последнее десятилетие запаздывают примерно на 2 – 4 недели. Процессы запаздывания заживления наблюдаются не только в костной ткани, но и кожных покровах, мягких тканях, сухожильно-связочном аппарате.

Усиление агрессивности микрофлоры окружающей среде их адаптация к антибиотикам способствуют возникновению упорно протекающих осложнений.

Угнетение остеогенетических процессов на различных уровнях даже на одной и той же кости происходит не однотипно. На сегодняшний день даже самая стабильная фиксация костных отломков не избавляет больных от осложнений: (замедленное консолидация, ложный сустав, остеомиелит). Укоренившиеся в медицинской практике в прошлом столетии средние сроки необходимые для консолидации различных костей, не укладываются в обычные рамки. Клинические наблюдения позволяют высказать мнение, что эти сроки удлиняются на 2-4 и более недель в зависимости от тяжести повреждений. Замедление репоративных процессов особенно заметно бывает выражено при поли, - сочетанных и комбинированных повреждениях. Это и объяснимо ибо наряду с тяжестью повреждения, играет роль и синдром взаимного отягощения. Учитывая создавшуюся ситуацию по ухудшению экологической обстановки в континенте в целом, снижение защитно-приспособительных функций организма, предупреждение возможных осложнений и ошибок, при оказании первой помощи, а также последующее ведение пострадавших с тяжелыми повреждениями во многих клиниках отошли от старых хирургических постулатов, прошлого столетия: - одномоментной окончательной хирургической помощи пострадавшим. В ныне создавшейся ситуации при оказании первой помощи тяжело пострадавшим, сложным больным, при катастрофических ситуациях и массовых поступлениях пострадавших основной акцент делают на оценку тяжести пострадавшего, так называемый домаже контроль (domaje control).

В военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (3,4,6), выработана бальная система оценка тяжести состояние основанная на показателях: А/Д, ЧСС и ЧДД (артериальное давление, частота сердечных сокращений и частота дыхательных движений). На основании их выработана тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения травм и ранений, т.е. (domaje control).

Непосредственно тактика домаже контроля (domaje control) сформировалась во второй половине XX века (5,7). Современное понимание оценки тяжести пострадавшего (domaje control) заключается в 3-х этапном оказании хирургической помощи в стенах одного лечебного учреждения.

Первый этап – временная или окончательная обстановка кровотечения, предотвращение инфицирования полостей содержимым полых органов;

Второй этап – интенсивная терапия до стабилизации основных жизненно важных функций организма;

Третий этап – повторное оперативное вмешательство с целью окончательной коррекции всех повреждений (на 3-7-е сутки). Критерии для применения (domaje control):

а) невозможность остановить кровотечение прямым способом;

б) наличие сочетанных и множественных повреждений;

в) нестабильная гемодинамика А/Д < 70 мм.Ph; ацидоз < 7,2 с повышением лактата сыворотки крови > 5 мм/л, гипотермия < 35^0С, массивные гемотрансфузии более 15 стандартных единиц крови (одна стандартная единица крови равна 400 мл с концентрацией гемоглобина 150 г/л);

г) длительное оперативное вмешательство (более 90 мин).

Таким образом, полученная травма и оказываемая хирургическая помощь зачастую превалируют резервные силы организма, способствуют необратимым изменениям функций жизненно важных органов и приводит к печальному исходу. Чтобы этого не случилось рекомендуется оценить тяжесть состояния пострадавших с применением принципа (domaje control).

Литература

1. Бименков Л.Н. Хирургия огнестрельных проникающих ранений груди: Рук-во для врачей. – СПб: Гиппократ, 200 – 312 с.

2. Быков И.Ю. Военная медицина России в общей системе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и обеспечения миротворческих сил // Воен.-мед.журн. – 2005. – Т.326, №7. – С.4-11.

3. Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М., Трусов А.С. с соавт. Хирургическая помощь в контртеррористических операциях на Северном Кавказе (цикл статей) // Воен. – Мед.журн. – 2005. - №1, 3,9; 2006, - N 1,3,9.

4. Ерохин И.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. Хирургические инфекции: Рук-во для врачей. – СПб: Питер, 2003. – 864 с.

5. Lucas C., ledgerwood A., 1976, Военно – полевая хирургияю – М.: «ГЭОТАР- Медиа» . 2008. – 763 с.

6. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости /Под ред. В.С. Савельева. – М.; Триада – Х, 2004. – 640 с.

7. Stone H., 1983 Военно – полевая хирургияю – М.: «ГЭОТАР- Медиа». 2008. – 763 с.

8. Цыбуляк Г.Н. Общая хирургия повреждений. – СПб.; Гиппократ, 2005. – 648 с.

9. Шаповалов В.М., Гуманенко Е.К., Дулаев А.К. и др. Хирургическая стабилизация таза у раненых и пострадавших. – СПб% 2000. – 239 с.

ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА.

Мирзоев Э.С., Абакаров А.А., Гусейнов А.Г., Мехтиханов Д.Д., Мирзоев Н.Э.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

За последние годы наряду с другими заболеваниями переломы опорно-двигательного аппарата стали терять возрастные особенности. Так, что считать переломы проксимального отдела бедренной, плечевой и дистального метафиза лучевой костей синильными нет достаточных оснований.

В нашем клиническом материале из 185 больных получившие травматические переломы 98 были моложе 50 летнего возраста, что составляет (53 %), от общего числа, а 22 (12 %), не достигли 20 летнего возраста, которые были распределены по возрасту и полу (табл.1), а также по виду перелома (табл.2).

Таблица № 1.

Распределение больных по возрасту и полу.

Возраст	Мужчин	Женщин	Всего
От 14 до 30 лет	21	3	24
От 40 до 60 лет	72	21	93
От 60 до 70 лет	28	20	48
Свыше 70 лет	12	8	20
Всего	133	52	185

При ныне создавшийся ситуации в медицине тактика оперативного лечения этих переломов является неоспоримым. Однако встречается немало тактических и технических ошибок допускаемые при лечении больных: затягивание сроки клинического обследования, наличие соматических заболеваний, выбор метода операции, риск общего обезболивания и.т.д. Анализ клинических наблюдений нам позволяет делать вывод, что у больных с переломами проксимального отдела бедренной кости если будет более 10- 12 суток с момента травмы находится в горизонтальном положении на скелетном вытяжении, как «снежный ком» дает себя знать скрытно протекающие заболевания легочно-дыхательной системы, сердечная патология, сахарный диабет и.т.д., что еще более усугубляет общее состояние, затягивая сроки лечения.

В литературе имеется множество разновидных классификаций, суть которых сводится к одному выводу: чем ближе линия перелома к головке бедренной кости, тем слабее протекают репаративные процессы. Ориентация на сроки регенеративной способности костной ткани указываются в литературе 70-90-х годов и не выдерживают критики - к этим срокам приходится прибавить от 2-х до 4-х недель в зависимости от сегмента. Такой своеобразный затяжной процесс наблюдается и в других тканях организма.

С улучшением оснащенности оборудования и аппаратуры ЛПУ: ЭОП, УЗИ, МРТ , которые позволяют в экстренном порядке оперировать, однако, из-за отсутствия слаженных операционных бригад и организационной неразберихи во многих ЛПУ нет для этого практических условий.

Ныне распространенная практика шаблонного эндопротезирования при медиальных переломах зачастую не имеет под собой почвы, ибо аллопластические материалы не могут заменить биологическую ткань в функциональном плане, не говоря уже о реакции организма на отторжение чужеродной ткани.

Таблица №2.

Распределение больных по виду перелома.

Вид перелома	Количество больных	% соотношение
Субкапитальный	32	17,8 %
Трансцервикальный проксимальный.	48	26,2 %
Трансцервикальный дистальный.	53	,2 %
Базальный	52	27,8 %
Всего	185	100 %

Вколоченный медиальный перелом с увеличением шеечно-диафизарного угла более 130 градусов выявлено у 19 больных, из которых при первичном обращение в ЛПУ у 5 не было диагностировано перелома, а был выставлен диагноз ушиба тазобедренного сустава с направлением больных на амбулаторное лечение. На 9- 12 сутки после травмы в связи с появлением болевого синдрома и изменением положения конечности, нарушением функции больных были доставлены повторно в клинику, при обследовании уточнен диагноз и больные подвергнуты к оперативному лечению. Эти часто встречающиеся ошибки у врачей амбулаторно-поликлинического звена связаны с невнимательным обследованием больных при первичном обращении, погрешностью знания анатомии и не умением интерпретировать рентгенограммы. Остальным 14 больным был применен метод транскутанной фиксации с помощью спиц для усиление и удержание отломки вколоченном состоянии.

Оперативному лечению были подвергнуты 167 (90 %) больных, из которых закрытым и малоинвазивным методам 92 (55%), открытым методам 75 (45%), у которых имелись повреждения крыши вертлужной впадины.

Отдаленных результатов изучены у 73 (43%) больных: хорошие и удовлетворительные отмечены у 52, асептический некроз головки у 5, ложный сустав у 7 и миграция металлоконструкции у 8 больных.

Таким образом, несмотря на внедрение новых методов лечения, новой технологии переломы проксимального отдела бедренной кости остаются сложной проблемой, требующей постоянных поисков.

Литература.

1. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология. Европейские стандарты и лечения. – М.: Книга-плюс, 2002. – 480 с.

2. Бучаидзе О.Ш., Оноприенко Г.А., Волошин В.П., Зубков В.С. Хирургия тазобедренного сустава. – М.: Медицина, 2002.—134 с.

3. Гайдуков В.М. Ложные суставы. – СПб., 1995. – 294 с.

4. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г. Травматологическая и ортопедическая помощь в поликлинике: Руководство для врачей. – Спб: Гиппократ, - 1004.-320 с.

5. Котельников Г.П., Миронов С. П. Травматология: Национальное руководство. – М.:ГЭОТАР- Медицина, 2008. – 808 с.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДГМА.

Абдуллаев М.Р.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

В 60 – е годы 20 века здравоохранение Дагестана испытывало острую нужду в квалифицированных кадрах врачей - стоматологов и педиатров.

Об этом знал ректор Дагестанского госмединститута профессор М.М. Максудов, работавший до этого много лет министром здравоохранения ДАССР, основатель стоматологической службы в республике.

По инициативе проф.М.М. Максудова в Махачкале построили и оборудовали Республиканскую стоматологическую поликлинику, которая заслуженно носит его имя. Рядом построили стоматологический корпус для отделения хирургической стоматологии и челюстно – лицевой хирургии. После создания этих стоматологических учреждений и достаточной материально – технической базы для них, проф.М.М. Максудов обратился в Минздрав РСФСР с просьбой об открытии в ДГМИ стоматологического факультета. В 1965 году в ДГМИ по инициативе ректора проф. М.М. Максудова приказом Минздрава РСФСР открыли стоматологический факультет. В связи с этим возникла необходимость в создании самостоятельной кафедры хирургических болезней для обучения студентов стоматологического факультета. Такую кафедру открыли 1.09. 1968 года на базе хирургического отделения больницы Дагестанского Управления рыбной промышленности (УРП). Первым заведующим кафедрой хирургических болезней стоматологического факультета избрали доцента Г.И.Гиреева, ассистентами - кандидатов медицинских наук М.Р. Абдуллаева, Я.А. Агабабова, Г.Г. Гитинова, А.М. Мурачуева, Н.Г. Джалилова. Кафедра в течение ряда лет проводила на должном уровне учебно-методическую, научную и лечебную работу. Главный врач больницы УРП Я.А. Сафаралиев выделил для кафедры учебные комнаты, помещение для лаборатории, создал условия для ведения лечебной, учебной и научной работы.

Однако недостаточная коечная база больницы УРП, ограниченность профиля больных затрудняли полноценное проведение учебного процесса, выполнение сотрудниками кафедры запланированных научных исследований, что потребовало перевода кафедры в 1974 году на новую клиническую базу - хирургическое отделение больницы Махачкалинского морского торгового порта. В 1977 году доцент Г.И. Гиреев защитил докторскую диссертацию: «Патогенез, диагностика и лечение асептического тромбофлебита», его избрали профессором, он возглавлял кафедру до 1985 года. Преподавателями кафедры к этому периоду являлись кандидаты медицинских наук Я.А. Агабабов, А.М. Мурачуев, С.Ю.Сафаров, Н.Г.Джалилов, Х.М. Абдуллатипов, А.С.Султанов.

Здравоохранение Дагестана испытывало потребность в квалифицированных кадрах врачей – педиатров, поэтому в 1969 году в ДГМИ по инициативе ректора проф. М.М. Максудова приказом Минздрава РСФСР открыли педиатрический факультет и 1.09. 1973 года создали самостоятельную кафедру хирургических болезней для обучения студентов педиатрического факультета на базе хирургического отделения Махачкалинской железнодорожной больницы. Первым заведующим кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета избрали профессора А.З. Магомедова. В состав кафедры хирургических болезней педиатрического факультета входили доцент М.Р.Абдуллаев, ассистенты, кандидаты медицинских наук Н.А.Эмиров, Г.Г. Гитинов, М.Р. Рамазанов, Б.Р. Сулейманов, А.Г. Терещенко. В 1977 году, в связи с переводом проф. А.З.Магомедова на заведование кафедрой общей хирургии лечебного факультета, заведующим кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета избрали профессора С.Д. Атаева.

1.09.1985 года решением ректората и Учёного совета ДГМИ кафедру хирургических болезней стоматологического факультета объединили с одноименной кафедрой педиатрического факультета. Заведующим объединённой кафедрой хирургических болезней стоматологического и педиатрического факультетов избрали проф.С.Д. Атаева. Кафедре предоставили новую клиническую базу - больницу УРП, построенную в Редукторном посёлке г. Махачкалы (ныне ГБУ РД «Городская больница № 1» г. Махачкалы, главный врач - доктор медицинских наук, доцент Алиев М.А.), где функционирует кафедра и в настоящее время. В 2001 году зав. кафедрой хирургических болезней стоматологического и педиатрического факультетов избрали проф. У.З. Загирова, работавшего до этого профессором кафедры хирургических болезней №2 лечебного факультета ДГМА. В настоящее время, кроме заведующего проф. У.З. Загирова, на кафедре работают проф.М.Р.Абдуллаев, проф.С.Ю. Сафаров, д.м.н., доц. М.А. Алиев, доц. Б.Р. Сулейманов, доц. Р.С. Османов, доц. Г.М. Далгатов, ассистенты, кандидаты медицинских наук З.М. Магомедов, С.Р. Рабаданова, Ш. А. Абдулаев, З.К. Гереева. В сентябре 2015 года, в связи с выходом проф. У.З. Загирова в длительный отпуск, и.о. заведующего кафедрой назначен доцент Р.С. Османов.

Лечебно-консультативная работа. Клинической базой кафедры являются пять отделений хирургического профиля: чистое хирургическое отделение (общей хирургии), республиканское отделение хирургической инфекции, республиканское отделение колопроктологии, урологическое отделение, отделение сочетанной травмы, отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, что позволяет полноценно проводить учебный процесс, клинические разборы и курацию студентами больных с хирургической патологией. Все отделения хирургического профиля используются кафедрой для преподавания студентам общей и частной хирургии, проведения производственной практики по общему уходу за хирургическими больными, в качестве палатной и процедурной медицинских сестёр, фельдшеров скорой и неотложной медицинской помощи, помощников врачей – хирургов стационара.

В клинике выполняются современные оперативные вмешательства, в том числе эндоскопические и видеолапароскопические, при заболеваниях пищевода, желудка, ДПК, печени, жёлчных путей, толстой и прямой кишки, почек, мочеточников, мочевого пузыря, предстательной железы, гнойно-септических заболеваниях.

На кафедре проведены исследования проблемы острой кишечной непроходимости (ОКН) в эксперименте и клинике. Установлено, что одним из патогенетических механизмов ОКН и развивающегося при ней послеоперационного пареза кишечника, других осложнений, вызванных парезом кишечника, являются ранее неизученные нарушения биоэнергетики и микроциркуляции в кишечной стенке. Экспериментальное обоснование и внедрение в практику метода коррекции биоэнергетических и микроциркуляторных нарушений кишечной стенки путём внутрибрыжеечного и дополнительного парентерального введения «биоэнергетической» лекарственной смеси привело к снижению числа послеоперационных осложнений и летальности при ОКН и послеоперационном перитоните в 2 раза.

Большое внимание уделяется реконструктивно-восстановительным операциям на желудке, жёлчных путях, толстой, прямой кишке, почках, мочеточниках и мочевом пузыре.

Изучается проблема гнойно-септических заболеваний. В комплекс лечения этой категории больных внедряются современные способы: подключение донорской ксеноселезёнки - при

сепсисе, гомогенат ксеноселезёнки для лечения длительно незаживающих ран и трофических язв, продольная резекция кости при хроническом остеомиелите длинных трубчатых костей. Применение новых методов терапии гнойно-септических процессов позволило разработать эффективную систему лечения гнойных заболеваний. Эти достижения оформлены в виде докторских и кандидатских диссертаций, авторских свидетельств и патентов на изобретения, удостоверений на рационализаторские предложения, методических рекомендаций для врачей.

Совместная работа с органами здравоохранения. Кафедра курировала Дербентский район, способствовала повышению квалификации местных хирургов, проводила в Дербентской ЦГБ обходы больных, разборы летальных случаев, показательные операции, научно-практические конференции по актуальным вопросам хирургии. В настоящее время сотрудники кафедры проводят лечебно - консультативную работу в ГБУ РД «Городская больница № 1» г. Махачкалы.

Учебно-методическая работа. На кафедре получают хирургическое образование студенты трёх факультетов, ведётся подготовка будущих врачей – стоматологов, педиатров, санитарных врачей. Проводится учебно – методическая работа: созданы цветные учебные стенды хорошего качества по всем темам общей и частной хирургии, составлены ситуационные задачи, вопросы для программированного контроля знаний студентов, рабочие программы лекций и практических занятий, графы логических структур по всем темам, составлены методические разработки к практическим занятиям по общей и частной хирургии, создан фонд учебных цветных слайд, таблиц, рисунков, рентгенограмм, изданы учебные пособия для студентов: “Приобретение практических навыков по общей хирургии”, ”Курация хирургического больного”, «Производственная практика по хирургии в качестве помощника врача – хирурга стационара», «Производственная практика по хирургии в качестве помощника фельдшера скорой и неотложной помощи»; «Производственная практика по хирургии и курация хирургического больного»; «Хирургические болезни (курс лекций для студентов 4 курса)»; «Хирургические болезни (курс лекций для студентов 5 курса)»; «Хирургические болезни (Тесты для студентов 4 – 5 курсов)»; «Лекции по общей хирургии» (учебное пособие для студентов всех факультетов медвузов), утверждённые и рекомендованные к применению в учебном процессе решением УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России.

В подготовке современного квалифицированного врача-стоматолога трудно переоценить роль и значение обучения студентов на кафедре хирургических болезней. Без знания основных разделов общей и частной хирургии, без овладения практическими навыками и умениями хирургической работы не может состояться врач любой специальности, в том числе и врач - стоматолог. Студенты-стоматологи изучают на кафедре такие важные разделы общей хирургии как асептика и антисептика, анестезиология, реанимация и интенсивная терапия, кровотечения и методы их остановки, переливание крови и кровезаменителей, хирургическая операция, предоперационная подготовка и послеоперационное лечение больных, профилактика и лечение послеоперационных осложнений, принципы диагностики и лечения переломов, вывихов, ожогов, отморожений, электротравм, острых и хронических гнойных хирургических заболеваний, некрозов, гангрен, свищей, язв, пролежней, онкологических заболеваний, аномалий развития, вопросы пластической хирургии, хирургической деонтологии и врачебной этики, правила и методы оказания неотложной врачебной помощи при острых хирургических заболеваниях, повреждениях и терминальных состояниях и т.д. По курсу «Хирургические болезни» студенты-стоматологи изучают современные методы диагностики и лечения распространённых хирургических заболеваний и их осложнений: острый аппендицит, ущемлённая грыжа, острая кишечная непроходимость, перитонит, острый холецистит, острый панкреатит, прободная язва желудка и ДПК, профузные кровотечения из пищевода, желудка и кишечника, злокачественные опухоли лёгких, печени, поджелудочной железы, пищевода, желудка, толстой и прямой кишки и т.д. У студентов-стоматологов, прошедших обучение на кафедре по общей и частной хирургии, закладываются основы врачебной специальности, вырабатывается клиническое мышление, так необходимое в дальнейшей врачебной деятельности. **«Без хирургии нет медицины, в том числе и стоматологии».**

За последние годы на кафедре наряду с лечебной и учебной работой оживилась научная деятельность.

Научно – исследовательская работа. Сотрудниками кафедры издано 8 монографий, защищены 5 докторских и 20 кандидатских диссертаций, изданы 15 методических рекомендаций для врачей по актуальным вопросам хирургии, получены 45 авторских свидетельств, патентов на изобретения. Основными научными направлениями кафедры являются хирургия органов пищеварения, хирургическая инфекция, актуальные вопросы урологии, колопроктологии. За последние 5 лет по указанным проблемам сотрудниками кафедры и клиники опубликовано более 400 статей и тезисов докладов на съездах, конференциях хирургов, на заседаниях общества хирургов сделано 30 докладов. Сотрудники кафедры продолжают интенсивную учебно-методическую, лечебно – консультативную и научную работу.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.

Мирзоев Э.С., Абакаров А.А., Мирзоев Н.Э., Ферзалиев Ф.Р.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

За последние годы в республике, как и во всей стране, отмечается рост травматизма от дорожно-транспортных происшествий (ДТП). Тревожным остается то, что параллельно с количественным ростом растет и тяжесть последствий, летальные исходы, выход на инвалидность и.т.д.

Причин ухудшения состояние ДТП множество, как объективного, так и субъективного характера: ежемесячно увеличивающиеся количества транспортных единиц, не соблюдение скоростного режима и правил движения, игнорирование обучения навыкам вождения, неудовлетворительные дорожные покрытия. К сожалению, врачи не всегда выходят победителями в борьбе за жизни тяжело пострадавшего, а так же в стремлении полностью восстановить функцию поврежденных органов и сегментов конечностей.

По данным литературы последних лет (1, 2, 4), инвалидность при ДТП в 15 – 20 раз выше, чем от обычной травмы, а летальность достигает до 60% и имеет тенденцию к увеличению. Более тревожным остается тот факт, что растет число смертных исходов на местах происшествий и в пути следование в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ). Аналогичная ситуация имеется в РД (табл. 1).

Таблица № 1.

Сравнительный анализ ДТП в Республике Дагестан за последние 10 лет.

Год	Количество ДТП	Общее число пострадавших	Ранено	Погибло	%
2006	1346	545	328	217	16,1
2007	1375	584	345	239	17,4
2008	1402	790	470	320	22,8
2009	1729	979	501	478	27,7
2010	1690	3235	2618	617	24,3
2011	1578	2692	2132	561	35,4
2012	1419	2426	1916	510	35,5
2013	1386	2361	1879	482	34,2
2014	1284	2169	1683	486	36,2

Наблюдения показывают, что ежегодно дорожно-транспортное происшествия в республике увеличиваются на 10- 12 %. Из тысяч пострадавших более 470 (30,5 %), погибают на месте происшествия, и 600-700 (20 %), получают сочетанные и комбинированные травмы, которые обращает на себя внимания факт 4-х кратного роста общего числа пострадавших при одинаковом количестве ДТП (табл.1) в своем большинстве становятся инвалидами. Судьба пострадавшего решается в течение « золотого часа» и оказания адекватной помощи пострадавшему.

Для улучшение создавшейся критической ситуации ДТП в республике, на наш взгляд, необходимо проводить ряд профилактических мер с активным участием МВД, Минздрава республики и дорожного управления . На сегодняшний день, на Федеральной трассе, проходящей по территории республики организованы 13 бригад скорой помощи и медработников, которые

улучшили режим оказания медпомощи. Следует обучать сотрудников ГИБДД азам оказания первой паромедицинской помощи пострадавшим ДТП на местах происшествия. Служба скорой помощи нуждается в оснащении современными средствами иммобилизации и в медикаментозном обеспечении пострадавших в пути следования до ЛПУ. Остается низким уровень подготовки врачей стационаров современной травматологии.

Эти меры могут во многом способствовать к снижению ДТП и ее тяжелые последствия в республике.

Литература.

1. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Травматология. М., « Медицина- информ». Медпресс: 2005.,495.с.
2. Илизаров Г.А., Швед С.И. Чрезкостный остеосинтез при лечении множественных и сочетанных повреждении. // Ортопедия, травматология 1983. -№ 1. -С. 1-4.
3. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы « ГЭОТАР- МЕДИА».-2006.-484с.
4. Пожариский В.Ф. Политравмы опорно-двигательной системы. Москва. « Медицина» 1984.-250 с.

МОРФОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА НА ФОНЕ ВВЕДЕНИЯ ОЗОНИРОВАННОГО ПЕРФТОРАНА.

Рагимов Р. М.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Поражения кишечника при остром перитоните характеризуются полиморфными изменениями, степень которых зависит, в первую очередь, от стадии перитонита [2,10], но вместе с тем и от функционального состояния перитонеальной мононуклеарно – фагоцитарной системы и лимфоидного аппарата [1,7].

Имеются сведения, что с целью активации системы фагоцитирующих клеток перитонеальной жидкости [1,5,6] профилактики спаечного процесса при перитоните [7,9] и стимуляции иммунокомпетентных органов [7] используется кровезаменитель перфторан, обладающий еще сорбционными, цитопротекторными и мембраностабилизирующими свойствами [8]. При этом авторы использовали парентеральное введение перфторана.

Известно, что озоно-кислородные смеси и озонированные растворы также используются при гнойном воспалении брюшины, как обладающие бактерицидными и фунгицидными свойствами [3,4].

Казалось бы, озонированный перфторан, оказываясь в непосредственном контакте с воспаленной брюшиной должен проявлять эти свойства в развернутой форме.

Поэтому была поставлена **цель** – сравнить динамику структурной перестройки стенки тонкой кишки при остром перитоните на фоне внутрибрюшинного введения озонированного перфторана и озонированного физиологического раствора.

Материалы и методы исследования. Для реализации этой цели нами в 2 сериях опытов – при однократном внутрибрюшинном введении озонированного перфторана (I серия) и озонированного физиологического раствора (II серия) – на фоне суточного калового перитонита по С. С. Ременнику (1965) изучены структурные изменения слизистой оболочки тонкой кишки у экспериментальных белых крыс в динамике через 24, 48, 72 часа и 6 суток после перфузии вышеуказанных растворов. Для этого гистологические срезы, приготовленные после парафиновой проводки, окрашены гематоксилином-эозином, Романовскому-Гимза, метиловым зеленым-пиронином и азотнокислым серебром по Футу. В качестве контроля использованы гистологические препараты тонкой кишки интактных крыс.

Озонирование перфторана и физиологического раствора проводили барботированием их озоно – кислородной смесью в течение 20 минут со скоростью 0,5 л/мин и заданной концентрацией озона 3000 мкг/л на озонаторе «Медозонс – БМ АОТ – Н – 01 – Арз – 91». Растворы вводились из расчета 2 мл на 100г массы животного.

Результаты исследования. У крыс I серии в сроки 24-48 часов после введения озонированного перфторана в эпителии слизистой оболочки тонкой кишки отмечается увеличение количества бокаловидных клеток, а также плотности и интенсивности окраски ядер эпителиоцитов и клеток Панета в криптах слизистой оболочки. На эти сроки собственная пластинка слизистой

оболочки умеренно инфильтрирована лейкоцитами и лимфоцитами. Отдельные ворсинки набухшие, в апикальных частях определяется субэпителиальный отек. Эпителиоциты в области верхушек ворсинок частично отторгаются и со слизью экструзируются в просвет кишки. В этих участках ядра эпителиоцитов более светлые и крупные. Просветы отдельных крипт расширены, в них определяется детрит со слизью и редко – с микроорганизмамы.

Через 72 часа и в последующем снижаются отек и инфильтрация стромы слизистой оболочки и реактивность криптального слоя. Просветы крипт свободные от детрита и микроорганизмов; имеются скопления слизи с бактериями в просвете кишки и между ворсинками. Ядра эпителиальных клеток более светлые, визуализируются ядрышки. В слизи бокаловидных клеток, при окраске альциановым синим, определяется хлопьевидная сиренево-зеленая взвесь. При этом отдельные ворсинки короткие, ядра их эпителиоцитов окрашиваются интенсивно.

На 7 сутки повышается окраска ядер эпителиоцитов как ворсинок, так и крипт, а также количество бокаловидных и олигомукозных клеток в криптах. Слизь окрашивается более интенсивно, хлопьевидная взвесь значительно снижается. В строме слизистой оболочки и между эпителиоцитами определяются лимфоциты. Встречаются короткие ворсинки с реактивным эпителием (возможно, связанная с регенерацией эпителия ворсинок).

У крыс II серии через 24 часа после введения озонированного физиологического раствора в собственной пластинке слизистой оболочки отмечается лейкоцитарная инфильтрация, которая в последующем сменяется на смешанно-клеточную. В строме слизистой оболочки и между ворсинками встречаются эритроциты звездчатой формы, похожие на акантоциты, и очаги микротромбозов. Ворсинки набухшие, располагаются плотно друг к другу. Строма их отёчная, эпителий очагами слущивается и экструзируется в просвет на протяжении всей тонкой кишки. Некоторые ворсинки образуют изгибы и боковые выпячивания. Крипты реактивные, с множеством клеток Панета, в которых большое количество гранул.

