Министерство здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

Институт дополнительного профессионального образования

Кафедра стоматологии ФПК и ППС

Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием,
посвященной 35-летию организации
кафедры стоматологии ФПК и ППС

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

Часть VI

Махачкала 2020

УДК 616.314”35” (061)
ББК 56.6.
А-43

Актуальные вопросы стоматологии. Часть V1. Сборник научных трудов конференции, посвященной 35 летию организации кафедры стоматологии ФПК и ППС ИДПО. – Махачкала, ДГМУ, 2020. – 332 с.

Главный редактор – проф. АбдурахмановА.И.
Зам. главного редактора – проф. Курбанов О.Р.
Ответственный секретарь – доцент Шихнабиева Э.Д.

Члены редакционной коллегии:
Доцент Муртазалиев Г-М.Г., доц. Салихова М.М., доц. Нурмагомедов А.М., доц. Кишев М.М., доц. Гаджиев Ф.Н., доц. Аджиева А.К., к.м.н. Сутаева Т.Р., к.м.н. Джамбулатов М.А., Будайчиев Г.М-А.

В сборнике представлена история становления и развития кафедры стоматологии ФПК и ППС ДГМУ, обобщен опыт и даны результаты лечения основных патологических состояний зубочелюстной системы.

Материал представляет интерес для врачей стоматологов, клинических ординаторов и для студентов старших курсов стоматологических факультетов.

КАФЕДРЕ СТОМАТОЛОГИИ ФАКУЛЬТЕТА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ 35 ЛЕТ.

А.И. Абдурахманов

Заведующий кафедрой стоматологии ФПК и ППС
Института дополнительного профессионального образования
ФГБОУ «Дагестанский государственный медицинский университет»
МЗ РФ.

Кафедра стоматологии факультета повышения квалификации с курсами терапевтической, ортопедической и хирургической стоматологии организована приказом МЗ РСФСР № 458 от 04 июня 1985 года. В дальнейшем переименована на «Кафедру стоматологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов».

Ее основоположником и организатором является профессор Махов М.М., руководивший кафедрой с 1985 по 1998 годы. Вместе с ним у истоков развития послевузовского образования стоматологии Республики Дагестан стояли доценты: Абдурахманов А.И., Муртазалиев Г-М.Г., Гомерштейн В.А., Ахмедханов А.С., Салихова М.М., Газимагомедов А.М., Нурмагомедов А.М. С 1998 года кафедрой заведует профессор Абдурахманов Ахмед Иманшапиевич.

В настоящее время в составе кафедры работают 2 профессора, 7 доцентов, 3 ассистента, 4 старших лаборанта и 3 препаратора.

Клиническими базами кафедры являются:

- ✓ Республиканская стоматологическая поликлиника;
- ✓ Республиканская детская стоматологическая поликлиника;
- ✓ Стоматологическая поликлиника №1 города Махачкалы;
- ✓ Стоматологическое отделение медсанчасти МВД;
- ✓ Стоматологические поликлиники городов Дербента, Избербаша, Каспийска, Буйнакска, Кизилюрта, Хасавюрта, Кизляра;
- ✓ Частные стоматологические учреждения: «Стома-Дент», «Кастеллини К», «Маэстро», «Стоматология 32».

Все лечебные базы оснащены современным стоматологическим оборудованием и необходимыми расходными материалами.

В формировании образовательных циклов активную подготовительную работу проводит организационно-методический кабинет Республиканской стоматологической поликлиники.

Основными направлениями послевузовской подготовки специалистов на кафедре являются:

- аспирантура;
- клиническая ординатура;
- профессиональная переподготовка;
- общее усовершенствование;
- тематическое усовершенствование;
- краткосрочные циклы.

Специализация медицинской деятельности осуществляется в клинической ординатуре, после чего специалист получает сертификат, а с января 2020 года – свидетельство о государственной аккредитации и право на соответствующий вид медицинской деятельности.

Коллектив кафедры ориентирован на адаптацию стоматологов республики к работе в современных рыночных условиях и нацелен на подготовку специалистов высокого уровня. Учебно-педагогический персонал кафедры прививает обучающимся понимание важности роли повышения качества работы, совершенствования своей подготовки и освоения новых технологий.

Образовательные циклы формируются на основании:

- годовых отчетов лечебных учреждений;
- заявок руководителей здравоохранения;
- перспективного плана по повышению квалификации;
- по личной инициативе врачей-стоматологов, работающих по системе внебюджетного здравоохранения.

Сотрудники кафедры принимают самое активное участие в дополнительных формах повышения квалификации специалистов стоматологического профиля, а именно:

- организациях презентаций продукций различных зарубежных и отечественных фирм с последующей распродажей этих материалов;
- клинических конференциях по всем разделам стоматологии;
- тематических семинарах для стоматологов республики;
- подготовке и издании соответствующей учебно-методической литературы.

В учебном процессе широко используются современные технические средства видео- и аудио- обучения, создан необходимый банк учебных видеофильмов по нозологическим формам патологических состояний зубочелюстной системы. Кафедра располагает современным компьютерным классом, активно используются интерактивные доски, налажена связь со многими отечественными и зарубежными производителями и поставщиками. Имеющиеся технические средства позволяют использовать в учебном процессе новейшие образовательные и информационные технологии. Подготовлены рабочие программы по всем направлениям повышения квалификации, по клинической ординатуре и аспирантуре. Подготовлены тесты по терапевтической и ортопедической стоматологии, постоянно совершенствуются ситуационные задачи. Учебно-производственный план ежегодно перевыполняется.

В издательстве «Медицина» в 2002 году издано, а 2008 году 3000-тиражом переиздано второе дополненное и переработанное издание учебника «Материалы и технологии в ортопедической стоматологии» (А.И. Абдурахманов, О.Р. Курбанов), рекомендованное в качестве учебника для стоматологических ВУЗов и факультетов Российской Федерации. В том же издательстве вышла монография «Управление функционированием и развитием рынка стоматологических услуг. Теория и методология» (Курбанов О.Р.).

Подготовлено и издано учебное пособие, рекомендованное УМО, «Практикум по эндодонтии» (Муртазалиев Г.М., Абдурахманов А.И., Нурмагомедов А.М.).

Учебное пособие «Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение заболеваний пародонта» (Абдурахманов А.И., Салихова М.М., Мугадова Д.В.) отмечено дипломом Всероссийской выставки и признано лучшим учебно-методическим изданием в отрасли.

Совместно с кафедрой ортопедической и общей стоматологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России в издательстве «ГЭОТАР-Медиа» издана книга «Ортопедическая стоматология. Несъемное зубное протезирование» (Курбанов О.Р., Абдурахманов А.И., Абакаров С.И.), рекомендованная ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России в качестве учебника для использования в образовательных учреждениях, реализующих программы высшего профессионально-

го образования по специальности 31.05.03 «Стоматология» (ФГАУ ФИРО, рег.№ 046 от 15.02.12г.).

В издательстве «ГЭОТАР-Медиа» издано учебное пособие «Профилактика воспалительных заболеваний пародонта» (Абдурахманов А.И., Шихнабиева Э.Д., Салихова М.М., Шарапудинова М.Г.), рекомендованное ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России в качестве учебного пособия для использования в образовательных учреждениях, реализующих программы высшего профессионального образования по специальности 060105.65 «Стоматология» (ФГАУ ФИРО, регистрационный номер 014).

В 2016 году издательской группой «ГЭОТАР-Медиа» издан учебник - 3-е издание, переработанное и дополненное - «Ортопедическая стоматология. Материалы и технологии», рекомендованный ФГАУ «ФИРО» в качестве учебника для использования в учебном процессе образовательных организаций, реализующих программы высшего образования по специальности 31.05.03 «Стоматология». Указом Главы Республики Дагестан от 21 июля 2017 года работе присуждена Государственная премия Республики Дагестан в области естественных, общественных наук и техники (профессора Абдурахманов А.И., Курбанов О.Р.)

Совместно с кафедрой ортопедической и общей стоматологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС ГБОУ ДГМА опубликован учебник «Организация и управление качеством стоматологической помощи (Курбанов О.Р., С.И. Абакаров, Л.М. Асхабова), рекомендованный ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России в качестве учебника для использования в образовательных учреждениях, реализующих программы высшего профессионального образования по специальности 06.01.05.65 «Стоматология» (ФГАУ ФИРО, рег.№ 229 от 24.05.13г.)

Совместно с кафедрой эндокринологии ДГМУ подготовлена и издана монография «Пародонтит и йододефицит» (Сутаева Т.Р., Абдурахманов А.И., Абусуев С.А.)

За последние пять лет подготовлены и изданы многочисленные учебные пособия, утвержденные ЦКМК ДГМА:

- Диагностика и критерии эффективности лечения нозологических форм гингивита;
- Диагностика и критерии эффективности лечения генерализованного пародонтита в стадии обострения;

- Ортопедическое лечение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области;
- Возможные неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике, метод их лечения и профилактики;
- Дополнительные методы обследования больного в клинике терапевтической стоматологии;
- Гарантированное эндодонтическое лечение;
- ВИЧ инфекция и СПИД - ассоциируемые заболевания в стоматологической практике;
- Определение центрального соотношения челюстей;
- Гингивит: клиника, диагностика, лечение;
- Композитные пломбировочные материалы;
- Современные методы эндодонтического лечения;
- Возможные ошибки и осложнения на терапевтическом стоматологическом приеме.

Решением Президиума Российской Академии Естествознания кафедра награждена дипломом «Золотая кафедра России», профессору Абдурахманову А.И. присвоено звание «Заслуженный деятель науки образования», д.м.н. Курбанову О.Р. - «Заслуженный деятель науки и образования» и он избран членом-корреспон-дентом Российской Академии Естествознания (РАЕН) по секции «Медицинские науки».

Разработанное сотрудниками кафедры изобретение - «Способ определения центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов» - направлено на улучшение качества и эффективности ортопедического лечения полной вторичной адентии.

Основное научное направление кафедры – изучение распространенности и интенсивности стоматологической патологии у населения республики, подготовка научно обоснованной программы профилактики и разработка механизма ее внедрения. Совместным приказом Министерства здравоохранения Дагестана и Дагестанской государственной медицинской академии на кафедру возложены функции координационного центра по изучению стоматологической патологии у населения республики.

Все сотрудники выполняют необходимый объем лечебно-консультативной работы, активно занимаются внедрением научных достижений в практическое здравоохранение. Заведующий кафедрой является главным внештатным стоматологом-экспертом МЗ РД.

Один из доцентов кафедры является заведующим отделением Республиканской стоматологической поликлиники.

Сотрудниками кафедры совместно с органами здравоохранения проводятся мероприятия, направленные на улучшение организации и качества работы врачей-стоматологов республики:

- анализ показателей работы врачей стоматологического профиля в разрезе городов и районов. По результатам годовых отчетов и проведенного анализа работы составляется план мероприятий;
- регулярные семинары-совещания для городских и районных стоматологов по итогам работы стоматологических учреждений и с участием главных специалистов Республиканских лечебных учреждений: РКВД, СПИД, инфекционных болезней и др.;
- совместно со стоматологическими службами районов организуются мероприятия по изучению распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний среди населения РД;
- участие в подготовке вопросов на коллегии МЗ РД «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению оказания стоматологической помощи населению в городах и районах республики»;
- регулярные зональные совещания по вопросам анализа распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний для специалистов районных и сельских поселений республики.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНОГО И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА ПАНАВИР-ГЕЛЬ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

Абдурахманов А.И., Шихнабиева Э.Д., Салихова М.М.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС ИДПО
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.

Введение. Герпесвирусные-инфекции составляют группу заболеваний, от которых зависит будущее инфекционной патологии [1]. Это определяется тем, что инфицированность и заболеваемость инфекции в общей популяции опережают скорость прироста населения Земли. Научные данные показывают, что к 5 летнему возрасту инфицированность вирусом простого (ВИГ) герпеса достигает 60%, а к 15 годам почти 90%. Большинство людей становится пожизненными вирусоносигелями. Герпетической инфекцией в настоящее время поражена почти треть населения Земли, при этом у 50% из них ежегодно наблюдаются рецидивы заболевания. К тому же, с каждым годом растет распространенность герпетической инфекции [2|. Такая тенденция обусловлена тем, что подавляющее число исходов первичного инфицирования (85-99%) представлено бессимптомной (латентной) инфекцией, в связи с чем, герпетическая инфекция у них не всегда может быть диагностирована. В результате этого пациенты не получают своевременную медикаментозную помощь с целью предотвращения формирования хронической рецидивирующей формы болезни. Кроме того, большинство лиц с первичным обращением к врачу по поводу простого герпеса уже являются больными с формировавшейся хронической герпетической инфекцией.

В стоматологической практике, как у детей, так и взрослых встречаются 2 основные формы: острого герпетического стоматита и рецидивирующего герпетического стоматита (рецидивирующая форма герпетической инфекции, выставляется при повторных симп-

томах болезни в течение года). Поэтому основными задачами лечения герпетического стоматита являются, с одной стороны, уменьшение тяжести и продолжительности клинических проявлений инфекции, и, с другой, – снижение количества рецидивов в год. Обострение инфекции, вызванной ВПГ, многие исследователи связывают с неблагоприятными изменениями иммунного статуса, что определяет включение в схему комплексного лечения пациентов с часто рецидивирующим течением герпетического стоматита. кроме антивирусных препаратов, и иммуномодуляторов.

Цель работы: оценка эффективности применения противовирусного и иммуномодулирующего препарата Панавир-геля в комплексном лечении хронического герпетического стоматита.

Материалы и методы. Проведено комплексное стоматологическое обследование и последующее лечение 36 пациентов (24 женщин и 12 мужчин) в возрасте 23-56 лет, страдающих хроническим герпетическим стоматитом (частота обострений – 5-7 в год). Действие препарата основано на эффекте усиления продукции собственного интерферона и гамма-глобулинов.

Диагноз хронического герпетического стоматита выставлен на основании характерных высыпаний на слизистой оболочке полости рта, красной каймы губ и кожных покровов лица, а также с помощью ПЦР, позволившей выявить в слюне вирусы простого герпеса – ВПГ-1 (в 23 случаях) и ВПГ-2 (в 13 случаях).

В зависимости от терапии пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (основная) (n=20) – получала местное лечение: устранение травматических факторов, назначение местных обезболивающих, антисептических и эпителизирующих средств, нанесение геля «Панавир» на проблемные участки слизистой оболочки полости рта (4-6 раз в день, 5 дней), 2-я группа (контрольная) (n=16) – получала такое же лечение с заменой геля «Панавир» на «Герпенокс».

Исследования проводили в 1-й, 3-й, 6-й, 9-й и 12-й дни клинических проявлений и в динамике спустя 6 месяцев после лечения. Эффективность проводимой терапии оценивалась по динамике клинических симптомов заболевания.

Результаты и их обсуждение. До лечения все пациенты жаловались на боль и дискомфорт в полости рта, усиливающиеся при приеме раздражающей пищи, 85% пациентов 1-й группы и 81,3% 2-

й группы отмечали жжение в слизистой оболочке, 80% и 81,3% соответственно – стянутость, 55% и 50% соответственно жаловались на гиперсаливацию.

В ходе клинического наблюдения у пациентов обеих групп отмечался выраженный лечебный эффект, который приходился на 3-12 сутки. Это выражалось в снижении интенсивности воспаления, болевых ощущений и дискомфорта, выраженности интоксикации, улучшении общего состояния пациентов, нормализации психоэмоционального статуса и активной эпителизации элементов поражения. Лечение пациентов 1-й группы приводило к полному исчезновению жалоб уже к 6-му дню, тогда как лечение пациенток 2-й группы – к 9-му дню.

Динамика клинических проявлений у пациентов обеих групп была напрямую связана с процессами эпителизации элементов поражения слизистой оболочки полости рта: в 1-й группе эпителизация элементов наступала уже на 5,6±0,3 день наблюдения, а во 2-й группе – к 10,2±1,6 дню наблюдения. Наблюдение пациенток в течение 6 месяцев после полного курса лечения позволило констатировать длительную ремиссию.

Заключение. Таким образом, применение в комплексном лечении хронического герпетического стоматита противовирусного и иммуномодулирующего препарата Панавир-геля позволяет получить максимальный эффект за минимально короткое время, в частности добиться наиболее быстрого купирования клинических проявлений, ускорения сроков эпителизации и стойкой, длительной ремиссии.

Литература.