Однако на 2 сутки снижается реактивность крипт и количество клеток Панета в них. Но в просвете крипт определяются веретенообразной формы микроорганизмы и мукоидный секрет. Нарастает отек стромы ворсинок. Ядра эпителиоцитов крупные, светлые. Имеются обширные участки деэпителизации ворсинок. Между эпителиоцитами встречаются лимфоциты и нейтрофилы, некоторые из них с перинуклеарным просветлением. Слизь бокаловидных клеток, начиная с этого срока, напоминает грязно-зеленого цвета хлопья. Иногда в слизи встречается взвесь в виде россыпи из мелких гранул.

На 4 сутки перитонита смешанно-клеточная инфильтрация стромы сохраняется, при этом в собственной пластинке крипт преобладают лейкоциты, а в строме ворсинок – лимфоциты. Просветы крипт сильно расширены, в них увеличено количество слизи и микробов. В просвете кишки определяются комплексы эпителия и слизи. Ворсинки «оголены» в области верхушек, а часть из них – даже до основания. В некоторых препаратах подвздошной кишки отмечается сегментарное истончение мышечной оболочки и атрофия ворсинок. Крипты редкие, но более «реактивные», чем в контроле.

На 7 сутки перитонита интенсивность окраски эпителия крипт снижается, их просветы уменьшаются, но в них сохраняются скопления слизи с бактериями. Определяется вакуолизация цитоплазмы энтероцитов, а местами – полная деэпителизация ворсинок и изъеденность их контуров с очагами кровоизлияний.

Выводы.

1. Внутрибрюшное введение озонированного перфторана на фоне развития калового перитонита минимизирует деструктурные изменения слизистой оболочки тонкой кишки.

2. Бактерицидные свойства озона выше при растворении его в перфторане, нежели в физиологическом растворе.

Литература:

1. Аскерханов, Г.Р. Голубев А.М., Гусейнов А.Г., Мороз В.В. и Загиров У.З. Внутрибрюшинная перфузия перфторана в лечении больных распространенным гнойным перитонитом /Г.Р. Аскерханов, А.М. Голубев, А.Г. Гусейнов, В.В. Мороз, У.З. Загиров // Хирургия, 2000, № 9. - С.8-10.

2. Глумов, В.Я., Кирьянов Н.А. и Баженов Е.Л. Острый перитонит: органопатология, пато- и танатогенез / В.Я. Глумов, Н.А. Кирьянов, Е.Л. Баженов // Ижевск – 1993.- 184 с.

3. Крылов, В.Г. Некоторые патофизиологические аспекты эффективности озонотерапии при перитоните. Автореферат дис... канд. мед. наук, 2006. – 20 с.

4. Кудрявцев, Б.П. Озонотерапия перитонита в чрезвычайных ситуациях/ Б.П. Кудрявцев, С.В. Семенов, А.В Акиньшин // Пособие для врачей.- М.: ВЦМК «Защита», 1999. - 32 с. (Приложение к журналу «Медицина катастроф», № 6, 1999).

5. Кузнецова, И.Н. О механизмах биологической активности эмульсий перфторуглеродов// В кн.: Физиологически активные вещества на основе перфторуглеродов в экспериментальной и клинической медицине. С-Пб.: ВМедА, 2001. - С. 29-31.

6. Мохов, Е.М. Применение озонированного перфторана для лечения гнойных ран / Е.М. Мохов, С.И Воробьев, А.Р. Армасов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии, 2012, т. 5, №2. - С. 325-330.

7. Рагимов, Р.М. Применение озонированного перфторана для санации брюшной полости и профилактики спайкообразования при гнойном перитоните (экспериментальное исследование) /Рагимов Р.М., А.О. Османов, А.М. Голубев, А.С. Муртузалиева // Вестник ДГМА, 2014, № 1 (10) .- С. 14-18.

8. Хрупкин, В.И. Использование эмульсии перфторуглеродов в местном лечении ран, осложненных хирургической инфекцией /В.И. Хрупкин, В.В. Мороз, Л.В. Писаренко, А.И. Хоменчук // Вестник хирургии, 1997, №4. - С. 53-55.

9. Ярема, И.В. Перфторан в профилактике образования послеоперационных спаек при перитоните (экспериментальное исследование) /И.В. Ярема, М.А. Магомедов// Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 2003, № 12. - С. 661-663.

10. Ohara M., Unno N., Mitsuoka H., Kaneko H., Nakamura S. Peritoneal lavage with oxygenated perfluorochemical preserves intestinal mucosal barrier function after ischemia-reperfusion and ameliorates lung injury// Crit. Care Med., 2001, vol. 29, N.4. - P. 782-788.

СОДЕРЖАНИЕ ГЛИКОГЕНА И ЛИПИДОВ В НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТАХ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Магомедов К, К., Дибиров Т. М., Шахбанов Р. К., Бакуев М. М.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Несмотря на существующее разнообразие диагностических критериев, для определения нарушения тиреоидной функции, существуют также малоизученные аспекты диагностики. В частности, считают ценным изучение ряда химических компонентов нейтрофильных гранулоцитов (НГ), которые активно реагируют на гормональный дисбаланс при различных заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ). Это связано с тем, что тиреоидные гормоны подвергаются деградации в НГ и освобождающийся йодид используется в антимикробных реакциях фагоцитов.

Немаловажную роль в выполнении антимикробных функций НГ играют гликоген и липиды. В частности, гликоген, который является основным энергетическим материалом лейкоцитов, несомненно используется как при фагоцитарных реакциях, так и в процессе деградации тиреоидных гормонов.

Использование липидсодержащих соединений, которые являются составной частью мембранных структур, при функциональной активности НГ, очевидно, поскольку она выполняется путем фагоцитоза и эндоцитоза, т.е. с затратой мембранных структур. Этим вопросом в литературе уделено недостаточное внимание.

В связи с этим **целью** настоящей работы явилось цитохимическое исследование содержания гликогена и липидов в НГ при диффузном токсическом зобе, разной степени выраженности.

Материалы и методы Материалом для исследования служила венозная кровь, взятая у больных с диагнозом диффузный токсический зоб (ДТЗ) в возрасте от 25 до 50 лет. Больные были распределены на 2 группы: 1- я группа – 21 человек с ДТЗ средней степени тяжести, 2-я группа – 19 человек с ДТЗ тяжелой степени. Диагноз основывался на клинических признаках, результатах

лабораторных анализов и данных УЗИ. В качестве контроля использовали материал (венозная кровь) взятый у здоровых добровольцев в возрасте 19 – 25 лет. Мазки готовили из лейкомассы, полученной методом дозированного центрифугирования. Цитохимически в НГ определяли содержание гликогена по J.F. Mac Manus, липидов – методом с использованием судана черного Б. Результаты выражали в виде среднего цитохомоческого коэффициента (СЦК). Статистическую обработку данных осуществляли с использованием Statis-tika. Достоверность различий по сравнению с контролем оценивали по критерию Вилкинсона.

Результаты и их обсуждение. У больных ДТЗ средней степени тяжести в мазках лейкомассы количество НГ с умеренным содержанием ШИК - положительного материала меньше по сравнению с контролем, соответственно больше клетов со слабо окрашенной цитоплазмой. Процентное содержание НГ, насыщенных окрашенным материалом, сохраняется (СЦК - 1,15±0,05).

Сдвиги содержания гликогена в НГ еще более выражены у больных ДТЗ тяжелой формы. Преобладают клетки со слабоокрашенной цитоплазмой, или даже со следами ШИК – положительного материала. Обращает внимание малое содержание или полное отсутствие окрашенного материала на периферии большинства НГ. Отсутствуют клетки насыщенных продуктами реакции, в силу чего степень достоверности снижения содержания гликогена по сравнению с контролем высокая (P<0,01) СЦК 1,02±0,03. У больных ДТЗ тяжелой формы, а тем более в случаях сопровождающихся осложнениями, в мазках лейкомассы значительное количество НГ лишь со следами окрашенного материала.

Проведенные в процессе лечения исследования показали, что в течении 1-й недели нет заметных сдвигов как в количестве, так и в распределении окрашенного материала. Только к концу 2-й недели имеет место заметный рост за счет увеличения количества клеток с умеренным содержанием ШИК – положительного материала.

Таблица 1

Содержание гликогена и липидов в НГ крови больных ДТЗ разной степени выраженности в зависимости от длительности лечения в усл. ед. (M±m)

Показатели	Контроль	ДТЗ					
		Средняя степень n=21			Тяжелая степень n=19		
		Исх.	1 нед.	2 нед.	Исх.	1 нед.	2 нед.
Гликоген	1,44±0,07	1,15±0,05*	1,21±0,04*	1,32±0,05	1,08±0,03*	1,11±0,12*	1,28±0,06
Липиды	2,63±0,04	1,32±0,02*	1,44±0,04*	2,23±,03	1,02±0,01**	1,23±0,02**	2,13±0,03*

P – достоверность различий по сравнению с контролем.

В НГ крови здоровых лиц при окрашивании на липиды суданом черным Б продукты темного цвета равномерно распределены в виде гранул по всей цитоплазме. Лишь единичные клетки имеют участки свободные от окрашенного материала.

Картина распределения продуктов в цитоплазме клеток больных ДТЗ легкой степени тяжести существенно не отличается от контроля. Около 80% клеток имеют умеренное количество гранул распределенных равномерно.

Определенные сдвиги в содержании липидов заметны при исследовании крови больных ДТЗ средней степени тяжести. Процент НГ с умеренным содержанием окрашенных гранул заметно снижен и соответственно отмечается рост количества клеток со следами суданположительного метериала. СЦК – 1,32±0,02, при контроле – 2,63±0,04 (табл.1). Сдвиги в содержании липидов в НГ существенны у больных ДТЗ тяжелой степени. Только 20-30% клеток имеет умеренное содержание гранул; распределение их не равномерное. Значительное количество НГ имеет суданположительный материал в виде отдельных островков. Проведенное лечение в течении 2-х недель лишь приближает показатели компонента к контрольным цифрам.

Таким образом, суммируя представленные данные по изучению содержания гликогена и липидов в НГ при ДТЗ можно высказать мнение, что сдвиги этих показателей существенны и просматриваются их прямая связь со степенью тяжести состояния больных.

Представляется, что снижение содержания гликогена и липидов в НГ больных с ДТЗ можно объяснить участием фагоцитов крови, кроме выполнения своей основной функции – защиты от микробов, и в деградации тиреоидных гормонов. Эти функции выполняются совместно с

миелопероксидазной системой, обеспечивая их энергетическую и пластическую составляющие. По-видимому, это неотъемлимая часть реакций организма, нацеленная на сохранение нормального уровня тиреоидных гормонов в циркуляции.

Выводы.

1. Содержание гликогена и липидов в НГ больных ДТЗ снижено с высокой степенью достоверности. В процессе лечения оно приближается к контрольным цифрам.

2. Представленные сдвиги изученных компонентов НГ больных ДТЗ следует объяснить их участием, совместно с миелопероксидазной системой, в процессе деградации тиреоидных гормонов, обеспечивая ее энергетическое и пластическое составляющие.

АЛГОРИТМ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОТДЕЛЕНИИ СУДЕБНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ.

Порсуков Э.А., Порсукова Н.Н.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Отделение судебно-биологических исследований образовано для выявления и исследования биологических объектов на вещественных доказательствах. Конечной целью исследования является установление принадлежности выявленных следов конкретному человеку.Объектами судебно-биологической экспертизы являются следы крови, спермы, волос, пота, слюны, других выделений человеческого организма ,кусочки органов и тканей. Эти объекты находят на месте происшествия, теле, одежде, обуви и головном уборе, повреждающих предметах и других вещественных доказательствах. После фотографической, компьютерной или описательной фиксации исходного вида биологических следов на вещественных доказательствах начинают поиск невидимых следов. Для этого используют оптические, химические, люминесцентные и иные специальные методы.Далее будут рассмотрены доказательные методы исследования объектов наиболее часто встречающихся в практике отделения судебно-биологических исследований: крови, спермы, частиц органов и тканей, волос.

Исследование крови.

Групповой принадлежности крови. При установлении принадлежности крови *Схема исследования крови как вещественного доказательства:*

- определение наличия крови;
- установление видовой принадлежности;
- определение индивидуальной принадлежности по изосерологическим системам;
- группы эритроцитарных антигенов;
- группы сывороточных антигенов;
- группы ферментных антигенов;
- геномная идентификация.

Далее идут установление пола, возраста, регионарного происхождения крови, давности формирования пятен крови, количества излившейся крови и механизм образования следов крови, принадлежит кровь беременной женщине или роженице, живому лицу или трупу. Исследование следов крови является наиболее частым видом экспертизы вещественных доказательств и составляет около 80% всех экспертиз. Судебно-медицинская экспертиза крови имеет большое значение при расследовании особо тяжких преступлений: убийств, изнасилований, нанесения телесных повреждений.

Объекты исследования: следы, напоминающие кровяные: пятна, помарки, смывы, соскобы, замытые участки на объектах без видимых следов.

Исследуются для определения:

Наличия крови. Исследуются участки вещественных доказательств, имеющие следы, похожие на кровь, либо с экстрактами из этих следов. При малых количествах вещества в следе, исследование, как правило, производится с экстрактом из следа. Обнаружение гемоглобина и его производных в тканях является доказательством кровяного происхождения. Методы

исследования: по возрастанию чувствительности — микроспектроскопия; хроматография в тонком слое; микролюминесценция.

Вида крови: человека, животного, птицы и т.д. При получении положительного результата на наличие крови исследуются ранее приготовленные экстракты или новые вытяжки. Реакцией преципитации определяются видовые специфичные антигены, антитела. Методы исследования: кольцепреципитация; встречный иммуноэлектрофорез на агаре или на ацетатцеллюлозных мембранах; реакция в твердой среде; иммунофлюоресценция; выявление антигена Н; определение У-хроматина. Человеку, как правило, первоначально определяется принадлежность к той или иной группе крови (по разным серологическим системам) представленных образцов с целью выбора рациональной серологической системы исследования самих вещественных доказательств с места происшествия. При малых пятнах исследование производится только после изучения образцов крови подозреваемых и жертв. Определение антигенных свойств крови имеет значение при доказательстве виновного в совершении преступления подозреваемого, в бракоразводных делах, в делах о подмене детей, при исключении отцовства и материнства. Существует определенная зависимость наследования индивидуальных факторов крови. В судебно-медицинской экспертизе вещественных доказательств и экспертизе по поводу спорного отцовства используют метод геномной дактилоскопии. В результате разрушения белкового материала, находящегося в неблагоприятных условиях на вещественных доказательствах, через 1 – 6 месяцев бывает трудно с помощью белковых систем произвести экспертизу. Кроме того, наличие в образце бактериального загрязнения может привести к неверному определению групповой принадлежности. Определение групповой принадлежности пятен спермы часто бывает затруднительно из-за загрязнения вагинальными выделениями. Протеолитическая активность спермы может привести к деградации белкового материала в образце.

Таблица 1

Схема наследования крови по изосерологической системе АВО

Браки	Дети	
	могут быть	не могут быть
0x0	0	A, B, AB
OxA	0, A	B, AB
OxB	0, B	A, AB
OxAB	A, B	0, AB
AxA	0, A	B, AB
BxB	0, B	A, AB
AxB	0, A. B, AB	-
BxAB	A, B, AB	0
AxAB	A, B, AB	0
ABxAB	A, B, AB	0

Все белковые системы — это проявления полиморфизма генов в организме индивида. Однако генетическая изменчивость, наблюдаемая на уровне ДНК, значительно выше. Внедрение в практику методов анализа полиморфизма ДНК в следах биологического происхождения является крупнейшим достижением в криминалистике и судебной медицине последних лет. Кроме того, в последнее время был предложен метод ферментативной амплификации, т.е. увеличение числа копий строго определенных фрагментов молекулы ДНК в условиях in vitro с использованием полимеразной цепной реакции (ПЦР), что позволило резко повысить чувствительность анализа. Этот метод позволяет быстро, в течение 1 – 3 дней анализировать образцы, содержащие минимальное количество ДНК различной степени сохранности (небольшое пятно крови, луковица волос и другие объекты). Успешное сочетание метода полимеразной цепной реакции с геномной дактилоскопией основано на том, что ПЦР позволяет размножить необходимую последовательность ДНК в количестве, достаточном для проведения типирования методом геномной дактилоскопии. Каждый этап удвоения ДНК в процессе амплификации состоит из трех последовательных ступеней:

1) денатурация ДНК;

2) комплементарное связывание праймерной последовательности с соответствующей последовательностью на ДНК-матрице (так называемый отжим);

3) синтез ДНК с помощью Taq-полимеразы (достройка праймера).

Такой подход положен в основу создания диагностических и индивидуализирующих тест-систем. Все они разрабатывались по единому принципу, который заключается в подборе праймеров на основе известной первичной последовательности ДНК (как правило, это олигонуклеотиды длиной 20 — 25 нуклеотидов) и выбора оптимальных условий амплификации нужного генетического локуса. Существование в геноме человека гипервариабельных локусов позволило использовать ПЦР для целей высокоточной идентификации личности и определения биологического родства в судебной экспертизе. *Практическое применение геномной дактилоскопии в судебной медицине.* Использование технологии геномной «дактилоскопии» в экспертизе спорного отцовства, а также для установления видовой и половой принадлежности биологических объектов и проведения идентификации позволяет выйти на качественно новый, более высокий уровень анализа, поскольку генно-дактилоскопические системы обладают потенциалом исключения и избирательностью, которые на несколько порядков выше, чем у традиционных маркерных систем. На основе практических результатов проведенных экспертиз можно сделать вывод о довольно высокой достоверности результатов при использовании полимеразной цепной реакции с типированием не менее 3 — 4 гипервариабельных локусов, с последующим высчитыванием вероятности ошибки. Внедрение в практику судебно-медицинской экспертизы методов геномной дактилоскопии означает развитие нового периода в производстве экспертиз по идентификации объектов биологического происхождения и родственных отношений на качественно более высоком уровне, чем обычные рутинные методы исследования.

Установление половой принадлежности крови основано на выявлении особенностей хромосом в ядрах клеток белой крови человека. Установлено, что у женщин наличествуют две одинаковые половые хромосомы (XX), у мужчин разные - X и У. Решение о половой принадлежности крови возможно по выявлению в ядрах лейкоцитов глыбок полового хроматина (телец Бара), имеющих вид «барабанных палочек». У мужчин эти включения встречаются относительно редко.

Установление происхождения крови от взрослого человека или младенца основано на различии гемоглобина крови, выявляемого физико-химическими и электрофоретическими методами. Гемоглобин новорожденного на 70 — 80% состоит из плодного или фетального гемоглобина и лишь на 20 — 30% из гемоглобина, характеризующего взрослого человека. Постепенно это соотношение меняется, и к концу первого года жизни составляет около 1 — 2% фетального гемоглобина, что характерно для крови взрослых людей.

Региональное происхождение крови определяется по обнаружению в ней примесей клеток тех тканей, откуда произошло кровотечение. Доказательством наличия менструальной крови кроме наличия клеток слизистой оболочки матки является обнаружение фермента фибринолизина. Метод может быть использован только при наличии свежей крови без каких-либо примесей (спермы, слюны и др.). Для определения давности происхождения пятна крови используют изменение свойств гемоглобина при «старении» пятна и снижение активности некоторых ферментов крови с течением времени. Методы относительно сложны и трудоемки, требуют дорогих реактивов.

Определение количества излившейся крови представляет сложную задачу в связи с рядом факторов, затрудняющих се решение. На результат влияют характер и структура материала, на котором сформировалось пятно, степень пропитывания и др. Основным методом является определение сухого остатка крови в пятне с последующим перерасчетом на объем жидкой кропи.

Установление беременности и факта бывших родов.

Для решения этого вопроса существует несколько проб: биологических и иммунологических. К первым относится широко применяемая в клинической практике реакция Ашгейма-Цондека, основанная на выявлении гормона передней доли гипофиза – продана. Иммунологические пробы основаны на выявлении гонадотропного гормона реакцией связывания комплемента, реакцией преципитации или иммуноэлектрофореза, либо путем опредления лейцинаминопептидазы, добавочная фракция которой появляется у женщин уже с 8-10-й недель беременности и постепенно нарастает к концу беременности, и сохраняется после родов еще около одного месяца.

Исследование выделений.

При исследовании этого объекта решаются два основных вопроса: установление природы пятна (сперма, моча, пот и др.) и возможность его происхождения от конкретного мужчины. Предварительно осуществляют поиск предполагаемых пятен спермы, которые выявляют либо по характерному внешнему виду, либо по голубоватой люминесценции при освещении объекта ультрафиолетовыми лучами. Наличие спермы в пятне доказывается микроскопическим методом после того, как при большом увеличении микроскопа удается обнаружить целые сперматозоиды, представленные всеми основными структурными элементами: головкой, шейкой, хвостом. При обнаружении целого сперматозоида параллельно решается вопрос о его видовой специфичности, так как по морфологическим признакам сперматозоид человека отличается от сперматозоида животного. Иногда, при азоспермии или олигоспермии под микроскопом трудно найти сперматозоид. В таких случаях прибегают к другим способам доказательства происхождения найденного пятна. Для этого используют метод электрофореза, которым выявляют специфичную для спермы человека дополнительную изоферментную фракцию лактатдегидрогеназы – ЛДГ-Х. Доказательством семенного происхождения пятна будет и обнаружение специфического компонента у-семинопротеина. Наличие слюны устанавливают цветной реакцией на амилазу с использованием крахмала и йода (раствор Люголя); пота – доказывается цветной реакцией на присутствие аминокислоты серина, мочи – химической реакцией с получением берлинской лазури либо хроматографическим методом; влагалищных выделений – микроморфологическим обнаружением клеток влагалищного эпителия, либо иммунологическим методом с выявлением пептидазного изофермента и IV и V фракций лактатдегидрогеназы. Группоспецифические свойства выделений и крови совпадают. Их устанавливают в основном теми же методами, что и в крови. Разработаны способы определения групповой специфичности отдельного сперматозоида. В то же время при совпадении антигенных свойств крови и выделений «сила» антигенов в выделениях разных людей оказывается различной. Антигены спермы только у 70-80% мужчин обладают «сильными» свойствами, у остальных – слабыми. Первых относят к группе, которую условно называют «сильными выделителями», вторых – «слабыми выделителями». Это обстоятельство учитывают, например, при определении возможности происхождения пятна спермы от конкретного мужчины. В ряде случаев, в особенности при половых преступлениях, на вещественных доказательствах (предметах одежды) могут быть найдены смешанные пятна крови и выделений (спермы, влагалищного содержимого). Для дифференцирования антигенов различного происхождения применяют: а) метод, основанный на использовании сывороток с высоким титром, которые выявляют свойства выделений и не выявляют свойства антигенов крови; б) метод прогревания объектов, приводящий к денатурации белков крови с утратой их способности к переходу в раствор и сохранении этой способности у антигенов выделений. Дифференцирование антигенов в смешанных пятнах спермы и влагалищных выделений также возможно. Для этого используют методы разделения белков этих выделений реакцией электрофореза в полиакриламидном геле или реакцией иммунофлюоресценции.

ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ, СТРАДАЮЩИХ ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Эседова А.Э., Идрисова М.А., Апандиева М.М., Махтибекова П.А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. 30% женщин в климактерическом периоде страдают ИНСД. Наступление постменопаузы является физиологическим процессом, тем не менее, падение уровня эстрогенов приводит к выраженному ухудшению самочувствия и снижению качества жизни, вызывая климактерические и урогенитальные расстройства (УГР) и повышая риск развития отдаленных осложнений. УГР – комплекс вагинальных и мочевых симптомов, развивающихся вследствие эстрогенного дефицита, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочеполового тракта. По данным статистики, к 55-60 годам, практически каждая вторая женщина страдает от проявлений симптомов УГР.

Один из наиболее важных и до конца не решенных аспектов проблемы УГР – заместительная гормональная терапия (ЗГТ) различными аналогами половых стероидных гормонов, которая является самым эффективным методом профилактики и лечения климактерических, в том числе урогенитальных расстройств.

Особый интерес представляет назначение ЗГТ женщинам с патологией сопряженных с репродуктивной системой эндокринных желез, в частности ПЖ. До настоящего времени не проводилось исследований, посвященных выраженности УГР на фоне ИНСД в постменопаузе. Между тем, несомненно, что патологические изменения при ИНСД не могут не сказаться на особенностях течения постменопаузы.

Цель: изучение выраженности урогенитальных расстройств у женщин с инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНСД), находящихся в постменопаузе, а также оценка эффективности коррекции таких расстройств с помощью дифференцированной заместительной гормональной терапии.

Материал и метод исследования. Перспективно проведено обследование 130 пациенток с продолжительностью постменопаузы от 1 года до 15 лет. Среди них основную группу составили 70 пациенток, страдающих урогенитальными расстройствами на фоне ИНСД, контрольную группу – 60 пациенток с урогенитальными расстройствами, не имевших ИНСД. Методом исследования явились клинический, лабораторный (определение содержания половых гормонов, глюкозы натощак, гликированного гемоглобина, pH вагинального содержимого, показателя зрелости вагинального эпителия, микробиологическое исследование вагинального содержимого), инструментальный (расширенная кольпоскопия, УЗИ гениталий).

Результаты исследования. Анализ показал, что наиболее частыми были жалобы на сухость и зуд во влагалище (67% женщин обеих групп).

Симптомы атрофического вагинита сочетались с поллакиурией (у 16 женщин в основной и 8 – контрольной), никтурией (18 женщин в основной и 10 – контрольной), цисталгией (18 женщин в основной и 9 – в контрольной группы). Диспареуния в большинстве случаев сочеталась с сухостью, жжением, зудом во влагалище.

До начала терапии при гинекологическом осмотре выявлены следующие изменения стенок влагалища: бледность и сухость слизистых оболочек – у 75% (52) женщин с ИНСД и у 62,5% (38) пациенток контрольной группы, опущение стенок влагалища второй степени, у 42 (60%) и 35 (58,3%) обследованных соответственно. У 68 пациенток – 38 (54,2%) в основной и 30 (50%) в контрольной группе – отмечены дистрофические изменения вульвы в виде истончения эпидермиса, трещин вульвы, субэпителиальных кровоизлияний.

Шейка матки у всех женщин была цилиндрической формы, у 10 пациенток в обеих группах – с трофическими изменениями. Воспалительные изменения шейки матки и влагалища были обнаружены в обеих группах – с трофическими изменениями. Воспалительные изменения шейки матки и влагалища были обнаружены в обеих группах у 7 женщин. У 110 (84%) пациенток размеры матки соответствовали возрастной норме. При бимануальном исследовании патологических изменений в области придаток матки обнаружено не было.

При кольпоскопии у 90 женщин (у 50 – основной и у 40 - контрольной группы) выявлены различная степень атрофии эпителиального слоя влагалища, разлитая капиллярная сеть, окраска раствором Люголя, недостаточно интенсивная, с многочисленными беловато-желтого цвета и нечеткими границами. У 41,6% (64) женщин обеих групп слизистая оболочка влагалища имела багрово-синюшную окраску, блестящую поверхность, незначительно окрашивалась раствором Люголя, местами определялось скопление ороговевших клеток. Нормальную слизистую оболочку влагалища мы выявили лишь у 40 женщин (у 18 - в основной группе и у 22 – в контрольной).

Определение pH влагалища может также служить скрининг - тестом для оценки выраженности атрофических процессов. В нашем исследовании pH влагалища у 103 обследованных женщин – у 58 (82%) в основной группе и у 45 (75%) в контрольной группе – оказался повышенным и составлял от 6,0 до 7,0 (при норме 3,5-5,5).

Показатель ЗВЭ варьировал от 26 до 70, составив в среднем 28,4±2,2 в основной группе и 30,2±4,1 – в контрольной группе; отмечена обратная зависимость этого показателя от возраста и

длительности постменопаузы: в обеих группах у 19 женщин старше 65 лет показатель ЗВЭ составил 26-31.

При оценке симптомов вагинальной атрофии (сухость, зуд, диспареуния) по 5-балльной шкале Барлоу у большинства пациенток значения достигали 3-4 баллов (0-отсутствие симптомов, 5 – максимальное проявление симптомов).

Комплексное микробиологическое исследование вагинального содержимого показало, что практически во всех случаях имелось резкое снижение титра (до 10^3 КОЕ/мл) или элиминация (в 18,3% случаев) лактобацилл.

Бактериоскопическое исследование позволило выявить бактериальный вагиноз (БВ) у 8 (11,4%) пациенток основной и 6 (10%) – контрольной групп; у 20 (28,1%) женщин основной группы и 18 (30%) – контрольной состояние микробиоценоза можно было оценить как нормоценоз. У 15 (21,4%) пациенток основной и 10 (16,6%) – контрольной групп микроскопическое исследование выявило неспецифический вагинит: определялись лейкоциты (до 15 в поле зрения), эпителиальные клетки. Микрофлора была однородной и определялась в небольшом количестве (10-15 микробных клеток в поле зрения): кишечная палочка (12,5%), клебсиеллы (1,4%), стрептококк группы В (15,7%). У 31 (44,2%) пациентки основной и 25 (41%) контрольной групп выявлена атрофия вагинального эпителия (атрофический вагинит).

Повторное клинико-лабораторное обследование, проведенное к концу 6-го месяца терапии, показало отсутствие различий основных критериев урогенитальной атрофии в обеих группах больных. Расширенная кольпоскопия у большинства наблюдаемых в обеих группах уже через 3 мес показала исчезновение и уменьшение явлений неспецифического воспаления слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки. Слизистая оболочка была бледно-розовая и равномерно окрашивалась раствором Люголя, сосудистый рисунок стал умеренно выраженным.

При окончании курса лечения через 6 мес терапии интенсивность цисталгии уменьшилась с 3-4 до 1-2 баллов по Барлоу у женщин с легкой и средней степенью УГР. Максимальное улучшение субъективных проявлений также происходило через 6 мес терапии.