1. Спиридонова С.А., Толмачев С.М., Лукиных Л.М. Комплексная терапия хронического рецидивирующего герпетического стоматита // СТМ. – 2013. – № 5(1). – С. 118-121.
2. Шаков И.М. Опоясывающий лишай // Лечащий врач. – 2011. – № 10. – Р. 14-15.

ИММОБИЛИЗОВАННЫЕ КОМПЛЕКСЫ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

Гаража С.Н., Хубаева Ф.С-С., Гришилова Е.Н., Хубаева Т.С-С., Ильина Е.Е., Кудаев Д.М.

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь.
Кафедра стоматологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России», Махачкала

Введение. Среди важнейших проблем стоматологии воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) занимают одно из ведущих мест. Поиск новых максимально безопасных методов медикаментозного лечения гингивита и пародонтита составляет актуальную задачу практической стоматологии [1, 5]. Для эффективного лечения ВЗП необходима комплексная терапия с использованием препаратов, обладающих противовоспалительным, антибактериальным и повышающим резистентность твердых тканей зубов действиями. Получение перечисленных эффектов достигается использованием антисептиков, антибиотиков, иммуномодуляторов, десенситайзеров [2,3,4]. В тоже время для клинического применения актуальным остается поиск средств, сочетающих в себе большинство из перечисленных свойств.

При наличии лекарственных препаратов, предлагаемых при лечении ВЗП, добиться желаемого результата в полной мере удается не всегда. Поэтому представляют интерес препараты пролонгированного действия, где в качестве носителя лекарственного препарата используются сорбенты медицинского назначения. Действие сорбентов заключается в десорбции медикаментозных средств и адсорбции на их место биогенных аминов, продуктов распада, что обеспечивает высокий терапевтический эффект. Иммобилизация лекарственных веществ на кремнеземах используется для лечения различных форм стоматологических заболеваний, позволяя не только усилить свойства этих веществ, но и пролонгировать время действия.

Научно обоснованный выбор компонентов, их рациональное сочетание позволяют повысить терапевтическую эффективность иммобилизованных лекарственных препаратов. Для многофакторного воздействия на этиопатогенетические механизмы развития воспалительных заболеваний пародонта нами для исследования выбран препарат Радопарон с иммобилизацией на полисорбеи стиммунал.

ППАЗ-«Рад» (Радопарон) – это паста, предназначена для профилактики и лечения поражений тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта различной этиологии (воспалительных, аллергических, токсических, травматических), в состав которой входят высокоактивные противовоспалительные компоненты (дексаметазон, метронидазол, метилурацил), оказывающие также антиаллергическое действие и стимулирующие процесс регенерации гингивальной ткани и слизистой оболочки полости рта.

Кроме того, материал включает диметилсульфоксид, обладающий анальгезирующим эффектом, цетримид (в качестве антисептического средства) и сорбит, играющий роль вкусовой добавки.

Стиммунал - иммуномоделирующий препарат, выпускаемый в виде таблеток

Свойства препарата весьма многообразны и во многом определяются его составом. 1 таблетка препарата включает в себя: экстракт эхинацеи пурпурной - 100 мг.; аскорбиновую кислоту - 4 мг.; целлюлозу микрокристаллическую.

Свойства Стиммунала компании Эвалар: восстанавливает иммунитет; выводит из организма токсины; противоаллергетик; препятствует воспалительным процессам; обладает антиоксидантными свойствами; благотворно действует на мембраны клеток.

Теоретически обоснованный для использования при лечении воспалительных заболеваний пародонта выбранный нами комплекс препаратов с иммобилизацией на полисорберанее в клинике не применялся, что определило цель и задачи исследования.

Цель исследования – установить в динамике эффективность иммобилизованных комплексов препаратов в лечении хронического пародонтита.

Материалы и методы исследования. В клиническое исследование по оценке эффективности иммобилизованного Радопарона (ИРП) и Стиммунала (ИС) было включено 198 человек с воспалительными заболеваниями пародонта, из них 96 - хроническим гене-

рализованным пародонтитом легкой степени тяжести (ХГПЛСТ) и 102 - хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести (ХГПССТ). Под наблюдением находились 101 мужчина (51%) и 97 женщин (49%) в возрасте от 16 до 49 лет.

Нозологическую форму заболевания пародонта определяли согласно классификации заболеваний пародонта, принятой на XVI Пленуме Всесоюзного общества стоматологов (ноябрь, 1983), на заседании Президиума секции пародонтологии Стоматологической ассоциации России (2001) и на основе МКБ-10 (ВОЗ, 1997).

Критериями отбора пациентов основной группы являлись: добровольное согласие на лечение и участие в исследовании, отсутствие выраженной соматической патологии и аллергических заболеваний, пародонтит легкой степени тяжести, возраст от 16 до 49 лет.

В зависимости от применяемого способа лечения все больные были разделены на четыре группы. В первой группе лечение проводилось с использованием Стиммунала (44 человека), во второй – Радопарона (47 человек), в третьей – ИС (49 человек), в четвертой – ИРП (58 человек). Третья и четвертая группы нами были приняты за основные, с показателями которых сопоставляли аналогичные данные других групп сравнения. При обследовании больных с воспалительными заболеваниями пародонта до лечения, через один, шесть, 12 месяцев проводились общепринятые клинические и рентгенологические методы исследования.Индексная оценка гигиены и пародонта (индекс гигиены (ИГ), индекс Рамфьерда (ИР), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА), индекс кровоточивости (ИК) позволили провести статистический анализ полученных результатов.

Методика иммобилизации Радопарона. Иммобилизацию осуществляли путем добавления к пяти мгРадопарона 150 мг порошка полисорба. С помощью стоматологического шпателя производили их тщательное перемешивание с добавлением дистиллированной воды. Полученный раствор ИРП вводили в пародонтальные карманы (ПК) на турундах с одновременным наложением наддеснвых аппликаций на 20 минут. Аналогично производили иммобилизацию Стиммунала.

Эффективность проведенной терапии обследуемых групп больных определяли через один, шесть, 12 месяцев, с использованием всех методов обследования, проводимых в данном исследовании.

Все полученные данные при экспериментальных и клинических исследованиях были статистически обработаны с помощью с помощью пакета программ Statistika6,0 и «MicrosoftExcel 2018».

Результаты и обсуждение. Хорошие результаты применения ИРП и ИС были получены при лечении ХГПЛСТ. Курс лечения ХГПЛСТ в группах был различным, так как для ликвидации воспалительного процесса в первой группе потребовалось 8-9 процедур, во второй – 7-8 процедур, в третьей – 6-7 процедур, в четвертой – 4-5 процедур. Через месяц после лечения ХГПЛСТ во всех группах отмечалась положительная динамика: в первой группе - у 95,2% больных, во второй группе - у 95,7% больных, в третьей группе – у 95,8%, в четвертой группе – у 96,4% больных.

Через месяц после лечения ХГПЛСТ во всех группах отмечалось улучшение гигиенического состояния полости рта, о чем свидетельствовали значения ИГ. Индекс Рамфьерда понизился во всех группах. Значения РМА в первой и второй группах указывали на остаточные воспалительные явления, а в третьей и четвертой группах почти соответствовали норме. Индекс кровоточивости значительно снизился во всех группах, близок к нулю он был в четвертой группе.

Контрольные осмотры пациентов ХГПЛСТ через 6 и 12 месяцев выявили незначительное ухудшение индексной оценки пародонта через полгода во всех группах, кроме четвертой, где значения индексов почти не изменились. Через год отмечалось повышение всех индексов в первой и второй группах, свидетельствующее о нарастании воспалительных явлений. Повысились значения всех индексов и в третьей и в четвертой группах, однако в группе с использованием ИРП эти значения почти соответствовали норме, из чего следует, что у большинства пациентов четвертой группы через год отмечалась стабилизация воспалительного процесса (табл. 1).

Рентгенологически через один месяц во всех группах после проведенного курса терапии наблюдалось исчезновение очагов остеопороза, уплотнение компактной пластинки и межзубных перегородок. Такая рентгенологическая картина сохранялась и через 6 и 12 месяцев.

Менее выраженная эффективность применения ИРП и ИСпри лечении ВЗП была установлена у пациентов ХГПССТ в сравнении с терапией ХГПЛСТ.

Для купирования воспалительного процесса у больных ХГПССТ первой группы потребовалось 10-11 процедур, второй – 8-9 процедур, третьей – 8-9 процедур, четвертой – 6-7 процедур.

После лечения ХГПССТ через один месяц были получены положительные результаты: в первой группе у 91,3% больных, во второй группе – у 91,7% больных, в третьей группе – у 92% больных, в четвертой группе – у 93,3% больных.

Значения индексов подтверждают эти данные. Гигиеническое состояние через один месяц после лечения оставалось хорошим во всех группах.

Таблица 1

Индексная оценка состояния пародонта у больных ХГПЛСТ до и после лечения

Группы	Лекарственное ср-во	Сроки (месяцы)	Пародонтальные индексы			
			ИГ	ИР	РМА	ИК
			До лечения			
			2,53 ±0,37	2,25 ±0,55	40,76 ±4,18	1,65 ±0,38
			После лечения			
1 n=21	Стиммунал	1	1,07±0,02	0,23±0,16	7,75±0,44	0,19±0,03
		6	1,58±0,12*	0,37±0,06*	12,78±0,97*	0,26±0,03*
		12	1,84±0,15*	0,53±0,10*	17,83±1,44*	0,34±0,03*
2 n=23	Радопарон	1	1,04±0,01	0,21±0.03	7,34±0,51	0,18±0,02
		6	1,42±0,09*	0,34±0,05*	11,21±0,74*	0,23±0,02*
		12	1,62±0,13*	0,41±0,07*	15,12±1,49*	0,28±0,02*
3 n=24	ИС	1	1,02±0,01	0,2±0,02	7,28±0,56	0,17±0,02
		6	1,34±0,09*	0,33±0,03*	10,49±0,76	0,21±0,02
		12	1,48±0,10*	0,43±0,06*	14,98±0,93*	0,27±0,03*
4 n=28	ИРП	1	1,03±0,01	0,19±0,02	6,98±0,41	0,16±0,02
		6	1,12±0,03	0,24±0,02	8,27±0,56	0,18±0,02
		12	1,18±0,04	0,31±0,02	11,89±0,72	0,2±0,02

Примечания. * - достоверность различий по сравнению с основной (4-й) группой ($p<0,05$)

Значения ИР, РМА и ИК во всех группах значительно понизились, но больше всего в третьей и четвертой группах, указывая на отсутствие воспалительных явлений.

Через 6 и 12 месяцев на контрольных осмотрах наблюдались значительные изменения в индексной оценке пародонта у различных групп. Так, гигиеническое состояние полости рта по значениям ИГ оставалось хорошим лишь в четвертой группе, удовлетворительным – в третьей, неудовлетворительным - в первой и второй груп-

пах. Через год гигиена полости рта осталась удовлетворительной только в четвертой группе.

Значения ИР через 6 месяцев повысились во всех группах, особенно в первых двух и соответствовали легкой степени воспаления, в третьей группе они также указывали на наличие легкого воспаления, но в меньшей степени. В четвертой группе значения ИР почти соответствовали нормальным. Такая же динамика индекса Рамфьерда отмечалась через год: во всех группах по значениям этого индекса присутствовало воспаление, менее выраженное у больных, в лечении которых использовался ИРП (табл. 2).

Значения РМА через год во всех группах, кроме четвертой, повысились почти вдвое, свидетельствуя о возобновлении воспалительных явлений в тканях десны. Через 6 месяцев и через год значения ИК повышались, особенно в первой группе. Значительно ниже они были в остальных группах и соответствовали легкой степени воспаления (табл. 2).

Таблица 2

Индексная оценка состояния пародонта у больных ХГПССТ до и после лечения

Группы	Лекарственное ср-во	Сроки (месяцы)	Пародонтальные индексы			
			ИГ	ИР	РМА	ИК
			До лечения			
			2,86 ±0,26	3,43 ±0,40	47,82 ±4,12	1,92 ±0,14
			После лечения			
1 n=23	Стиммунал	1	1,29±0,05	0,48±0,07	10,62±1,44	0,23±0,03
		6	1,98±0,12*	0,57±0,08*	15,86±0,76*	0,38±0,03*
		12	2,14±0,12*	0,71±0,13*	20,55±1,47*	0,45±0,03*
2 n=24	Радопарон	1	1,27±0,07	0,47±0,06	9,9±0,74	0,22±0,03
		6	1,66±0,8*	0,55±0,07*	14,51±0,58*	0,29±0,02*
		12	1,93±0,13*	0,66±0,11*	17,98±1,38*	0,37±0,04*
3 n=25	ИС	1	1,28±0,06	0,45±0,05	9,54±0,61	0,21±0,03
		6	1,64±0,11*	0,53±0,08*	13,88±0,75	0,28±0,03
		12	1,78±0,13*	0,63±0,11*	17,03±1,52*	0,36±0,03*
4 n=30	ИРП	1	1,24±0,05	0,43±0,07	8,75±0,6	0,2±0,03
		6	1,36±0,05	0,46±0,05	10,96±0,63	0,25±0,04
		12	1,56±0,08	0,51± 0,08	11,89±1,46	0,31±0,02

Примечания. * - достоверность различий по сравнению с основной (4-й) группой ($p<0,05$)

Выводы: 1) клинические исследования доказали эффективность применения иммобилизованныхРадопарона и Стиммунала при ле-

чении хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести. Эффективность иммобилизованных на полисорбепрепаратов подтверждается нормализацией клинических признаков, индексной оценки состояния пародонта и рентгенологических данных; 2) применение иммобилизованныхпрепаратовоказывает выраженное влияние на улучшение гигиенического состояния полости рта, приводит к ликвидации воспалительного процесса, сокращает сроки лечения в 2-2,5 раза и продлевает период ремиссии.

Литература

1. Гаража, С.Н. Влияние лечения пародонтита иммобилизованными противовоспалительными препаратами на гемодинамику в тканях пародонта/ С.Н. Гаража, Е.Н. Гришилова, Т.М. Хацаева // Современные проблемы науки и образования. -2013.- № 5. -С. 281.
2. Гаража, С.Н. Лечение воспалительных заболеваний пародонта с использованием иммобилизованного нимесулида/ С.Н. Гаража, А.В. Зеленская, Е.Н. Гришилова // Медицинский вестник Северного Кавказа. -2013.-Т. 8.-№ 2.- С. 79-80.
3. Гаража, С.Н. Лечение воспалительных заболеваний пародонта с использованием иммобилизованных препаратов/ С.Н. Гаража, А.В. Зеленская, Е.Н. Гришилова // Современные проблемы науки и образования. -2013. -№ 3.-С. 140.
4. Гончарова, Е. И. Растительные средства в профилактике и лечении заболеваний пародонта / Е. И. Гончарова // Рос.стоматол. журн. – 2012. – № 3. – С. 48-52.
5. Калларек, И. А. Неоперативные методы лечения пародонтита / И. А. Калларек // Дентал Юг. – 2006. – № 4. – С. 38-41.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

Абдурахманов А.И., Салихова М.М., Минкаилова С.Р., Касимов Д.З., Мугадова Д.В., Мугадова П.Ю.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС ИДПО ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Поражение слизистой оболочки полости рта (СОПР) вызванная грибками родом candida часто встречаются в стоматологической

практики. Заболевание характеризуется тяжелым течением трудностями диагностики и лечения [1]. Развитие его часто связанно с приемом антибиотиков [5] ношением съемных протезов [2] при заболевание желудочно-кишечного тракта, при наличие тяжелых инфекционных заболеваний (туберкулез, гепатит, ВИЧ) [3], злокачественных новообразованиях, различных иммунодефицитных состояниях, часто встречаются при тяжелых формах сахарного диабета [4]. Одним из местных факторов способствующих активации дрожжеподобных грибков является не санированная полость рта (кариозные зубы, пародонтальные карманы, наличие не качественных ортопедических конструкций, в том числе разнородность металлов.

Клинические проявления кандидоза различны. Кандидоз слизистой оболочки полости рта относится к наиболее распространенным заболеваниям, что подтверждается резким увеличением его доли среди других нозологий. В последние годы в зарубежной и отечественной литературе встречается термин “пародонтит, осложненный грибами Candida”, который относится к поверхностно-инвазивным кандидозам. Развитие грибковой колонизации и последующей инвазии может быть связанно как с необоснованным выбором антибактериальных препаратов, так и с развитием дисбиоза.

Цель исследования – оценка клинического течения кандидоза СОПР и выявление особенностей в зависимость от пола, некоторых фоновых заболеваний и от места жительства.

Материалы и методики. Мы проанализировали результаты клинического и микробиологического исследований 1151 пациентов с воспалительными заболеваниями СОПР находившихся на лечение в республиканской стоматологической поликлиники и на кафедре стоматологии ФПК и ППС ДГМУ.

Состояние слизистой оболочки языка щек губ неба оценивали по цвету, рыхлости, отёчности, облаженности и наличие различных морфологических элементов. Наличие гриба candida в мазках и на чувствительность к противогрибковым препаратом проверялись в лаборатории противочумной станции г. Махачкалы.

Результаты исследования. При осмотре на СОПР выявлялось наличие белого налета, легко снимающих у 35 пациентов, плотно спаянные с подлежащими тканями в виде сероватой пленки у 17 пациентов, наличие гиперпластических разрастаний у 23-х. У 18 пациентов выявлялись эрозии покрытые некротическим налетом, у 7-язвы с неровными мягкими подрытыми краями. У 4 пациентов

наличие язв с зернистым дном желтоватого цвета, у 2-х - изъявление, резко болезненные не склонные к эпителизации, у 5-х наличие язв кратерообразной формы с приподнятыми краями, с ярко-красным дном иногда покрыты серовато белым налетом. Наличие мелкоточечных кровоизлияний на слизистой оболочки щек по линии смыкания зубов, также наличия язв, с некротическим налетом. У некоторых пациентов отмечалось сухость полости рта, боль при приеме пищи, чувство жжения, снижения вкусовой чувствительности.

Распространенность заболевания слизистой оболочки полости рта у пациентов проживающих в городах.

Таблица 1

	Всего		С заболеваниями СОПР	Candidos СОПР	Плоский лишай	Глосит	Инфекц Забол.		Хр. Рец. герпес	Рец. Афтозн-Стомат	Хейлит	Лейкоплакия
							Туберкулез	ВИЧ				
1	2		3	4	5	6			8	9	10	11
	М	Ж										
2017	50	77	127	27	11	10	2	1	31	32	8	5
2018	69	100	169	28	18	16	2	1	43	41	11	9
2019	91	123	214	31	27	20	1	1	52	54	14	14
ИТОГО	210	300	510	86	56	46	5	3	126	127	33	28
%	41,2%	58,8%	100%	16,8%	11,0%	9,0%	1,0%	0,6%	24,7%	24,9%	6,5%	5,5%

Как видно из данных таблицы №1 распространенность СОПР имеет тенденция к росту. С годами анализируя данные по пораженности различными заболеваниями можно отметить, что наиболее чаще встречаются пациенты с рецидивирующим афтозным стоматитом (РАС) и рецидивирующим герпетическим стоматитом (РГС). Наибольший процент пораженности сельской местности и наличие инфекционных заболеваний, в частности проявления туберкулеза и ВИЧ инфекции на слизистой оболочки полости рта на низком уровне что объясняется, что данная категория пациентов первично обращается к основному специалисту. Поражаемость кандидозом и другими заболеваниями наиболее выражена у пациентов проживающих в сельской местности (таб. №2). При сравнительном анализе данных заболевания наиболее отчетливая разница видна по данным лейкоплакии и хейлита. Достоверной разницы по данным нашего исследования у пациентов городского и сельского населения не выявлено. Особенностью клинического течения данных заболеваний является 100% выявляемость при микробиологическом анализе

(взятие мазка на наличие грибка рода Candida) Клинические и лабораторные методы исследования дают основание считать, что под влиянием неблагоприятных местных и общих факторов и вследствие снижения местного и общего иммунитета, это вторичное присоединение грибковой инфекции.

Распространенность заболевания слизистой оболочки полости рта у пациентов проживающих в сельской местности.

Таблица 2

Годы												
	Всего		С забол. СОПР	Candidos СОПР	Плоский лишай	Глосит	Инфекц. Забол.		Хр. Рец.герпес	Рец. Афтозн Стомат.	хейлит	Лейкоплакия
							Туберкулез	ВИЧ				
1	2		3	4	5	6			8	9	10	11
	М	Ж										
2017	75	91	166	32	18	10	1	-	28	42	28	7
2018	85	118	203	38	23	16	1	-	31	51	31	12
2019	130	142	272	49	29	20	1	-	44	67	43	19
ИТОГО	290	351	641	119	70	46	3	-	103	160	102	38
%	45.2 %	54.8 %	100%	18.4%	11,0%	7,1%	0,5%	-	16,0%	25,0%	16,0%	6,0%

Распространенность кандидоза СОПР в зависимости от сопутствующей патологии и места жительства.

Таблица 3

		Количество пациентов	
		Города	Сельская местность
1	Несанированая полость рта		
2	Заболевание пародонта	370	430
3	Заболевание ЛОР органов	191	280
4	Заболевание ЖКТ	28	43
5	Заболевание печени	37	74
6	Заболевание почек	15	23
7	Сахарный диабет	112	211
8	Длительный прием антибиотиков	73	99
9	Гормональная терапия	15	23

Как видно из данных таблицы №3 сопутствующие заболевания наиболее выражены у пациентов проживающих в сельской местности. Так, если заболевания ЛОР органов в сельской местности в 1,4

раза больше чем пациентов проживающих в городских условиях, а заболевание печени в два раза больше. Заболевание ЖКТ на 15 пациентов больше у пациентов сельской местности чем в городах. Аналогичную тенденцию имеют и данные по сахарному диабету. Выявляемость заболевания пародонта у обследованных высока, хотя имеется разница по количеству пациентов между группами обследованных.

Таким образом, грибковое поражение СОПР вторична, поражаемость кандидозом СОПР наиболее выражена у пациентов, проживающих в сельской местности, хотя у пациентов живущих в городах данные аналогичны, но по некоторым показателям значительно меньше. Длительный прием антибиотиков и гормональных препаратов способствуют нарушению равновесии микрофлоры полости рта и активации гриба рода кандида. Для диагностики данных патологических процессов необходимо проведение не только клинических методов исследования но и дополнительных в частности бактериологическое исследование (соскоб налета с пораженной поверхности слизистой оболочки полости рта).

В результате проведенных комплексных микробиологических исследований мазков со слизистой оболочки полости рта были выявлены представители резидентной микрофлоры полости рта: условно-патогенные микроорганизмы, дрожжеподобные грибы рода Candida (Calbicans), лактобактерии, а также представители патогенной микрофлоры.

Вывод. Кандидоз не является первичным поражением полости рта. Наиболее часто выявляется кандидоз СОПР при сопутствующей патологии и длительном необоснованном применение антибиотиков. Проведенный анализ экологии биоценоза полости рта характеризуется перестройкой микрофлоры полости рта, что проявляется увеличением частоты встречаемости условно патогенных микроорганизмов дрожжеподобных грибов рода Candida.

Литература.

1) Л.А.Аксамит, А.А. Цветкова. Роль пробиотиков для полости рта в поддержании стоматологического здоровья. Ж – клиническая стоматология. 2014.№3- С. 18-20.
2) Г.М. Барер. Учебник терапевтическая стоматология заболевание слизистой оболочки полости рта. – с.256

3) Герасимова Л.П., Галимова И.А., и др. Экологическая значимость условно-патогенной микрофлоры в развитии воспалительных заболеваний пародонта. Ж - стоматология 2018г. № 6– С. 41-44.
4) И.М. Макеева и др. Факторы, отягощающие проявления ксеростомии. Ж.- стоматология №1 2017- С. 25-27
5) О.А. Чепуркова М.Г. Чеснокова В.Б. Недосеко. Выбор антимикотических препаратов, используемых в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита, осложненного дрожжеподобными грибами рода Candida spp. Ж. клиническая стоматология 2008, №1- С. 33-35

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПАРОДОНТА В ДИНАМИКЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА

Абдурахманов А.И., Салихова М.М., Шихнабиева Э.Д., Джанбулатов М.А., Кишев М.М., Салихова С.Р., Акаев М.А.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС ИДПО
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.

Хронический генерализованный пародонтит является широко распространённым заболеванием. Заболевание имеет не только медицинскую, но и социальную значимость, в связи с высоким уровнем заболеваемости, тяжестью течения и негативного влияния на другие органы и системы организма [1]. В настоящее время, нарушение микроциркуляторного русла органов и тканей выдвинулись в ряд важнейших проблем экспериментальной и клинической медицины, в том числе и пародонтологии. Микроциркуляторное русло играет ключевую роль в трофическом обеспечении тканей и компенсаторных процессах при развитии как воспалительных, так и ишемических поражений тканей пародонта [2,3,4].

Целью исследования - оценка регионарного кровотока в тканях пародонта в динамике комплексного лечения пародонтита.

Материалы и методы исследования. Нами проведено обследование и лечение 135 пациентов пародонтитом. Из них 80 женщин (59,2%) и 55 мужчин (40,8%). Им проводилось лечение по стандартной схеме, которое заключалось в обучении гигиене полости рта, проведение профессиональной гигиены, противовоспалительного лечения,

применялись хирургические (кюретаж, открытый кюретаж), также ортодонтические и ортопедические методы лечения по показаниям.

Состояние кровотока в тканях пародонта оценивали методом реографии. Измерение проводили с помощью тетраполярного реоплетизмографа РПГ-203, самописца «Н-338-4П», усилителя биопотенциалов, УБП-104 с одномоментной регистрацией ЭКГ во втором стандартном отведении.

Оценку РПГ осуществляли по визуальной характеристики реографической кривой по методике А.А. Прохончукова. Критериями оценки служили величины: реографический индекс (РИ), показатель тонуса сосудов (ПТС), индекс эластичности (ИЭ), индекс периферического сопротивления (ИПС).

Результаты исследования. Данные реопародонтографии у пациентов пародонтитом представлено в таблице 1. Количественная характеристика реографических показателей до лечения выявила ряд отклонений от нормы: увеличение РИ, ПТС, ИПС. РИ был 0,11±0,02 на верхней челюсти и 0,13±0,04 – на нижней челюсти.

Повышение тонического напряжения сосудов отмечали в тканях пародонта на верхней челюсти 25,25±3,77 и 25,56±4,32 – на нижней челюсти.

До лечения отмечалась тенденция к снижению индекса эластичности сосудов у пациентов. ИЭ на верхней челюсти составил 67,68±5,74 и 63,97±6,86 – на нижней челюсти.

Наиболее заметную разницу отмечали по сравнению с нормой в значение ИПС, средний показатель которого на РПГ нижней челюсти был повышен на 45% по сравнению с нормой. Это свидетельствует о глубоких изменениях в сосудах пародонта и, особенно в области нижней челюсти, возможно по типу артериало-склеротических изменений. Количественная характеристика реографических показателей нашла свое подтверждение в визуальной характеристике реограмм: сглаженная вершина и дикротическая волна, изменения в восходящей части РПГ.

В результате проведенного курса лечения РИ снизился на 0,02 – на верхней и нижней челюстях. Это свидетельствует об улучшении кровотока в пародонте. Тенденция к снижению РИ сохраняется в течение 6 месяцев, но достоверной разницы по отношению к исходным данным до лечения не выявлено.

При визуальной характеристике реограмм через 12 месяцев амплитуда пульсовых колебаний уменьшается, но она не дает абсолют-

ных значений для характеристики интенсивности кровотока, отсутствие линейной зависимости между ними отмечалось ранее (4).

В течение первых 6 месяцев после лечения ПТС имеет тенденцию к снижению. Через 6 месяцев его значение приблизилось к норме. Через 12 месяцев после комплексного лечения отмечается дальнейшая тенденция к улучшению данного показателя.

Положительные изменения после комплексного лечения выявлены и по данным индекса эластичности. В течение первых шести месяцев после лечения тенденция к возрастанию этого показателя. В этот срок выявлена тенденция к нормализации средней величины ИЭ.

Тенденция к нормализации ИЭ выявлена через 12 месяцев. Через 24 месяца после лечения отмечается тенденция к снижению ИЭ, разница не достоверна по отношению к исходным показателям.

Соответственно выявлялись высокие значения ИПС у пациентов пародонтитом до лечения и более выраженное увеличение его для тканей нижней челюсти, характеризующий замедленный кровоток. Сразу после лечения среднее значение ИПС увеличивается. К 12 месяцам после лечения показатели ИПС были больше, чем через 6 месяцев, но ниже исходных. Разница средних показателей ИПС достоверна в этот срок для нижней челюсти. Этот факт мы объясняем более значительными изменениями в клинической картине течения пародонтита на нижней челюсти. Через 24 месяца у больных отмечен рост значений ИПС, но средние показатели остаются значительно меньше исходных.

Данные реопародонтограммы (РПГ) у пациентов с пародонтитом, до и после комплексного лечения

Таблица1

Показатели РПГ	До лечения	Сразу после лечения	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев	Через 24 месяца
РИ -верхняя челюсть -нижняя челюсть	 0,11±0,02 0,13±0,04	 0,09±0,02 0,09±0,01	 0,06±0,04 0,07±0,02	 0,14±0,01 0,10±0,04	 0,16±0,04 0,16±0,05
ПТС -верхняя челюсть -нижняя челюсть	 25,25±3,77 25,56±4,32	 28,25±1,14 28,49±1,74	 20,85±1,35 19,85±0,95	 20,28±0,9 19,57±1,21	 22,90±1,27 22,41±1,71
ИЭ -верхняя челюсть -нижняя челюсть	 67,68±5,74 63,97±6,86	 58,89±7,06 57,69±2,65	 79±1,98 79,42±2,03	 75,71±2,03 70±3,97	 64,18±3,1 69,2±1,37
ИПС-верхняя челюсть -нижняя челюсть	 08,57±13,3 125,19±9,65	 113,12 ±3,2 126,62±3,86	 99,64±2,23 96,21±2,66	 102,45±7,07 102,03±1,15	 104,14±3,30 110,92±6,3

Таким образом, комплексное лечение улучшает кровоток в пародонте, однако положительные сдвиги по данным РПГ не являются существенными. Разница показателей после лечения лучше, чем исходные, но при сопоставлении статистической значимости, за редким исключением, не приобретает. При этом, обращают на себя внимания те обстоятельства, что по ряду показателей РПГ состояние кровотока в пародонте после комплексного лечения лучше, что согласуется и с клиническими данными.

Литература

1) Грудянов А.И., Журнал стоматология №1, 2017г. С.4-6
2) Зюлькина Л.А., Сабаева М.Н., Микроциркуляция пародонта. Причины нарушения и механизмы их коррекции. «Современные проблемы науки и образования. №2. М., 2017г.
3) Кречина Е.К., Смирнова Т.М., «Современные подходы к оценке показателей микродинамики в тканях пародонта». Журнал стоматологии №1. М., 2017г. - с. 28-32
4) Щербаков А.С., Рудакова Ю.А., Журнал стоматологии №1. М., 2015г. с. 40-44.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ «ФАКТОРА БЕРЕМЕННОСТИ» НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ ЗУБОВ

З.Б. Алиева, Е.А.Брагин, Б.Р. Бахмудов, М.Б.Бахмудов.

Стоматологическая поликлиника, женская консультация ЦГБ, Дербент,
Кафедра ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО «Ставропольский медицинский государственный университет» Минздрава России, Ставрополь

Согласно имеющимся в специальной литературе сведениям во все времена, как у нас, так и за рубежом, определённая часть исследователей не признают влияние фактора беременности на рост заболеваемости кариесом. Эти авторы увеличение заболеваемости при беременности объясняли возрастным либо годовым приростом кариеса, или же результатом влияния сопутствующей беременности экстрагенитальной патологии [1-4].

Очень наглядно по этому поводу профессор Е В. Удовицкая в своей монографии «Эндокринологические аспекты стоматологии» в качестве примера приводит противоположные мнения исследовате-

лей, где пишет об этом следующим образом: «Можно назвать крайние мнения по этому вопросу: от очень низкой частоты кариеса зубов у беременных (Ziskin, 1936) – при обследовании 599 беременных кариес зубов обнаружен лишь у 205 (т.е. реже, чем у небеременных) – до очень высокой (Buhs, 1959) – в 16 раз чаще, чем в контроле»

Для установления влияния фактора беременности на заболеваемость кариесом нами были проведены исследования среди беременных разного возраста (от 15 до 34 лет), с разным акушерско-гинекологическим анамнезом и неодинаковой исходной кариесрезистентностью твёрдых тканей зубов.

Материал и методы. Под наблюдением в течение 1 года находились 173 беременные, распределенные в зависимости от возраста, акушерско-гинекологического и стоматологического статуса в 3 основные группы.