Нами был проведен анализ изменений микробиоценоза влагалища в ответ на проведенную терапию. Повторное микробиологическое исследование вагинального содержимого было также проведено спустя 6 мес от начала исследования. Микробиологически эффективным считалось лечение, вызвавшее элиминацию условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) с колонизацией лактобацилл в предельно допустимых титрах.

Контрольное микроскопическое исследование вагинального содержимого женщин в обеих группах продемонстрировало положительный эффект ЗГТ, выражающийся в снижении выраженности признаков вагинальной атрофии, у женщин с легкой и средней степенью УГР независимо от пути введения гормонального препарата: отсутствие лейкоцитарной реакции, превалирование лактоморфотипов (до 10^7 КОЕ/мл), отсутствие морфотипов других бактерий и единичные лейкоциты в поле зрения. Общая микробная обсемененность достигала умеренных значений, титр УПМ не превышал 10^3 - 10^4 КОЕ/мл. Умеренная эффективность ЗГТ в отношении неспецифического вагинита в обеих группах, по нашему мнению, связана с инфекционной природой его происхождения.

Изменения отмечены уже через 3 мес терапии, более выраженные положительные эффекты были достигнуты на 6-м месяце лечения. Они проявлялись в снижении pH до 5,0-6,0 ($p<0,01$), увеличении показателя ЗВЭ до 66,1±1,4 – в основной группе и 68,8±2,5 в контрольной ($p<0,01$) и увеличении ИСВ до 5 баллов в обеих группах ($p<0,01$).

В ходе работы установлено, что эффективность терапии при легкой степени урогенитальных расстройств составила 87,8%, при средней степени – 76,1%, при тяжелой степени - 35,8%.

Выводы.

1. Достигнутые результаты лечебного эффекта предложенной нами терапии убедительно доказали ее высокую эффективность в нормализации общего состояния больных и повышении качества жизни у пациенток как с ИНСД, так и без него, что позволяет рекомендовать ее всем женщинам с проявлениями УГР, в том числе с ИНСД.

2. Выраженные положительные изменения микроэкологических параметров у больных с атрофическим вагинитом и сопутствующим ИНСД происходят в среднем через 6 мес после начала

ЗГТ, что свидетельствует о высокой эффективности ЗГТ в коррекции УГР легкой и средней степени тяжести.

3. Результаты кольпоскопического исследования, определение pH, показателя зрелости вагинального эпителия, индекса состояния влагалища являются информативными критериями контроля эффективности ЗГТ при лечении больных с уровагинальной эпителиальной атрофией.

КОСТНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ИНСУЛИНОНЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Эседова А.Э., Хашаева Т.Х., Идрисова М.А., Махтибекова П.А., Таибова Д.У.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Социальная значимость остеопороза определяется его последствиями – переломами позвонков и костей периферического скелета, обусловливающими значительный подъем заболеваемости, инвалидности и смертности среди лиц пожилого возраста и соответственно большие материальные затраты в области здравоохранения. Постменопаузальный остеопороз (ПМОП) составляет 85% всех видов остеопороза. В соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), остеопороз в России среди женщин старше 50 лет выявлен у 30,5-33.1%. Среди городского населения России у 24% женщин в возрасте 50 лет и старше отмечается по крайней мере один клинически выраженный перелом. Большая распространенность инсулиннезависимого сахарного диабета (ИНСД), а также развитие тяжелых необратимых осложнений придают этому заболеванию огромное медико-социальное значение. Выдвигаются разные гипотезы относительно влияния ИНСД на костную ткань, однако ясная картина не сформирована. Инсулин оказывает анаболическое действие на метаболизм костной ткани, обладая как прямым стимулирующим действием на остеобласты (активируя выработку коллагена и гиалуроната), так и опосредованы, стимулируя дифференцировку и рост остеобластов.

Цель: изучить нарушения костного метаболизма у женщин в постменопаузе в зависимости от наличия или отсутствия инсулиннезависимого сахарного диабета (ИНСД).

Материал и метод исследования. Обследовано 150 женщин в период постменопаузы. Возраст пациенток составил 40-65 лет в период физиологической постменопаузы длительностью более 2 лет. Женщины были разделены на две группы: в 1-ю группу были включены 80 женщин с ИНСД, во 2-ю группу – 70 женщин без ИНСД.

Состояние костной ткани определяли путем измерения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) методом двухэнергетической рентгеновской абсорциометрии (ДЭРА) с помощью аппарата Lunar Prodigy в поясничном отделе позвоночника (L_1 – L_4), шейке бедренной кости (Neck), большом вертеле (Troch), треугольнике Варда (Ward). Диагностика остеопороза осуществлялась согласно критериям ВОЗ (1994) по Т-критерию, т.е. в стандартных отклонениях (SD) от нормативных показателей пиковой костной массы здоровых женщин. Величина SD до 1 расценивалась как норма, от 1 до 2,5 SD – как остеопения, ниже 2,5 SD – как остеопороз.

Состояние кальций-фосфорного обмена определяли с помощью ионселективного электрода на анализаторе электролитов Микролит 3+2 фирмы «Kone» (Финляндия). Уровень экскреции кальция (метод Arsenazo III), фосфора (метод Molybdate), креатинина (метод Jaffe) определяли с помощью коммерческих наборов фирмы «Kone» (Финляндия) на биохимическом анализаторе Konelab – 30.

Костный обмен характеризовали по уровню биохимических маркеров костного ремоделированя. О состоянии костного формирования судили по содержанию в сыворотке крови остеокальцина (ОК), которое определяли иммунорадиометрическим методом с помощью набора Cis Bio International (Франция), и содержанию костной щелочной фосфатазы (КЩФ), которое определяли иммуноферментным методом с использованием моноканальных антител с помощью коммерческих наборов Alkphase-B (США). Состояние костной резорбции оценивали посредством определения уровня С-концевых телопептидов (CT_x), образующихся при деградации коллагена I типа во второй утренней порции мочи и в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием тест-систем Cross Laps ELISA фирмы «Osteometer Bio Tech». Активность костной резорбции также определяли колориметрическим методом по экскреции оксипролина – ОПР с мочой натощак по отношению к экскреции креатинина (ОПР/Кр, мкг/мкмоль/Кр).

Результаты исследования обрабатывали при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel-98, при этом соблюдались общие рекомендации для медицинских и биологических исследований. Определялись средние арифметические величины (M) и их ошибки (m). С целью выявления значимости (достоверности) различий сопоставляемых средних величин применялся t-критерий Стьюдента и F-критерий Фишера с учетом неоднородности дисперсий в исследуемых группах. Разница средних величин считалась достоверной при $p<0,05$. Для определения характера связи между изучаемыми параметрами применялся корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции r и последующим установлением его значимости по критерию t Стьюдента.

Результаты исследования. Частота встречаемости остеопении и остеопороза достоверно выше среди пациенток с ИНСД. Необходимо отметить, что снижение МПКТ в трабекулярных костных структурах у пациенток с ИНСД развивается одновременно с поражением кортикальной кости, способствуя тем самым уменьшению толщины кортикального слоя. Последнюю рассматривают как главную детерминанту устойчивости к компрессии всего тела позвонка и наиболее надежный прогностический показатель минеральной плотности в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедренной кости.

Динамическое определение маркеров костного ремоделирования свидетельствуют о ранних нарушениях костного метаболизма и эффективности проводимой терапии, когда как другие методы исследования (ДЭРА) еще малоинформативны. Это отмечено во многих исследованиях, проведенных как в нашей стране, так и зарубежных странах. Однако аналогичные исследования при костно-метаболических нарушениях в постменопаузе у женщин с ИНСД весьма малочисленны и скудны.

При определении показателей костного ремоделирования у пациенток с ИНСД установлено увеличение уровня маркеров костеобразования – КЩФ и ОК. согласно данным литературы, уровень ОК помимо того, что увеличивается при ПМОП, хорошо коррелирует с гистоморфологическими характеристиками скорости формирования кости, следовательно, может являться одним из наиболее достоверных маркеров скорости костного обмена.

У пациенток с ИНСД также был повышен такой маркер костной резорбции, как экскрекция ОПР с мочой. Тогда как показатели Са/Кр, Р/Кр достоверно не различались по группам.

Все перечисленное говорит об усилении скорости костного метаболизма у женщин как с ИНСД, так и без него, что характерно для ПМОП. При этом более высокие темпы костных потерь встречаются все же у пациенток с ИНСД.

Уровень паратиреоидного гормона и кальцитонина в сыворотке крови у всех обследованных был в пределах нормы, однако наиболее низкие значения кальцитонина отмечались на фоне ИНСД. Необходимо отметить, что низкий уровень кальцитонина способствует выраженности резорбтивных процессов и предрасполагает к резорбтивному действию паратиреоидного гормона.

Между маркерами костной резорбции CT_x в сыворотке крови и CT_x в моче установлена тесная положительная корреляция ($r=0,80$; $p<0,05$), что свидетельствует об их одинаковой информативности в оценке процессов резорбции у пациенток как с ИНСД в постменопаузе, так и без него. Умеренная корреляционная зависимость ($r=0,36$; $p<0,05$) установлена также между маркерами костеобразования – КЩФ и ОК.

Выводы.

Таким образом, мы полагаем, что ИНСД, не являясь решающим фактором в нарушении костного метаболизма в менопаузе, в сочетании с постменопаузальной гипоэстрогенемией способствует усугублению дисметаболических нарушений и прогрессированию остеопороза.

Следовательно, пациенток с ИНСД в постменопаузе следует относить к группе повышенного риска развития остеопоротических нарушений и назначать заместительную гормональную терапию данному контингенту женщин не только для купирования ранних проявлений патологического климактерия, но и с целью коррекции и профилактики поздних климактерических расстройств.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БИОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ОСТРЫХ СОСТОЯНИЙ УЧАСТНИКОВ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ.

Мантаков М.С.
ГКУ «Бюро СМЭ» Минздрава Чеченской Республики, г. Грозный

Ключевые слова: внезапная смерть, ДТП, глюкоза, миоглобин.

В настоящее время в связи с неуклонно растущим количеством личных автомобилей и, как следствие, постоянным ростом дорожно-транспортных происшествий [ДТП] с участием транспортных средств [ТС], особо актуальной стала проблема «внезапной» смерти за рулем как одного из условий совершения автоаварии. Причинами ДТП со смертельным исходом могут быть заболевания, в частности, сердечно - сосудистые, нервные, сахарный диабет, которые в любой момент могут проявиться острым состоянием, приводящим к внезапной смерти.

В судебно-медицинской литературе имеются отдельные публикации по проведению дифференциальной диагностики травматической и внезапной смерти при автоавариях, однако авторы приводили морфологические признаки лишь острой коронарной недостаточности [1, 3, 7, 8]. Вместе с тем, как показывает практика, причиной ДТП могут быть иные обстоятельства [нарушение сознания вследствие приема даже в малых дозах наркотических и психотропных средств, усталость, психоэмоциональное напряжение, психические расстройства и пр.], которые в большинстве случаев морфологически установить достаточно сложно [9, 10], что диктует необходимость поиска новых диагностических методов судебно-медицинской оценки состояний, предшествующих ДТП.

В последние годы появились работы, авторы которых на практическом экспертном материале доказали значимость применения лабораторных исследований при посмертной диагностике причин внезапной смерти [2, 5, 11]. Это в первую очередь касается определения содержания сердечного тропонина-1, миоглобина и глюкозы в крови и перикардиальной жидкости, активности лактатдегидрогеназы в миокарде левого желудочка у трупов лиц при наличии признаков острого нарушения коронарного кровообращения или при подозрении на него [2]. Наряду с этим, исследователями также высказано предположение о возможной роли возникновения различных экстремальных состояний здоровья пострадавших в происхождении ДТП, падений с большой высоты из зданий, сооружений и их посмертной диагностике, поскольку целенаправленного исследования в этом направлении ранее не проводилось. К тому же, поводом к такому суждению послужили сведения об изменении углеводного обмена при длительных и кратковременных болях, стрессорных воздействиях, возникающих в аварийной ситуации, включая авиакатастрофы [4, 6]. Однако комплексного изучения биохимических показателей жидких тканей и отдельных внутренних органов в постмортальном периоде при этих видах смерти не проводилось, что, вероятно, будет иметь важное значение для следствия при установлении обстоятельств и причин автоаварий.

В связи с изложенным выше, задачей предлагаемого решения явилась разработка нового способа дифференциальной диагностики состояний, обуславливающих дорожно-транспортные происшествия.

Для решения актуальной задачи судебно-медицинской практики рекомендовано использовать оценку разницы содержания глюкозы [Г] в крови из бедренной вены [кБВ] и правого желудочка сердца [кПЖ] и миоглобина [МГ] в крови из бедренной вены, правого и левого желудочка сердца [кЛЖ] и перикардиальной жидкости [ПЖ].

Автором было проведено исследование 60 проб крови и 20 проб перикардиальной жидкости, лиц пострадавших в ДТП на наличие глюкозы.

1 этап – определение концентрации глюкозы в крови из бедренной вены, правого желудочка сердца.

В случаях «осознанного» стресса водителей [лиц, управляющих ТС], отмечается повышение этого показателя в крови из правого желудочка сердца, в 2 и более раз превышающее значение концентрации глюкозы в крови из бедренной вены, что при учете патоморфологических изменений в сердце указывает на внезапную сердечную смерть [ВСС]. В то же время, у пассажиров и/или пешеходов, потерпевших при ДТП, таких изменений не наблюдается. При

повышении уровня глюкозы в крови из бедренной вены необходимо исключить наличие сахарного диабета и степени его компенсации по уровню гликозилированного гемоглобина [НвА1с], который также могут служить причиной смерти водителя при ДТП [табл. 1].

Таблица 1.

Содержание глюкозы в крови из бедренной вены, правого желудочка сердца у погибших при ДТП

Показатель	Г в кБВ, ммоль/л	Г в кПЖ, ммоль/л	Условная норма
Водитель	5±0,8	11 ± 1,2*	3,9-5,6 ммоль/л
Пассажир, пешеход	4 ± 1,1	4 ± 1,2	

* - достоверные различия $p < 0.05$

2 этап – определение содержания миоглобина в крови из бедренной вены, левого желудочка сердца и перикардиальной жидкости [табл. 2].

Таблица 2.

Содержание миоглобина в крови и перикардиальной жидкости погибших при ДТП.

Показатель	МГ в кБВ, нг/мл	МГ в кЛЖ, нг/мл	МГ в кПЖ, нг/мл	МГ в ПЖ, нг/мл	Условная норма
Водитель	272548±1050*	196135± 1090	218585 ±978	395420±980**	до 10000 нг/мл
Пассажир, пешеход	85218 ± 890	610978±1110**	418142 ± 1290	60742±548	

* - достоверные различия $p < 0.05$

** - достоверные различия $p < 0.01$

Как видно из таблицы 2 содержание миоглобина достоверно различается у водителей и пассажиров [пешеходов] при автоавариях. Так, в крови из бедренной вены и в перикардиальной жидкости водителя значение показателя достоверно выше, по сравнению со значениями в крови из желудочков сердца, в то время как в крови из желудочков сердца у пассажиров и/или пешеходов содержание миоглобина значительно увеличено.

В таблице 3 приведены данные по интерпретации биохимических показателей, указывающих на возникновение возможных состояний, могущих привести к возникновению ДТП.

Таблица 3.

Диагностика возможных состояний, обуславливающих дорожно-транспортные происшествия.

Биохимический показатель	ВСС	Травматические повреждения
Разница в концентрации Г в кБВ и кПЖ, ммоль/л	Г [кПЖ]/Г [кБВ] ≥ 2	Г [кПЖ]/Г [кБВ] < 2
МГ в кБВ, нг/мл	↑↑↑ более чем в 20 раз [1]	Миоглобинемия в кБВ, кПЖ, кЛЖ
МГ в ПЖ, нг/мл	↑↑↑ более чем в 30 раз [1]	

1 - по сравнению с условной нормой содержания миоглобина в крови трупов

Таким образом, если показатель Г [кПЖ]/Г [кБВ] ≥ 2, содержание МГ в кБВ в 20 и более раз, а в ПЖ в 30 и более превышает норму, то это указывает на острые сердечно-сосудистые нарушения, которые обусловливали возникновение дорожно-транспортного происшествия.

Таким образом, для исключения у водителя предполагаемой скоропостижной смерти или возникновения внезапных состояний нарушения здоровья (острая коронарная недостаточность, гипер- или гипогликемия и др.), обусловливающих ДТП, необходимо исследовать биохимические показатели, такие как глюкоза, миоглобин и сердечный тропонин-I.в крови из бедренной вены, желудочков сердца, перикардиальной жидкости, для чего в первые 24 ч после смерти необходимо изъять из трупа не менее 1 мл биологической жидкости, поместить каждый биообъект в отдельный флакон и направить на исследование в биохимическое отделение.

Список литературы

1. Арешев, П.Г. К экспертизе роли ИБС в происхождении автотравмы / П.Г. Арешев, Б.Л Куцевол., Л.А. Русанова. // Современная диагностика в судебной медицине. - Кишинев, 1981. С. 125-128

2. Асташкина О.А., Тучик Е.С. Судебно-биохимическая диагностика скоропостижной смерти. – М.: издательство «Спутник +», 2012. – 149 с.

3. Бабанин, А.А. К судебно-медицинской оценке состояния здоровья водителей при дорожно-транспортных происшествиях /А.А. Бабанин, К.К. Васильев, Б.Л. Куцевол, А.А. Кузьминский // Мат. III Всеросс. съезда судебных медиков. – Саратов, 1992.- вып.1. – С. 187-189

4. Болдарян, А.А. Организация судебно-медицинских экспертиз при авиационных происшествиях. Судебно-медицинская оценка авиационной травмы. - М.,2006. - С. 309-310.

5. Дежинова, Т.А. Биохимические методы исследования в практике судебно-медицинской экспертизы /Т.А. Дежинова, Е.В. Краевский, В.Л. Попов, Г.И. Заславский, Р.В. Бабаханян. – СПБ, 2001. – 25с

6. Клюев А.В. Ретроспективная оценка состояния и действий членов экипажа при расследовании авиационных происшествий /А.В. Клюев, В.Н. Артемов// Суд.-мед.эксперт. – 1982. - № 2. – С. 5-7

7. Куцевол, Б.Л. Дифференциальная диагностика травматической и скоропостижной смерти от ишемической болезни сердца водителей при дорожно-транспортных происшествиях /Б.Л. Куцевол, К.К. Васильев, А.А. Бабанин //Судебно-медицинское установление механизма, прижизненности, последовательности и давности механических повреждений. – М., 1983, - С. 60-63.

8. Новоселов А.С. Новый подход к оценке автомобильной травмы //Ползуновский альманах. – Барнаул, 2006. - № 1. С. 160-162

9. Пиголкин, Ю.И. К вопросу о диагностике депрессивных состояний /Ю.И. Пиголкин В.Д. Гончарук //Суд.-мед. эксперт.- М.:Медицина, 1997. - №4. – С.41-42

10.Прошутин, В.Л. Судебная медицина и проблема самоубийств. – Ижевск: Экспертиза, 1999. – 86 с

11. Musshoff, F. Disorders of glucose metabolism: post mortem analyses in forensic cases—part II// F.Musshoff, C.Hess, B.Madea //Int J Legal Med.2011 Mar; 125[2]:171-80/

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ НА КАФЕДРЕ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА.

Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т., Малачилова М.М.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Для оптимизации и модернизации качества обучения стоматологов перспективным представляется сочетание индивидуальной персонализованной работы сотрудников кафедр, воспитателей и структур студенческого самоуправления (ССУ) в тесной связи с родителями, деканатом и руководством вуза.

Следует в вузах поднять престиж учебы на республиканском, федеральном и государственном уровне. Необходимо у студентов развивать с самого начала анатомо-физиологическую подготовку с прикладным направлением. Увлечение только тестами не развивает мышление, простое натаскивание по тестам мешает углубленному знанию.

У студентов слабо развито желание получить качественные и глубокие знания по анатомии, умение мыслить при различных ситуациях оперативно и быстро.

Необходимо улучшить качественное преподавание со средней школы, с ЕГЭ и с приема в вуз, следует резко сократить льготы при поступлении в медицинские вузы. Частые реформы образования, усиленное бумаготворчество и частые отчеты не помогают качеству подготовки студентов, чувствуется непрофессиональный подход при составлении учебных планов, расписаний, занятий и индивидуальной работе со студентами.

На кафедре анатомии человека Дагмедакадемии находит широкое применение использование тестов и ситуационных задач по всем ее разделам. Тесты и ситуационные задачи используются на лекциях, практических занятиях, самостоятельной индивидуальной работе студентов (СИРС), экзамене, зачете, КВН олимпиадах, деловых играх, кроссворды.

Во всех тестах и ситуационных задачах изложены темы с медицинской направленностью, способствующие оптимизации учебного процесса и созданию основ клинического мышления по конкретным дисциплинам (хирургия, внутренние болезни, дерматовенерология, педиатрия,

акушерство и гинекология, офтальмология, урология, онкология, травматология, ангиология, стоматология и т.д.).

При решении тестов и ситуационных задач студент имеет возможность с объективностью оценки знаний, психологический стресс уменьшается, развивает логику мышления, встречается множественность умственных операций, мотивация ответов, эффективное использование учебного времени, единые и одинаковые требования ко всем студентам, возможность контроля и коррекции ответов и знаний с использованием эталонов.

На кафедре мы применяли тесты и ситуационные задачи обязательно с использованием трупов, скелета, органокомплексов, препаратов, рентгеновских снимков, муляжей, схем и т.д.

Нельзя неадекватно в одностороннем порядке увлекаться лишь одними тестами и ситуационными задачами. Они должны быть рекомендованы в комплексе с другими элементами учебного процесса как факторы совершенствования учебной и методической работы.

В современных условиях перехода вуза, медицины и здравоохранения к рыночным отношениям особо возрастает роль анатомии человека в подготовке высококвалифицированных врачей-стоматологов, способных отвечать требованиям рыночного механизма.

В этом плане чрезвычайно важно создавать у студентов клиническое профессиональное мышление, основанное на фундаментальной подготовке анатомо-физиологических данных. Оно достигается по нашему мнению использованием следующих педагогических, психологических, компьютерных и дидактических приемов: 1) профильная клиническая и медицинская направленность лекций, практических занятий и самостоятельной индивидуальной работы студентов (СИРС); 2) разъяснение индивидуальных и возрастных особенностей строения тела человека и его систем на анатомических препаратах и живом человеке; 3) компьютеризация учебного процесса; 4) решение тестов и ситуационных задач на конкретных примерах. Для этого кафедрой создан фонд тестовых заданий по анатомии человека; 5) обеспечение студентов современной методической литературой (нами изданы лекции и учебные пособия по всем разделам анатомии); 6) использование современных достижений науки, медицины и биологии на лекциях и практических занятиях (УЗИ, ЯМР, эндоскопия, лапароскопия, компьютеры, видеоаппаратура и т.д.); 7) широкое внедрение УИРС, КВН, олимпиады, кроссворды, защита курсовых работ; 8) создание прочной анатомической базы (изданы словари и т.д.), совершенствование междисциплинарной связи анатомии; 9) использование годового рейтинга студентов.

Для реализации указанных взглядов мешает низкая зарплата преподавателей, вредные условия работы, чрезмерная нагрузка преподавателей и студентов, жесткая регламентация работы кафедры инструкциями, не хватает трупов, реактивов, экспериментальных животных, посуды и мебели и т.д.

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ И ТОПОГРАФИИ ЛИЦЕВЫХ ВЕН ЧЕЛОВЕКА.

Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Лицо человека занимает важнейшее место в организме**,** имеющее косметологическое, социальное, духовное, контактное, функциональное, антропологическое, медицинское значение и индивидуальное строение и неповторимые внешние ориентиры.

К анатомии лица значительное внимание уделяют морфологи, физиологи, врачи разных специальностей (стоматологи, хирурги, офтальмологи, оториноларингологи, нейрохирурги, психиатры, дерматологи, антропологи и т.д.), писатели, поэты, психологи, художники, артисты, скульпторы и т.д.

Учение об изучении лица называется прозопологией (греч. prosopon-лицо; logos–учение) и сейчас занимает ведущее место не только среди медицинских дисциплин, но и в социальных кругах.

Мы на 13 трупах у лиц зрелого возраста во время препарирования обратили внимание на особенности лицевых вен.

Лицевая вена в основном сопровождает ход лицевой артерии. Она начинается от медиального угла глаза и направляется по направлению к углу нижней челюсти. Лицевая вена принимает лобные, надлобные, надглазничные, вены крыла носа, глазницы, верхней и нижней губ, вены

жевательных и мимических мышц. К лицевой вене направляются вены околоушной и поднижнечелюстной слюнных желез. Лицевая вена имеет богатые анастомозы с крыловидным венозным сплетением, имеющие существенное значение при гнойных воспалительных процессах, метастазированных клеток злокачественных опухолей и различных инфекций.

Лицевая вена имеет связи с поперечной веной лица (от поверхностной височной вены), с венами мимической мускулатуры, с венами жевательных мышц, с венами от околоушной слюнной железы, что важно в прикладном плане.

Вокруг глазницы, век, носовых отверстий носа и рта имеются многочисленные круговые анастомозы, обеспечивающие коллатеральное венозное кровообращение и достаточное обеспечение кровью при затруднении по определенным венозным сосудам (травма, порезы, удаление, перевязка и т.д.), что следует учесть стоматологам, офтальмологам и оториноларингологам в практической деятельности.

Тяжесть течения гнойных процессов (абсцессов, фурункулов), тромбозов и тромбофлебитов вен лица зависит не только от локализации патологических процессов («критические зоны» - верхняя губа, крылья носа, т.е. центр лица), но и во многом – от характера строения венозной системы .

Лицевая вена формируется из слияния надблоковой и надглазничной вен. Начало лицевой вены называется угловой веной, v. angularis. Угловая имеет анастомозы с лобной и верхней глазной веной и венами верхнего и нижнего века. Лицевая вена следует вдоль лицевой артерии вниз и кзади по направлению жевательной мышцы. В области угла нижней челюсти лицевая вена анастомозирует с занижнечелюстной веной, следующей к внутренней яремной вене. Лицевая вена собирает кровь из щечных, жевательных, околоушных и подбородочных вен.

Притоками лицевой вены являются:

1) угловая,2) надблоковые вены, 3) надглазничная вена, 4) вены верхнего века, 5) вены нижнего века, 6) наружные носовые вены, 7) верхняя губная вена, 8) нижние губные вены, 9) глубокая вена лица, 10) вены околоушной железы, 11) небная вена, 12) подбородочная вена, 13) носолобная вена, 14) жевательные вены.

Важность анатомии венозной системы головы в клиническом аспекте связана, прежде всего с тем, что вены головы являются тем морфологическим субстратом, который лежит в основе распространения многих патологических процессов в этой области.

По этим анастомозам возможны переходы патологических процессов и коллатеральное венозное кровообращение.

Изучение анатомических особенностей венозных сосудов имеет существенное значение для понимания ряда сторон их физиологии, патологии и клиники. Значение вен для кровообращения в нормальных и патологических условиях определяется тем, что их стенка имеет собственный тонус, в результате чего вены являются сосудами, которые активно участвуют в движении и распределении крови. Это свойство вен приобретает особое значение в связи с тем, что большая часть крови находится в венозном отделе кровеносного русла.

Между лицевой веной и ветвями внутричерепных вен и синусами твердой мозговой оболочки, в особенности с пещеристым синусом через верхнюю глазную вену, возможен переход гнойной инфекции с лица в полость черепа и в пещеристую пазуху с последующим осложнением (тромбофлебит, синусотромбоз, менингит, энцефалит и т.д.).

Венозный отток из области головы осуществляется по нескольким уровням (этажам): 1) вены мягких тканей головы, 2) диплоические вены, 3) эмиссарные вены, 4) вены твердой мозговой оболочки, 5) венозные синусы, 6) поверхностные вены мозга, 7) глубокие вены мозга.

ОБРАЗНО-ОБОБЩАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ИЗУЧЕНИИ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА.

Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Для образного запоминания сложных топографо-анатомических взаимоотношений структур, сосудов, нервов, мышц, сухожилий и т.д. мы на лекциях и практических занятиях используем элементы мнемотехники, образы из исторической, художественной и мифологической литературы [1]. Студенты с удовольствием слушают и запоминают.

Как отмечал великий отечественный анатом, профессор Е.О. Мухин « Врач не может исполнять надлежащим образом должность свою, не зная анатомию».

При вариантном отхождении запирательной артерии от нижней надчревной артерии и ее повреждения при операции бедренного грыжесечения считают кровотечение опасным и смертельным. « Корона смерти» получается при усиленном развитии запирательной ветви из нижней надчревной артерии и отсутствует ветвь из запирательной артерии. Такая крупная ветвь находится сзади лакунарной связки (Жимбернати). Во время операции грыжесечения если случайно или по неосторожности, или по незнанию топографии этой артерии повредить, то больные умирали от внутреннего кровотечения и поэтому такой вариант артерии называли « короной смерти».

В организме человека 4 гусиных лапок. Большая гусиная лапка образована ветвями лицевого нерва в толще околоушной слюнной железы. Малая гусиная лапка образована поднижнечелюстным нервом от верхнечелюстного нерва (ветвь тройничного нерва). Поверхностная и глубокая гусиные лапки образованы мышцами голени.

Голова « Медузы» Горгон (мифическое существо) напоминает подкожное сплетение вен, при затруднении оттока венозной крови по нижней полой и воротной вен при портальной гипертензии и наблюдается на передней брюшной стенке.