В 1-ю основную группу включили 62 юных первородящих в возрасте до 17 лет, во 2-ю – 48 возрастных первородящих в возрасте 30-34 года, в 3-ю – 63 первородящих в возрасте от 17 до 24 лет с исходным значением КПУ = 0.

Необходимыми условиями включения беременных в основные группы были: ранний срок беременности (до 6-8 недель), первая беременность и отсутствие тяжёлых общих заболеваний, сопутствующих беременности. Кроме того, в 1-й и во 2-й группах при первичном обследовании полость рта была санирована, что позволяло кариозные полости, выявленные при последующих осмотрах, считать возникшими за время беременности.

В контрольные группы сравнения включили 152 женщины, у которых в анамнезе никогда беременности не было. 4-я группа объединяла 60 лиц в возрасте 16-17 лет, 5-я – 42 женщины в возрасте 30-34 года и 6-я – 50 женщин в возрасте от 17 до 24 лет с исходным КПУ = 0.

Для изучения динамики стоматологического статуса при первичном обследовании беременных заполняли специально разработанную «Карту осмотра полости рта беременной», 2-й осмотр проводили на 38-40 неделе беременности и 3-й осмотр – через 3 месяца после родов. В контрольных группах после первичного осмотра 2-й осмотр проводили через 9 месяцев (срок, соответствующий периоду гестации) и 3 осмотр – через 1 год после первичного обследования.

Результаты исследования обработаны математически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Результаты сравнительной оценки исходных показателей пораженности кариесом в основных и соответствующих контрольных группах показали отсутствие между ними достоверной разницы (таблица 1).

Так в 1-й группе у юных первородящих исходное значение интенсивности кариеса составляла 4,04±0,26, а в контрольной 4-й группе – 4,01±0,26 (P>0,05). Во 2-й группе у возрастных первородящих и в 5-й контрольной группе в начале обследования показатели КПУ соответствовали значениям: 7,40±0,39 и 7,45±0,42(P>0,05).

Таблица 1. Характеристика наблюдаемых групп по исходному уровню пораженности кариесом (по $КПУ_з$)

Состояние полости рта при первичном обследовании						Статистический показатель
Основные группы			Контрольные группы			
№ группы	Число лиц	Исходное значение $КПУ_з$	№ группы	Число лиц	Исходное значение $КПУ_з$	Значение P
1-я	62	4,04±0,26	4-я	60	4,01±0,26	P>0,05
2-я	48	7,40±0,39	5-я	42	7,45±0,42	P>0,05
3-я	63	0	6-я	50	0	-

В 3-й опытной и 6-й контрольной группах наблюдались женщины со здоровой полостью рта, т.е. в обеих группах в начале обследования исходное значение КПУ было равно нулю.

Данные прироста заболеваемости кариесом (по индексу $КПУ_з$) у беременных женщин за весь срок беременности и у лиц контрольных групп за 9 месяцев наблюдения (срок, равный продолжительности беременности) представлены в таблице 2.

Таблица 2. Заболеваемость кариесом зубов у женщин основных и контрольных групп за 9 месяцев наблюдения

Основные группы			Контрольные группы			Значение P
№ групп	Прирост интенсивности кариеса по $КПУ_з$		№ групп	Прирост интенсивности кариеса по $КПУ_з$		
	Абс.	В среднем На 1-го обследованного		Абс.	В среднем на 1-го обследованного	
1-я	55	0,89±0,12	4-я	21	0,35±0,08	P<0,001
2-я	35	0,73±0,12	5-я	7	0,17±0,06	P<0,001
3-я	9	0,14±0,04	6-я	1	0,02±0,02	P<0,001

По результатам обследования в 1-й группе у юных беременных за период гестации, т.е. за 9 месяцев наблюдения было выявлено 55 вновь пораженных кариесом зубов – прирост $КПУ_з$ составил 0,89±0,12. В группе сравнения (4-я группа) за аналогичный период времени (9 месяцев) были диагностированы новые случаи кариеса в 21 зубе и соответственно прирост кариеса равнялся 0,35±0,08, что достоверно меньше чем в 1-й группе (P<0,001).

Во 2-й группе у 48 возрастных первобеременных за 9 месяцев наблюдения было выявлено 35 новых случая кариеса, тогда как в 5-й контрольной группе у 42 женщин за такой же срок наблюдения всего 7 случаев. Соответственно за этот период наблюдения показатель прироста заболеваемости кариесом во 2-й группе равнялся 0,73±0,12 и он был достоверно больше аналогичного показателя контрольной 5-й группы, который составил 0,17±0,06 (P<0,001).

В 3-й группе у 63 взятых на учёт беременных с изначально здоровой полостью рта к концу гестации было выявлено у 9-ти из них по 1 кариозному зубу, т.е. прирост заболеваемости и показатель $КПУ_з$ равнялся 0,14±0,04.

В 6-й группе сравнения у 50 наблюдавшихся женщин за 9 месяцев наблюдения только у одной женщины был выявлен кариес: значение $КПУ_з$ и заболеваемость кариесом в этой группе равнялась 0,02±0,01, что значительно меньше, чем в 3-й группе (P<0,001).

Показатели заболеваемости кариесом у женщин послеродовом периоде также оставались значительно выше, о чем свидетельствуют данные, полученные при обследовании женщин основных и контрольных групп, за 1 год наблюдения (таблица 3).

Таблица 3. Заболеваемости кариесом зубов у женщин основных и контрольных групп за 1 год (12 месяцев) наблюдения

Основные группы			Контрольные группы			Значение P
№ группы	Прирост интенсивности кариеса по $КПУ_з$		№ группы	Прирост интенсивности кариеса по $КПУ_з$		
	Абс.	В среднем на 1-го обследованного		Абс.	В среднем на 1-го обследованного	
1-я	100	1,62±0,16	4-я	29	0,48±0,09	P<0,001
2-я	66	1,38±0,17	5-я	10	0,24±0,08	P<0,001
3-я	16	0,25±0,06	6-я	3	0,06±0,03	P<0,001

Так, в целом за 1 год наблюдения в 1-й группе у юных первородящих заболеваемость кариесом равнялась 1,62±0,16, что достоверно больше аналогичного показателя контрольной 4-й группы – 0,48±0,09 (P<0,001).

Другими словами, в 1-й группе у 62 юных беременных за 1 год наблюдения новые случаи кариеса были выявлены в 100-х ранее интактных зубах, тогда как в 4-й группе сравнения у 60 лиц за аналогичный срок наблюдения кариес был диагностирован только в 29 зубах.

Во 2-й группе у возрастных первобеременных и у женщин соответствующей 5-й контрольной группы за 1 год наблюдения показатели заболеваемости кариесом также значительно отличались, соответствуя значениям 1,38±0,17 и 0,24±0,08 (P<0,001).

У беременных женщин 3-й группы с изначально здоровой полостью рта и женщин контрольной 6-й группы показатели заболеваемости кариесом при очередном обследовании за 1 год наблюдения тоже достоверно отличались и соответствовали значениям – в 3-й группе 0,25±0,006 и в 6-группе 0,06±0,03 (P<0,001).

Иными словами, за 1 год наблюдения в 3-й группе из 63 первобеременных женщин с изначально здоровой полостью рта у 16 был диагностирован кариес зубов, а в контрольной 6-й группе за такой же период времени у взятых под наблюдение 50 небеременных женщин кариес обнаружен только у 3 женщин.

Таким образом, полученные в ходе этого исследования данные позволяют сделать следующие выводы:

1.Заболеваемость кариесом за период беременности независимо от возраста и исходной кариесрезистентности твердых тканей зубов значительно возрастает.

2. После родов у женщин тенденция повышенного прироста интенсивности кариеса сохраняется, что приводит к ещё более достоверному увеличению заболеваемости кариесом за 1 год наблюдения.

Литература

1. Беляков, Ю.А. Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях. Ю.А.Беляков. – М.: БИНОМ, 2014. – 174с.
2.Булгаков, В.С. Некоторые результаты обследования состояния зубных тканей (индекса КПУ) у женщин с патологией беременности (этап 1). /С.В. Булгаков, С.А.Теодорович // Вестник РУДН. Серия медицина. – 2004. – №1. – 91-95.

3. Исследование влияния беременности на состояние твёрдых тканей зубов у женщин./ В.С.Булгаков [и др.] // Вестник РУДН. Серия Медицина – 2007. – №1. – С.57- 62.
4. Leon, G.R. Relacion entre la prevalencia de caries dental y embarazo / G.R. Leon, R.G.Garcia, R.R.Guerrero.// Reviste de la Asociacion Dental Mexicans. – 2002. –Vol. 59. – № 1. – P.5-9.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИОДОНТИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОСАЖДЕННЫХ ФИТОНЦИДОВ.

Муртазалиев Г-М. Г., Абдулатипов Б.Г., Муртазалиева П.Г.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС ИДПО
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.

В эндодонтическом лечении значительное место занимает антисептическая обработка корневых каналов. Удаление инфицированного дентина из корневого канала и умелое воздействие на микрофлору дентинных трубочек является одним из условий достижения хороших результатов лечения.

Для достижения этих целей используется большой арсенал антибиотиков, антисептиков, ферментов. Они показывают хорошие результаты лечения, но имеют один недостаток – микрофлора корневого канала имеет тенденцию к быстрому привыканию к этим веществам. Ферменты трудно сохранять из-за того, что они разлагаются.

Нами для антисептической обработки корневых каналов использованы фитонциды. Получали мы их путем осаждения и свободного обогащения. Методы эти разработаны совместно с научно-исследовательским институтом питательных сред и получили одобрение их ученого совета.

Луковица чеснока содержит 0,2-0,3%, морковь 0,4-0,3% эфирного масла (аллицин). Под влиянием фермента аллициназы, находящегося в тканях чеснока, при измельчении выделяется аллицин в виде специфического фитонцидно-чесночного вещества. Аллицин обладает специфическим запахом и оказывает сильное бактерицидное действие (задерживает рост бактерий уже в разведении 1:12500), к нему нет привыканий, и он легко осаждается в физрастворе.

Методика осаждения фитонцидов заключалась в следующем: мы брали 100 гр. свежего чеснока, *после* снятия кожуры пластмассовым или деревянным ножом толкли в деревянной ступке, полученную мас-

су накладывали на борта заранее простерилизованной фарфоровой тарелки, в центре которой лежала стерильная чашка Петри с 10-15 мл. стерильного физраствора. Тарелку ставили на стекло и сверху накрывали стерильным стеклянным колоколом, а стык колокола со стеклом заливали растительным маслом.

По истечении 24-48 часов физиологический раствор заливали в темный стерильный стеклянный флакон с притертой пробкой. Содержимое флакона использовали в течение одной смены, так, чтобы в растворе содержание фитонцидов было не менее 1:12500.

Для методики свободного обогащения нами разработан и предложен ингалятор, который состоит из 2-х резервуаров, скрученных между собой. Во втором резервуаре по центру расположен мешочек из шелковой или хлопчатобумажной нити, в которую накладывали 50-100 гр. растолченного чеснока. За 24-48 часов воздух резервуаров насыщался фитонцидами максимально. На это устройство получено удостоверение отраслевого рацпредложения О 347 г от 2014 года.

С помощью компрессора бормашины обогащенный фитонцидами воздух из первого резервуара закачивался в корневой канал. Чтобы воздух подавался тоненькой струей и не травмировал ткань периодонта, использовали иглу от эндодонтического шприца. По мере снижения концентрации фитонцидов в воздухе первого резервуара струю направляли через чесночную массу и второй резервуар, где сохранялось еще достаточно большое количество фитонцидов.

Таким образом, воздух, проходя через весь ингалятор, обогащался фитонцидами и поступал в корневой канал, тем самым высушивал корневой канал и бактерицидно влиял на микрофлору в нем. Пересыхание и антисептическое воздействие приводило к резкому снижению экссудата в корневом канале и скорейшему купированию воспалительного процесса в периодонте. Впрыскивание смеси проводили прерывисто, с экспозицией не более 1 минуты 4-5 кратно за одно посещение, после чего при отсутствии экссудации и клинических проявлений воспаления, канал пломбировали. В тех случаях, когда имелась выраженная экссудация, в канал вводили бумажный штифт, смоченный физраствором с осажденными фитонцидами и закрывали дентином. Через сутки процедуру повторяли и дальнейшее лечение проводили индивидуально, в зависимости от клинической картины.

Показаниями к применению этого метода являются острый апикальный и хронический обострившийся периодонтиты.

Преимуществом данного способа является отсутствие аллергических реакций со стороны организма, привыкания микрофлоры кор-

невого канала к фитонцидам, сравнительно легкая методика проведения обработки корневых каналов.

Недостатком данного метода является сложность получения фитонцидов, контроль дозировки содержания их в растворе и в воздухе, наличие чесночного запаха в кабинете.

Полученные клинические результаты после лечения 168 пациентов с острым апикальным периодонтитом, 66 пациентов с обострившимся хроническим периодонтитом позволили нам рекомендовать этот метод для антисептической обработки корневых каналов.

ПОЛИОКСДОНИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦЕДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ

Салихова М.М., Джамбулатов М.А., Шихнабиева Э.Д., Штанчаева М.Н., Магдиев Р.Т., Шахбанов К.Х., Беругова Э.А., Магомедов А.З.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.

Сложность лечения рецидивирующего афтозного стоматита (РАС) связана с нерешенностью ряда вопросов этиологии и патогенеза заболевания. В последние годы накапливается все больше сведений о ключевой роли иммунной системы в развитии хронических патологических процессов в полости рта. Клинико-лабораторными исследованиями многих авторов установлены нарушения иммунологического статуса местного и общего характера у пациентов с РАС, коррелирующее с тяжестью клинических проявлений. [3,5] Ранее применяли препараты регулирующие иммунологический статус (Т-активин, левомизол, кематан, диуцифон) при лечении РАС. [4]

По литературным данным, иммуномодулирующими, детоксикационными, антибактериальными свойствами обладает препарат «Полиоксидоний». Это высокомолекулярный, химически чистый иммуномодулятор последнего поколения российского производства. Иммуномодулирующий эффект препарата состоит в его способности активировать клетки моноцитарно макрофагальной системы. Эта система ведет к повышению миграции нейтрофилов в воспалительный очаг, усилению действия лизосомальных ферментов, повышению способности фагоцитов поглощать и активно лизировать микробы в ре-

зультате стимуляции иммунитета, усиливая таким образом способность к образованию антител. [1,2]

Цель исследования – определение терапевтической эффективности препарата «Полиоксидоний» при лечении пациентов с рецидивирующим афтозным стоматитом и влияния этого препарата на состояние их клеточного и гуморального иммунитета.

Материал и методика. Под нашим наблюдением находилось 120 пациентов (43 мужчин и 77 женщин) 25-55 лет, страдающих перманентно текущими формами РАС. Фибринозная форма заболевания диагностирована у 62 пациентов, рубцующийся у 45, некротическая- у 13. Все пациенты обратились в Республиканскую стоматологическую поликлинику в стадии обострения заболевания. Длительность заболевания составляла от 5 до 15 лет, сроки эпителизации патологических элементов при фибринозной форме РАС – 15 дней, при рубцующейся –30-45 дней, при некротической форме – от 10 до 14.

Большинство пациентов с РАС имели сопутствующие заболевания (хронический гастрит, колит, холецистит, железодефицитную анемию). Пациенты, поступившие в РСП, ранее получали общую и местную терапию (витамины, гистаглобулин, солкосерил в/м, мазевые аппликации и пр.), однако обострения заболевания продолжались с прежней частотой.

Полиоксидоний вводили внутримышечно по 6 мг через день 5 инъекций, следующие 5 инъекций через 2 дня. Местно назначали полоскания 0,05% хлоргексидином 2 раза в день в течение 7 дн., данное полоскание чередовали с полосканием раствором ОКИ 2 раза в день в течение недели. Аппликационно местно применяли асепта-гель 2 раза в день в течение 7-14 дней. Состояние гуморального и клеточного иммунитета изучали путем определения в сыворотке крови концентрации основных классов (G,A и M). Клиническими критериями оценки эффективности лечения пациентов РАС служили сроки эпителизации патологических элементов на слизистой рта, продолжительность ремиссий и ликвидация клинических признаков болезни.

Результаты исследования. В ходе клинического наблюдения за состоянием пациентов с РАС позволило установить терапевтический эффект у большинства из них при лечении полиоксидонием. Наиболее благоприятные клинико-лабораторные результаты отмечены в 57 случаях. Клинически это выражалось в сокращении сроков заживления патологических элементов на слизистой полости рта. У 30 паци-

ентов отмечалось клиническое выздоровление, но после прекращения выполнения рекомендаций наступило обострение заболевания, хотя и в более легкой форме. Результаты отдаленного наблюдения позволили констатировать длительную ремиссию (от 1 до 1,5 года), у 17 пациентов с фибринозной формой стоматита, до 6 месяцев – у 11 пациентов; перманентное течение заболевания было прервано у 16 пациентов с рубцующейся формой (зафиксированы ремиссии продолжительностью от 1 до 3 мес.). Более легкое течение заболевания (при прежней частоте рецидивов) выявлено у 16 пациентов с фибринозной формой стоматита: элементы поражения были меньшего размера и менее болезненны. Не отмечено изменений после лечения у 6 пациентов.

При иммунологическом обследовании до лечения полиоксидонием выявлено разной степени повышение сывороточного содержания IgG при всех формах стоматита (таб.№1). Наиболее высокий уровень IgG отмечался при фибринозной форме (особенно на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта) – в 2-2,5 раза выше такого у здоровых лиц. Существенно повышенная концентрация IgA (более чем в 2 раза) наблюдалась у пациентов с рубцующейся формой РАС независимо от сопутствующей патологии. У пациентов с некротической формой на фоне повышенной концентрации IgG содержание IgA и особенно IgM было существенно ниже, чем у здоровых людей. Приведенные данные свидетельствуют об определенных различиях в характере гуморальных иммунологических реакций при разных клинических формах стоматита.

После завершения лечения показатели гуморального иммунитета изменились: снизилась концентрация IgG у пациентов всех групп. Заметно снизилось количество IgG при фибринозной форме РАС, количество IgA приблизилось к норме у лиц с рубцующейся формой стоматита и резко возросло у пациентов с фибринозной формой РАС, что может быть связано с переключением иммунного ответа с IgG на IgA. При некротической форме незначительное увеличение IgA и IgM, в то же время IgG снизился в 2 раза.

Таблица 1. Концентрация сывороточных иммуноглобулинов у пациентов РАС до и после применения полиоксидония

Форма	Концентрация иммуноглобулинов в сыворотке крови (г/л)			
	IgG	IgA	IgM	
Фибринозная РАС	11,04±0,97	0,49±0,12	0,33±0,03	До
	5,52±0,6	0,84±0,1	0,17±0,04	После

Рубцующаяся РАС	7,62±0,3	1,47±0,4	0,19±0,038	До
	4,09±0,4	0,68±0,06	0,08±0,02	После
Некротическая РАС	6,98±0,7	0,23±0,07	0,09±0,031	До
	3,02±0,5	0,29±0,03	0,12±0,013	После
Норма	5,5-13,5	0,7-3,15	0,55-3,5	

Таким образом, анализируя состояние иммунной защиты после лечения у наблюдаемых групп пациентов, можно отметить, что наиболее благоприятное воздействие используемый комплекс терапевтических мероприятий с включением в него полиоксидония оказал на лиц с фибринозной и рубцующейся формами стоматита.

Вывод. Проведенные клинико-лабораторные исследования позволили установить, что иммунокорригирующий препарат «Полиоксидоний» достаточно эффективен в терапии пациентов с перманентно текущими формами РАС. Применение препарата позволяет сократить сроки эпителизации патологических элементов на слизистой полости рта, прервать перманентное течение заболевания, увеличить продолжительность ремиссий и в ряде случаев – привести к клиническому выздоровлению. Назначение полиоксидония, так же, как и других иммуномодуляторов (как средства выбора – у пациентов РАС), показано при наличии иммунологической недостаточности и возможности лабораторного контроля иммунологических реакций.

Литература:

1. Алетдинова С.М., Герасимова Л.П., Валеева Г.Р. «Применение препарата полиоксидоний при лечении хронических апикальных периодонтитов в стади обострения» Уфа 2012г. 32с.
2. Некрасов А.В., Пучкова Н.Г., Иванова А.С. «Химические аспекты создания полиоксидония» ГНЦ «Институт иммунологии ФМБА России», Москва
3. Страхова С.Ю., Дроботько Л.Н. «Хронический рецидивирующий афтозный стоматит» «РМЖ» 2006. №29 -2096с.
4. Шульженко А.Е., Зуйкова И.Н. «Подходы к иммунотерапии рецидивирующего простого герпеса» Институт иммунологии ФМБА России, М.2010-С.10-15
5. Шевченко Е.А., Решетина М.В. «Разработка новой схемы патогенетической терапии хронического рецедевирующего афтозного стоматита» Ж. Современные проблемы науки и образования. 2016. – № 4. С.7

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДРЕНИРУЮЩИХ СЕРЕБРЯНЫХ ШТИФТОВ С МАНДРЕНОЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТОВ.

Муртазалиев Г.-М. Г., Абдулатипов Б.Г., Муртазалиева П.Г.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС ИДПО
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.

Пломбирование каналов является одним из этапов эндодонтического лечения. Надежная обтурация апикального отверстия и максимальное снижение усадки корневой пломбы-вот основные проблемы, которые нужно решать для достижения успехов в лечении осложненного кариеса. Наиболее полно эти проблемы решаются применением для пломбирования корневых каналов гуттаперчевых штифтов с силером. Основная функция штифта заключается в максимальном снижении усадки пломбировочного материала и плотной обтурации апикального отверстия.

Конечно, добиться пломбирования канала точно до уровня верхушечного отверстия совсем непросто. Незначительный выход пломбировочного материала за апикальное отверстие, как показали клинические наблюдения (В.С. Иванов, Г.Д. Овруцкий, 1984 г.) не сопровождается серьезными осложнениями. Однако, следует считать ошибкой стремление некоторых врачей намеренно выводить пломбировочный материал в околоверхушечную область или даже заполнять им очаг деструкции костной ткани. Последнее может вызвать обострение хронического процесса в периапикальной ткани. В таких случаях каналы распломбируются, а в большинстве случаев, из-за несостоятельности специалистов, зубы приходиться удалять.

Для снижения процента неудачного лечения нами предложен штифт, состоящий из двух частей: конусной формы полой серебряной трубочки и мандрены. Внутренняя поверхность трубочки и наружная поверхность мандрены идентичны и не имеют ни малейшей щели. Мандрена имеет головку в виде усеченного конуса. Учитывая то, что диаметр апикального отверстия в среднем составляет 0,21 – 0,22 мм, апикальный конец мандрены изготавливается четырех размеров (018; 020; 0,22; 0,24 мм), а головной конец на 0,3 – 0,5 мм больше апикального диметра.

Показано применение этих штифтов при лечении острых периодонтитов с обильным непрекращающимся выделением экссудата, при обострившихся хронических периодонтитах с гнойным выделением, при не выдерживании герметизма.

Методика пломбирования заключалась в следующем: после расширения канала с использованием техники Crown Down до 0.45-0.50 размера и медикаментозной обработки в первое же посещение подбирали штифт, пломбировали канал и делали контрольную рентгенографию. Основным требованием являлось то, чтобы апикальная часть штифта была короче длины канала на 0,5 – 1,0 мм, а головная часть находилась на уровне режущей или жевательной поверхности. Канал пломбировали по общеизвестной методике, полость зуба заполняли постоянным прокладочным материалом до эмалево-дентинной границы. После затвердевания материала в канале и полости зуба мандрену удаляли, медикаментозное лечение периодонта проводили через канал штифта. После прекращения выделения экссудата из корневого канала на вторые или третьи сутки, тело мандрены обволакивали гвоздичным маслом, на кончик брали пасту эндометазона и вставляли на место. Полость допломбировывали постоянным пломбировочным материалом. При необходимости, высверлив пломбу, мандрену можно свободно удалить, а трубка останется зацементированной, доступ до периапикальных тканей откроется при необходимости проведения повторного лечения. Применение этих штифтов значительно снизило процент удаленных зубов после обострения процессов.

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

ОБ ИММУНИТЕТЕ ПОЛОСТИ РТА И КАРИЕС ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ПРИ НЕОДИНАКОВЫХ СРОКАХ ИХ ПРОРЕЗЫВАНИЯ У ДЕТЕЙ.

Кажлаев Ю.Н.

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.

Актуальность исследования. Выдвижение проблемы профилактики как основной в стоматологии предопределяется высокой заболеваемостью кариесом детского населения (Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н., 2006, Сунцов В.Г. с соавт., 2009 и др.) и приоритетность этого вектора на практике приобретает особую значимость в определенные периоды, в частности-прорезывания и минерализации зубов постоянного прикуса, незавершенность которой является фактором повышенного риска развития кариозного процесса (Сунцов В.Г., 1986, Жорова Т.Н., 1989, Кисельникова Л.П., 1996, Иванова Г.Г., 1997).

Ни один из существующих на сегодняшний день широкого спектра различных средств и методов профилактики кариеса зубов не гарантирует полное его предупреждение (Сарап Л.Р., 2012). Поэтому весьма актуальным представляется повышение эффективности кариеспрофилактических мероприятий с учетом индивидуализации рисков возникновения этого процесса (Горбунова И.Л., Михейкина Н.И., 2015).

Известны многочисленные экспериментальные и клинико-лабораторные доказательства существования зависимости возникновения и развития кариеса зубов от состояния иммунной системы, в частности, местного иммунитета полости рта, уровень которого определяется ,главным образом, содержанием в слюне секреторного иммуноглобулина А и активностью лизоцима (Овруцкий Г.Д., Леонтьев В.К., 1986, Боровский Е.В., Леонтьев В.К., 1994, Хазанова Б.В., 1995, Иощенко Е.С.,2010, Гилязева В.В., 2012, Китаева Е.В,2014, Лагода Л.С. с соавт, 2018).

В свете имеющихся данных о том, что одним из факторов, имеющих немаловажное значение в степени поражаемости зубов кариесом, является срок их прорезывания (Виноградова Т.Ф., 1988, Сайфуллина Х.М., 1998, Сунцов В.Г.,2009, Терехова Т.Н. с соавт,. 2011, Громова

С.Н. с соавт.,2017, Каськова Л.Ф. с соавт., 2017), представляется небезинтересным изучение состояния местного иммунитета полости рта и пораженности кариесом первых постоянных моляров при различных сроках их прорезывания у детей.

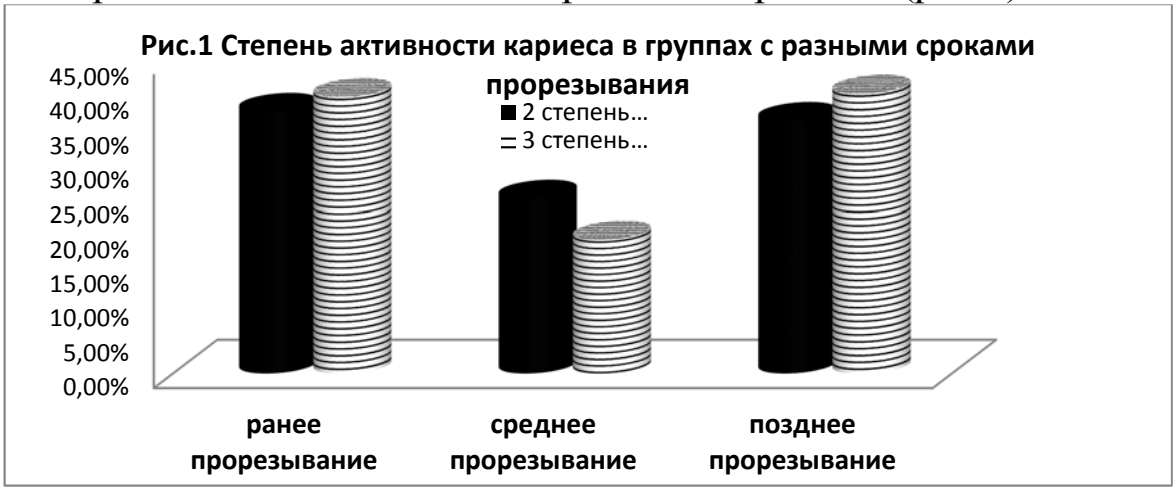
Материал и методика. Проведено клинико-лабораторное обследование 445 детей в возрасте от 5 до 8 лет, разделенных на три группы в зависимости от сроков прорезывания первых постоянных моляров. Первую группу составили 151 ребенок с ранним прорезыванием зубов, вторую-190 детей со средними сроками прорезывания, в третью вошли 104 ребенка с поздним прорезыванием зубов.

У детей оценивали пораженность кариесом путем определения распространенности и интенсивности кариеса по индексу КПУ зубов и КПУ полостей, а также степени активности в соответствии с методикой Т.Ф.Виноградовой (1988).

Уровень местного иммунитета полости рта у детей оценивали путем определения содержания секреторного иммуноглобулина А (S-IgA) в слюне методом простой радиальной иммунодиффузии по Mancini et al. (1965) и активности лизоцима смешанной слюны по В.Г. Дорофейчук (1968). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы «Microsoft Excel 2010», «Statistika 6.0» и включала определение средней арифметической (M), величины средней ошибки (м), коэффициента парной корреляции r, оценку достоверности различий по Стьюденту (t).При оценке достоверности различий использовалось значение $p<0,05$.

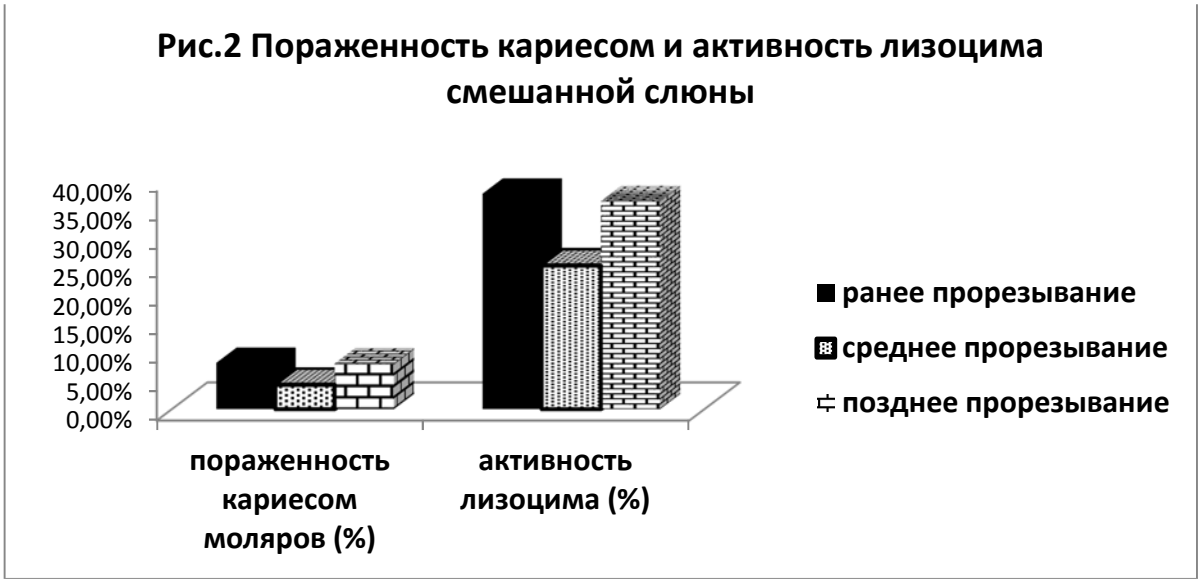
Результаты исследования. Проведенное исследование позволило обнаружить неодинаковый уровень пораженности кариесом зубов и местного иммунитета полости рта у детей с различными сроками прорезывания. Так, в группе детей со средними сроками прорезывания пораженность кариесом первых постоянных моляров (4,28$\pm$0,82%) оказалась существенно более низкой, чем в группах детей с ранним (8,13$\pm$1,28%) и поздним прорезыванием (8,0$\pm$1,71%, соответственно $P< 0,05$, $P <0,05$). При этом в группе детей с ранним прорезыванием постоянных моляров КПУз (0,25$\pm$0,01) были достоверно более высокими по сравнению с таковыми в группах детей со средним и поздним прорезыванием (соответственно, 0,13$\pm$0,02, $p< 0,001$. 0,19$\pm$0,02, $p< 0,01$). Подобная же закономерность обнаружена при сравнении индекса КПУп в сравниваемых группах ($P< 0,001$, $P< 0,05$).

Показательно различие в сравниваемых группах удельного веса детей с различной активностью кариозного процесса (рис.1).