Сосудистые шипцы находятся между брюшной аортой и верхней брыжеечной артерией и между ними проходит двенадцатиперстная кишка (нижняя горизонтальная часть) как бы между шипцами.

Чудесные сети встречаются в печени и гипофизе, т.е. переход вены в вены, артерии в артерии.

При прохождении бедренных артерии, вены и нерва под паховой связкой и тазовой костью образуются две лакуны, которая делится подвздошно-гребенчатой связкой: мышечная (латерально) и сосудистая (медиально). В мышечной лакуне проходит бедренный нерв и подвздошно-поясничная мышца, а в сосудистой- бедренная артерия (латерально) и бедренная вена (медиально). Если по первым буквам вены, артерии и нерва с медиальной стороны латерально образуется «ВАН», «ИВАН», «СЕВАН» и т.д. Так студенты и врачи образно и легко запоминают топографию сосудов, нервов и мышц под паховой связкой.

Аналогичная топография сосудов и нервов встречается в межреберных промежутках. «ВАН» т.е. межреберные вена, артерия и нерв сверху вниз между межреберными мышцами.

В подколенной ямке топография седалищного нерва, подколенных артерий и вен сверху вниз или сзади кпереди напоминает «НЕВА» (нерв, вена, артерия) для образного запоминания «НЕВА» течет или находится в подколенной ямке. Так студенты и врачи запоминают лучше.

В толще печеночно-двенадцатиперстной связки располагаются проток (дуктус), воротная вена и общая печеночная артерия, далее собственная печеночная артерия. Если сокращенно получается ДВА (дуктус, вена, артерия) и так образно и осваивается.

При изложении анатомии наружной сонной артерии (НСА) мы придерживаемся мнения, что НСА дает 3 группы (передняя, средняя и задняя) и по 3 ветви в каждой группе, т.е. триада групп и ветвей. В литературе имеется другая классификация ветвей НСА [2,3].

Аналогичные образные выражения и сокращения встречаются при прохождении топографии корня левого легкого АБВВ (артерия, бронх, вена) и БАВВ в корне правого легкого.

При прохождении анатомии печени упоминается подвиг Прометея, похитившего огонь у Зевса и подарившего его людям и за что был прикован к скале и ежедневно орел клевал его печень и она восстанавливалась за сутки (хорошая регенерация и т.д.).

Правило «ВАН» (вена, артерия, нерв) сверху вниз встречается в анатомии запирательных и межреберных сосудов и нервов. Или браслет смерти на кисти « UMRU» (нервы: улнарис, медианус, радиалис).Так же запоминается анатомический или риоланов букет – три мышцы и две связки, т.е. структуры, начинающие от шиловидного отростка (шилоподъязычная, шилоязычная, шилоглоточные мышцы и связки: шилоподъязычная, шилонижнечелюстная.

Так же, «ВАЛ» (почечная вена, почечная артерия, лоханка) в области ворот почек, если лоханка не выражена «ВАМ» (вена, артерия, мочеточник).

При глубоком ознакомлении с историей анатомии, лимфологии, топографоанатомическом положении сосудов и нервов встречаются многие примеры, позволяющие студентам и врачам

запоминать сложные взаимоотношения различных структур с использованием мнемотехнических примеров (от мнемосина- богиня памяти).

Список использованной литературы

1. Гусейнов Т.С. Модернизация учебного процесса на кафедре анатомии человека. // Махачкала, издат. дом « Наука плюс», 2011 – 74с.

2. Куприянов В.В. Лекции по общей анатомии // Ярославль, 1974- 112с.

3. Сапин М.Р. Новый методический подход в преподавании анатомии // Архив АГЭ, 1980, №1, 108-110с.

К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У МЛАДЕНЦЕВ.

Халитов И.А., Халитова А.И.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность темы. Проблема диагностики и лечения опухолей головного мозга у детей раннего возраста (до 3-х лет) является наименее изученным разделом детской нейроонкологии. Имеющиеся в литературе работы противоречивы. Нет единого мнения ни в отношении частоты опухолей мозга, ни в отношении их локализации и их гистологической характеристики, ни в отношении локализации.

Анатомо-физиологические особенности организма детей раннего возраста обуславливают своеобразие клиники, диагностики и лечение любого заболевания вообще, а опухолей головного мозга в частности. Однако в фундаментальных работах, посвященных опухолям головного мозга, дети ранних возрастов (до 3-х лет) рассматриваются в общей группе больных детей и подростков, в результате чего диагностика опухолей головного мозга у детей раннего возраста теряются в общих положениях, характерных для детей вообще.

Это, несомненно, является родной из основных причин того, что опухоли головного мозга у маленьких детей диагностируются поздно и в нейрохирургические учреждения они поступают в далеко зашедшей, декомпенсированной стадии заболевания, когда возможности хирургического лечения сведены до минимума.

Материал и методы. Мы сообщаем о симптомах, которые наблюдались на ранних стадиях болезни у 96 детей в возрасте до 3-х лет с опухолями головного мозга. Это изменение формы головы, вынужденное положение головы, увеличение размеров головы, изменение перкутанного тона головы, рентгенологические изменения костей головы, изменения на глазном дне, вынужденное положение тела.

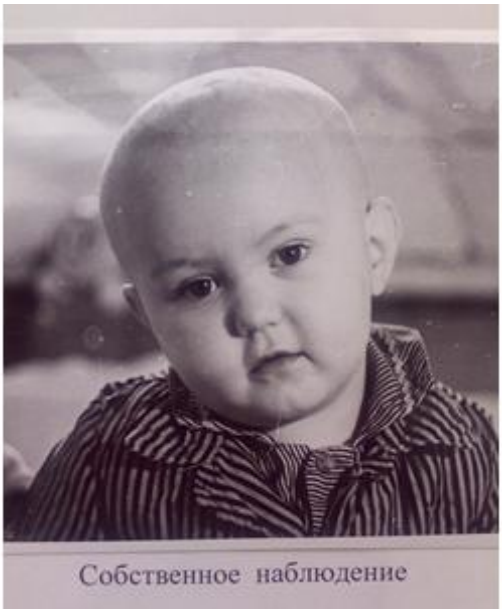
Изменение формы головы в виде асимметрии наблюдалось у пяти больных детей. У всех имелись опухоли больших полушарий головного мозга. Изменение формы головы было обусловлено выбуханием костей свода черепа над зоной локализацией опухоли.

Вынужденное положение головы в виде наклона головы к левому или к правому плечу, а так же запрокидыванием головы наблюдалось у 39 из 96 детей в возрасте до 3-х лет с опухолью головного мозга.

Собственное наблюдение

Собственное наблюдение

Увеличение размеров головы наблюдалось у 91 ребёнка из 96. Голова была увеличена в пределах от одного до пяти сантиметров к физиологической норме. Изменение перкутанного тона головы (синдром дребезжания разбитого горшка) наблюдалось у 95 из 96 детей в возрасте до 3-х лет с опухолью головного мозга.


Собственное наблюдение

Рентгенологические изменения костей черепа были отмечены почти у всех наблюдаемыми нами больными детьми в возрасте до 3-х лет с опухолями головного мозга. Различной степени истончение и расхождение костей черепа выявлены у 95 больных детей. Только у одного больного с эпидермоидом червя и полушария мозжечка гипертензивные изменения костей черепа не обнаружены.

Патологические изменения на глазном дне были выявлены у 84 из 96 больных детей в возрасте до 3-х лет с опухолью головного мозга. Из них начальные застойные соски у 34 больных, выраженные застойные соски зрительных нервов – у 36 и атрофия сосков зрительных нервов у 14 больных

Выводы. Мы обнаружили, что наиболее частыми симптомами опухоли головного мозга у детей раннего возраста (до 3-х лет) являются увеличение размеров головы(у 91 ребенка из 96), изменения на краниограммах(у 95 из 96 больных в возрасте до 3-х лет), изменение перкутонного тона головы (у 95 больного ребенка из 96), патологические изменения на глазном дне(84 из 96 больных детей раннего возраста)

Медработники, а детские врачи и невропатологи в особенности, обязаны иметь онкологическую настороженность и обратить внимание на симптоматику, которая может указать на опухолевый процесс центральной нервной системы у детей раннего возраста.

МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОСШЕГОСЯ НОГТЯ БОЛЬШОГОПАЛЬЦА СТОПЫ (UNQUS INCORNATUS).

Мирзоев Э.С., Мирзоев Н.Э.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Среди ортопедической патологии переднего отдела стопы, вросшийся ноготь большого пальца занимает первое место [1,2,3]. Методы консервативного лечения приносит временное улучшение. В связи с отсутствием единой тактики и метода выбора, оперативное лечение не всегда приводит к желаемым результатам; частые рецидивы и инфекционные осложнение приводящие длительное время к нарушению биомеханики ходьбы. Резекция дистального края, продольная 1/3 резекция медиальной части ногтевой пластинки до матрикса по Хаджистамову и удаления ногтевой пластинки целиком не избавляет больных от недуга и осложнений.

Мнения некоторых авторов- травматологов и ортопедов, что вросшийся ноготь большого пальца стопы легкой амбулаторной патологией и пренебрежительное отношение к ней является ошибочной.

В 1997г нами предложен метод оперативного лечения вросшегося ногтя большого пальца стопы. Суть метода заключается в следующем: после соответствующей обработки стопы у основания большого пальца накладывает эластический жгут (изготовленный из резиновой операционной перчатки 10 х 1 см.), последующем у основания матрикса с медиальной стороны вводим анестезирующий раствор 1- 2% от 4 до 6 мл. (по Лукашевичу), пока не наступит плотная инфильфрация дистальной фаланги пальца. Над матриксом ногтевой пластинки производит разрез до кости под углом 45 градусов на протяжении 0,5-0,7 см., который продолжает продольно на 1/3 части ногтевой пластинки. Второй полуовальный разрез производит на мягкотканой подушке ногтевой фаланги, разрезы соединяют между собой, образовавшийся блок по типу треугольника извлекает целиком. Образовавшаяся раневая поверхность закрывает наложением трех швов; у матрикса, средине ногтевой пластинки- через нее и конце раны, что создает герметичное слипание краев раны. Асептическая давящая повязка. Швы снимают на 10- 12 сутки. По вышеописанному

методу было оперировано 878 больных в амбулаторных и поликлинических условиях, которых распределили полу (табл. 1).

Таблица № 1.

Распределение больных по возрасту и полу.

Возраст Пол	10-16 лет	17-25 лет	26-45 лет	Свыше 45 лет	Количество больных
Женщин	120	232	117	70	539
Мужчин	107	112	98	22	339
Всего	227	344	215	92	878

Как видно из таблицы, что вросшийся ноготь почти в два раза часто встречается у женского пола, преимущественно в юношеском и молодом возрасте, а с возрастом постепенно уменьшается. Что касается локализации вросшегося ногтя большого пальца обеих стоп отмечено у 365 больных. Односторонняя патология с двухполярной локализацией у 249, а у 273 больных однополярное с локализацией медиальной стороны. Топическая локализация патологии отражено в таблице №2.

Таблице №2.

Топическая локализация патологии.

№	Локализация	Количество больных
1	Вросщийся ноготь большого пальца одной стопы с одной стороны.	273
2	Вросщийся ноготь большого пальца одной стопы с обеих сторон. (Биполярная)	249
3	Вросщийся ноготь большого пальца обеих стоп.	356
	Всего	878

Отдаленные результаты изучены у 450 больных. Болевого синдрома и дискомфорта при ходьбе, а также рецидив не отмечено.

Учитывая хорошие отдаленные результаты, простота метода, возможность применения его в амбулаторных и поликлинических условиях заслуживает внимания к широкому практическому применению.

Литература.

1. Бойчев Б., Конфорти Б., Чоканов К. Оперативная ортопедия и травматология «Медицина». София.1962.832.с.

2. Чаклин Д. Ортопедия. «Медицина.М:1957.кн.:II 797.с.

3. Ежов М.Ю Стопа Нижгородской НИИТО 2014.325.с

КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ И СПОСОБ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ.

Меджидова Н.Д.

ГБУ Республики Дагестан "Детская поликлиника № 1" г. Махачкалы

Заболевания органов дыхания у детей являются одной из важных проблем педиатрии и детской пульмонологии (Лукашова И. В., 2005; Зайцева О. В., 2006; Зосимов А. Н. и соавт., 2008; Самсыгина Г. А., 2009; Германова О. Н. и соавт., 2010; Геппе Н. А., 2011). Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении, болезни респираторной системы до настоящего времени занимают одно из первых мест в структуре заболеваемости детей и подростков. Это обусловлено ухудшением экологической ситуации во всем мире, а патология органов дыхания тесно связана с окружающей средой (Черешнев В. А., 2001; Чеботарева Т. А., 2009). Тенденция роста респираторной патологии у детей, высокий риск рецидивирования обструктивных бронхитов и возможность реализации бронхиальной астмы определяют актуальность изучения факторов и механизмов формирования обструктивного бронхита у детей. Несмотря на достигнутый значительный прогресс в разработке методов лечения бронхитов, клиницисты часто сталкиваются с недостаточной их эффективностью. При этом растет устойчивость патогенных факторов к традиционным лекарственным препаратам. Это свидетельствует о необходимости совершенствования тактики этиотропной и патогенетической терапии.

Исследования последних лет позволили получить данные о том, что бронхолегочные заболевания часто развиваются на фоне нарушения нормального функционирования иммунной системы, а в ряде случаев иммунодефицитных состояний — первичных и вторичных. Следовательно, немаловажное место в терапевтической тактике обструктивного бронхита занимает иммунотерапия (Лукашова И.В., 2005; Симованьян Э.Н., 2008).

Цель работы: разработка способа повышения эффективности лечения обструктивного бронхита у детей с применением иммуномодулятора «Полиоксидоний».

Материал и методы исследования. В работе представлены результаты клинического наблюдения и обследования 58 детей в возрасте от 1 года до 6 лет, из которых 35 детей с обструктивным бронхитом легкой степени тяжести и 23 практически здоровых ребенка. Работа выполнена в ГБУ Республики Дагестан "Детская поликлиника № 1" г. Махачкалы в период с 2011 г. по 2013 г.

При постановке диагноза заболевания учитывали анамнестические, клинические, лабораторные, инструментальные данные обследования больных.

Параклинические методы исследования включали сбор анамнеза заболевания, клинические анализы крови и мочи, рентгенографию органов грудной клетки.

Объективное исследование включало в себя: осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию. Определялась степень дыхательной недостаточности, характер, длительность кашля, одышки.

В зависимости от проведенной терапии дети с обструктивным бронхитом были разделены на 2 группы.

Первая группа детей получала терапию по общепринятой схеме: гипоаллергенная диета, ингаляции с пульмикортом, беродуалом, муколитическая терапия (амброгексал), антигистаминные препараты (зиртек). При улучшении состояния дети получали физиотерапию: электрофорез на грудную клетку, массаж.

Вторая группа детей получала помимо терапии по общепринятой схеме иммуномодулятор «Полиоксидоний». Полиоксидоний применялся внутримышечно в дозе 0,1мг/кг веса ребенка один раз в сутки с интервалом 2 дня, курс лечения составил 5 инъекций.

В соответствии с возрастной периодизацией дети всех обследуемых групп, в том числе здоровые дети были разделены на 2 подгруппы: подгруппа А - дети раннего возраста (от 1 года до 3-х лет); подгруппа Б - дети дошкольного возраста (старше 3-х лет до 6 лет).

Клиническое исследование было рандомизированным, все группы детей были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести заболевания, сопутствующим заболеваниям.

Математическая обработка результатов исследования проводилась с помощью метода непараметрической статистики - критерия Вилкоксона-Манна-Уитни. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы «Statistica 6,0». В качестве критерия статистической достоверности полученных результатов избрана общепринятая в медицине величина $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. При клиническом обследовании детей раннего возраста, получавших терапию по общепринятой схеме, отмечено, что кашель сохранялся на протяжении 8,66±1,2 дня, хрипы в легких сохранялись в течение 4,24±0,2 дней, одышка сохранялась 1,84±0,43 дня.

В результате проведенного комплексного лечения детей с использованием препарата «Полиоксидоний» у детей раннего возраста сокращалась длительность клинических признаков по сравнению с данными детей группы сравнения: кашель сохранялся на протяжении 6,49±1,6 дней ($p<0,05$), хрипы в легких сохранялись в течение 2,31±0,5 дней ($p<0,05$), одышка сохранялась 1,22±0,22 дня ($p>0,05$).

Клинические признаки у детей дошкольной группы, получавших комплексную терапию с применением иммуномодулятора «Полиоксидоний» купировались быстрее по сравнению с данными детей группы сравнения: хрипы в легких сохранялись в течение 3,1±0,4 дней ($p<0,001$), кашель сохранялся 6,24±1,8 дня ($p<0,05$), одышка сохранялась 1,32±0,42 ($p>0,05$) дней.

Таким образом, необходимо отметить о положительном влиянии иммуномодулятора «Полиоксидоний» на клинические показатели у детей с обструктивным бронхитом в обеих

возрастных группах и о возможности его широкого применения для лечения детей с данной патологией.

К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ МЫШЛЕНИИ ВРАЧА.

Кафаров Т.Э., Кафаров Р.Т.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Недостаточно иметь хороший разум,
главное – это хорошо применять его.
Р. Декарт

Основа подготовки практического врача – клиника. В узком смысле клиника (от греч. – kline – кровля, ложе) есть больница, где учатся будущие врачи. В широком смысле клиникой называют область медицины, занимающуюся диагностикой, лечением и профилактикой заболеваний. С этим обстоятельством и связано возникновение понятия «клиническое мышление».[2]

При этом ряд исследователей считают необходимым различать «клиническое» и «врачебное» мышление.

По мнению Ю.К. Абаева «»Существует определенная разница в смысловом значении терминов «клиническое мышление» и «врачебное мышление».[2] Между тем их иногда используют как синонимы. Неправомерность этого особенно чувствуют клиницисты.

Многие врачи – «теоретики» весьма эрудированы, однако, отсутствие клинического мышления, развивающегося на базе клинической практики, мешает им устанавливать взаимосвязи между различными проявлениями заболевания.

Следует подчеркнуть, что клиническое мышление как процесс почти не изучен. Его всестороннее исследование невозможно без достижений философии, психологии, логики и др. наук.[3]

В.И. Катеров считает, что клиническое мышление (врачебно-клиническое в его определении) следует рассматривать двояко: как философию (мировоззрение) и как метод, отмечая, что клиническое мышление необходимо не только для постановки диагноза заболевания, но для назначения лечения, обоснования прогноза и определения профессиональных мероприятий.[1]

По мнению А.Ф. Билибина и Г.И. Царегородцева в понятие клиническое мышление входит не только процесс объяснения наблюдаемых явлений, но и отношение врача (гносеологическое и этико-эстетическое) к ним….». Надо заметить, что клиническое мышление базируется на знании, почерпнутом у разнообразных научных дисциплин, на воображении, памяти, фантазии, интуиции, умении, ремесле и мастерстве.

Клиническое мышление в широком смысле не может быть сведено к мышлению в обычном для логики понимании. Это не только решение сложных логических задач, но и способность к наблюдательности, установлению психологического контакта, доверительных отношений с больным, развитая интуиция и «воссоздающее воображение», позволяющее представить патологический процесс в его целостности.

М.Ю. Ахмеджанов подчеркивает: «…думается, что можно говорить о трёх китах» - логике, интуиции, эмпатии, делающих клиническое мышление тем, чем оно является, и обеспечивающих то, что от него ждут.

Ядром клинического мышления является способность к умственному построению синтетической и динамической картины болезни, переходу от восприятия внешних проявлений заболевания к воссозданию его «внутреннего» течения – патогенеза. Развитие «умственного видения», умение включить любой симптом в логическую цепь рассуждений – вот что необходимо для клинициста» - считает известный отечественный кардиолог Е.И.Чазов.[2]

---

[2] Попов А.С., Кондратьев В.Г. Очерки методологии клинического мышления. Л.: Медицина, 1972, с. 24.
[2] Абаев Ю.К. Особенности и противоречия клинического мышления врача. «Медицинские новости», № 11, 2008, с. 6.
3 Там же. С. 7.
[1] Катеров А.И. Введение во врачебно-клиническую практику. Казань, 1960, с. 23.
[2] Чазов Е.И. Очерки диагностики. – М.: Медицина, 1988.

Понятие «клиническое мышление» отражает не только особенности мышления врача, но и определенные требования к его психике в целом. Прежде всего, это наблюдательность.

Медицина как никакие другие дисциплины нуждается в целостном восприятии объекта, причем сплошь и рядом это нужно делать мгновенно. Поэтому в медицине, в т.ч. в стоматологии как в искусстве, важную роль играет непосредственное впечатление.

Необходимо развивать умение познать целое через деталь. Через деталь врач должен видеть направление – процесс развития болезни.

Изменчивость клинической картины заболеваний делает процесс мышления врача творческим. В связи с этим мышление врача должно обладать гибкостью, т.е. способностью к быстрой мобилизации и перемене хода рассуждений, когда это диктуется изменением в течении болезни. Мышление врача должно быть целенаправленным, что подразумевает умение врача рассуждать, придерживаясь определенного направления мысли.

Направленность мышления не означает предвзятости. Результативность клинического мышления в значительной степени связано с конкретизированностью – умением врача с начала обследования пациента выделить главное. В диагностике важно сосредоточить внимание на доминирующих симптомах, определяющих состояние больного и оказывающих решающее влияние на выбор лечебной тактики. Ещё одно требование к мышлению врача – решительность. Она вытекает из важнейшей особенности работы врача – необходимости действовать во многих случаях с учетом лимита времени и отсутствия достаточной информации. К примеру – работа скорой и неотложной медицинской помощи.

Отсутствие достоверной информации, особенно в неотложных ситуациях, придает исключительное значение мужеству и чувству ответственности врача.

Необходимо также учитывать, что врач решает задачи в условиях значительной эмоциональной нагрузки, особенно при запущенном состоянии больного, и постоянного чувства ответственности за его здоровье и жизнь.

Прежде всего, нужно взвесить, насколько верно отражают сущность болезни внешние формы её проявления у данного больного. Это позволит учесть долю психических факторов в его болезни. Врач при этом никогда не должен забывать, что и на органические заболевания очень часто наслаивается доля психического. Неправильные диагнозы ставятся иногда только потому, что в этих случаях, переоценивался психический компонент. Но гораздо чаще бывает наоборот: истерические реакции принимаются за подлинные и тем самым психоневрозы ошибочно диагностируются как поражения органического происхождения.

Каждое жизненное проявление больного есть выражение его личности, и позволяет сделать диагностические выводы в этом направлении. (Например, анализ почерка при нервных заболеваниях).

Клиническое мышление характеризуется способностью к принятию адекватного в каждой отдельной ситуации решения в целях достижения наиболее благоприятного результата. Врач должен уметь не только принять решение, но и взять на себя ответственность за его принятие, а это станет возможным только при полноценной теоретической подготовке врача, когда принятие решения будут обусловлены его знаниями, будет обдуманным и осознанным и направлено на достижение вполне определенной цели.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Алиев Н.И., Балахонский В.В.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

ФГКОУ ВПО «Санкт-Петербургский университет» МВД РФ, г. Санкт-Петербург

За последние десятилетия в медицинской практике наблюдаются отдельные случаи ненадлежащего осуществления медицинской помощи работниками здравоохранения, которые влекут за собой вред здоровью человека или его смерть. Это вызвало в сфере медицины актуализации проблемы ответственности медицинских работников за ненадлежащее осуществление своей профессиональной деятельности. И возможность решения указанной

проблемы видится в объединении познавательных усилий медицины и юриспруденции в определении нормативных правил осуществления медицинской помощи, допускающих однозначность качественных оценок [1;3].

Право граждан на охрану здоровья и получение квалифицированной бесплатной медицинской помощи гарантировано статьей 41 Конституции Российской Федерации, однако, следует констатировать, что в действующем законодательстве, регулирующем деятельность по охране здоровья людей, отсутствует четкое определение ненадлежащего оказания медицинской помощи, не прописаны конкретные меры ответственности за нарушение прав пациентов. Подобная юридическая лакуна препятствует повышению качества медицинской деятельности в нашей стране, существенно ограничивает реализацию закрепленной в Конституции нормы.

Проблема нормы в медицинской деятельности теоретически обсуждалось еще в семидесятые годы двадцатого века. И в Современной медицине разрабатываются стандарты оказания врачебной помощи.

Однако, ни давние теоретические усилия ученых, ни практика стандартизации медицинской деятельности не дают достаточных оснований считать эту проблему решенной.

Современная практика стандартизации медицинской деятельности, как, впрочем, и любого другого вида творческой деятельности, имеет как свои достоинства, так и серьезные недостатки.

К достоинствам можно отнести:

1. возможности широкого распространения и практического применения достижений современной медицины;

2. стимулирование подъема своего профессионального уровня недостаточно квалифицированным медицинским персоналом;

3. повышение уровня управляемости и регулируемости медицинской деятельности;

4. повышение возможностей юридического сопровождения и оценки процесса оказания медицинской помощи.

К недостаткам практики стандартизации медицинской деятельности следует отнести:

1) усреднение общего уровня оказания медицинской помощи, что обусловлено следующими основными причинами:

1.1 оказание высококвалифицированной и высокотехнологичней медицинской помощи требует соответствующих специалистов и должного медицинского оборудования, что есть далеко не во всех медицинских учреждениях страны, поэтому стандарты, что бы не отрываться от действительности, должны быть сориентированы на имеющиеся реалии;

1.2 следование стандарту становится нормой, отступление от которой рассматривается как нарушение, что существенно ограничивает уровень творчества в деятельности врача, нивелирует действия опытного и начинающего медика;

2) ограничение возможностей учета индивидуальных физиологических и психологических особенностей больного в процессе оказания ему медицинской помощи;

3) создание препятствий для разработки новых методик оказания медицинской помощи, поскольку любая новация представляет собой отход от утвержденного стандарта;

4) связанная с осуществлением контроля над соблюдением стандартов, бюрократизация медицинской деятельности ведет к существенному сокращению времени врача на осуществление самой медицинской помощи больному.

Сравнение достоинств и недостатков практики стандартизации медицинской деятельности позволяет не только выявить ее неоднозначность, но и понять лежащей в ее основе принцип: само нормирование медицинской деятельности должно осуществляться в соответствии с определенной нормой, то есть организоваться на основе меры, превышения которой влечет за собой негативные последствия.

По действующему законодательству ненадлежащее оказание медицинской помощи влечет за собой привлечение медицинских работников к дисциплинарной, административной, гражданско-правовой либо уголовной ответственности.

Дисциплинарная ответственность связана с неисполнением или ненадлежащим исполнением медицинским работником своих трудовых обязанностей. Она регулируется нормами Трудового

кодекса Российской Федерации и имеет опосредованное отношение к ненадлежащему оказанию медицинской помощи, через нарушение трудовой дисциплины.

Административная ответственность медицинских работников наступает в случае совершения ими административных правонарушений, под которым понимаются действие или бездействие, нарушающие нормы, предусмотренные Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях, кореллируемые с сущностью и спецификой оказания медицинской помощи. Примерами подобных правонарушений могут выступать занятие медицинскими работниками незаконной фармацевтической деятельностью, народным целительством и т. д. [2].

Гражданско-правовая ответственность в сфере медицинской деятельности связана с неисполнением или ненадлежащим исполнением договора с пациентом и влечет для нарушителя экономически невыгодные последствия имущественного характера (возмещение материального и морального вреда, уплату неустойки и т.п.)

Следует отметить, что в Гражданском Кодексе Российской Федерации отсутствуют специальные правила об ответственности по договору возмездного оказания медицинских услуг, что порождает множественность интерпретации и споров в области практического правоприменения.

Уголовная ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей возникает при наступлении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ), либо при причинении тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенного вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ).

Очевидным пробелом в действующем законодательстве является исключение из сферы уголовной ответственности случаев причинения медицинскими работниками, вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи, вреда здоровью пациента, средней тяжести.

Юридическая оценка элементов противоправности и виновности в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи должна учитывать следующие обстоятельства:

1) ограниченность (недостаточность) на определенном этапе развития медицинской науки знаний и методики действий в области диагностики, лечения и профилактики конкретных болезней;

2) ярко выраженную специфику индивидуальных особенностей организма пациента;

3) наличие уникальности и атипичности проявления патологических процессов и состояний больного;

4) соответствие (либо несоответствие) между объемом обязанностей конкретного медицинского работника и реальной возможностью (квалификационной, технической, физической или временной), их осуществления;

5) неправильные действия самого пациента либо третьих лиц, принимавших участие в инициации процессов в оказании медицинской помощи (родственников, сослуживцев, прохожих и т.п.), что может проявляться в нарушении режима лечения, отказа от госпитализации, позднее обращение за медицинской помощью и т.д.

Перечисленные обстоятельства могут выступать в качестве решающих факторов детерминирующих негативные результаты оказания медицинской помощи, что должно в полной мере учитываться при оценке действий врача.

На основании изложенного можно сделать вывод о том, что квалификация медицинской помощи как надлежащей, либо ненадлежащей возможна, лишь на основе тщательного изучения конкретного случая.

Литература

1. Алиев Н.И. Гносеологические аспекты обоснования в научном познании: Монография-СПБ: Издательство СПБГУ, 2002 – 202 с.

2. Алиев Н.И., Балоханский В.В., Нестеров М.З. Философские основания профессиональной врачебной этики: Учебное пособие - Махачкала ООО «Радуга-1», 2004 - 80с.

3. Балоханский В.В. Соотношение понятий «право» и «преступление» в философско-правовом дискурсе /Юристъ-Правоведъ» 2011. №5. - С.5-7

4. Блинов А.Г. Уголовно правовая охрана прав пациента - Саратов: Изд-во Саратовской государственной академии права, 2004.