Так, в группах детей с отклонениями в сроках прорезывания (раннее и позднее) 2 степень активности кариеса встречалась достоверно чаще (соответственно, 37,58±4,07% и 36,27±4,76%), чем у детей со средним сроком прорезывания (25,06±3,46%, p< 0,05, p <0,05). Удельный вес детей с 3 –ей степенью активности кариеса зубов также оказался достоверно более высоким в группах с ранним и поздним прорезыванием (39,71±4,12%, P< 0,01 и 40,19±4,85%, P< 0,001), чем в группе со средним прорезыванием (19,23±3,16%).

Значения показателей пораженности кариесом первых постоянных моляров закономерно совпадают с различиями изучавшихся показателей местного иммунитета полости рта в сравниваемых группах детей (рис.2).



Так, у детей со средним сроком прорезывания зубов концентрация секреторного иммуноглобулина А (S-IgA) в смешанной слюне

составила 0,22±0,02 г/л, а активность лизоцима смешанной слюны 39,74±1,09%, то в группах с ранним и поздним прорезыванием эти показатели оказались существенно ниже: концентрация S-IgA - 0.14±0.01 г/л и 0,16±0,01 г/л (P< 0,001, P< 0,001), активность лизоцима – 32,43±1,35% и 35,31±1,12% (P< 0,001, P< 0,001). Различия сравниваемых показателей местного иммунитета полости рта в группах детей с ранним и поздним прорезыванием оказались недостоверными (P< 0,05, P <0,05).Выявлена обратная, выраженная в высокой степени корреляция между концентрацией секреторного иммуноглобулина А и интенсивностью кариеса зубов (r= -0.96), а также между активностью лизоцима смешанной слюны и показателем КПУ (r=-0.99).

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что в группах детей с ранним и поздним прорезыванием первых постоянных моляров имеет место интенсивная пораженность кариесом зубов с высокой степенью активности, которая сочетается с неблагоприятными значениями показателей местного иммунитета полости рта, в частности, уменьшением концентрации секреторного иммуноглобулина А (S-IgA) и снижением активности лизоцима смешанной слюны, что дает основание рассматривать детей с ранним и поздним прорезыванием как группы повышенного риска в отношении развития кариеса зубов, что необходимо дифференцированно учитывать при разработке и проведении комплекса индивидуализированных мероприятий кариесредуктивной направленности у детей в первых постоянных молярах с целью значимого повышения их эффективности.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МУКОЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Абдурахманов А.И, Салихова М.М., Шихнабиева Э.Д., Штанчаева М.Н., Шахбанов К.Х., Салихова С.Р.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС ИДПО ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Плоский лишай – хроническое полиэтиологическое заболевание с высыпаниями папул на слизистых оболочках и коже, встречается во всех возрастных группах, но чаще болеют женщины от 40 до 60

лет. Плоский лишай слизистой оболочки полости рта и губ имеет 6 клинических форм: типичную, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезненую, гиперкератотическую и атипичную [3].

Заболевание имеет полиэтиологичную природу. В патогенезе развития наиболее существенным является психогенная теория, имеется предположение о наследственной связи, а также инфекционной теории. Выявлено, что при ПЛ отмечаются существенные изменения микрофлоры полости рта, носящие характер дисбактериозов [1,4]. В последние годы внимание исследователей привлекают иммунологические аспекты плоского лишая [5].

Для повышения эффективности комплексного лечения плоского лишая применяются различные методы лечения. Часто в лечении используется кортикостероиды, в частности при тяжелых эрозивно-язвенных поражений.

В настоящее время имеется возможность применения иммуномодулирующих препаратов, обладающих способностью ингибировать синтез противовоспалительных и стимулировать продукцию цитокинов. Язвенные поражения при плоском лишае могут поражать десну или различные участки СОПР. Диагностика основывается на оценке клинических, цитологических и иммунологических данных. Мультифакторный генез, тяжелых форм плоского лишая часто проявляется у лиц со сниженной иммунной резистентностью организма, наличием многих хронических заболеваний, что требует применение препаратов, улучшающих кровоток, способствующих регенерации длительно незаживающих язв на слизистой оболочки полости рта.

При лечение плоского лишая наиболее перспективным является применение иммуномодуляторов, в частности ликопида. Последние годы идет поиск новых подходов к лечению данных патологических процессов. В этой связи перспективной является антигомотоксическая терапия, направленная на повышение иммунобиологической реактивности организма и способствующая достижению стойких клинических эффектов, в частности применяют антигомотоксические препараты, такие как Траумель С и Мукоза композитум [2].

Целью исследования - оценка эффективности «Мукозы композитум», в составе комплексного лечения эрозивно-язвенной формы плоского лишая.

Материалы и методики. Под нашим наблюдением находились 52 пациентов, из них 36 женщины и 16 мужчин, возраст от 45 до 65 лет. 21 пациента ранее лечились по месту жительства в стоматологических поликлиниках в различных городах и районах республики, в основном пациенты получали лечения по поводу стоматита (диагноз был поставлен неправильно). Лечение заключалось в антисептической обработки полости рта с одновременным использованием кератопластических препаратов и поливитаминов внутрь. У 8-х пациентов наблюдалась короткая ремиссия от нескольких недель до 2-3 месяцев.

На кафедре стоматологии ФПК и ППС ДГМУ существует положение согласно которому все пациенты с эрозивно-язвенными поражениями из различных городов и районов республики консультируются для дальнейшего лечения. При этом обязательным является наличие общих клинических анализов крови, анализ крови на железо, витамин В12, фолиевую кислоту, витамин D3, анализ крови на сахар. При необходимости пациентов направляют на консультацию гастроэнтерологу, аллергологу, инфекционисту, невропатологу. В первую очередь проводится санация полости рта с устранением всех травмирующих факторов, противопоказана разнородность металлов. В первое посещение после антисептической обработки хлоргексидином 0,05%, проводят различные виды обезболивания и медикаметозную обработку эрозивно-язвенных поражений, проводим аппликацию кератопластическими препаратами. Под эрозию отступя на 1см от края вводим инъекцию мукозы через день, доза 1.5-2ед, пять инъекций, следующие 5-через день, курс лечения 10 инъекций. Для профилактики рецидивов и повышения защитных свойств организма в период ремиссии рекомендуют общее лечение включающее в себя витаминотерапию, применение метранидозола по 1 таблетке 2 раза в день, иммунодулятора ликопида по 10мг 2 раза в день в течение 14-20 дней.

Результаты исследования. Применяемый нами комплекс лечебных мероприятий позволил добиться положительного эффекта перехода эрозивно-язвенной формы плоского лишая в типичную у 28 из 36. В двух случаях пришлось направить на консультацию и стационарное лечение к дерматологу. У трех пациентов отмечалось переход в экссудативно-гиперемическую форму.

Наблюдение за пациентами в отдаленные сроки показало, что в первые 6 месяцев обострение наступило у 2 пациентов. 1 пациентка пережила стрессовую ситуацию, у 1 имело место нарушение диеты. В обоих случаях эрозии были небольшими, продолговатой формы. После назначенного лечения (витамин А, мукозы) эрозии через 10 дней эпителизировались. В первом случае пациенту дополнительно был назначен тазепам по 1 таблетке 3 раза в день.

Ухудшение состояния пациенты связывали с погрешностями в питании. При наблюдении в течение 5-8 месяцев обострений не наблюдалось: сохранялась типичная форма, отсутствовали субъективные ощущения. В день вызова на динамическое наблюдение у всех пациентов в полости рта была картина типичной формы плоского лишая.

Через год в клинику были приглашены 23 из 36 наблюдающихся пациентов, которым был проведен курс лечения по поводу эрозивно-язвенного плоского лишая. Состояние всех пациентов было удовлетворительным, 3-е пациентов отмечали за прошедший период кратковременное ухудшения состояния, выразившиеся в чувстве жжения слизистой оболочки полости рта и ее гиперемии.

Результаты клинического применения препарата «Мукоза композитум»

Таблица 1

Нозологическая форма	Всего	Результаты лечения			
		Клиническое выздоровление	Улучшение	Ухудшение	Без эффекта
Типичная	-	23	-	-	-
Экссудативно-гиперемическая	-	-	21	-	-
Эрозивно-язвенная	52	23	21	3	5

При лечении 52 пациентов клиническое выздоровление достигнуто у 23 пациентов (44,2%), улучшение у 21 пациента (40,4%). Клиническое выздоровление характеризовалось полной эпителизацией патологических элементов со стойкой ремиссией от 0,5-1 года. Улучшение – купирование болевого симптома на 3-4 день и эпителизацией к 5-7 дню лечения. Ремиссия от 3-х до 6-ти месяцев. Ухудшение всего у 3-х пациентов (5,8%) и без эффекта у 5 (9,6%).

Таким образом, препарат «Мукоза композитум «явдяется эффективным средством в комплексной терапии заболеваний слизистой полости рта.

Вывод. Резюмируя выше сказанное можно с уверенностью говорить, что комплексное лечение с применением мукозы в виде инъекции под эрозию позволяет эффективно и максимально щадяще лечить эрозивно язвенную форму плоского лишая. Переход эрозивно язвенной формы в типичную форму является одним из критерий эффективности лечения данного заболевания.

Список литературы:

1) Аксамит Л.А. Роль пробиотиков для полости рта в поддержании стоматологического здоровья. Ж – клиническая стоматология. 2014. №3 С.18-20.
2) Г.М. Барер, учебник: терапевтическая стоматология, заболевание СОПР 2015 год .177с.
3) Рабинович О.Ф., Рабинович И.М. Профилактика и лечение постлучевых мукозитов у пациентов с онкологическими заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Ж-клиническая стоматология 2016 г. №4 С.18-21.
4) Самусенков В.О., Макаров А.Л. Рациональные подходы к протетическому лечению пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Ж – клиническая стоматология 2014 г № 2. С.16-19.
5) Ханова С.А., Сирак С.В. Клинико-биохимические аспекты местной терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Ж- пародонтологии 2014. №2. С. 13-18.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Кажлаев Ю.Н., Фаталиева А.З.

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.

Установлено, что в отличие от локализованных форм пародонтита, обнаруживающего относительную независимость от состояния иммунобиологической резистентности, генерализованный периодонтит в своем клиническом течении и эффективности лечения во

многом предопределяются состоянием иммунной системы (Овруцкий Г.Д., 1990). Неоднозначность проблемы связи пародонта с состоянием иммунной системы обусловлена тем, что в многочисленных клинико-лабораторных исследованиях не всегда проводится четкая грань между изменениями иммунного статуса, определяющих развитие генерализованного пародонтита, и отклонениями этой системы, которые могут рассматриваться как реакция на очаг хронического воспаления (Курякина Н. В., Кутепова Т. Ф., 2000, Т. Ф. Воложин Т. Ф. с соавт, 2005, Орехова Л. Ю., 2012).

Реакция иммунной системы на очаг хронического воспаления в пародонте, то есть в условиях, когда уже образовался пародонтальный карман, касается, главным образом, гуморального иммунитета (Овруцкий Г.Д., 1990, Воложин А.И., 1998). Большинство работ, посвященных изучению уровня местного иммунитета полости рта при заболеваниях пародонта, касаются, как правило, оценке уровня сывороточных иммуноглобулинов и лизоцима в ротовой жидкости (Грудянов А.И.,2014, 2016).

Существующие методы диагностики и прогнозирования, основанные на использовании различных объективных тестов и пародонтальных индексов, не позволяют в полной мере предсказать развитие и результаты лечения генерализованного пародонтита. Количественные показатели концентрации сывороточных иммуноглобулинов в десневой жидкости изучены совершенно недостаточно, еще более значимой в плане прогнозирования представляется степень их возможного изменения в процессе комплексной терапии генерализованного пародонтита.

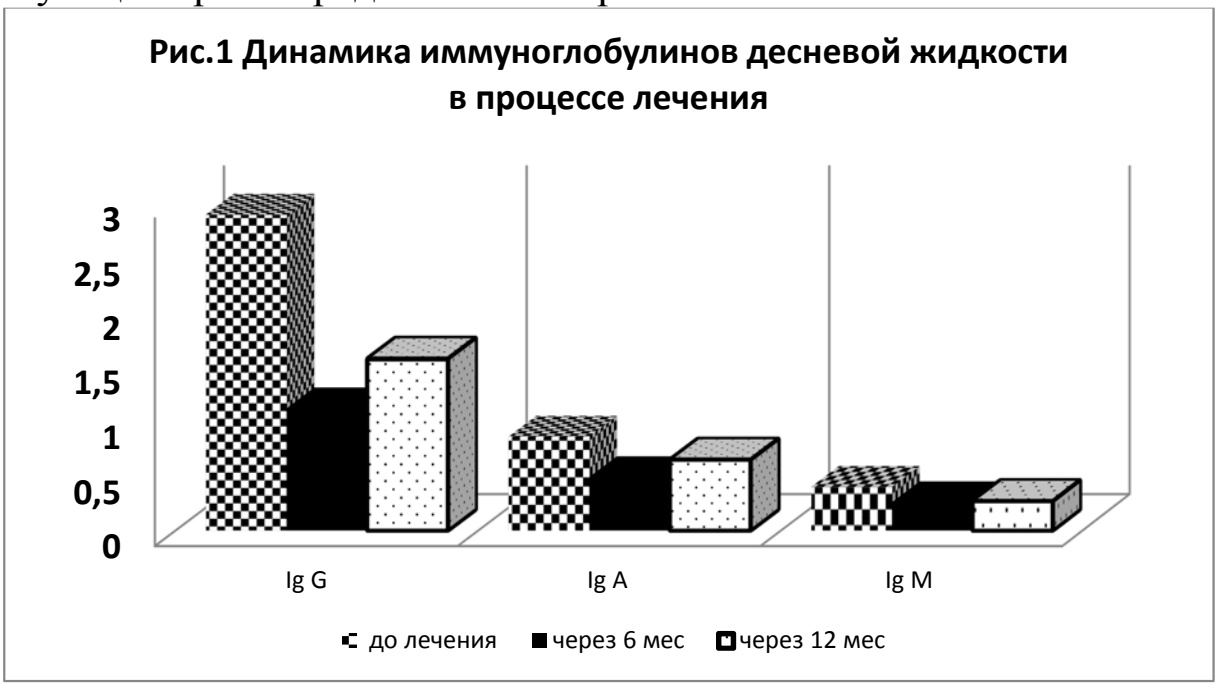
Целью исследования явилась оценка уровня иммуноглобулинов основных классов десневой жидкости в динамике комплексного лечения генерализованного пародонтита для определения возможности их использования в качестве объективного критерия эффективности проводимой терапии и прогнозирования патологического процесса.

Материал и методы исследования. Прослежена динамика сывороточных иммуноглобулинов IgG, IgA и IgM в десневой жидкости 34 больных генерализованным пародонтитом (возрастом от 26 до 64 лет), не отягощенных другими соматическими заболеваниями, до лечения, спустя 6 и 12 месяцев после лечения. В качестве контроля обследовали 18 пациентов с интактным пародонтом. Состоя-

ние пародонта оценивали по показателям- РМА, глубине пародонтальных карманов, цифрового ортопантомограммного исследования. Гигиеническое состояние полости рта определяли с помощью индекса Грин-Вермильона. Для определения количества иммуноглобулинов в десневой жидкости использовали метод смывов зубодесневых бороздок или пародонтальных карманов и проводили изучение их уровня методом простой радиальной иммунодиффузии по Mancini (1965) с использованием соответствующих антисывороток. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы «Microsoft Excel 2010», «Statistika 6.0» и включала определение средней арифметической (М), величины средней ошибки (м), коэффициента парной корреляции R, оценку достоверности различий по Стьюденту (t). При оценке достоверности различий использовалось значение $p<0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что у пациентов с интактным пародонтом определялись лишь следы иммуноглобулина G, иммуноглобулины других классов не выявлялись. Динамика уровня изучавшихся показателей у больных с генерализованным пародонтитом в процессе наблюдения до и после лечения в соответствующие сроки представлена на рис.1.