5. Мурзова Т.В., Сенина-Волжская, И.В. Вопросы ненадлежащего оказания медицинской помощи // Фундаментальные исследования: Научный журнал. 2012. №7 (часть 1).- С. 224-229.

6. Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В. Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его распространения// Медицинское право. 2007. №4

ВЛИЯНИЕ ЙОДОБРОМНЫХ ВАНН НА ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ СОСТАВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Мавраева М.А., Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Высокий уровень распространенности патологии щитовидной железы среди наиболее трудоспособного населения и у детей перешли в разряд медико-социальной проблемы во всем мире (1,2,6). Для Российской Федерации проблема заболеваний щитовидной железы всегда была актуальной, тем более, что за последние 20 лет отмечен их рост (5). Большое медико-социальное значение йоддефицитных заболеваний для России обусловлено тем, что более или менее выраженный дефицит йода наблюдается практически на всей ее территории.

В связи с этим оправдан значительный интерес исследователей к использованию йодсодержащих средств, способных предупреждать и коррегировать гомеостатические сдвиги в организме.

Как известно, недостаток йода в организме служит предпосылкой для развития многих патологических состояний, обусловленных, в первую очередь, недостаточным синтезом тиреоидных гормонов. К одному из проявлений недостатка йода можно отнести и вторичный иммунодефицит. Изучение вопросов воздействия бальнеологических факторов на организм человека продиктовано необходимостью рационального применения одного из перспективных направлений современной медицины – бальнеопрофилактики и бальнеотерапии в системе реабилитации большого круга заболеваний (3).

Нами проведено исследование на 30 половозрелых белых беспородных крысах – самцах. Просмотр гистологических срезов ткани щитовидной железы крыс после курсового воздействия йодобромных ванн санатория «Каспий» показал, что после воздействия минеральной воды заметно возрастало количество клеток на 1 мм^2 площади среза. Количество тироцитов увеличивалось с 85,3±0,17 (в интактной группе) до 87,2±0,15 в опытной. Количество клеток Аскинази ≤ возросло в 1,2 раза на площади среза. Подсчет суммарного общего объема эпителия в щитовидной железе у крыс после курсового воздействия подтвердил обнаруженную нами пролиферативную активность эпителия фолликулов. Так, суммарный объем эпителия в целом увеличился с 52,2±1,2 (в интактной группе) до 57,7±1,3 мкм^3 в опытной (P≤0,05). Относительный объем эпителия в железе увеличился с 30,7±0,19% до 39,1±0,10% (P≤0,05); суммарный объем фолликулярного эпителия возрос от 1,70±0,19 мкм^3 до 1,85±0,14 мкм^3 (P≤0,05). Относительный объем фолликулярного эпителия увеличился после воздействия процедуры с 17,0±0,10% до 19,6±0,10% (P≤,05). Суммарный объем интерфолликулярного эпителия увеличился с 0,35±0,07 до 1,36±0,03 мкм^3 (P≤0,05), а его относительный объем - с 3,1±0,2% до 3,7±0,1% (P≤0,05).

При оценке пролиферативной активности клеток эпителия, мы обращали внимание на состояние диаметра их ядер после курса воздействия ванн. Обнаружено увеличение среднего диаметра ядра: А - клеток от 3,1±0,03 мкм (в интактной группе) до 3,97±0,06 мкм – в опытной группе (P≤0,05); В - клеток от 3,28±0,05 мкм до 3,96±0,02 мкм (P≤,05). При этом средняя площадь ядра увеличивалась от 26,3 мкм в интактной группе до 32,9±0,4 мкм – в опытной группе (P≤0,05), а ядерно-цитоплазматический индекс соответственно возрос с 0,36±0,04 (в интактной группе) до 0,46±0,02, соответственно, (P≤0,05).

Курсовые воздействия изучаемых бальнеологических факторов вызывают существенные сдвиги тиреоидного гомеостаза у крыс.

Морфометрический анализ состояния эпителиального компонента щитовидной железы у крыс после курсового воздействия бальнеованн выявил своеобразную и в определенной мере специфичную картину однотипных изменений с максимальным увеличением как суммарного, так и относительного объема фолликулярного, интерфолликулярного эпителия после воздействия минеральных ванн.

Общими признаками реакции щитовидной железы при действии йодобромных ванн являются: значительное увеличение высоты тиреоидного эпителия (в 1,6 раза) и суммарного объема эпителия (в 1,1 раза), а так же увеличение относительного объёма фолликулярного эпителия в 1,2 раз.

Анализируя динамику пролиферативной активности клеток после курсового воздействия ванн, обращает внимание на увеличение среднего диаметра ядер А, В клеток, по сравнению с интактной группой. Такая динамика размеров косвенно подтверждается при расчете средней площади ядра, где после воздействия йодобромной воды этот показатель, по сравнению с интактной группой, увеличивается на 7% ($P \leq 0,05$). Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о воздействии йодобромных вод на функционально-морфологические изменения в щитовидной железе с активацией ее функции.

УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бендюг, Г.Д. Состояние иммунной системы крыс после тиреондомии / Г.Д. Бендюг, Ю.А. Гренева // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.- 2003. - № 2.-С. 178-182.

2. Гарунова, К.А. Морфология селезенки при воздействии бальнеологических факторов: // Автореф. дис… канд. мед. наук.- 2004. 22 с.

3. Гусейнов, Т.С. Действие йодобромных ванн на иммуногенез //Т.С. Гусейнов, С.Т. Гусейнова //Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.- 2005.- № 4.- С. 34-40.

4. Дедов, И.И. Йоддефицитные заболевания в Российской Федерации / И.И. Дедов, Н.Ю. Свириденко // Вестник РАМН.- 2001.- №6.- С.3-12.

5. Мельниченко, Г. А. Алгоритмы диагностики и заболеваний щитовидной железы// Русский медицинский журнал.-2002. - №17. - С. 751-773.

6. Peter F., Wersinga W., Hostaiek U. The Thyroid and Ekvironment. Merk European.// Thyroid Symposium. Budapest, 2000, p. 1-185.

БОЛЕЗНИ РЕЗЕЦИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Абдуллаев М.Р., Магомедов И.И.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Показания к резекции желудка (РЖ) и технические детали её выполнения тщательно разработаны и описаны многими поколениями хирургов. РЖ стала распространённой и признанной операцией при осложнённой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК). Несмотря на достижения современной желудочной хирургии, в настоящее время в 3 - 4% случаев после РЖ наблюдаются болезни резецированного желудка (БРЖ), постгастрорезекционные синдромы. После РЖ возникают новые анатомо – физиологические взаимоотношения между органами желудочно-кишечного тракта, приводящие к расстройству пищеварения, патофизиологическим и патоморфологическим изменениям в организме. Причинами развития БРЖ являются неправильное определение показаний к операции при осложнениях ЯБЖ и ДПК, экономная РЖ с оставлением секреторной зоны желудка, технические ошибки при наложении гастроеюноанастомоза (ГЕА), гастродуоденоанастомоза (ГДА) и другие дефекты в оперативной технике. Дальнейшее изучение причин развития БРЖ, их профилактика, разработка и внедрение в хирургическую практику оптимальных способов повторных реконструктивных оперативных вмешательств при БРЖ является актуальной задачей абдоминальной хирургии.

Цель исследования. Оптимизация диагностики и хирургического лечения БРЖ.

Материалы и методы исследования. Обобщён многолетний опыт клиники по диагностике и хирургическому лечению сложного контингента больных с БРЖ, разработаны практические рекомендации для хирургов по лечебной тактике и технике выполнения повторных реконструктивных операций на культе желудка при БРЖ. Для изучения причин развития и характера БРЖ анализированы клинические наблюдения, охватывающие 98 больных, подвергнутых в клинике повторным реконструктивным оперативным вмешательствам по поводу БРЖ за 38 лет (1977- 2015 годы). Изучены истории болезней, протоколы первичных и повторных операций,

выполненных у этих больных, ближайшие и отдалённые результаты их лечения. С диагностической целью у больных БРЖ применялись фиброэзофагогастроскопия, контрастное рентгеновское исследование пищевода, культи желудка, кишечника, УЗИ, КТ, ЯМРТ, клинические и биохимические лабораторные исследования.

Повторные операции на культе желудка выполнялись больным с БРЖ при неэффективности интенсивной комплексной консервативной терапии. Многие больные с БРЖ после тщательного обследования и уточнения диагноза (рефлюкс – эзофагит, рефлюкс – гастрит, хронический гастрит культи желудка, демпинг - синдром лёгкой степени, рецидивная язва культи желудка, пептическая язва ГЕА, ГДА) и проведения интенсивного консервативного лечения выписаны с выздоровлением или значительным улучшением состояния на амбулаторное и санаторно-курортное лечение.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 98 больных с БРЖ, подвергнутых в клинике повторным реконструктивным операциям на культе желудка, мужчин было 91 (92,9%), женщин – 7 (7,1%) в возрасте от 30 до 70 лет. Наиболее частым показанием к повторной операции на культе желудка явилась пептическая язва ГЕА (у 49 больных), осложнённая пенетрацией в соседние органы, язвенным кровотечением, желудочно-тонкокишечно-ободочным свищом, в т.ч. у 4 больных рецидивные язвы культи желудка, ГЕА, ГДА возникли на почве синдрома Цоллингера-Эллисона (ульцерогенной аденомы поджелудочной железы). На втором месте по частоте среди показаний к повторным операциям на культе желудка оказалась непроходимость ГЕА вследствие рубцового стеноза, грубой спаечной деформации анастомоза (у 22 больных). У 10 больных после резекции желудка по поводу осложнённой язвы желудка и ДПК развился рак культи желудка, у 5 больных после РЖ по способу Бильрот - 1 развилась непроходимость ГДА и у 4 больных возникла пептическая язва ГДА после РЖ по способу Бильрот - 1, у 4 больных после резекции желудка по способу Бильрот – 2 наблюдался синдром приводящей петли, у 4 больных после РЖ по способу Бильрот – 2 развился демпинг - синдром тяжёлой степени.

Выбор способа, объёма и характера повторной операции на культе желудка при БРЖ проводился индивидуально с учётом тяжести и характера имеющейся патологии, возраста и общего состояния больного, сопутствующих заболеваний. 46 больным произведена перезекция желудка (РРЖ) с наложением ГЕА по способу Ру; 10 больным выполнена РРЖ с наложением нового ГЕА по способу Гофмейстера – Финстерера (Г-Ф); 6 больным, помимо РРЖ с формированием ГЕА по способу Ру, произведена резекция поперечной ободочной кишки с наложением трансверзостомы;

4 больным помимо РРЖ произведена резекция поперечной ободочной кишки с формированием трансверзотрансверзоанастомоза; 20 больным выполнен передний впереди - ободочный ГЕА с межкишечным анастомозом по способу Брауна; 6 больным произведена реконструкция ГЕА по способу Ру; 4 больным с рецидивными пептическими язвами культи желудка и ГЕА, возникшими на почве синдрома Цоллингера-Эллисона, ввиду того, что до операции и во время повторной операции найти и удалить ульцерогенную аденому поджелудочной железы не удалось, выполнена гастрэктомия с наложением эзофагоеюноанастомоза с формированием анастомоза по способу Ру, в т.ч.1 больному дополнительно была произведена резекция поджелудочной железы с ульцерогенной аденомой;4 больным с тяжёлым демпинг - синдромом, развившимся после РЖ по способу Бильрот – 2, была произведена операция Захарова (гастроеюнодуоденопластика), восстановлен пассаж пищи через двенадцатипёрстную кишку; 1 больному произведена гастротомия культи желудка и ушивание кровоточащей рецидивной пептической язвы ГЕА.

Из 98 повторно оперированных больных с БРЖ умерло 3(3,1%). Один больной после РЖ по способу Гофмейстерера - Финстерера повторно оперирован вследствие непроходимости ГЕА, произведена РРЖ по способу Ру. При повторной релапаротомии у этого больного обнаружен тромбоз брыжеечных артерий, некроз почти всей тонкой и слепой кишок. Ввиду обширности поражения и крайне тяжёлого состояния больного ограничились введением в брыжейку кишечника гепарина, дренированием брюшной полости. Больной умер. У второго больного после РЖ по способу Бильрот – 2 развилась пептическая язва ГЕА, желудочно- тонкокишечно-ободочный свищ. Ему произведены РРЖ с наложением нового ГЕА по способу Ру и резекция

поперечной ободочной кишки с формированием трансверзостомы. У этого больного развился послеоперационный перитонит, полиорганная недостаточность, приведшая к летальному исходу. У третьего больного после РЖ по способу Бильрот – 2 развилась пептическая язва ГЕА, осложнённая кровотечением. С целью гемостаза ему была произведена релапаротомия, гастротомия культи желудка, ушивание кровоточащей язвы. После повторной операции у больного развились ДВС – синдром, геморрагический шок, приведшие к летальному исходу.

Выводы. 1. Несмотря на современные достижения желудочной хирургии у 3 - 4% больных после резекции желудка всё ещё наблюдаются болезни резецированного желудка, постгастрорезекционные синдромы.

2. Многолетний опыт нашей хирургической клиники, основанный на более тысячи операций резекции желудка по поводу осложнённой язвенной болезни желудка и двенадцатипёрстной кишки показывает, что правильный отбор больных на операцию резекцию желудка при осложнённой язвенной болезни желудка и двенадцатипёрстной кишки, скрупулёзное выполнение классических приёмов техники операции резекции желудка дают определённую гарантию благоприятных ближайших и отдалённых результатов лечения.

3. Выбор оптимального варианта повторной реконструктивной операции на культе желудка является сложной и трудной задачей, а безукоризненное техническое выполнение её требует от хирурга высокой квалификации, умения правильно ориентироваться в возникших после операции резекции желудка сложных топографо – анатомических взаимоотношениях органов брюшной полости, найти и выполнить нестандартные оптимальные интраоперационные решения у каждого конкретного больного. Поэтому повторные реконструктивные операции на культе желудка при болезнях резецированного желудка должны выполнять высококвалифицированные специалисты, обладающие достаточным опытом и оперативной техникой в желудочной хирургии.

4. Сдержанное отношение к определению показаний к резекции желудка по поводу осложнённой язвенной болезни желудка и двенадцатипёрстной кишки, тщательная мобилизация двенадцатипёрстной кишки в самом начале операции, осторожное выделение язвы из воспалительного инфильтрата, наложение швов на культю двенадцатипёрстной кишки после иссечения рубцово-изменённых тканей, отказ от резекции желудка для выключения при кровоточащих дуоденальных язвах и обязательное привлечение к операции в сложных ситуациях и повторных операциях наиболее опытных хирургов на фоне интенсивного общего лечения позволили за последние годы вдвое снизить в клинике процент послеоперационных осложнений и летальности при болезнях резецированного желудка.

5. Больные, перенесшие повторные реконструктивные операции на культе желудка по поводу болезней резецированного желудка нуждаются в диспансерном наблюдении, санаторно – курортном, диетическом лечении и рациональном трудоустройстве.

Список литературы

1. Аскерханов Г.Р., Загиров У.З., Гаджиев А.С. Болезни оперированного желудка. М.: Медпрактика, 1998. 152 с.

2. Вилявин Г.Д., Бердов В.А. Болезни оперированного желудка. М.: Медицина,1975.

3. Земляной А.Г. Резекция желудка. Л.: Медицина,1973. 191 с.

4.Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктомии. М.: Медицина,1973. 328 с.

5.Панцырев Ю.М. Постгастрорезекционные осложнения //Б.М.Э. 3 – е изд. М.: Сов. Энциклопедия. 1983. т.20. С. 375 – 378.

6. Петровский Б.В., Ванцян Э.Н., Пономаренко В.Н. Диагностика и лечение постгастрорезекционных синдромов у язвенных больных. М.: Медгиз,1967. 105 с.

7. Русанов А.А. Резекция и чрезбрюшинная экстирпация желудка. Л.: Медгиз,1961. 204 с.

8. Савельев В.С., Березов Ю.Е. Хирургия язвенной болезни желудка и 12 – перстной кишки. М.: Медицина, 1978.

9. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М.: Медицина, 1996. 254 с.

10. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М.: Медгиз,1955. 264 с.

11. Ярема И.В., Уртаев Б.М., Ковальчук Л.А. Хирургия язвенной болезни желудка. М.: Медицина, 2004. 304 с.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИТОНИТ: ПРИЧИНЫ, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

Абдуллаев М.Р., Магомедов И.И.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Несмотря на современные успехи хирургии, применение новых методов диагностики, высокоэффективных антибиотиков, летальность при послеоперационном перитоните (ПП) не снижается. У 50-80 % больных, умерших после операций на органах брюшной полости причиной смерти является ПП. Это объясняется тяжестью самой патологии, трудностями ранней диагностики ПП, запоздалыми повторными операциями, развивающейся при ПП полиорганной недостаточностью (ПОН). Анализ причин ПП, совершенствование методов профилактики, ранней диагностики, разработка новых эффективных методов лечения ПП, позволяющих снизить число послеоперационных осложнений и летальности при ПП является актуальной задачей хирургии.

Цель исследования – выявление причин развития ПП, оптимизация методов его профилактики, ранней диагностики и хирургического лечения.

Материал и методы исследования. Анализированы истории болезни, протоколы первичных и повторных операций, результаты исследований у 300 больных в возрасте от 18 до 80 лет, оперированных в клинике по поводу ПП за последние 40 лет (1975-2015г.г.).

Результаты исследования и их обсуждение. Мужчин было - 197(65,7 %), женщин - 103(34,3%). У 102(34,0%) больных ПП развился после операций по поводу ОКН с некрозом кишечных петель, в т.ч. вследствие ранней послеоперационной спаечной ОКН. У некоторых больных ПП развился вследствие несостоятельности швов анастомозов (НША) после наложения первичного межкишечного анастомоза после резекции толстой кишки по поводу обтурационной опухолевой ОКН, вместо показанной в таких случаях операции Гартмана. У 55(18,3%) больных ПП возник вследствие НША: ГЕА, ГДА, культи ДПК после РЖ по поводу рака и осложнённых гастродуоденальных язв или после ушивания прободной язвы; у 55(18,3%) – вследствие затекания жёлчи в брюшную полость из-за несостоятельности швов (НШ) после ХЭ, ХЛТ, ХДА, у 39(13,0 %) - из-за НШ после аппендэктомии, гемиколэктомии, передней резекции и брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по поводу рака; у 24(8,0 %)-после операций по поводу закрытых травм и огнестрельных ранений с множественными повреждениями органов брюшной полости; у 15(5 %)-вследствие послеоперационного панкреонекроза, флегмонозно-гангренозного оментита; у 7(2,3%)– вследствие послеоперационного тромбоза и эмболии мезентериальных сосудов с обширным некрозом кишок. Наиболее часто ПП развивался вследствие НША ЖКТ и желчных протоков. Негативную роль в возникновении ПП играет нарушение элементарных канонов хирургии. Надеясь на бактерицидное действие антибиотиков, не соблюдаются элементарные правила асептики и антисептики при вскрытии просвета полых органов. Не отграничивают брюшную полость от источника энтеральной инфекции, внутренний и наружный ряды швов кишечной стенки накладываются одной и той же иглой, недостаточно санируется и неадекватно дренируется брюшная полость, неадекватно ревизуются органы брюшной полости при их повреждениях и острых хирургических заболеваниях, неправильно оценивается жизнеспособность кишки при ОКН, ущемлённых грыжах с некрозом странгулированных кишок, пренебрегают сменой перчаток и инструментов по ходу операции. Среди причин, приводящих к НША большое значение имеет послеоперационный парез кишечника (ППК), сопровождающийся внутрикишечной гипертензией, натяжением тканей в области анастомоза, увеличение рядности швов, нарушение питания в анастомозированных участках кишок, сужение анастомоза. Всё это приводили к нарушению кровообращения в шовной полосе, тканевой гипоксии, ПП, эвентрации. Своевременная диагностика ПП и установление показаний к релапаротомии является трудной и ответственной задачей, поскольку у многих больных ПП протекает стёрто, на фоне перенесенной операции и проводимой терапии. Несмотря на атипические проявления при некоторых формах ПП, можно утверждать, что бессимптомно протекающих ПП не бывают. Следует уделять внимание нарастающему ухудшению общего состояния больного в раннем послеоперационном периоде, выраженному болевому

синдрому в животе, упорному ППК, синдрому энтеральной недостаточности, энтерогенной интоксикации, неподдающимся консервативному лечению. Подозрение на ПП является тревожным сигналом, достаточным основанием для применения дополнительных методов исследования: обзорного и контрастного рентгенисследования ЖКТ, УЗИ органов брюшной полости, лапароцентеза через основную операционную рану или в подвздошных областях с введением «щарящего » катетера, лапароскопии.

Субъективизм в оценке состояния больного, боязнь возможности диагностической ошибки, необходимости повторной операции, трудности в преодолении оперировавшим хирургом психологического барьера, связанного с необходимостью срочной повторной операции, надежда на излечение больного консервативными методами негативно отражаются на принятии правильного решения. Вместо этого, в связи с предполагаемым послеоперационным панкреатитом, паралитической непроходимостью кишечника, усиливается инфузионная и антибактериальная терапия, проводится стимуляция моторно-эвакуаторной функции кишечника, вводятся анальгетики, забывая о том, что только своевременная релапаротомия является единственным методом лечения, способным сохранить жизнь больному. У 39% больных релапаротомия по поводу ПП была выполнена после 1-й операции через 5 и более суток. Характер и объём повторной операции решался в зависимости от распространённости ПП. При разлитых гнойных и жёлчных перитонитах производилась релапаротомия, санация, перитонеальный диализ, ликвидация источника перитонита и адекватное дренирование брюшной полости. При ограниченных перитонитах выполнялась санация, дренирование гнойного очага через небольшие разрезы или через послеоперационную рану. Если при релапаротомии не удалось найти и ликвидировать источник, причину ПП, то «программированные санационные релапаротомии» желаемого эффекта не дают. Одним из основных звеньев патогенеза ППК, сопровождающего всегда ПП, являются глубокие нарушения микроциркуляции и биоэнергетики в кишечной стенке, резко выраженный дефицит биоэнергетических ресурсов в кишечной стенке. Поэтому в комплексном лечении ПП, помимо адекватной повторной операции, ликвидации источника, причины ПП, назоинтестинальной интубации и декомпрессии ЖКТ, интенсивной терапии, в клинике проводится внутрибрыжеечная инфузия «биоэнергетической» лекарственной смеси, как видоизменённый метод эндолимфатического (лимфотропного) лечения. Для этого в конце повторной операции, после ликвидации источника, причины ПП, санации, диализа брюшной полости, в корень брыжейки приводящего отдела тонкой кишки в безсосудистом участке вводится и фиксируется кетгутом хлорвиниловый микроирригатор (подключичный катетер), через который во время операции и 2 раза в день в первые 5-6 сутки после операции медленно шприцом вводится лекарственная смесь, улучшающая в тканях кишечной стенки процессы микроциркуляции и биоэнергетики, оказывающая антигипоксическое и дезинтоксикационное действие: 1 мл 1% раствора АТФ,100 мг кокарбоксилазы,10 тыс.ед. гепарина, 50 мг гидрокортизона, 500 тыс. ед. ампициллина или другого антибиотика широкого спектра действия и 100 мл 0,25% раствора новокаина. Дополнительно парентерально вводятся лекарственные средства аналогичного действия (авторское свидетельство на изобретение № 1197645 от 15.08. 1985 г. «Способ лечения послеоперационного пареза кишечника», авторы проф. Р.П. Аскерханов, доц. М.Р. Абдуллаев). Обширность поражения и большая всасывательная способность брюшины при ПП приводит к быстрой генерализации патологического процесса в основном через лимфатическую систему. Лимфатические сосуды и лимфатические узлы бассейна мезентериальных сосудов, обладая дренирующей функцией, одновременно служат биологическим фильтром, препятствующим диссеминации микробов и их токсинов при гнойных перитонитах. Метод коррекции нарушений микроциркуляции и биоэнергетики в кишечной стенке путём внутрибрыжеечного введения через микроирригатор лекарственной смеси является новым, патогенетически обоснованным и эффективным в комплексном лечении ПП. Создаваемая при этом в корне брыжейки тонкой кишки «лекарственное депо» способствует не только постоянно высокому содержанию антибиотиков в лимфатической системе в течение 8 часов, но и является мощным фактором, улучшающим микроциркуляцию и биоэнергетические процессы в стенке тонкой кишки и её брыжейке, предупреждающим нарушения моторно-эвакуаторной и других функций кишечника. Внутрибрыжеечное введение «биоэнергетической» лекарственной смеси при ОКН, перитонитах

привело к снижению послеоперационных осложнений и летальности (на 10% за последние 15 лет), что позволяет рекомендовать его применение в абдоминальной хирургии.

Выводы.

1.Отказ хирурга от релапаротомии при послеоперационном перитоните по причине безнадёжности, ссылки на тяжёлые сопутствующие заболевания, пожилой возраст пациента является тактической ошибкой.

2. Ранняя повторная адекватная операция является спасительной мерой при послеоперационном перитоните, хотя оперировавшему хирургу не легко преодолеть психологический барьер и решиться на повторную операцию.

3.Непрямая эндолимфатическая (лимфотропная) терапия путём катетеризации брыжейки тонкой кишки микроирригатором является новым, патогенетически обоснованным, эффективным методом в комплексном лечении больных послеоперационным перитонитом, позволяющим снизить число послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Список литературы.

1. Афендулов С.А., Цхай Б.В. Экстренная хирургия толстой кишки. М., 2009. 208 с.

2. Буянов В.М., Данилов К.Ю., Радзиховский А.П. Лекарственное насыщение лимфатической системы. Киев: Наук. Думка, 1991. 136 с.

3. Данилова Б.С. Брюшной диализ при разлитом гнойном перитоните. М.:Медицина, 1974.

4. Запорожец А.А. Послеоперационный перитонит. Минск: Наука и техника, 1974.

5. Кочнев О.С. Хирургия неотложных заболеваний. Казань: изд-во Казанского ун-та, 1981. 272 с.

6. Луценко С.М. Перитонит в пожилом и старческом возрасте. Кишинев: Штиинца, 1962.

7. Маломан Е.Н. Диагностика и лечение острого разлитого перитонита. Кишинев, 1985.

8. Малюгина Т.А. Жёлчный перитонит. М.: Медицина, 1973.

9. Назыров Ф.Г., Девятов В.Я. Драмы и трагедии в хирургии. М., 2005. 288 с.

10. Попов В.А. Перитонит. Л., 1985.

11. Попов В.А. Гемостаз и герметизация швов (операции на внутренних органах). М., 2008. 320с.

12. Савельев В.С., Гельдфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит. М.:изд-во «Литтера», 2006. 208 с.

13. Савельев В.С., Кириенко А.И. (ред.). Клиническая хирургия. Национальное руководство в 3 т. М., 2008. т.1. 864 с. т.2. 1200с.

14. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М.: Медицина, 1979. 192 с.

15. Струков А.И., Петров В.И. Острый разлитой перитонит. М.: Медицина, 1987. 288 с.

16. Фёдоров В.Д. Лечение перитонита. М.: Медицина, 1974.

17. Шалимов А.А., Шапошников В.И. Острый перитонит. Киев, 1981.

18. Шапошников В.Н. Этиопатогенетическое лечение острого перитонита. Краснодар - книжное изд – во, 1992.

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.

Султанов А.С., Магомедов Х.А., Султанов Ш.А., Султанова М.А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность темы. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) также как перитонит не стареющая проблема в хирургии. Заболеваемость возрастает с «улучшением» питания населения. Выявляемость и диагностика улучшаются, вместе с тем дооперационная диагностика осложнений ЖКБ остаётся низкой, а летальность оперированных больных до 5% - в специализированных отделениях. С развитием механической желтухи, гнойного холангита, панкреатита, воспалительных инфильтратов, формированием холедохо-интестиналь-ных свищей, подпечёночных абсцессов, перитонита, перитонеального сепсиса, летальность повышается до 80 и более процентов.

Цель исследования. Анализ результатов лечения больных с ЖКБ с тяжёлыми осложнениями.

Материал исследования. Анализу подвергнуты 7 историй болезней больных ЖКБ с тяжёлыми вариантами осложнений, находившихся в клинике факультетской хирургии №1 при

РКБ: двое больных с холедохо-дуоденальным свищом; холедохо-дуоденальным инфильтратом с конкрементом в холедохе – 2 больных; подпечёночно-диафрагмальным абсцессом – 1 больная, холецисто-дуоденальным инфильтратом на стадии «проваливания» конкремента в 12пкишку и формирования внутреннего свища – 1 больной и 1 больной с острой тонкокишечной непроходимостью, обусловленной обтурацией желчным камнем. Все больные в возрасте старше 65 лет, 5 женщин, 2 мужчин. Длительность заболевания ЖКБ более 5 лет. Неоднократно обследовались, амбулаторно получали консервативное лечение. 3 больных ранее (4-6-7 месяцев) оперированы, произведена холецистэктомия, одной больной наложен холедоходуоденоанастомоз.

Патогенез. Холедохолитиаз с фиксированными конкрементами к стенке ретродуоденального сегмента холедоха, кроме развития механической желтухи, сопровождаются повреждением слизистой, воспалением стенки холедоха с парахоледохеальной клетчаткой с вовлечением в воспалительный процесс стенки 12пкишки. При прогрессировании заболевания, отсутствии своевременной хирургической коррекции, формируется пролежень, перфорация стенки холедоха и 12пкишки, проваливание конкремента в просвет 12пкишки с последующим формированием внутреннего холедоходуоденального свища. Такому исходу могут предрасполагать язвенная болезнь 12пкишки с постбульбарным расположением язвы. При слабой иммунной системе у больных пожилого возраста, из-за слабого защитного барьера, возможно формирование подпечёночного абсцесса, в худшем варианте развитие перитонита.

Клиника заболевания складывалась из симптомов ЖКБ холедохолитиаза. Основными проявлениями были: интенсивная боль, усиливающаяся после приёма пищи с иррадиацией в подложечную область, перемежающаяся или устойчивая механическая желтуха, кожный зуд, повышение температуры тела, тошнота, рвота, озноб. В анамнезе длительное течение желчнокаменной болезни с приступами печёночной колики, у 2 сопутствующая язвенная болезнь. В диагностике использовались УЗИ, МРТ, ЧЧПХГ. Наиболее информативными оказались МРТ и ЧЧПХГ, последнее кроме диагностики использовали для предоперационной подготовки – санации и декомпрессии внутри и внепечёночных желчных протоков. Попытки проведения ЭРХПГ у 3 больных были неудачными.

Лечение. Все больные оперированы открытым методом. Однотипных операций при такой патологии нет, само вмешательство сопровождается большими техническими сложностями и риском повреждений желчных протоков и прилежащих органов.

3 больным произведено холедохолитотомия с дренированием Т-образным модифицированным дренажом. 2 больным вскрытие подпечёночного абсцесса, санацией и дренированием остаточной полости. У 1 больного в полость абсцесса на 4 день после операции открылась язва, которому наложена дуоденостома Т-образным дренажом; 2 больным наложены ЧЧП холедохостома с последующим наложением гепатико-еюноанастомозов на выключенной петле по Ру.

Результаты исследования. Средний койко-день составил 27 дней. Летальных исходов не было. У 2 больных нагноилась послеоперационная рана с частичной подкожной эвентрацией.

Выводы:

1. Ранняя диагностика осложнений ЖКБ, своевременное хирургическое лечение предупредит тяжёлые осложнения ЖКБ.
2. Подход к диагностике и лечению больных тяжёлыми осложнениями ЖКБ должен быть индивидуальным, комплексным, высококвалифицированным и соразмерным.
3. Применение эндоскопических методов исследования и оперативных вмешательств у этого контингента больных практически малоэффективно.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Агамов Ю.С. *и* др. Пути снижения послеоперационных осложнений при остром холецистите//XVIII съезд хирургов Республики Дагестан. 23-24 октября 2014г. Материалы съезда. Махачкала. С. 176-177.

2. Иманалиев М.Р. и др. Тактика хирурга при осложнениях желчнокаменной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста//Там же. С. 120-122.

3. Рявкин В.И. Диагностика и лечение синдрома Миризи. В кн. «Пять лекций по хирургии» Medica 2003.

4. Назиров Ф.Г. и др. Диагностика и лечение синдрома Миризи. Хирургия 4, 2010 г.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ.

Султанов А.С., Магомедов Х.А., Султанов Ш.А., Султанова М.А.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность темы. На возможность локализации инфекции Helicobacter pylori вне желудочно-кишечного тракта впервые указал B.L.Marshall и этим источником считал полость рта, как потенциальный источник инфицирования и реинфицирования желудочно-кишечного тракта. Концепцию Маршалла в последующем использовали в патогенетическом обосновании лечения язвенной болезни желудка и 12пкишки, а также заболеваний внепечёночных желчных протоков. В ассоциации микробов в зубной бляшке, парадонтопатогенных анаэробов, установлено наличие Helicobacter pylori, поэтому в плане предоперационной подготовки больных язвенной болезнью желудка и 12пкишки и желчнокаменной болезнью включали санацию полости рта.

Цель исследования: снижение послеоперационных осложнений после операций на внепечёночных желчных протоках.

Материал исследования. Для исследования составлены две равносравнимые группы больных с сочетанной патологией внепечёночных желчных протоков и парадонта.

В первую группу включены 15 больных с ЖКБ, калькулёзным холециститом, подлежащих оперативному лечению и получивших традиционную предоперационную подготовку, у которых инфекция Helicobacter pylori была подтверждена в биоптатах слизистой желудка и 12пкишки. Эта группа не получала противоязвенную терапию по стандартам, рекомендованным МЗ России и не была санирована ротовая полость.

Вторая группа – 15 больных получила по индивидуальной программе санацию кариесных зубов и комплексное лечение парадонта, а также эррадикационную терапию по рекомендациям маастрихских соглашений (рабепразол 20 мг 2 раза в день + кларитромицин 500 мг х 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг х 2 раза в день в/м. Курс 7 дней.)

Все больные оперированы в плановом порядке. Традиционная холецистэктомия (открытым способом) произведена по 10 больным и лапароскопическим способом по 5 больным в обеих группах.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде у больных 1 группы отмечены осложнения: абсцесс области ложа желчного пузыря у 1 больного, нагноение послеоперационной раны у 2 больных, обострение язвенной болезни 12пкишки у 1 больной.

У больных 2 группы осложнений не отмечено. Летальных исходов не было.

Вывод.

Санация ротовой полости в сочетании комплексной противомикробной терапии в предоперационном периоде привели к снижению осложнений в послеоперационном периоде.

ТРЕХКРАТНОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ГИПЕРНЕФРОМЫ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ У ОДНОГО БОЛЬНОГО (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ).

Халитов И.А., Салихов А.А., Халитова А.И.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Махачкала

Актуальность. Источником метастазов в головной мозг могут быть раковые опухоли любой локализации и гистологической структуры, но наиболее часто рак лёгкого, грудной железы, простаты.

Встречаются истинные доброкачественные гипернефромы, возникаюшие из клеток коркового слоя надпочечников и располагаются в напочечниках. Злокачественная гипернефрома (гипернефроидный рак почки) составляет 90% всех злокачественных опухолей почки, возникает из паренхимы почки и располагается в разлчных отделах почки.

По литературным данным злокчественная гипернефрома может метастазировать в лёгкие, печень, кости и прорастает в окружающие органы (кишечник, желудок) . Гипернефрома в головной мозг метастазирует редко.

Материал и методы. Мы приводим редкий случай трёхкратного метастазирования гипернефромы в головной мозг у одного больного.

Результаты и обсуждение. Больная Г., 52 лет, по специальности врач, поступила в клинику нейрохирургии с жалобами на головные боли, снижение памяти, судорожные подёргивания в конечностях с потерей сознания.

Из анамнеза известно, что больной была произведена операция – удаление правой почки по поводу опухоли надпочечника. При гистологическом исследовании – гипернефрома. После выписки из урологического отделения работала по специальности.

Через месяц после выписки среди полного здоровья развился развёрнутый эпилептический припадок. Появились головные боли. Неврологически - лёгкий левосторонний гемипарез и недостаточность мимической мускулатуры слева. При эхоэнцефалографии смешение срединных структур головного мозга справа налево на 5 мм. Глазное дно не изменено, зрение – 1,0. На произведённой магнитно - резонансной томограмме головного мозга в правой лобной доле обнаружен опухолевый узел 1,5 Х 2,0 см. Операция- костнопластическая трепанация черепа и удаление опухоли. При гистологическом исследовании – гипернефрома. Послеоперационный период протекал гладко. Через три месяца после операции приступила к работе. Через 6 месяцев после операции произведена контрольная магнитно-резонансная томография головного мозга.

Данных за продолженный рост опухоли не обнаружено.

В последующем (через один год) на работе наступил общий эпилептический припадок с тонико-клоническими судорогами и нарушением сознания. На магнитно-резонансных томограммах головного мозга обнаружен опухолевый узел в височной доле правого полушария головного мозга. Произведена костно-пластическая трепанация черепа и опухолевый узел удалён тотально. Гистологический диагноз – гипернефрома. Через четыре месяца после операции приступила к работе врачом гинекологом.

Через одиннадцать месяцев после второй операции по поводу гипернефромы головного мозга на работе развился развёрнутый эпилептический припадок, после которого отмечался левосторонний гемипарез больше выраженный в верхней конечности. На томограммах головного мозга выявлена опухоль затылочной доли правого полушария головного мозга. Произведена третья по счёту костно-пластическая трепанация черепа в затылочной области и опухоль удалена тотально. Гистологический диагноз – гипернефрома. Послеоперационный период протекал без осложнений, левосторонний гемипарез регрессировал и больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара.

Выводы: в доступной нам литературе мы не нашли сообщения о трёхкратном метастазировании гипернефромы в головной мозг у одного больного. Метастазы клинически проявили себя через два года после удаления почки вместе с опухолью и во всех случаях метастазирование наблюдалось в одно (правое) полушарие головного мозга

ИЗВЛЕЧЕНИЕ ИОНОВ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ ДИОКСИДОМ КРЕМНИЯ И СУЛЬФИДОМ НАТРИЯ, СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРИ ОБРАБОТКЕ СЕРОВОДОРОДСОДЕРЖАЩИХ ВОД СИЛИКАТОМ НАТРИЯ.

Аммаева Ш. Г., Хизриева И. Х., Алиев З. М., Шапиев Б.И.
ФБГОУ ВПО «Дагестанский государственный университет», г. Махачкала

В условиях активной антропогенной деятельности загрязнение природных пресных вод тяжелыми металлами стало особо острой проблемой. Актуальность этой проблемы не вызывает сомнений [1]. Присутствие таких соединений в объектах природной среды представляет большую опасность для биосферы, а накопление металлов в пищевых цепочках усиливает их воздействие на человека.

Хорошо зарекомендовали себя сорбционные методы удаления тяжелых металлов. Диоксид кремния широко используется в различных отраслях промышленности в зависимости от его модификации.

Актуальной задачей технологии очистки сточных вод является разработка новых типов сорбентов, которые наиболее полно удовлетворяют экономическим, технологическим и экологическим требованиям [2].

Нами предложен метод получения кремниевой кислоты взаимодействием сероводорода и силиката натрия. Источником сероводорода служит сероводородная вода Талгинского месторождения, с достаточно высоким его содержанием.

$$Na_2SiO_3 + H_2S = H_2SiO_3\downarrow + Na_2S.$$

Побочным продуктом этой реакции является сульфид натрия, который, в свою очередь, также широко применяется для осаждения тяжелых металлов.

Целью данной работы – изучение состава и свойств синтезированных образцов диоксида кремния.

Методика эксперимента.

Активность полученного сорбента по отношению к соединениям тяже-лых металлов (Cu^{2+}, Ni^{+}, Fe^{2+},Gr^{3+}) была исследована в статистических условиях.

Готовим многокомпонентную искусственную смесь, имитирующую отходы гальванических процессов. Для этого в колбе объёмом 500 мл смешиваем по 5 мл ионов железа, меди, хрома (III) и никеля с дистиллированной водой. Затем 10 мл, данного раствора, добавляем к 90 мл дистиллированной воды.

Для получения сравнительных данных по эффективности извлечения из воды ионов металлов эксперимент проводим с применением, кроме синтезированного ксерогеля кремниевой кислоты, суспензии бентонитовой глины, а так же сульфида натрия, достаточно часто применяемых для этой цели.

Из полученного раствора берем по 5 мл и наливаем в конические колбы объемом 250мл, добавляем по 0,2 г сорбентов и доводим дистиллированной водой до 50 мл. В отдельной колбе объёмом 250 мл смешиваем 5 мл раствора и 10 мл 10 % раствора сульфида натрия и доводим дистиллированной водой до 50 мл.

Полученные растворы встряхиваем в течение 2-х часов при комнатной температуре. Периодически через каждые 30 минут определяем равновесную концентрацию ионов тяжёлых металлов. Концентрацию металла определяем методом атомно-адсорбционной спектроскопии с использованием высокоточного атомного спектрометра со спектром широкого действия.

Практический выход кремниевой кислоты с использованием сероводорода - газа составил 82,0%. При проведении расчётов принято допущение, что в результате реакции образуется только метакремниевая кислота. В действительности же, как было отмечено ранее, получается неустойчивая, постепенно подвергающаяся полимеризации коллоидная система. Теоретический выход кремниевой кислоты рассчитывался с учетом данного допущения.

Результаты расчета выхода кремниевой кислоты с использованием сероводородной воды представлены в таблице 1.

Таблица 1

Выход кремниевой кислоты из природной сероводородной воды

N п/п	$m_{теор.}$, мг	$m_{практ.}$ мг	ω, %	ω, %
1	17,66	15,0	85,0	84,0
2	25,74	21,6	84.0	
3	34,32	28,8	84,0	
4	43,06	35,7	83,0	

Для получения сравнительных данных по эффективности извлечения из воды ионов металлов проведены эксперименты с применением кроме ксерогеля кремниевой кислоты также суспензии бентонита и сульфида натрия, достаточно часто применяемых для этой цели.

В результате проведенных экспериментальных исследований получены следующие значения сорбционной ёмкости ксерогеля кремниевой кислоты: по ионам меди - 2,40 – 2,45 мг/г; по ионам никеля - 2,42 – 2,49 мг/г; по ионам железа - 2, 48 мг/г и по ионам хрома - 2,26 – 2,35 мг/г при исходной концентрации каждого из ионов металлов в многокомпонентной модельной технологической воде 10 мг/л.

Анализ экспериментальных данных показал, что полученные значения сорбционной ёмкости синтезированного ксерогеля кремниевой кислоты не уступают результатам исследований сорбционной способности других сорбентов на основе промышленных отходов.

Приведены данные [3], которые свидетельствуют, что цинксодержащий шлам, применяемый для сорбционной очистки маточного раствора от ионов Cu^{2+}, при исходной концентрации 20 мг/л имеет статическую объёмную ёмкость 1,30 - 1,65 мг/г.

Для принятия решения о практическом использовании адсорбента пользуются важной характеристикой - степенью очистки. Значения степени очистки многокомпонентного раствора от ионов металлов представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Степень очистки воды от ионов металлов

ионы	Ксерогель с использованием сероводородной воды			Ксерогель с использованием сероводорода			Кремнезоль с использованием сжатого углекислого газа			Бентонит			Сульфид натрия		
	$C_{исх}$ $\frac{мг}{л}$	$C_{рав}$ мг/л	α, %	$C_{исх}$ $\frac{мг}{л}$	$C_{рав}$ мг/л	α, %	$C_{исх}$ $\frac{мг}{л}$	$C_{рав}$ мг/л	α, %	$C_{исх}$ $\frac{мг}{л}$	$C_{рав}$ мг/л	α, %	$C_{исх}$ мг/л	$C_{рав}$ мг/л	α, %
Cu^{2+}	10	0,39	96,1	10	0,37	96,3	10	0,28	97,2	10	0,56	94,4	10	1,48	85,2
Ni^{2+}	10	0,09	99.1	10	0,08	99,2	10	0,04	99,6	10	0,47	95,3	10	0,50	95,0
Fe^{2+}	10	0,10	99.0	10	0,10	99,0	10	0,10	99,0	10	0,10	99,0	10	0,10	99,0
Cr^{3+}	10	0.79	92,1	10	0,17	98,3	10	0,96	90,4	10	3,35	66,5	10	4,75	52,5

Выводы.

Результаты эксперимента показали достаточно высокий практический выход кремниевой кислоты, который в среднем составил 84 %. Кремнегель достаточно однороден, и может быть применен в качестве сорбента-коагулянта для удаления ионов тяжелых металлов из технологической воды.

Список литературы

1. Богдановский Г. А. Химическая экология - М. : Изд-во МГУ, 1994. - 238 с.

2. Извлечение ионов тяжелых металлов из водных растворов серосодержащими полимерными сорбентами/А.В. Рединова, В.А. Грабельных, Е.П. Леванова, Н.А. Корчевин // Вестник ИрГТУ. 2013. № 1. С. 113-116.

3. Тарасевич Ю. И. Природные сорбенты в процессах очистки воды. Киев: Наукова думка. 1981. 207 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОДОРАСТВОРИМОГО ПОЛИМЕРА В КАЧЕСТВЕ СВЯЗУЮЩЕГО ДЛЯ ФОСФОГИПСА.

Магомедова Д.Ш., Алиев З.М., Маммаев Н.М., Гатиев Т.Д.

ФБГОУ ВО «Дагестанский государственный университет», г. Махачкала

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный технический университет», г. Махачкала

Введение

В Российской Федерации, в настоящее время, уровень затрат сырья и топливно-энергетических ресурсов на производство единицы продукции значительно выше по сравнению с таковыми в других странах с развитой экономикой. Одной из причин отставания России по показателям ВВП на душу населения, а также его высокой ресурсоемкости является более низкий уровень развития экономики, в которой доля применения передовых ресурсосберегающих технологий производства (замкнутый цикл, рециркуляция отходов и пр.) составляет лишь несколько процентов [1, 2].

Такое состояние дел, привело к массовому накоплению отходов, что неблагоприятно отражается на экологическом состоянии территорий. Так, в различных отраслях российской экономики образуется порядка пятидесяти видов кальцийсодержащих отходов, значительная доля которых приходится на неорганическое и органическое производство в химической промышленности. Примером может служить производство фосфорной кислоты и различных фосфорсодержащих удобрений [3,4].

Производство фосфорных минеральных удобрений сопровождается получением многотоннажного отхода - фосфогипса. К настоящему времени в России в процессе переработки апатита на удобрения накоплено в виде техногенных отходов более 200 млн. т фосфогипса (ФГ) и объем его складов продолжает расти со скоростью 1,5-2,5 млн. т/год. Вместе с тем в апатитовом фосфогипсе содержится 0,4-0,6% редкоземельных металлов (РЗМ) и, по общему мнению, он может служить весьма доступным и экономически перспективным сырьем на РЗМ, как и образующийся в результате процесса переработки технический гипс.

При получении 1 т фосфорной кислоты образуется в качестве отхода 4 – 5 т фосфогипса. До настоящего времени фосфогипс утилизируется в отвалы. Транспортирование и хранение этого отхода заметным образом усложняет эксплуатацию предприятий, ухудшает санитарное состояние территории завода и экологическую обстановку прилегающих территорий. Значительные участки земель, отводимые под отвалы фосфогипса, навсегда выводятся из оборота, вынуждая предприятия в ряде случаев к необходимости прекращать производство и закупать фосфорную кислоту на стороне, как это случилось на Невинномысском ОАО «АЗОТ». Для создания отвалов фосфогипса приходится постоянно отчуждать большие участки земель, иногда обрабатываемые, причем эти площадки нередко превышают размеры промышленных площадок самих предприятий.

Одна из причин непрерывного накопления отходов фосфогипса в отвалах - высокая стоимость перевозки фосфогипса к возможному месту использования, а также высокая цена связующих при их значительном содержании в композиции существенно увеличивающие рыночную цену получаемого продукта и соответственно снижающие спрос на нее, как например, пенополиуретан повышенной огнестойкости, содержащий фосфогипс.

Переработка отходов фосфогипса кроме решения проблемы строительных материалов и редкоземельных элементов решает проблемы рационального использования сырьевых ресурсов и экологии, так как складирование фосфогипса неизбежно наносит экологический ущерб окружающей среде за счет загрязнения водных ресурсов вредными веществами.

Учитывая огромные объемы образующегося фосфогипса, актуальной проблемой является не только разработка способов его утилизации, но и удаления, транспортирования и хранения в отвалах и на шламохранилищах [5].

Экспериментальная часть

Процесс получения гипсовых вяжущих из фосфогипса обычно состоит из двух стадий: очистка фосфогипса от соединений фтора и фосфора и последующая дегидратация $CaSO_4 \cdot 2H_2O$ до $CaSO_4 \cdot 1/2H_2O$. Дегидратацию осуществляют путем обжига в печах при температуре 150-170°С либо в автоклавах при 120-170 °С. Технология получения вяжущих освоена в промышленном масштабе, в настоящее время по этому методу перерабатывается в мире 3 млн. т. фосфогипса и производится 1,9 млн. т вяжущих материалов[6].

В литературе нами не найдены факты использования водорастворимых полимеров в качестве связующего для фосфогипса и других минеральных наполнителей. Для проверки выдвинутой гипотезы нами выбран в качестве водорастворимого полимера поливиниловый спирт. В экспериментальных исследованиях использовался фосфогипс из отвалов Невинномысского комбината. Цикл производства и испытания композиционных материалов на основе фосфогипса и раствора высокомолекулярных соединений состоит из следующих стадий:

1. Приготовление раствора полимера и подготовка фосфогипса
2. Совмещение раствора с фосфогипсом в нужном соотношении;
3. Формование изделий из композита;
4. Сушка полученных образцов;
5. Испытание готовых образцов.

Для получения композиционных материалов приготовили растворы полимеров концентрацией 10 %, 5 % (для поливинилового спирта (ПВС). Нужную массу полимера совмещали с необходимым количеством воды, после чего раствор оставляли на время от 6 до 24 часов для набухания ВМС. Для полного растворения полимера при необходимости повышали температуру.

Полученный раствор ВМС смешивали с фосфогипсом в различных массовых соотношениях. Для определения совместимости (сродства) раствора полимера с фосфогипсом и зависимости прочностных свойств от содержания раствора полимера использовали следующие соотношения

раствор полимера и фосфогипса – 1:5; 1:4,5; 1:4; 1:3,5; 1:3; 1:2,5. Совмещая раствор полимера с фосфогипсом, определяли оптимальные соотношения для достижения равномерного смачивания дозы фосфогипса.

Для определения оптимальной концентрации полимера в воде изготавливали композиции с фиксированным соотношением раствора полимера и фосфогипса для различных концентраций раствора ВМС (10 %, 5 %).

Испытание образцов ПКМ на основе фосфогипса и ПВС на разрушающее напряжение при сжатии, проводимое на рычажной установке (рис. 1) дало следующие данные (табл. 1,2) для соотношения раствор ПВС: фосфогипс – 1:5; 1:4,5; 1:4; 1:3,5; 1:3; 1:2,5 при концентрации раствора полимера 10%.

При концентрации раствора ПВС равной 5 % для образцов композита тех же соотношений: 1:5; 1:4,5; 1:4; 1:3,5; 1:3; 1:2,5 (табл. 3.2, 3.3) разрушающее напряжение при сжатии прогнозируемо значительно ниже, чем аналогичная величина у КМ с раствором ПВС концентрацией 10 %.

Таблица 1

Разрушающее напряжение при сжатии в зависимости от соотношения компонентов для КМ с 5%-ным раствором ПВС

№	Соотношение компонентов		Масса компонентов, *г*		$\sigma_{сж}$, *кг/см*^{2}
	ПВС	Фосфогипс	$m_{ПВС}$	$m_{ФГ}$	
1	1	5	4	20	19,06
2	1	4,5	4	18	19,22
3	1	4	4	16	27,19
4	1	3,5	4	14	26,86
5	1	3	5	15	24,79
6	1	2,5	6	15	21,99

Таблица 2

Разрушающее напряжение при сжатии в зависимости от соотношения компонентов для КМ с 10%-ным раствором ПВС

№	Соотношение компонентов		Масса компонентов, *г*		$\sigma_{сж}$, *кг/см*^{2}
	ПВС	Фосфогипс	$m_{ПВС}$	$m_{ФГ}$	
1	1	5	4	20	21,45
2	1	4,5	4	18	25,06
3	1	4	4	16	31,10
4	1	3,5	4	14	29,83
5	1	3	5	15	34,77
6	1	2,5	6	15	45,10

Как показывают результаты таблиц при увеличении процентного содержания поливинилового спирта от 5 до 10% разрушающее напряжение при сжатии возрастает от 22 до 45 кг/см^2.

Вывод: исследования получения композиционных материалов с добавлением водорастворимого полимерного соединения - поливинилового спирта, показали, что обработка фосфогипса высокомолекулярным соединением приводит к возрастанию прочности КМ.

Литература

1. Состояние вопроса об отходах и современных способах их переработки: учебное пособие/ Г.К.Лобачева и др.-Волгоград, из-во ВолГУ, 2005, -176с.

2. Давыденко В.В., Кержнер А.М., Терсин В.А., Трошин М.А. Основные направления использования фосфогипса ООО «Балаковские минеральные удобрения»//Сб.докл. 16конф.«Фосфогипс: хранение и направления использования как крупнотоннажного вторичного сырья». –2010.- С. 50–69.

3. http://w3.unece.org/pxweb/User/NewUser.asp.

4. http://www.ivdon.ru/magazine/archive/n3y2012/999

5. Муравьев Е.И., Добрыднев Е.П., Белюченко И.С. Перспективы использования фосфогипса в сельском хозяйстве// Экологический вестник Северного Кавказа, 2008. Т. 4. №1.- С. 31-39.

6. Сучков, В. П. О комплексной переработке сырья при производстве ортофосфорной кислоты полугидратным способом / В. П. Сучков, Ю. Г. Мещеряков // Создание и исследование новых строительных материалов / Томск. гос. ун-т. - Томск, 1982. -С. 3-7.

ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОЕ ОБЕЗВРЕЖИВАНИЕ СТОЧНЫХ ВОД, СОДЕРЖАЩИХ САЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ, ПОД ДАВЛЕНИЕМ.

Алимирзаева З.М.[1], Исаев А.Б., Алиев З.М.
ФГБОУ ВПО «Дагестанский государственный университет», г. Махачкала
[1]ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», г. Махачкала

Большой практический интерес представляет разработка эффективных технологий очистки сточных вод, содержащих различные органические соединения. Сточные воды, содержащие салициловую кислоту, образуются при производстве аспирина на стадиях ацетилирования салициловой кислоты и водно-изопропанольных промывок технического аспирина [1].

При попадании на очистные сооружения, салициловая кислота, как и целый ряд других медикаментов, подавляет жизнедеятельность микроорганизмов, участвующих в биологической очистке сточных вод, что приводит к проскоку необработанных стоков в окружающую среду.

В настоящее время для предотвращения попадания лекарственных средств в окружающую среду предлагается использование различных методов, в частности, в работах [2, 3] предлагается использовать метод окислительной деструкции. Среди них наиболее перспективными являются методы, основанные на участии в процессе деструкции различных кислородсодержащих частиц [4]. Для обезвреживания сточных вод, содержащих данные органические соединения, успешное применение находят и электрохимические методы. Однако, недостатком этих методов является относительно высокий расход электроэнергии. Кроме того, полезное применение нашел только анодный процесс, а катодной реакцией является восстановление ионов водорода, протекающая при отрицательном потенциале. В связи с этим, в последние годы возник существенный интерес к развитию эффективных деструктивных электрохимических технологий, позволяющих полезно использовать оба электродных процесса за счет одновременного использования анодного окисления органических соединений и их непрямого окисления продуктами катодного восстановления кислорода, обладающих высокой окислительной активностью[5].

В отличие от прямого электрохимического окисления органических веществ, протекающего в области высоких анодных потенциалов, где практически всегда существуют проблемы коррозионной стойкости электродных материалов, термодинамической устойчивости водных растворов электролитов, при непрямом окислении такие проблемы не возникают, так как процесс катодной генерации окислителей протекает при сравнительно высоких катодных потенциалах, а химическая реакция протекает в гомогенной среде [6].

Нами была изучена деструкция салициловой кислоты, электролизом под давлением воздуха. Очистку воды проводили в бездиафрагменном герметичном электролизере с вмонтированными в него электродами. Для проведения электролиза готовили модельный раствор салициловой кислоты с концентрацией 200мг/л в 0,1 М растворе сульфата натрия. Концентрацию салициловой кислоты определяли фотометрическим методом, основанным на образовании окрашенного комплексного соединения в присутствии ионов железа. Электролиз проводили в гальваностатическом режиме.

На рис. 1 представлена зависимость концентрации салициловой кислоты от количества пропущенного электричества при различных давлениях воздуха и плотности тока 0,1 А/см^2.

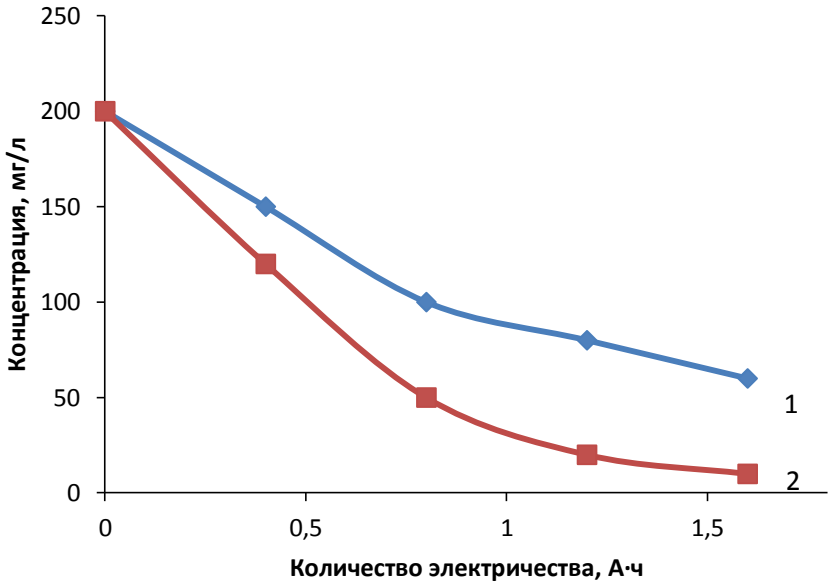


Рис. 1. Изменение концентрации салициловой кислоты в зависимости от величины количества пропускаемого электричества: 1 – электролиз при атмосферном давлении; 2 – электролиз при давлении воздуха 0,6 МПа (i_a=0,1 А/см^2, $C_{фон.}$= 0,1 М Na_2SO_4).

Как видно из рис. 1 происходит интенсивное снижение концентрации салициловой кислоты с увеличением количества пропущенного электричества. Повышение давления воздуха до 0,6 МПа приводит к увеличению эффективности процесса примерно на 35%, что связано с образованием активных кислородсодержащих частиц при восстановлении растворенного под давлением кислорода. Образующиеся кислородсодержащие частицы участвуют в процессе окисления салициловой кислоты.