Рис.1 Динамика иммуноглобулинов десневой жидкости в процессе лечения



Как видно из диаграммы у больных генерализованным пародонтитом прослеживалась следующая динамика изучавшихся показателей- до лечения уровень Ig G составил 2,89±0.18 г/л, спустя 6 месяцев- 1,12±0,09 г/л, через 12 месяцев- 1,57±0,14 г/л; IgA также претерпел существенные изменения – если до лечения его уровень составлял

0,86±0,08 г/л, то спустя 6 месяцев- 0,49±0,05 г/л, через год же - 0,65±0,04 г/л. Среднее значение сывороточного имммуноглобулина М до лечения составило в среднем 0,4±0,03 г/л, через 6 месяцев - 0,26±0,03 г/л, через 12 месяцев -0,27±0,02 г/л. Сравниваемые показатели различались в достоверной степени. Изучение коэффициента парной корреляции позволило установить наличие выраженной связи между показателями клинического благополучия тканей пародонта и изучавшимися иммунологическими показателями десневой жидкости - РМА, глубины пародонтальных карманов, объемом десневой жидкости с одной стороны и количеством изучавшихся иммуноглобулинов десневой жидкости с другой (R=0,62-0,73). Индекс РМА коррелировал с количеством IgG и IgA, глубина пародонтального кармана с количеством IgA, количество десневой жидкости с IgG и IgA.

Выводы. Таким образом, установлена зависимость клинического состояния генерализованных форм пародонтита, подтверждаемых рядом проведенных объективных тестов и индексов, от ряда иммунологических показателей местного иммунитета полости рта, в частности, иммуноглобулинов десневой жидкости. Повышение количества иммуноглобулинов G, A и M в десневой жидкости может быть рассмотрено как неблагоприятная динамика изменений в пародонте, зачастую предшествующая клиническим манифестациям этого заболевания. Иными словами, полученная закономерность изменений иммунологического спектра десневой жидкости при генерализованном пародонтите может быть рекомендована в качестве объективного критерия для прогнозировании эффективности лечения и оценки качества комплексной терапии с целью оптимизации выбора методов и средств, используемых при лечении этого заболевания.

ЭЛЕКТРОСОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ СЛЮНЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА

Кажлаев Ю.Н., Фаталиева А.З.

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.

Актуальность. Изучение проблемы кариеса зубов с точек зрения влияния различных факторов необходимо для планирования, разработки и внедрения профилактических программ (Сунцов В.Г., Леонтьев В.К., Дистель В.А., Вагнер В.Д., 2001.) Актуальность прогнозирова-

ния этой патологии предопределяется высокими показателями распространенности и интенсивности, несмотря на существующее разнообразие профилактических программ, теоретические основы которых базируются на обеспечении условий для качественного процесса минерализации твердых тканей зуба в различных возрастных периодах (Коротич Н.Н., Лохматова Н.М., Ващенко И.Ю., 2014).

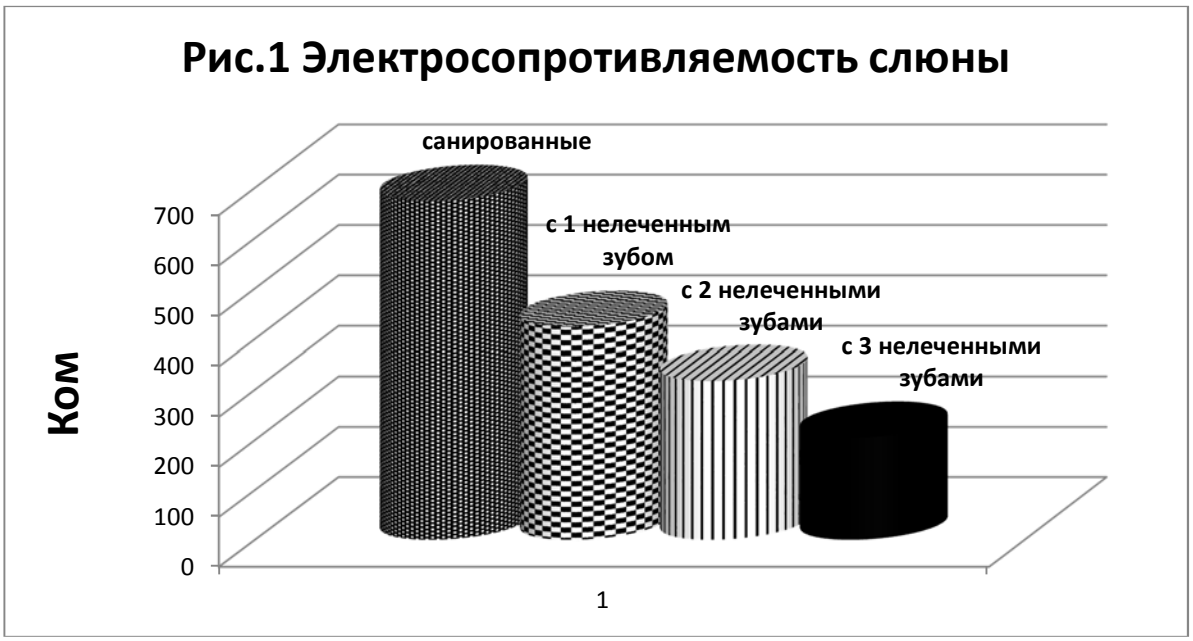
Нарушение состава и свойств слюны, которой отводится одно из значимых мест в патогенезе кариеса зубов, ориентируют на присутствие кариесогенной ситуации в полости рта и позволяют индивидуализировать комплекс профилактических мероприятий (Скрипкина Г.И., Питаева А.Н., 2011).

Целью исследования явилось изучение электропроводности (как интегрального показателя) и вязкости слюны во взаимосвязи с интенсивностью кариозного процесса.

Материал и методы. У 53 детей в возрасте 12-17 лет исследованы электросопротивляемость смешанной слюны, вязкость и интенсивность кариеса (КПУ)зубов. Для определения электросопротивляемости слюны использована электродная пара (Ю.Н.Кажлаев, 2000) и цифровой мультиметр (OWON B 35 T) для регистрации показателей с возможностью удержания и фиксации min-max значений, а также снабженного системой Blutooth для передачи на смартфон, вязкость- с помощью аппарата Освальда. Определялся коэффициент парной корреляции r.

Результаты исследования. Было установлено отсутствие взаимосвязи между электросопротивляемостью и количеством зубов во рту, а также числом пломб. Средние значения коэффициента парной корреляции обнаружены между вязкостью слюны и числом запломбированных, а также кариозных зубов (соответственно, r =+0,456, r =+0,52). Между электросопротивляемостью слюны и числом пораженных кариесом зубов обнаружена выраженная в сильной степени обратно-корреляционная зависимость- r =-0,824.

У детей с пломбированными зубами электросопротивляемость показала наибольшие значения и составила в среднем 674$\pm$56,4 ком, с одним нелеченным зубом- 424$\pm$ 38,9 ком, с двумя нелеченными- 317 $\pm$ 31,15 ком, с тремя- 205$\pm$ 14,2 ком (рис.1).



Коэффициент корреляции между электросопротивляемостью слюны и количеством кариозных зубов показал выраженную в значительной степени обратную связь (r =-0,796).

Выводы. Таким образом, установлена тесная взаимосвязь электросопротивляемости слюны с количеством пораженных кариесом зубов. Обнаруженная зависимость дает предпосылки к дальнейшему изучению свойств слюны при неблагоприятной кариесогенной ситуации. Иными словами, учитывая, что изменения слюны могут иметь место до появления кариозных очагов, предлагаемый объективный метод определения электросопротивляемости может быть использован как прогностический тест для определения неблагоприятной кариесогенной ситуации в полости рта с целью ее возможно индивидуализированной коррекции комплексом мероприятий профилактической направленности.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА НА ФОНЕ НАЗНАЧЕНИЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Екимов Е.В., Скрипкина Г.И., Суручану М.Е., Дмитрук С.О.

Кафедра детской стоматологии
ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Омск.

Актуальность. Кариес зубов является одним из самых распространённых хронических заболеваний среди детского населения земного шара. Несмотря на профилактическую направленность современной стоматологии, стоматологическое здоровье детского населения нашей страны в большей части остается неудовлетворительным. Изучение эпидемиологии кариеса является особенно актуальным у детей со сменным прикусом. В этот период активно проходят процессы минерализации и созревания эмали, поэтому зубы наиболее подвержены кариозному поражению. Для планирования оказания профилактической стоматологической помощи детскому населению необходимо учитывать эпидемиологические данные.

Цель исследования. Изучение эпидемиологии кариеса зубов у детей в период сменного прикуса г. Омска с различной степенью активности патологического процесса на фоне назначения реминерализующей терапии и без нее, для дальнейшего планирования оказания стоматологической профилактической помощи.

Материал и методы. Для определения стоматологического здоровья детей г. Омска нами был проведен стоматологический осмотр 1682 школьников в возрасте от 7 до 12 лет. Для комплексного клинического и лабораторного исследования сформирована отдельная клиническая группа из 90 детей.

В соответствии с методологией Т. Ф. Виноградовой сформированы 3 группы детей с различной степенью активности кариозного процесса.

В первую группу вошли дети с I степенью активности кариеса; во вторую группу – со II степенью активности кариеса; в третью группу – с III степенью активности кариеса.

В каждой группе обследуемых по 30 детей. Каждая из 3 групп была разделена на две подгруппы. В первую подгруппу входили дети, которым проводилась санация полости рта, обучение гигиене полости рта без применения лечебно-профилак-тических средств (подгруппа сравнения). Во вторую подгруппу входили дети, которым помимо санации полости рта и обучения гигиене полости рта назначался реминерализирующий кальций-фосфатсодержащий гель модель «Слюна» (основные подгруппы), разработан на кафедре детской стоматологии ОмГМИ (авторское свидетельство № 1114421 от 29.09.1984). У всех пациентов проводились клинические методы обследования (индекс гигиены по Грину-Вермильону, индекс РМА в модификации Parma, индекс КПУ+кп).

Исследование проводилось с определённой кратностью: фоновые данные; 1 месяц; 6 месяцев; 12 месяцев.

Статистический анализ проводился с использованием программ STATISTICA 8.0 и SPSS 16.0. Для проверки статистических гипотез о виде распределения были применены критерии Колмогорова-Смирнова, Шапиро-Уилка. Для парного сравнения зависимых выборок использовали дисперсионный анализ (ANOVA) Фридмана и критерий Вилкоксона.

Результаты исследования. При осмотре детей 7-12 лет выявлено: резистентных к кариесу - 13,1%; 52% - ранее санированы; 34,9% - нуждались в санации.

Распространенность кариеса составила 86,9%, интенсивность 4,3 (0,0-16,0). Распространенность I степени активности кариозного процесса составила 45%, интенсивность 3,1 (1,0 – 5,0); II степени 37,9%, интенсивность 6,5 (6,0-8,0); III степени 17,1%, интенсивность 10,8 (9,0-16,0).

Сравнивая между собой подгруппы сравнения по индексу ИГР-У, мы получили следующие результаты. Установлено, что данный показатель у детей с I степенью активности кариеса составляет в среднем 0,5 (0,17–1,33), с II степенью – 1,0 (0,66–1,50) и с III степенью – 2,5 (2,0–3,0). Это соответствует хорошему уровню гигиены полости рта при компенсации кариозного процесса, удовлетворительному – при субкомпенсированной форме кариеса и неудовлетворительному – при декомпенсированной форме. После санации и обучения гигиене полости рта этот показатель значительно снизился в группе с I степенью активности кариеса до 0,0 (0,0–1,0), с II степе-

нью – до 0,33 (0,0–1,33), что говорит о хорошей гигиене полости рта, с III степенью – до 1,5 (1,0–2,0), что соответствует удовлетворительной гигиене полости рта.

К концу периода исследований установлено увеличение индекса ИГР-У во всех группах, что связано со снижением мотивации к соблюдению рациональной гигиены полости рта во всех группах детей. Так, у детей с I степенью индекс ИГР-У к концу наблюдения составил 0,33 (0,0–1,0), с II степенью – 0,50 (0,0–1,5), с III степенью – 1,83 (1,5–2,5). Установлены статистически значимые различия на всем протяжении наблюдения между группами сравнения с различной активностью кариозного процесса ($P < 0,05$), что говорит о высокой значимости даже однократного обучения гигиене полости рта в период смены зубов для улучшения стоматологического статуса индивида.

В основных группах детей, где использовали гель модель «Слюна», изменение индекса гигиены схоже с изменением в группе сравнения. Установлены статистически значимые различия на всем протяжении наблюдения между группами с лечением и между всеми группами с различной активностью кариозного процесса ($P < 0,05$).

Изменение индекса РМА в группе сравнения: по фоновым показателям в группе с I степенью активности кариеса он составил 2,77 (0,0–12,5) %; в группе с II степенью – 13,88 (0,0–26,38) %. После санации и обучения гигиене полости рта в данных группах показатель снижается до ноля и не увеличивается в процессе наблюдения. В группе детей с III степенью установлено самое высокое значение этого показателя – 23,61 (4,17–58,33) %, что говорит о легкой степени гингивита. После санации и обучения гигиене полости рта детей данной группы индекс снижается до 7,33 (0,0–16,60)%, и к концу периода наблюдений он составляет 12,5 (0,0–25,0)%. Получены статистически значимые различия по фоновым данным, через шесть месяцев наблюдений между группами сравнения с различной активностью кариозного процесса ($P < 0,05$), что говорит о высокой значимости санации и обучения гигиене полости рта в период смены зубов для улучшения пародонтологического статуса индивида.

В основной группе установлено статистически значимое изменение показателя РМА в конце периода наблюдения у детей с II степенью активности кариеса, который составил 4,17 (0,0–13,88) %. Мы считаем, что это связано с низкой мотивацией к гигиене полости рта

в данной группе. В основной группе с III степенью активности кариеса индекс PMA через двенадцать месяцев статистически значимо изменился по отношению к группе сравнения – снизился до 0,0 (0,0–15,27)%. Получены статистически значимые различия через шесть месяцев наблюдений между основными группами ($P < 0,05$). Также установлена статистическая значимость различий между группами сравнения и основными группами, т. е. между всеми группами на шестом месяце наблюдений ($P < 0,05$).

Прирост интенсивности кариеса через год наблюдений в группах сравнения составил: с I степенью активности кариеса 0,2 (0,0-3,0), со II степенью 0,6 (0,0-0,9) и с III степенью 1,33 (0,0-23,0). В основных группах получены следующие результаты: с I степенью активности кариеса 0,0 (0,0-0,0), со II степенью 0,26 (0,0-0,4) и с III степенью 0,73 (0,0-11,0).

Заключение. Из полученных результатов следует, что применение реминерализующего геля целесообразно при любой активности кариозного процесса. Предположительно в группе с III степенью в период сменного прикуса необходимо пролонгированное назначение кальций-фосфатсодержащих препаратов с последующим использованием фторсодержащих лечебно-профилактических средств.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ СИЛЕРОВ

Курбанова Э.А., Магомедов А.А.

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.

Целью любого эндодонтического вмешательства является качественная обтурация корневых каналов зубов. По мере развития научно – технического прогресса на стоматологическом рынке появлялись все новые материалы для обтурации каналов зубов. Поэтому поиск оптимально приемлемых силеров и метода пломбирования корневых каналов зубов до сих пор остается важной проблемой стоматологии.

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. Хотя гуттаперча отвечает ряду требований, предъявляемых к корневым герметикам, она имеет и недостатки, которые должны быть компенсированы силерами.

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 эндогерметиков Endometason (Septodont), АН – plus (Dentsplay), MTA Fillapex (Angelus Dental Solutions).

Материалы и методы

Проведено эндодонтическое лечение 48 зубов у 37 пациентов в возрасте от 20 до 55 лет. Все зубы были вылечены методом холодной латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов с использованием силеров: 16 зубов – «Endometason», 18 зуба – «АН – plus» и 14 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 – 12 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 17%-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 «МТА 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 МТА 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 MTA 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 MTA 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.

ОЦЕНКА КРАЕВОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ ПЛОМБ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ ПОЛОСТЕЙ ПО V КЛАССУ

Курбанова Э.А.

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, 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.

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.

Цель исследования - 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.

ВЛИЯНИЕ БЕЗАЛКОГОЛЬНОГО ГАЗИРОВАННОГО НАПИТКА НА СОСТОЯНИЕ pH БАЛАНСА ПОЛОСТИ РТА

Будайчиев Г.М-А., Курбанов О.Р., Самедов Ф.В., Гасанова М.А., Мащилиева М.М., Меджидова Н.М., Ахмедова М.А.

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии. ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.
Кафедра стоматологии общей практики и детской стоматологии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь.