На рис. 2 показана зависимость степени деструкции салициловой кислоты от давления кислорода. Осуществление электролиза под давлением воздуха способствует интенсификации процесса электрохимического окисления салициловой кислоты.

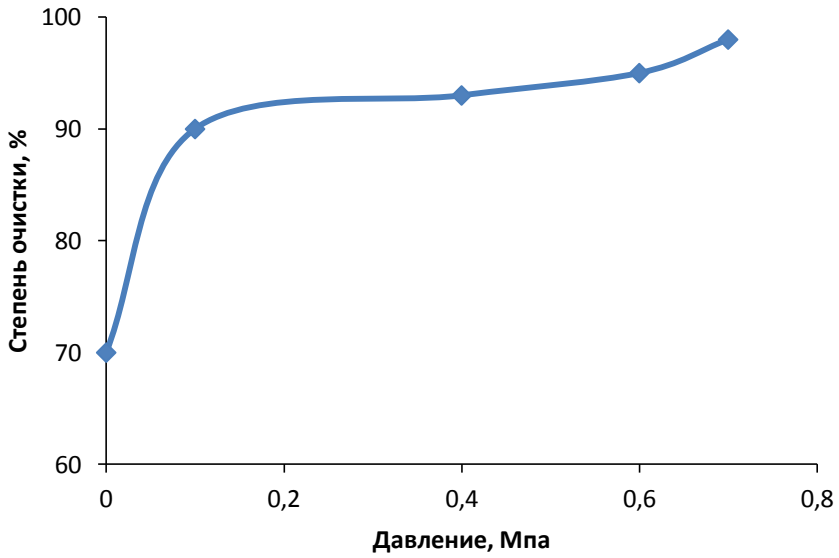


Рис. 2. Зависимость степени деструкции салициловой кислоты от давления воздуха (q=1,6 А·ч; i=0,1 А/см^2, $C_{сал. к-ты}$=200 мг/л, $C_{фон}$ = 0,1 М Na_2SO_4).

Как видно из рисунка повышение давления кислорода до 0,1 МПа приводит к существенному ускорению процесса деструкции салициловой кислоты. Дальнейшее повышение давления воздуха не приводит к существенному увеличению степени деструкции салициловой кислоты. Повышение

давления воздуха от атмосферного до 0,1 МПа избыточного давления приводит к увеличению степени деструкции салициловой кислоты на 20%, а с 0,1 МПа до 0,7 МПа – на 18%.

Таким образом, осуществление процесса электрохимического окисления салициловой кислоты под давлением воздуха приводит к увеличению его эффективности, что связано с участием активных кислородсодержащих частиц в процессе окисления молекул салициловой кислоты.

Литература:

1. А.С. 569547. Способ выделения салициловой кислоты из сточных вод производства аспирина /Е.А. Савельева, Л.И. Федотова, Л.В. Шкурина/. Опубл. 25.08.77. Бюлл. №31.

2. K. Rajeshwar, J. G. Ibanez, G.M. Swain. Electrochemistry and the Environment // J. Appl. Electrochem. – 1994 – 24 – p. 1077.

3. Исаев А.Б., Алиев З.М. Электрохимическое окисление азокрасителей и анилина при повышенных давлениях кислорода // Вестник Дагестанского государственного университета. Естественные науки - 2009-№6-с.79-87.

4. Isaev A.B., Alieva D.S., Aliev Z.M. Influence of the dissolved oxygen under pressure to electrochemical oxidation toluene and acetone aqueous mixtures // Electrochem. Comm. – 2007. – V. 9., №6 – P. 1400-1403.

5. Корниенко В.Л., Колягин Г.А. Непрямое электрохимическое окисление органических веществ интермедиатами восстановления кислорода // Электрохимия – 2003 – Т. 39 – № 12 – с. 1462 – 1470

6. Do J – S., Yen W – S., In situ electro oxidative degradation of formaldehyde with electro generated hydrogen peroxide and hypochlorite ion // J. Appl. Electrochem. –1998 V. 28 – pp. 703-710.

ОЧИСТКА ВОДЫ ОТ ИОНОВ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИЛЬТРОВ.

Исаханова А.Т., Алиев З.М., Шапиев Б.И.

ФБГОУ ВО «Дагестанский государственный университет», г. Махачкала

Требования, предъявляемые к воде, становятся все строже, поэтому особое внимание в настоящее время уделяется вопросам водоподготовки и доочистки. Проблемы, с которыми сталкивается каждый человек, когда открывает водопроводный кран – это ржавчина, запах хлора, взвеси и другие примеси [1-2]. В продаже имеются фильтры, которые можно использовать для доочистки питьевой воды. Сравнительная характеристика некоторых бытовых фильтров приведена в табл.1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика простых фильтров.

№	Виды фильтров	Эффективность удаления загрязнения		
		Механические примеси, %	Тяжелые металлы, %	Свободный хлор, %
1	Аква	99-100	97-99	98-100
2	Исток ФБ-С	98-100	99	98
3	БИП-1	98	90	90
4	Барьер	99-100	94	99
5	Богатырь	97	97	99-100

Как видно из табл. 1, перечисленные фильтры очищают от ионов тяжелых металлов, а от каких именно тяжелых металлов в инструкциях не указывается.

Из-за отсутствия во многих населенных пунктах РД хоть какой-то централизованной системы водоснабжения населению приходится использовать недешевые бытовые фильтры [3-4].

А между тем в предыдущие годы ученые и эксперты не раз поднимали в газетах «Дагестанская правда» и «Махачкалинские известия» проблемы очистки воды в горных и предгорных районах республики и предлагали опыт использования для этого естественных природных материалов (камня, щебня, песка и т.д.).

Цель данной работы – это с помощью простых фильтров исследовать возможности извлечения из растворов ионов тяжелых металлов (меди, хрома, мышьяка, алюминия, железа). Эти ионы часто встречаются в подземных водах, используемых для хозяйственно-питьевого назначения, и ослабляют иммунную систему человека, вызывают заболевания желудка, печени, почек и сосудов.

Работа была проведена вначале на модельных растворах.

Нами был приготовлен модельный раствор. Состав модельного раствора приведен в табл. 2.

Таблица 2

Состав модельного раствора

№	Ионы	С , мг/л
1.	Al^{3+}	1.0
2.	Fe^{3+}	0.5
3.	Cr(VI)	0.1
4.	As(V)	2
5.	Cu^{2+}	4

Для приготовления фильтров используются обычные пластиковые бутылки. Для двух и многослойных фильтров требуется материалы с разной плотностью, чтобы не происходило перемешивание слоев. Первый слой состоял из песка, который вручную просеивали через сито с размером пор 0,5-1,2 мм. Затем песок промывали несколько раз дистиллированной водой и сушили при температуре 100^0 С.

При выборе загрузки, с учетом экономических критериев, санитарно-гигиенической безопасности, были подобраны три вида фильтров:

•Фильтр №1 состоит из песка -100г, железной сружки-2.5г ,активированного угля -5 г.

•Фильтр №2 состоит из песка -100г, Mg0-2,5г, Al_2O_3 -2.5г.

•Фильтр №3 состоит из песка -100г, железной сружки-2.5г, Al_2O_3 -2.5г.

Высота фильтра h-3 см, диаметр бутылки d-7.6 см.

Расчет объема загрузки:

Площадь основания бутылки рассчитывали по формуле S , объем загрузки равен V = S• h:

$$V = 3.14 \cdot 3.8^2 \cdot h = 45{,}34 \text{ см}^2 \cdot 3\text{с м} = 140\text{см}^3.$$

Приготовленный модельный раствор пропускали поочередно через фильтры №1, 2, 3. Затем определяли концентрацию ионов тяжелых металлов до и после пропускания этого раствора. Концентрации перечисленных ионов контролировались Гостовскими методиками.

Полученные данные сведены в таблицы 3-5.

По полученным результатам рассчитаны степени очистки перечисленных ионов на предложенных фильтрах. Полученные данные приведены в табл.3.

Таблица 3.

Сравнительная характеристика эффективности работы фильтров

Степень очистки от ионов, %	№ фильтра		
	1	2	3
1.Al^{3+}	84,0	75,0	65,5
2.Fe^{3+}	98,2	84,0	80,0
3.Cu^{2+}	66,6	99,8	99,8
4.As (V)	96,5	98,8	98,5
5.Cr (VI)	75,0	82,0	99,8

Из таблицы 3 видно, что все три предложенных фильтра дают достаточно высокую степень очистки, которая находится в диапазоне 65,5-99,8%.

Фильтр№1был опробован на Артезианской воде, взятой из скважины, расположенной на улице Г.Цадасы поселок Новый Чиркей. Предварительный анализ этой воды показал, что в ней содержание железа, мышьяка превышает 1,5-5 раз санитарные нормы, соответственно. Результаты анализа воды обработанной этим фильтром приведены в табл.4.

Таблица 4.

Состав питьевой воды до и после обработки фильтром (поселок Новый Чиркей)

№	Компонент	Вода до обработки, мг/л	Вода после обработки, мг/л	ПДК мг/л
1.	Fe^{3+} , мг/л	0,48	0,012	0,300
2.	Общий Cr, мг/л	0,08	0,059	0,1
3.	Al^{3+} , мг/л	0,100	0,094	0,500
4.	As^{5+} , мг/л	0,250	0.029	0,05

5.	Жесткость, ммоль-экв./л	1,08	0,38	7,0

Из табл.4 видно, что остаточные концентрации железа и мышьяка оказались ниже значений ПДК [5]. Понизилась также и жесткость раствора.

Заключение

Из-за нехватки питьевой воды большинство сельских населенных пунктов РД используют частные скважины. Наиболее часто в природных водах встречаются такие загрязнения как железо, соли жесткости, фенолы, медь, хром, алюминий, мышьяк и др. Для удаления их необходимо использование бытовых фильтров. Нами были изготовлены и предложены три простых фильтра. Модельные и природная вода были обработаны с помощью этих фильтров. Анализ отфильтрованных растворов показал, что во всех случаях найденные концентрации этих ионов оказались ниже ПДК, значительно уменьшалась жесткость модельного раствора (на 4 ммоль-экв/л). Предложенные фильтры удобны в употреблении. Их можно использовать на дачах. Главное их отличие дешевизна: всегда можно найти песок, железные опилки, активированный уголь, окись алюминия.

Список литературы

1. ГОСТ Р51641-2000 Материалы фильтрующие зернистые. Общие технические условия. – М.: Госстандарт России, 2000.– 10 с.

2. Аюкаев Р. И., Мельцер В. 3. Производство и применение фильтрующих материалов для очистки воды. Л.: 1985.-С.87.

3. Исаханова А.Т. Проблема качества питьевой воды в Дагестане. /Материалы Международной научно-практической конференции «Проблемы рационального использования природных ресурсов и охрана окружающей среды. Экологические и правовые аспекты». М. 2010, с.264-266.

4. Рихави А. Качество воды в экологически неблагополучных районах Дагестана./Сб. статей 4-х ежегодных студенческих научных чтений. Махачкала: Алеф, 2013.с.90-94.

5. ГОСТ 2875-82. Вода питьевая. Издательство стандартов. Москва.

ОЧИСТКА ВОДЫ ОТ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ СИНТЕЗИРОВАННЫМ МАГНЕТИТОМ.

Магомедова Д.Ш., Алиев З.М., Алимирзоева З.М., Эмиров Р.М., * Туралов Т.А., Гатиев Т.Д.

ФБГОУ ВО «Дагестанский государственный университет»

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный технический университет»

Введение

В целом по стране около половины населения потребляют недоброкачественную воду, в результате чего каждый третий житель России подвергается угрозе кишечно-желудочных заболеваний.

Экономический ущерб от заболеваемости населения при употреблении некачественной воды практически не может быть измерен в полной мере ввиду специфики проблемы и неполноты исходных данных. Тем не менее, можно с уверенностью говорить о преобладании этой составляющей в общей сумме ущерба от загрязнения водных источников. Одной из самых острых и неотложных проблем устойчивого развития в наступившем столетии может стать обеспечение населения качественной питьевой водой. Специфика этой проблемы для России заключается не в дефиците водных ресурсов, а в их загрязнении, в продолжающейся деградации водных объектов, в необходимости осуществления в первоочередном порядке комплекса мер по обеспечению технической надежности и экологической безопасности водоснабжения в целом [1].

Наиболее часто превышают предельно допустимые концентрации в питьевой воде железо, марганец, остаточный алюминий, регистрируются мышьяк и свинец.

Металлы в водоемы поступают как из природных, так и из техногенных источников. Во многих отраслях промышленности, таких как машиностроение, приборостроение, горно-металлургическая и др., в больших масштабах образуются и используются технологические растворы с высоким содержанием металлов - токсикантов.

При неэффективной очистке гальванических стоков тяжелые металлы попадают в природные водоемы, почву и по трофическим путям питания доходят до человека. В результате этого возникает ряд экологических проблем:

- теряется природная способность водоемов к самоочищению;
- нарушается функционирование активного ила на станциях очистки городских стоков

Наносят ущерб экономике России ежегодные потери десятков тысяч тонн тяжелых металлов, сбрасываемых со сточными водами промышленных предприятий [2].

Опасность представляют ионные и комплексные формы тяжелых металлов, которые теоретически и экономически целесообразно извлекать из водных сред методами сорбции и ионного обмена [3].

Для очистки сточных вод, содержащих тяжелые металлы, основными физико-химическими методами считаются реагентные, мембранные, электрохимические, биохимические и сорбционные методы [4].

Для сорбционных процессов очистки в статическом режиме актуален поиск новых эффективных сорбентов-осадителей. Для осуществления сорбционной, ионообменной очистки в динамических условиях большое значение имеет оптимизация работы фильтровальных сооружений. В последнее время для повышения эффективности работы фильтров стали применять загрузку из различных искусственных и природных сорбентов: активированные угли, глинистые минералы, алюмосиликаты, природные цеолиты, оксиды и другие. Причем природные минералы более перспективны из-за меньшей стоимости исходного сырья, доступности добычи в местах потребления и появления новых сорбентов [5].

Установлено, что в области низких равновесных концентраций процесс адсорбции для всех систем происходит по механизму объемного заполнения пористого пространства ферритов сорбционными растворами, а адсорбционные равновесия укладываются в рамки теории объемного заполнения микропор. При более высоких концентрациях протекает процесс конденсации растворов адсорбата в мезопорах и на внешней поверхности частиц ферритов железа, марганца и меди [6].

Метод магнитной сепарации наночастицами магнетита включает в себя магнитную сепарацию взвешенных частиц. Одним из очевидных применений этой технологии является использование в коагуляционных очистных сооружениях. Наночастицы магнетита выступают в качестве магнитного агента, который формирует магнитоактивные хлопья с другими взвешенными частицами (взвешенные вещества, бактерии, планктон) [7]. Магнетит (как и практически все ферриты), используемый в качестве дисперсной фазы в магнитных жидкостях, в отличие от многих других металлов и их соединений для человеческого организма практически безвреден.

Экспериментальная часть

Были проведены эксперименты по электрохимическому синтезу магнетита в растворе хлорида натрия (20%) в трехэлектродной ячейке с двумя анодами при атмосферном давлении и при избыточном давлении кислорода 0,5 МПа.

Суть способа заключалась в анодном растворении железа в растворе NaCl и окислении промежуточных продуктов электрохимического процесса кислородом при избыточном давлении. При этом основным процессом на аноде из железа является реакция растворения железа: $Fe^0 \rightarrow Fe^{2+} + 2\bar{e}$

На аноде из диоксида свинца (платины) протекает преимущественно выделение кислорода по реакции: $2H_2O - 2e \rightarrow O_2 + 4H^+$;

На катоде – выделение водорода, приводящее к подщелачиванию раствора:

$$2H_2O + 2e \rightarrow H_2 + 2OH^-;$$

При взаимодействии продуктов анодной и катодной реакции происходит образование гидроксида железа (II), который частично окисляется кислородом:

$$Fe^{2+} + 2OH^- \rightarrow Fe(OH)_2 ;$$

$$2Fe(OH)_2 + H_2O + ½O_2 \rightarrow 2Fe(OH)_3 ;$$

Образующиеся гидроксиды двух и трехвалентного железа взаимодействуют с образованием магнетита: $2Fe(OH)_3 + Fe(OH)_2 \rightarrow FeO + Fe_2O_3 (Fe_3O_4) + 4H_2O$

В результате экспериментов был получен высокодисперсный магнетит, представленный на рисунке 1.

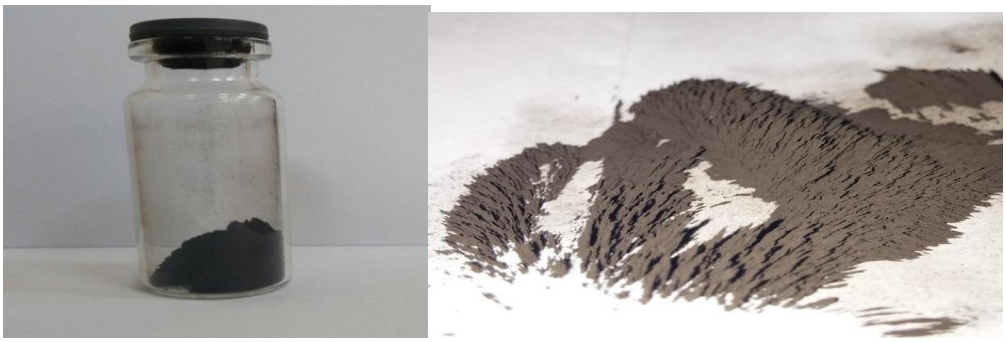


Рис. 1. Высокодисперсный магнетит.

Были исследованы морфология и элементный состав полученных образцов на электронном микроскопе. Данные представлены на рисунке 2.

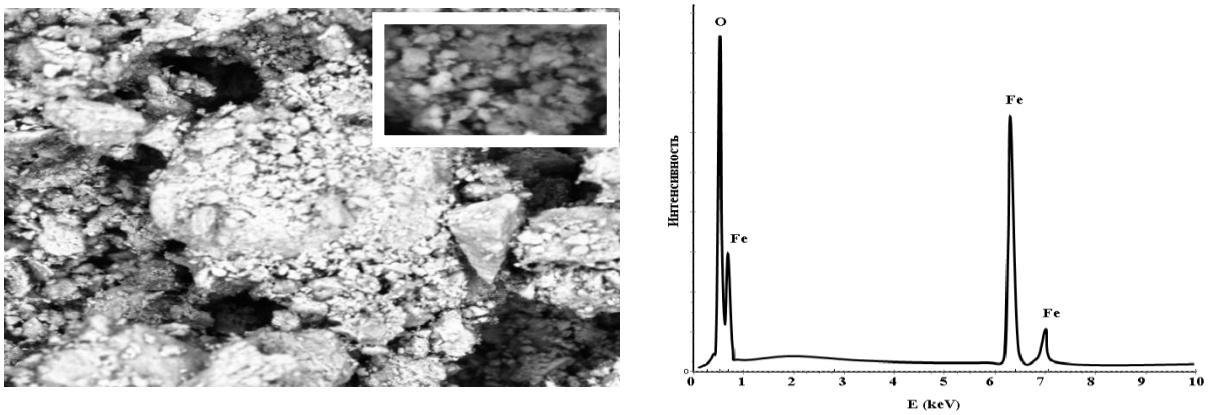


Рис. 2. Поверхностная морфология и элементный состав магнетита.

Из рисунка видно, что образец состоит из элементов O и Fe. Из снимка поверхности видно, что размеры частиц магнетита составляют порядка 50-100 нм, однако ввиду того, что нами не производилась поверхностная стабилизация частиц, они агламерированы в виде сфер размером около 1-2 мкн.

Так как элементный состав не дает точного определения вещества образцы были исследованы на дифракционном спектрометре для определения точной фазы. На рисунке 3 представлены дифрактограммы полученных образцов.

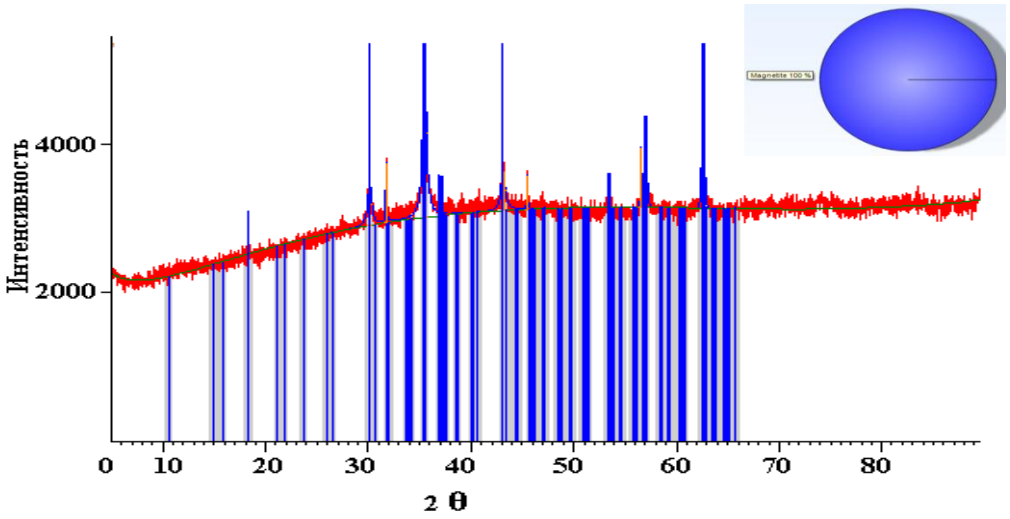


Рис. 3. Спектр РФА магнетита.

На эффективность очистки сточных вод влияет ряд факторов: соотношение масс катионов металлов, содержащихся в сточных водах, и массы сорбента, доза сорбента, время обработки стоков, значение pH, устанавливающиеся после введения сорбента в стоки.

Магнетит обладает щелочным резервом, при его введении в очищаемые от ионов тяжелых металлов стоки наблюдается изменение исходного значения pH среды. Наиболее полное удаление всех металлов наблюдается при pH = 7,5–8,5. Для проведения исследований приготовили модельные растворы. В 5 колб отбирали по 50 мл модельного раствора и в каждую колбу добавляли соответственно 5; 10; 15; 20; 25 мг взвешенного на аналитических весах магнетита. Растворы перемешивали интенсивно в течении 15 минут, оставляли на 5 часов. Затем отфильтровывали, осадок высушивали, а фильтрат анализировали на содержание в этом растворе ионов тяжелых металлов: железа, меди и цинка.

В таблице 1 приведены значения зависимости степени очистки модельного раствора от дозы сорбента для суммарного содержания ионов металлов 50 мг/л (в случае ΣMe^{n+} = 50 мг/ л: железо – 15, медь – 20, цинк – 15).

Таблица 1

Масса магнетита, мг	Степень очистки (Fe^{2+}), %	Степень очистки (Cu^{2+}), %	Степень очистки (Zn^{2+}), %	Степень очистки от суммарного содержания ионов металлов, %
5	50	45	55	50
10	65	60	70	65
15	80	75	82	79
20	98	96	98	97
25	98	96	98	97

Как видно из таблицы 1 магнетит эффективно можно использовать для очистки сточных вод от тяжелых металлов. При добавлении в модельный раствор 20мг магнетита концентрации ионов металлов снижается до нормы ПДК.

Магнетит был использован также для очистки сточных вод от ионов тяжелых металлов гальванического цеха им. М. Гаджиева. Для сравнительного анализа сточную воду разбавляли до концентраций ионов металлов в соответствии с данными таблицы 1. и pH доводили до 7,5.

Таблица 2

Масса магнетита, мг	Степень очистки (Fe^{2+}), %	Степень очистки (Cu^{2+}), %	Степень очистки (Zn^{2+}), %	Степень очистки от суммарного содержания ионов металлов, %
5	40	35	45	40
10	55	50	60	55
15	70	65	72	69
20	92	88	94	91,3
25	98	96	98	97

Как видно из таблицы 2, с увеличением массы магнетита степень очистки воды от ионов тяжелых металлов возрастает до нормы ПДК при добавлении только 25 мг магнетита, что связано с загрязненностью сточных вод гальванического цеха.

Вывод: оптимальные значения извлечения из модельных растворов ионов тяжелых металлов магнетитом: pH=7,5 и 20 мг магнетита на суммарное содержание ионов металлов ΣMe^{n+} = 50 мг/ л. А в случае сточной воды - pH=7,5 и 25 мг магнетита на суммарное содержание ионов металлов ΣMe^{n+} = 50 мг/л.

Литература

1. Порядин А.Ф. Развитие водоснабжения в России XX век. М.: Издательский дом НП, 2003. - С. 18-25.
2. Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества: СанПиН 2.1.4.559-96.-Вед. 01.01.98-М., 1996.-624 с.
3. Тарасевич Ю.И. Природные сорбенты в процессах очистки воды. Киев: Наукова думка, 1981. - 206 с.
4. Глушко Е.В., Радовенчик В.М., Радовенчик Я.В. Малоотходная ионообменная технология очистки гальваностоков от ионов цинка // Экотехнологии и ресурсосбережение. – 2006. – № 5. – С. 60–63.
5. Нещадин С.В. Исследование химического состава сточных вод гальванических цехов и участков машиностроительных производств / С.В. Нещадин, Д.А. Кривошеин, В.П. Зволинский // Актуальные проблемы экологии и природопользования. 2004. № 5. - С. 142-147.
6. Lloyd J.R., Pearce C.I., Coker V.S., Pattrick R.A., van der Laan G., Cutting R.,Vaughan D.J., Paterson-Beedle M., Mikheenko I.P., Yong P., Macaskie L.E. Biomineralization: linking the fossil record to the production of high value functional materials. // Geobiology. – №6 – 2008 – P.285-97.
7. Abe M 2000 Electrochimica Acta 45 3337

ОГЛАВЛЕНИЕ

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДАГЕСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ. *Ахмедов Д.Р., Абакаров Т.А.* 4

ВОСПОМИНАНИЯ ОБ ОСНОВАТЕЛЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПРОФЕССОРЕ МАКСУДОВЕ М.М. *Гусейнов Р.Р., Гусейнов Г.Р., Аталаев М.М., Минкаилова С.Р.* 7

ФОРМИРОВАНИЕ КАДРОВОГО СОСТАВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. *Ибрагимов Т.И., Абакаров Т.А., Эфендиев А.Р.* 8

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ 11

К ВОПРОСУ О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. *Силантьева Е.Н., Березина Н.В., Кривонос С.М.* 11

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОКЛАДКИ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ТРОМБОЦИТАРНОГО ФАКТОРА РОСТА-ББ, СИСТЕМЫ ФИБРИН-ФИБРОНЕКТИНА И ГИДРОКСИАПАТИТА В ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ. *Меджидов М.Н., Меджидова Н.Д.* 13

ПИГМЕНТИРОВАННЫЙ ЗУБНОЙ НАЛЁТ. *Курбанова С.Х., Минкаилова С.Р., Булгакова Д.М.* 15

ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРАКТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ. *Курбанова С.Х., Махмудова З.К. , Багатаева П.Р.* 18

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ: УДАЛЕНИЕ ФРАГМЕНТОВ ИНСТРУМЕНТОВ ИЗ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ. *Магомедов А.А., Караммаева М.Р., Курбанова Э.А.,* 21

ОЦЕНКА И АНАЛИЗ ПРОТИВОМИКРОБНОГО ДЕЙСТВИЯ «ЯГЕЛЬ» ПРИ ГИНГИВИТЕ. *Ушницкий И.Д., Черемкина А.С., Никифорова Е.Ю., Ахременко Я.А., Тарасова Л.А., Прокопьев И.А., Данилова Ю.Ю.* 23

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НАСТОЙКИ КАЛГАНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА. *Османова Т.Т., Султанова М.А., Исаева С.М.* 26

ДИНАМИКА ПОРАЖЕННОСТИ КАРИЕСОМ ЗУБОВ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Г.ДЕРБЕНТА (ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОВЕДЁННОГО В 1998 И 2013 ГГ.). *Алиева З.Б., Бахмудов Б.Р.* 27

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ В ГОРОДЕ ДЕРБЕНТЕ. *[1]Бахмудов Б.Р.,[2] Муртазалиев Г-М.Г., [1]Алиева З.Б., [3]Бахмудов М.Б.* 30

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И СЕЛЕНА У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ. *Пинелис И.С., Орагвелидзе М.П.* 33

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ДЕСНЫ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ. *Шерстюк О.А., Маковка И.Л., Янко Н.В., Моргун Н.А.* 35

ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ. *Исаева С.М., Османов Т.Т., Султанова М.А., Мадиева М.Н.* 37

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ВНУТРЕННЕГО ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА. *Михальченко Д.В., Михальченко А.В., Бадрак Е.Ю.* 39

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПУЛЬПЫ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ. *Курбанова Э.А., Магомедов А.А., Караммаева М.Р.* 43

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОГЕРМЕТИКОВ ENDOMETASON, АН – PLUS, MTA FILLAPEX. *Курбанова Э.А., Магомедов А.А.* 44

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРАЕВОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ ПЛОМБ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ ПОЛОСТЕЙ ПО V КЛАССУ. *Курбанова Э.А.* 46

ТЕХНОЛОГИЯ ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ГИДРООКСИДА КАЛЬЦИЯ. *Курбанова Э.А., Магомедов А.А.* 49

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОЛУБРИКАНТА «ЭНДОГЕЛЬ» ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ. *Курбанова Э.А.* 51

КОРРЕКЦИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОДОНТИ-ЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ. *Курбанова Э.А.* 52

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА И КОРНЕВЫХ КИСТ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА «МЕТАПЕКС». *Курбанова Э.А., Магомедов А.А., Караммаева М.Р.* 56

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЯЗЫКА. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД. *С.В. Латышева., Т.В. Будевская* 58

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БИОПЛЕНКИ В ЭНДОДОНТИИ. *Латышева С.В., Будевская Т.В.* 60

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАЛИТОЗА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ. *Сулковская С.П., Гринкевич Е.М.* 62

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗНОСА КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ. *Тарасенко О.А.* 63

ВОСПАЛЕНИЕ ПУЛЬПЫ ЗУБА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ. *Митронин А.В., Вавилова Т.П., Островская И.Г.* 64

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДЕСЕНСБИЛИЗИРУЮЩИХ ЛАКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ. *Куваева М.Н., Володина Е.В.* 66

КАРИЕСПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ИММУНОМОДУЛЯЦИЯ В УСЛОВИЯХ АЛИМЕНТАРНОГО ЦИНКДЕФИЦИТНОГО МИКРОЭЛЕМЕНТОЗА. *Кажлаев Ю.Н.* 69
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОРАЖАЕМОСТИ КАРИЕСОМ ЗУБОВ ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ МИКРО-ЭЛЕМЕНТОЗЕ ЦИНКА. *Кажлаев Ю.Н.* 71
ПРИМЕНЕНИЕ СКОРЛУПОДИМЕФОСФОННОЙ КОМПОЗИЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА. *Кажлаев Ю.Н.* 73
ЭНДОДОНТИЧЕСКИЙ ТРЕНАЖЕРНЫЙ БЛОК МНОГОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ. *Кажлаев Ю.Н., Абакаров М.Г.* 74
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СТОМАТОЛОГА С ПАЦИЕНТОМ. *Дмитриева Н.И., Руденкова Н.П.* 76
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ДРЕНИРУЮЩИМИ СЕРЕБРЯНЫМИ ШТИФТАМИ С МАНДРЕНАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА. *Муртазалиев Г-М.Г., Нурмагомедов А.М., Магомедов Г.Н., Абдурахманов Г.Г.* 78
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ДРЕНИРУЮЩЕГО ОБТУРАТОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВЕРХУШЕЧНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ. *Муртузалиев Г-.М.Г., Абдурахманов А.И., Нурмагомедов А.М., Абдулбасиров Ш.З., Магомедов Г.Н., Абдурахманов Г.Г.* 80
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БРЕКЕТ СИСТЕМ И ТЕРМОФОРМИРУЕМЫХ КАП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ЛЕГКИХ ФОРМ. *Москаленко Ю.И., Чернышёва Н.О.,Худорошков Ю.Г.* 81
АСПЕКТЫ ЭСТЕТИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА С УЧЕТОМ ОПТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОВРЕМЕННЫХ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ. *Пархамович С.Н., Тюкова Е.А.* 83
ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. *Омарова Х.О., Макаева Э.О., Омаров О.Г., Шамов И.М.* 85
ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. *Янбулатова Г.Х.* 87
СОСТОЯНИЕ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО–СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. *Пинелис Ю.И., Лхасаранова И.Б.* 88
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ВЫБОРЕ АЦЕТОН И ЭТАНОЛСОДЕРЖАЩЕГО АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ ДЛЯ РЕСТАВРАЦИОННЫХ РАБОТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ЗУБОВ. *Остолоповская О.В.* 89
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Г. МАХАЧКАЛЫ. *Макаева Э.О., Омарова Х.О., Омаров О.Г., Гусейнова Г.Г.* 90
ДИНАМИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПУЛЬПЕ И ДЕНТИНЕ ЗУБОВ ЗЕЛЕНЫХ МАРТЫШЕК ПРИ СФОРМИРОВАННОЙ ГЛУБОКОЙ ПОЛОСТИ БЕЗ ЛЕЧЕНИЯ. *Меджидов М.Н.* 92
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПТИМИЗИРОВАННОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ. *Османова С.А., Меджидов М.Н., Байрамов К.А.* 93
ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОСТНО-ГЕПАРИНОВОЙ ПАСТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА. *Меджидов М.Н., Меджидова Н.Д., Байрамов К.А.* 94
ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ. *Меджидов М.Н., Эфендиев М.Н., Меджидова Н.Д., Байрамов К.А.* 95
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ «ПОЛИОКСИДОНИЙ» И «МИЛДДРОНАТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ. *Меджидов М.Н., Эфендиев М.Н.,Меджидова Н.Д.* 97
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). *Османова С.А., Меджидов М.Н.* 99
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ. *Меджидов М.Н., Меджидова Н.Д., Байрамов К.А.* 103
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУТЕМ ЦИФРОВОГО СОСТАВЛЕНИЯ ПРОТОКОЛОВ ОБРАБОТКИ И ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ. *Нарчаев М.А., Меджидов М.Н.* 104
ЭЛЕКТРОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПУЛЬПЫ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ. *Меджидов М.Н., Эфендиев М.Н., Меджидова Н.Д.* 110
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА: ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). *Меджидов М.Н., Эфендиев М.Н., Байрамов К.А.* 111
ОСОБЕННОСТИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. *Меджидов М.Н.* 114
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПТИМИЗИРОВАННОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА. *Меджидов М.Н., Османова С.А.* 115
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У СТУДЕНТОВ ДАГЕСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ. *Меджидов М.Н., Эфендиев М.Н., Байрамов К.А.* 117
РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА И ДЕФЕКТАМИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ И ЗУБНЫХ РЯДОВ. *Шафеев И.Р., Булгакова А.И., Валеев И.В.* 118
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЖИТЕЛЕЙ Г. УФЫ И РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН. *Солдатова Е.С., Булгакова А.И., Валеев И.В.* 120

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ГИНГИВИТОМ. *Булгакова А.И., Васильева Н.А., Бортновская Ю.В.*……122
ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ИБС И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ. *Лхасаранова И.Б., Пинелис Ю.И.*……123
ЭФФЕКТИВНОСЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ «ПОЛИОКСИДОНИЙ И «МИЛДРОНАТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ. *Эфендиев М.Н., Меджидов М.Н., Меджидова Н.Д.*……124
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПТИМИЗИРОВАННОГО ВАРИАНТА ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА *Гамзалова Н.Б., Меджидов М.Н.*……126
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА. *Османова С.А., Меджидов М.Н., Меджидова Н.Д., Байрамов К.А.*……127
ОСНОВНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВТОРИЧНОГО КАРИЕСА ЗУБОВ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ. *Мусалов Х.Г., Ахмедова Э.А., Тайгибов Х.Н., Гасанова М.А.*……128
ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ……130
РОЛЬ ОДОНТОГЕННОГО ФАКТОРА В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТОВ. *Нестерова К.И.[1], Мусиенко А.И.[1], Ломиашвили Л.М.[1], Нестеров И.А.[2]*……130
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОСЕНСОРНОГО НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ НЕУДАЧНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА. *[1]Мамедов Д.Д., [2]Исаев Ш.Р.*……132
ENDODONTIK MÜALICƏ ZAMANI BAŞ VERƏN NEYROSENSOR POZĞUNLUQLARIN CƏRRAHI MÜALICƏSI. *[1]Məmmədov C.C., [2]Isayev Ş.R.*……135
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПЕРВИЧНОЙ РИНОПЛАСТИКЕ. *Султанова Н.Н., Аликулиев В.К., Алиева М.С.*……138
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГАРМОНИИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ВЫСОТЫ ПРИКУСА. *Гасанов Фарман, Ахмедов Сираджаддин*……139
ВОСЬМЫЕ ЗУБЫ У ПРИЗЫВНИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН. *Вайман А.Е., Кишев М.М.*……145
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА. *Гусейнов Р.Р., Гусейнов Г.Р., Аталаев М.М.*……147
ПРИМЕНЕНИЕ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ГУБКИ С МИРАМИСТИНОМ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. *Гусенов С.Г., Гусейнов Г.Р., Курбанов К.К.*……147
ДИАБЕТИЧЕСКИЕ СИАЛАДЕНОЗЫ. *Ордашев Х.А.*……149
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРИ СИАЛАДЕНИТАХ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА. *Ордашев Х.А.*……152
К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ЭПУЛИСА. *Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б.*……153
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ. *Катман М.А.*……156
КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИАЛАДЕНОЗА ПРИ ГИПО- И ГИПЕРТИРЕОЗЕ. *Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А., Халитов И.А., Асиятилов Г.А.*……158
ЭПУЛИС БЕРЕМЕННЫХ: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ДИНАМИКА ОБРАТНОГО РАЗВИТИЯ. *Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б.*……160
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. *[1]Слетов А.А., [2]Жидовинов А.В., [3]Локтионова М.В., [1]Джунаева А..А.*……163
ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ. *Слетов А.А., Панченко Д.В., Супьянов Т.М., Ваппи Т.А.*……166
ДИФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕВРОГЕННОГО СИАЛОЗОАДЕНИТА И БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА. *Рыбалов О.В., Короленко И.А., Гаврильев В.Н., Яценко П.И.*……168
ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КОМПРЕССИОННО-ДИСЛОКАЦИОННОЙ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА. *Рыбалов О.В., Яценко П.И., Яценко О.И.*……170
ФОРМИРОНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО И ОТРИЦАТЕЛЬНОГО КОМПЛАЕНСА В ГНОЙНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ. *Аветиков Д.С., Локес Е.П., Яценко И.В., Ставицкий С.А., Ищенко В. В.*……172
АНАЛИЗ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЕРВЫХ И ВТОРЫХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОХРАНЯЮЩИХ «ПРИЧИННЫЙ» ЗУБ ОПЕРАЦИЯХ. *Шотт Е. В., Походенько-Чудакова И. О.*……173
ВЛИЯНИЕ НАНОКАЛЬЦИЯ НА МИНЕРАЛЬНЫЙ ОБМЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. *Семенова А.Н., Пинелис И.С.*……175
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДЕКСА СДВИГА ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ (ИСЛК) У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ СИНУСИТОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ. *Походенько-Чудакова И. О., Кравченко В. О.*……177
ОСОБЕНОСТИ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ В ЭСТЕТИЧЕСКИ ВАЖНЫХ ЗОНАХ. *[1]Расулов И.М., [2]Ахмедов Г.Д., [1]Абакаров Т.А.*……178
БИОМЕХАНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОСМЕТИЧЕСКОЙ ОТОПЛАСТИКИ. *Аветиков Д.С., Стебловский Д.В., Соколов В.Н., Талаш Р.В.*……182
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. *Ордашев Х.А., Асиятилов А.Х., Шахбанов А.К.*……184

АСПЕКТЫ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ И ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМ. *Халитов И.А., Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А.*……186
БИОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЛЮНЫ И КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПО- И ГИПЕРТИРЕОЗОМ. *Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А., Асиятилов Г.А.*……187
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СИАЛАДЕНИТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ. *Ордашев Х.А., Шахбанов А.К.*……190
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ СИАЛАДЕНОЗАМИ. *Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А., Асиятилов Г.А., Шахбанов А.К.*……191
СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СИАЛАДЕНИТЕ И СИАЛОЗЕ. *Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А., Асиятилов Г.А., Халитов И.А.*……194
СОСТОЯНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. *Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А., Шахбанов А.К., Минкаилова С.Р., Гамидова З.Ш., Кичиева Р.Н., Ганиева Р.Н., Роменская Т.П., Курбанов К.К., Магомедова Х.М., Абдуллахова П.М., Магомедов Г.Н.*……196
ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ. *Ордашев Х.А.*……197
ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЕННОСТИ ОБЪЕКТОВ ГОСПИТАЛЬНОЙ СРЕДЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ. *Омарова С.М., Алиева С.Ф., Асиятилов А.Х., Меджидова А.Ш., Османов А.С.*……199
ОСНОВНЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ. *Ордашев Х.А., Шахбанов А.К., Гашимов А.С., Омаров Ш.З., Асанбеков В.М., Абдуллахова П.А., Магомедова Х.М.*……201
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНИРОВАННОГО ПЕРФТОРАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ. *Магомедова Х. М., Асиятилов А. Х., Курбанов К. К., Магомедав М. А.*……203
РЕТЕНЦИЯ ЗУБОВ. *Омаров Ш.З.*……204
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ……206
ОДОНТОАНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН. *Абдулмеджидова Д.М., Расулов М.М., Расулов И.М.*……206
КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ. *Абдулмеджидова Д.М., Расулов И.М.*……209
БИОТЕХНИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ПОДБОРА ЦВЕТА ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ. *Расулов И.М., Гафуров К.А.*……210
ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ ПРИ ПОМОЩИ ШАРОВИДНЫХ АТТАЧМЕНОВ. *Абакаров Т.А., Алиев А.А., Азизов М.А.*……214
ИССЛЕДОВАНИЕ НУЖДАЕМОСТИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ. *Дубова Л. В., Дзаурова М.А., Маджидова Е.Р., Пушкина А.В., Алекберова Г.И.*……215
КРИТЕРИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРОТЯЖЕННЫХ ИМПЛАНТАЦИОННЫХ ЗАМЕЩАЮЩИХ КОНСТРУКЦИЙ. *Розов Р.А., Азарин Г.С., Трезубов В.Н.*……218
СРАВНЕНИЕ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЛОТКА ПРИ НЕПРЯМОМ МЕТОДЕ ФИКСАЦИИ БРЕКЕТОВ. *Худорошков Ю.Г., Карагозян Я.С., Арзуманян Н.Г.*……219
ОПЫТ ШИНИРОВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА. *Гусенов С.Г., Гусейнов Г.Р., Курбанов К.К.*……222
ТРАВМАТИЗАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ ЧАСТИЧНЫМИ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ. *Кунгуров С.В., Рубленко С.С., Манашев Г.Г.*……224
ПРАКТИКА. ЧТО ДЕЛАТЬ?. *Шамов С. М., Расулов И.М.*……226
ПРИМЕНЕНИЕ БЕЗЗОЛЬНОЙ ПЛАСТМАССЫ PATTERN RESIN LS ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ПРЯМОМ МЕТОДЕ ИХ ИЗГОТОВЛЕНИЯ. *Абакаров Т.А., Азизов К.А., Алиев А.А.*……229
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕГРУЗКА ПАРОДОНТА ПРИ АНОМАЛИЯХ ПРИКУСА У ВЗРОСЛЫХ. *Омаров О.Г., Макаева Э.О., Омарова Х.О., Ахмедова Э.А.*……229
СТАТУС ПАРОДОНТА У СТУДЕНТОВ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН. *Азизов М.А., Алиев А.А., Абакаров Т.А.*……231
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА……235
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ КАРИЕСА У ДОШКОЛЬНИКОВ С РАЗЛИЧНОЙ ИНТЕНСИВНОСТЬЮ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА. *Козловская Л. В., Белик Л. П., Андрейчук Е. В., Самуйлик К.В.*……235
НЕОБХОДИМОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ДЕСНЫ В ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗАХ У ДЕТЕЙ. *Гаджиев А.Р., Гасанова Л.Г., Салимханов А.Э., Нагиева С.Э.*……239
ИЗМЕНЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ. *Каськова Л.Ф., Новикова С.Ч., Аноприева Н.М., Новиков Е.М., Янко Н.В.*……241
ДИНАМИКА НЕОБХОДИМОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА. *Шамов С. М., Расулов И.М.*……243
СТИМУЛЯЦИЯ СОЗРЕВАНИЯ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩИХ ЗУБНЫХ ПАСТ. *Андриянова О. Ю., Хмиль Е.В., Яценко П.И., Романова С.И., Романов Г.Г.*……246
АУТОПЛАСТИКА ПРИ СРЕДИННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ЛИЦА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И НОСА. *Жахбаров А.Г., Чудинов А.Н., Гаджиев А.Р., Саидова Р.З., Абдуллатипов Г.М., Алимирзоев Ф.А., Жахбаров А.А.*……249

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. *Боровая М. Л., Гулько Е. М*.....250
УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРОРАСТАНИЕМ В ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА, С ПЕРЕВЯЗКОЙ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ. *Жахбаров А.Г., Чудинов А.Н., Гаджиев А.Р., Саидова Р.З., Абдуллатипов Г.М, Алимирзоев Ф.А., Жахбаров А.А*.....251
НЕПРЯМОЙ МЕТОД ФИКСАЦИИ БРЕКЕТОВ. ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КАПП ДЛЯ ПЕРЕНОСА БРЕКЕТОВ С ГИПСОВОЙ МОДЕЛИ В ПОЛОСТЬ РТА. *Родыгина Е.В., Никитина Е.С., Худорошков Ю.Г*.....252
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ. *Омаров О.Г., Гаджиев А.Р., Омарова Х.О., Макаева Э.О*.....254
СПЕКТРОКОЛОРИМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ. *Бережная Е.Э., Амосова Л.И., Хмиль Е.В., Солошенко Ю.И*.....256
АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПРИВЫЧЕК БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Г. ГОМЕЛЯ КАК ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО КАРИЕСА У ИХ ДЕТЕЙ. *Бурак Ж.М., Романенко В.В., Субоч Е.В*.....258
ВЛИЯНИЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ НА 1-ОМ ГОДУ ЖИЗНИ НА ПОРАЖАЕМОСТЬ ЗУБОВ КАРИЕСОМ У ДОШКОЛЬНИКОВ. *Омаров О.Г., Гаджиев А.Р., Макаева Э.О., Омарова Х.О., Гасанова М.А*.....260
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ. *Хмиль Е.В., Каськова Л.Ф., Хмиль Д.А*.....261
ОСОБЕННОСТИ КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ В ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ АДЕНОИДОВ *Уласевич Л.П*.....263
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ОРАЛЬНОГО ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МУКОЗИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. *Попруженко Т.В., Борис С.П*.....266
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ-УЧАСТНИКОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ (БАЗОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ). *Терехова Т.Н., Мельникова Е.И*.....267
ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....270
МЕТОДИКА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. *Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С*.....270
МЕТОДИКА СОСТАВЛЕНИЯ ПЛАНА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА. *Агаларова Л.С., Гаджиев Р.С., Гасанов А.Н., Азизханова Т.М*.....271
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В ПОЛИКЛИНИКЕ. *Агаларова Л.С., Гаджиев Р.С., Гасанов А.Н., Эфендиев А.Р., Азизханова Т.М*.....273
СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН. *Идрисов М.И., Расулов И.М., Абакаров Т.А*.....275
СОСТОЯНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В РД. *Асиятилов А.Х., Аталаев М.М*.....276
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ: РОЛЬ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ. *Меджидов М.Н., Нарчаев М.А*.....278
СПОСОБЫ СНИЖЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СИЛОВЫМИ ВИДАМИ СПОРТА. *Ожгихина Е.С., Асташина Н.Б*.....279
АРХЕОЛОГИЧЕСКИЕ НАХОДКИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СТАМАТОЛОГИИ. *Алиева Л.А., Османова Ф.М., Гаджиева Л.А., Гасанова Л.Г., Измайлова А.Х*.....281
ОТ ДОВЕРИЯ ДО ГАРМОНИИ. *Булгакова Д.М., Азизов К.А., Курбанова С.Х*.....283
ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. *Булгакова Д.М*.....284
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ АНАЛИЗА И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. *Булгакова Д.М*.....286
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ САНИТАРНОЙ КУЛЬТУРЫ ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН. *Муртазалиев Г.-М.Г., Абдурахманов А.И., Нурмагомедов А.М., Касимов Д.З., Мугадова Д.В., Касумова П.М., Абдурахманов Г.Г*.....289
ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЗВЕНА ВРАЧ-РЕГИСТРАТОР В ГОРОДСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ. *Нарчаев М.А., Меджидов М.Н*.....291
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОДСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА. *Нарчаев М.А., Меджидов М.Н*.....293
ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В СТОМАТОЛОГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА. *Бахмудов Б.Р., Муртазалиев Г-М. Г., Бахмудов М.Б., Алиева З.Б*.....295
ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В Г. ДЕРБЕНТЕ ЗА 2004 И 2014 ГГ. *Алиева З.Б., Бахмудов М.Б., Бахмудов Б.Р*.....298
ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ ЗУБОВ. *Алиева З.Б., Бахмудов М.Б., Бахмудов Б.Р*.....301
ПАТОЛОГИЯ ЗУБОВ ДРЕВНИХ ЕГИПТЯН. *Османова Ф.М., Алиева Л.А., Гаджиева Л.А., Измайлова А.Х., Гасанова Л.Г*.....303
РАЗРАБОТКА ОСНОВ ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ. *Мусалов Х.Г., Ахмедова Э.А., Тайгибов Х.Н., Гасанова М.А*.....305
О РАБОТЕ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ В ВОЕННО-ВРАЧЕБНЫХ КОМИССИЯХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН. ОБЗОР. *Вайман А.Е*.....307

РОЛЬ СТОМАТОЛОГИИ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ. *Гасанова М.А., Мусалов Х. Г., Ахмедова Э.А., Омаров О.Г., Мащилиева М.М*.....309
ДРУГИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ.....**312**
ВЛИЯНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ. *Мирзоев Э.С., Мирзоев Н.Э., Абакаров А.А*.....312
ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА. *Мирзоев Э.С., Абакаров А.А., Гусейнов А.Г., Мехтиханов Д.Д., Мирзоев Н.Э*.....313
ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДГМА. *Абдуллаев М.Р*.....315
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН. *Мирзоев Э.С., Абакаров А.А., Мирзоев Н.Э., Ферзалиев Ф.Р*.....318
МОРФОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА НА ФОНЕ ВВЕДЕНИЯ ОЗОНИРОВАННОГО ПЕРФТОРАНА. *Рагимов Р. М*.....319
СОДЕРЖАНИЕ ГЛИКОГЕНА И ЛИПИДОВ В НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТАХ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. *Магомедов К,К., Дибиров Т.М., Шахбанов Р.К., Бакуев М.М*.....321
АЛГОРИТМ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОТДЕЛЕНИИ СУДЕБНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ. *Порсуков Э.А., Порсукова Н.Н*.....323
ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ, СТРАДАЮЩИХ ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. *Эседова А.Э., Идрисова М.А., Апандиева М.М., Махтибекова П.А*.....326
КОСТНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ИНСУЛИНОНЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. *Эседова А.Э., Хашаева Т.Х., Идрисова М.А., Махтибекова П.А., Таибова Д.У*.....329
ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БИОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ОСТРЫХ СОСТОЯНИЙ УЧАСТНИКОВ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ. *Мантаков М.С*.....331
ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ НА КАФЕДРЕ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА. *Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т., Малачилова М.М*.....333
ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ И ТОПОГРАФИИ ЛИЦЕВЫХ ВЕН ЧЕЛОВЕКА. *Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т*.....334
ОБРАЗНО-ОБОБЩАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ИЗУЧЕНИИ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА. *Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т*.....335
К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У МЛАДЕНЦЕВ. *Халитов И.А., Халитова А.И*.....337
МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОСШЕГОСЯ НОГТЯ БОЛЬШОГОПАЛЬЦА СТОПЫ (UNQUS INCORNATUS). *Мирзоев Э.С., Мирзоев Н.Э*.....339
КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ И СПОСОБ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ. *Меджидова Н.Д*.....340
К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ МЫШЛЕНИИ ВРАЧА. *Кафаров Т.Э., Кафаров Р.Т*.....342
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. *Алиев Н.И., Балахонский В.В*.....343
ВЛИЯНИЕ ЙОДОБРОМНЫХ ВАНН НА ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ СОСТАВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. *Мавраева М.А., Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т*.....346
БОЛЕЗНИ РЕЗЕЦИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. *Абдуллаев М.Р., Магомедов И.И*.....347
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИТОНИТ: ПРИЧИНЫ, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. *Абдуллаев М.Р., Магомедов И.И*.....350
К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. *Султанов А.С., Магомедов Х.А., Султанов Ш.А., Султанова М.А*.....352
ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ. *Султанов А.С., Магомедов Х.А., Султанов Ш.А., Султанова М.А*.....354
ТРЕХКРАТНОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ГИПЕРНЕФРОМЫ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ У ОДНОГО БОЛЬНОГО (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ). *Халитов И.А., Салихов А.А., Халитова А.И*.....354
ИЗВЛЕЧЕНИЕ ИОНОВ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ ДИОКСИДОМ КРЕМНИЯ И СУЛЬФИДОМ НАТРИЯ, СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРИ ОБРАБОТКЕ СЕРОВОДОРОДСОДЕРЖАЩИХ ВОД СИЛИКАТОМ НАТРИЯ. *Аммаева Ш. Г., Хизриева И. Х., Алиев З. М., Шапиев Б.И*.....355
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОДОРАСТВОРИМОГО ПОЛИМЕРА В КАЧЕСТВЕ СВЯЗУЮЩЕГО ДЛЯ ФОСФОГИПСА. **Магомедова Д.Ш., Алиев З.М., Маммаев Н.М., Гатиев Т.Д*.....357
ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОЕ ОБЕЗВРЕЖИВАНИЕ СТОЧНЫХ ВОД, СОДЕРЖАЩИХ САЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ, ПОД ДАВЛЕНИЕМ. *Алимирзаева З.М.[1], Исаев А.Б., Алиев З.М*.....360
ОЧИСТКА ВОДЫ ОТ ИОНОВ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИЛЬТРОВ. *Исаханова А.Т., Алиев З.М., Шапиев Б.И*.....362
ОЧИСТКА ВОДЫ ОТ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ СИНТЕЗИРОВАННЫМ МАГНЕТИТОМ. **Магомедова Д.Ш., Алиев З.М., Алимирзоева З.М., Эмиров Р.М., * Туралов Т.А., Гатиев Т.Д*.....364
ОГЛАВЛЕНИЕ.....**369**

Материалы Всероссийской юбилейной
научно-практической конференции с международным участием,
посвященной 50-летию стоматологического факультета
Дагестанской государственной медицинской академии.

Под авторской редакцией

Сдано в набор 09.11.15. Подписано в печать 12.11.15.
Формат 60х84 1/8. Бумага офсетная. П. л. 45.
Тираж 300. Заказ 255.

Издательско-полиграфический центр ДГМА
Махачкала, ул. Ш. Алиева, 1.

Таблица №1

Гографические зоны	плоскостная			предгорная			горная		
Районы / Нозология вопросов	Дербентский район	Ногайский район	Избербаш	Кизилюрт	Сулейман-стальский район	Буйнакский район	Хунзах	Левашинский район	Цумадинский район
Всего опрошено	46	20	56	48	42	49	54	30	42
Два раза в день чистят зубы	56,5%	65%	67,85%	68,75%	45,23%	59,18%	62,96%	73,13%	52,38%
Регулярно чистят зубы	28,2%	50%	48,21%	27,08%	23,80%	48,97%	20,37%	26,66%	33,33%
Умеют правильно подбирать пасту	47,8%	60%	46,42%	31,25%	38,09%	51,02%	27,77%	63,33%	47,61%
Выдерживают время чистки зубов	13,04%	25%	12,5%	8,33%	9,52%	16,32%	14,81%	26,66%	11,90%
Используют правильные движения при чистке зубов	0%	5%	33,92%	16,66%	38,09%	20,40%	18,51%	20%	9,52%
Пользуются чужой зубной щеткой	10,8%	5%	3,57%	4,16%	9,52%	0%	1,85%	0%	2,38%
Знают, как правильно хранить зубную щетку	52,17%	75%	60,71%	66,66%	38,09%	30,61%	57,40%	33,33%	42,85%
Пользуются зубной нитью	28,26%	50%	53,57%	47,91%	33,33%	42,85%	37,03%	33,33%	47,61%
Знают, как правильно пользоваться зубной нитью	30,4%	40%	30,35%	18,75%	23,80%	16,32%	14,81%	33,33%	16,66%
Пользуются ополаскивателем полости рта	78,26%	95%	78,57%	85,41%	83,33%	87,75%	83,33%	40%	78,57%
Пользуются жевательной резинкой	91,30%	100%	98,21%	100%	90,47%	97,93%	96,29%	100%	100%
Знают, как правильно употреблять жевательную резинку	89,13%	90%	87,5%	64,58%	80,95%	77,55%	68,51%	73,33%	71,42%
Делают массаж десен	19,56%	35%	14,28%	20,83%	19,04%	14,28%	27,77%	6,66%	21,42%
Знают все средства ухода за полостью рта	0%	0%	1,78%	4,16%	0%	2,04%	0%	0%	0%
Пользуются зубочистками	82,60%	95%	96,42%	89,58%	85,71%	77,55%	96,29%	100%	90,47%
С целью профилактического осмотра обратились к стоматологу	10,8%	45%	3,57%	10,41%	7,14%	8,16%	9,25%	13,33%	14,28%
Основным источником полученных знаний, по гигиене полости рта являлись	56,5%	60%	48,21%	37,5%	47,61%	48,97%	29,62%	93,33%	23,80%
Знания гигиены полости рта недостаточны	43,47%	30%	42,85%	37,5%	54,76%	38,77%	53,70%	0%	23,80%
Знают все факторы возникновения заболеваний полости рта	0%	10%	0%	0%	0%	2,04%	0%	0%	0%
Следят за рационом питания	28,2%	35%	53,57%	56,25%	57,14%	40,81%	62,96%	6,66%	40,47%
Часто употребляют сладости	67,39%	50%	67,85%	79,16%	73,80%	65,30%	72,22%	100%	64,28%
Дополнительную информацию о гигиене полости рта желают получить	65,21%	55%	51,78%	45,83%	57,14%	67,34%	61,11%	13,33%	54,76%
Дополнительную информацию по гигиене полости рта и профилактике хотят получить от врача-стоматолога	65,21%	70%	57,14%	41,66%	64,28%	79,59%	51,85%	26,66%	54,76%
Специальной литературы	8,6%	5%	1,78%	0%	4,76%	0%	3,70%	0%	0%
Лекций	4,3%	0%	1,78%	2,08%	4,76%	6,12%	11,11%	0%	2,38%
Реклам	4,3%	0%	3,57%	0%	2,38%	0%	0%	0%	0%