Актуальность. Болезни зубов – это маркер неправильного питания и некачественного ухода за полостью рта [1, 3]. Питание существенно влияет на нормальный состав микрофлоры полости рта. Сахар из «быстрых» углеводов способствует размножению вредных бактерий и формированию зубного налета на зубах. Расплата за злоупотребление быстрыми углеводами – не только испорченная фигу-

ра, а еще и кариес, пародонтит, несвежее дыхание и другие проблемы полости рта. Важным и наименее постоянным параметром гомеостаза полости рта является кислотно-щелочное равновесие. Наиболее информативным его показателем является водородный показатель. Интегральным показателем кислотного гомеостаза в полости рта является pH слюны [2, 4]. По данным современных исследований, связь между неудовлетворительным состоянием полости рта и повышенным риском сердечнососудистых заболеваний объясняется большим количеством сахара, который содержится в фастфуде, в частности в газированных напитках. Снижение содержания сахара в продуктах быстрого питания, эксперты считают ключевой задачей в политике здравоохранения [4].

Цель исследования: Определить влияние безалкогольного газированного напитка «Кока-кола» на pH слюны у старшеклассников.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в одной из школ г. Махачкалы. Всего было обследовано 44 учащихся 10-х классов. При этом средний возраст составлял 15,8±0,5 лет. Социологическое исследование включало проведение анонимного анкетирования учащихся. Динамическая оценка состояния pH баланса ротовой жидкости у обследованных проводилась с применением индикаторных бумажек со шкалой измерения от 0 до 12 и шагом 1,0. Статистическая обработка клинического материала проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Полученные результаты свидетельствуют о том, что каждый второй ученик (24 (54,5%) чел.) употребляет быстрые углеводы (конфеты, пирожные, сладкие булки) каждый день, 7 (15,9%) человек отметили этот факт 4-5 раз в неделю, каждый четвертый (10 (22,7%) чел.) учащийся ест сладкое 2-3 раза в неделю. При этом 3 (6,8%) человека указали, что не употребляют сладкое в своем рационе. Тогда как большее число опрошенных отдают предпочтение именно шоколадным конфетам (23 (52,3%) чел.), «твердые» конфеты (карамель (чупа-чупс), ириски, с орехами) употребляют 18 (15,9%) учащихся. Больше половины учащихся (26 (59%) чел.) регулярно употребляют сладкие напитки («Кока-кола», «Спрайт»), из них 73% (19 чел.) пьют их 3 и более раз в неделю. При этом у них всех (100%) возникает чувство «стянутости» во рту после употребления этих сладких газированных напит-

ков. Аналогично эти же опрошенные (19 чел.) регулярно употребляют в пищу фаст-фуд (гамбургер, самса, картошка фри). Большинство (88,6%) из опрошенных учеников подтвердили, что употребление является «необходимостью» и входит у них в привычку, формируют некую зависимость. В то же время 29 (65,9%) учащихся подтвердили тот факт, что у них возникает чувство «прилипания» еды на зубы во время приема пищи (в том числе фаст-фуд). А 24 (54,5%) опрошенных ответили, что у них возникает постоянное желание убрать с зубов остатки пищи после еды. При сдвиге кислотно-основного состояния в щелочную сторону в ротовой жидкости увеличивается содержание фосфатов, образуются труднорастворимые соединения фосфата кальция Ca3(PO4)2, что способствует образованию кристаллов и зубного камня, а в дальнейшем приводит к развитию гингивита и пародонтита [1]. У 19 (43,2%) человек иногда бывают повреждения (язвочки) на деснах. А у 7 (15,9%) – встречается кровь на зубной щетке. Тем временем 17 (38,6%) учащихся отметили, что у них есть «плохие» зубы: один зуб – у 5 (11,4%) человек, два зуба – у 9 (20,5%) человек, остальные имеют более 3 «больных» зубов. В том, что необходимо регулярно (один раз в 6 месяцев) проходить профилактический осмотр у врача-стоматолога, уверены 38 (13,7%) школьников, однако один человек считает, что к врачу надо обращаться только в случае, если зуб заболел. На практике последний визит к стоматологу был в течение последнего полугодия у 32 (72,7%) школьников, у 4 (9%) – более года назад. Каждый пятый ученик (8 (18,2%)) не помнит эту дату вообще. Поэтому большинство (65,9%) школьников ответили, что не нуждаются в консультации врача-стоматолога в настоящий момент. После приема пищи в полости рта происходит быстрое снижение pH в зубном нал□те (через 2-5 мин), часто до уровня, при котором происходит деминерализация эмали (ниже 4,5), с последующим медленным возвращением pH к исходному уровню (через 30 мин). А у пациентов с активным течением кариеса или высокой к нему предрасположенностью наблюдается более медленное восстановление pH до исходного уровня. Значение pH слюны, равное 6,2, называют критическим в плане кариесобразования [3]. Нами было проведено исследование состояния pH слюны после употребления безалкогольного газированного напитка «Кока-кола». Согласно полученным данным, средний уровень pH составил 7,1, что соответствует варианту нормы

(6,8-7,4). Однако показатель pH ниже нормы (6,8-7,4) был определен у 5 (15,6%) человек, что косвенно может свидетельствовать о наличии у них исходного повреждения зубной эмали (в том числе кариеса). При определении уровня pH через 30 минут от исходного измерения средний показатель составил 6,06. При этом только у 8 (15%) учащихся уровень pH был равен 7, а у 24 (75%) учащихся показатель pH был в диапазоне от 5 до 6. Это совпадает с данными анонимного анектирования, где было выявлено, что 17 (38,6%) учащихся из 44 (100%) отметили, что у них есть «плохие» зубы (кариес). Заключение. На сегодняшний день «Кока-кола» – атрибут молодежи. Именно на подростков делают ставку производители и рекламодатели. А подростки, как правило, не любят выделяться из своей среды. Им комфортнее быть как все. О последствиях в таком возрасте, к сожалению, не задумываются… Взрослое население потребляет «Кокаколу» нечасто, понимая, что напиток небезвреден, а на рекламу почти не реагирует. Однако школьники задумываются о сво□м здоровье гораздо меньше, и многие из них считают софтдринки почти полезными. Конечно, целью нашей работы не было убедить учащихся не употреблять продукцию компании «Кока-кола». Мы попытались доказать, что напиток не безвреден, поэтому необходимо ограничивать его потребление и использовать не как чай или компот, а как напиток к столу. Каждый из нас решает для себя сам, что для него важнее – собственное здоровье или желание быть как все, доверяя красивой, притягательной рекламе.

Литература

1. Вавилова, Т. П. Биохимия тканей и жидкостей полости рта: учебное пособие / Т. П. Вавилова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 208 с. 252
2. Кубрушко, Т.В. Кислотно-основное равновесие полости рта при нарушении целостности зубного ряда / Т.В. Курбушко, В.Н. Игнатенко, С.С. Сало // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 5. – С. 35-36.
3. Луцкая, И.К. Диагностический справочник стоматолога / И.К. Луцкая. – Москва: Медицинская литература, 2007. – 361 с.
4. Мартынова, Е.А. Полость рта как локальная экологическая система / Е.А. Мартынова, И.М. Макеева, Е.В. Рожнова // Стоматология. – 2008. – Т. 87. – № 3. – С. 68-75.

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

Будайчиев Г.М-А., Ахмедова Э.А., Омаров О.Г., Самедов Ф.В., Курбанов О.Р., Аталаев М.М., Ахмедова М.А.

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии. Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.
Кафедра стоматологии общей практики и детской стоматологии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь.

Актуальность проблемы. Во всех странах мира остается актуальной проблема влияния очагов хронической инфекции в ротовой полости на развитие общих заболеваний. Высокая частота поражений органов полости рта (до 90 %) при сахарном диабете обусловлена поражением микрососудистой системы, резорбцией костной ткани, снижением местных иммунных реакций. Важность выявления и лечения пародонтита заключается в том, что снижение воспаления тканей пародонта благоприятно сказывается и на здоровье полости рта, и на уровне глюкозы в его крови. Поэтому эндокринолог должен уделять особое внимание ротовой полости пациента, своевременно направляя его на стоматологическое обследование. [1,2,3]

Цель исследования: изучить состояние органов полости рта у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. Исследования проведены на базе ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1», г. Ставрополя, пациентов направляли из эндокринологических отделений районных поликлиник. Всего обследовано 76 пациентов. Обследование проводилось по методике рекомендованной ВОЗ. В группах 35–44 года (45,8%), 45–64 года (22,7%), 65-74 года (31,5%). Интенсивность кариеса определялась при помощи индекса КПУ. Уровень гигиены при помощи индекса гигиены Силнесс-Лоэ (Silness-Loe, 1962). Для удобства анализа результатов клинического исследования во время первичного обращения пациентов с СД 2 типа в поликлинику проводили их анкетирование с помощью специально разработанной анкеты, которая содержала общие вопросы, характеризующие социальный статус пациента (пол, возраст, сопутствующие заболевания и т.п.), а

также специальные вопросы, связанные с информированностью пациентов о связи стоматологических заболеваниях с сахарным диабетом 2 типа. Также уточняли частоту посещения пациентами врача-стоматолога, наличие вредных привычек и знаний об индивидуальной гигиене полости рта. Кроме того, были опрошены 60 врачей эндокринологов и 200 врачей-стоматологов на предмет наличия у них знаний о наличии взаимосвязи между заболеваниями твердых тканей зубов и сахарным диабетом 1 типа. Обязательным условием было добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты исследования. При проведении анкетирования выявили, что первые клинические симптомы, такие как хроническая усталость, отметили 34,5 %, сухость в полости рта – 16 % и проявление кожного зуда также у 16 % респондентов. Неприятный запах изо рта встречается в 25 %, у 8,5 % наблюдались боли в ВНЧС. На основании данных анкет о стоматологическом здоровье пациентов выявлено, что подвижность зубов отметили 84 %, кровоточивость десны – 96 %. 92 % анкетируемых отметили наличие отсутствующих зубов. Ранее проводимое лечение по поводу кариеса и заболеваний пародонта отметили 90 %. Определили, что эстетическую неудовлетворенность в полости рта отметили 40 % респондентов. Следует отметить, что наличие ортопедических конструкций отмечено у 65 %. Сроки пользования ортопедическими конструкциями более 5 лет наблюдаются у 57,6 %. Больные сахарным диабетом посещают врача стоматолога–пародонтолога 23 %. Состоят на диспансерном учете у других специалистов 11,1 %. Согласно данных анкетирования уровень гигиенических навыков неудовлетворительный, питание не сбалансировано. Не достаточно используется в качестве продуктов питания овощи и фрукты, режим питания нарушен. Санитарно-просветительная работа находится на низком уровне и не проводится достаточно стоматологами и врачами других специальностей – терапевтами, лор– врачами, средним медицинским персоналом. Информированность о гигиенических навыках полости рта среди респондентов составила 65 %. Согласно данным исследованиям распространенность кариеса во всех возрастных группах– 100 %, нуждаемость в терапевтическом лечении выявили в обследуемых группах 35– 44года (100 %) и в группе 45– 64 года (100 %). В возрастных группах 35– 44года и 45– 64 года заболевания пародонта

выявлены у 100% пациентов с СД 2 типа. Тяжелая степень заболевания наблюдалась в 69,2%, средняя в 23,1%, легкая в 7,6% чел. В проведении профессиональной гигиене нуждались 100%, потребность в повторном медикаментозном лечении – 100%. Нуждаемость в протезировании зубочелюстной системы в возрастной группе 35-44 года соответствует 78,3%, 45-64 года в протезировании нуждаются 95,4%, а в возрасте 65-74 года необходимость в протезировании 100%. Таким образом, проведенное первичное обследование позволило выявить основные проблемы стоматологического здоровья у пациентов с СД 2 типа и определить основные направления в лечении и профилактике заболевания.

Выводы. Основываясь на результатах проведённого исследования можно заключить, что распространенность кариеса зубов, патологии тканей пародонта у пациентов с сахарным диабетом 2 типа составила 100% в возрастных группах 35– 44 года и 45– 64 года. Увеличение процента удаленных зубов у пациентов с СД 1 типа, указывает на необходимость усиления внимания к проблеме ранней диагностики, составлению индивидуального плана лечения и, что наиболее важно, своевременной профилактики патологии твердых тканей зубов и тканей пародонта у пациентов данной группы. Необходимо активно информировать как пациентов, так и специалистов эндокринологов и стоматологов о междисциплинарной проблеме.

Литература

1. Воложин А. И. Патогенетические механизмы поражения пародонта при сахарном диабете // Стоматология нового тысячелетия: материалы Российского научного форума с международным участием. — М.: Авиаиздат, 2009. - С. 34 -36.
2. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Самсонов В.В. и др. Стоматологическое здоровье нации и пути его сохранения // Пародонтология. - 2015. -№ 1 (74).- С. 78-80. 4
3. Лемецкая Т.И. Влияние сопутствующей соматической патологии на тяжесть деструктивных изменений в пародонте // Пробл. нейростоматологии и стоматологии. 1997. № 2. С. 26–28. 3. Пущенко А.А, Щербак А.В. Состояние полости рта у больных сахарным диабетом // Пробл. эндокринологии 1991. № 37 (3). С. 39–43.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ

Алиева З.Б., Брагин Е.А., Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б.

Кафедра ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.
Стоматологическая поликлиника, женская консультация ЦГБ, Дербент.

Кариес зубов относится к группе основных стоматологических заболеваний и характеризуется высокой распространенностью среди различных контингентов населения [1-3,5]. При этом в научных исследованиях при изучении качества оказываемой стоматологической помощи по поводу кариеса недостаточно учитываются особенности заболеваемости разных возрастных и социальных групп населения [4] в их числе и среди беременных женщин.

По нашему мнению, именно беременные женщины, как одна из декретированных групп населения, которая должна обязательно проходить плановую разовую санацию полости рта, и она в своем составе объединяет разные возрастные и социальные группы населения с разным исходным уровнем здоровья, наиболее подходит для достоверной оценки качества оказываемой в регионе стоматологической помощи.

Цель настоящего исследования – изучение динамики качества оказываемой стоматологической помощи беременным за 20 лет наблюдения.

Материал и методы.

Для выполнения поставленной цели исследования сопоставлены результаты эпидемиологических стоматологических обследований беременных женщин, проведенные в 1998, 2008 и 2018 годах. Всего было обследовано 1763 беременные женщины, родившиеся и постоянно проживающие в городе Дербенте.

При каждом обследовании за конкретный год наблюдения возникающие дефекты выборки при определении индекса интенсивности кариеса (КПУ), обусловленные различием численного состава разных возрастных групп, устраняли путём применения метода прямой стандартизации [7].

Возрастной и численный состав обследованных беременных представлен в таблице 1.

Таблица 1. Численность беременных женщин, обследованных за годы наблюдения

Год наблюдения	Возраст беременных					Всего
	17-19	20-24	25-29	30-34	35-39	
1998	118	285	153	82	26	664
2008	152	245	135	81	16	629
2018	111	177	109	59	14	470

Качество стоматологической помощи за годы наблюдения, оценивали сравнивая составляющие КПУ элементы «К», «П» и «У» [4,6] .

Уровень стоматологической помощи (УСП) оценивали с помощью группового индекса, предложенного профессором П.А. Леусом [5,6] по формуле: УСП =100 % – $\left(100 \times \frac{\hat{E} + \grave{A}}{\hat{E}\ddot{I}\acute{O}}\right)$, % , где: К – кариозные зубы нелеченные; А – отсутствующие зубы невосстановленные протезами; КПУ – средняя интенсивность кариеса зубов.

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

Поскольку качество оказываемой стоматологической помощи в регионе напрямую зависит от обеспеченности населения врачами стоматологами, при проведении данного исследования нами также проводился сравнительный анализ роста численности населения г.Дербента и врачей стоматологов за те же годы, когда проводились эпидемиологические обследования беременных.

Результаты исследования При проведении обследования 664 беременных женщин в 1998 году средний стандартизированный показатель интенсивности кариеса составил 9,82±0,12 и соответствовал высокому уровню заболеваемости. При этом элемент «К» равнялся 2,46, соответствуя 25,05% структуры КПУ, а элемент «П» – 2,25 составляя 22,91%. Количество удаленных зубов в структуре КПУ составили 52,03%, т.е. элемент «У» был равен 5,11 (табл.2).

Таблица 2 – Структура КПУ (средний стандартизованный показатель) и значения УСП за 1998, 2008 и 2018 гг.

Год наблюдения	Среднее значение КПУ	Структура КПУ						УСП
		К		П		У		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	%
1998	9,82±0,12	2,46	25,05	2,25	22,91	5,11	52,03	22,92
2008	10,14±0,14	1,49	14,69	4,72	46,55	3,93	38,76	46,58
2018	9,95±0,14	1,50	15,09	4,67	46,97	3,77	37,93	46,94

Показатель уровня стоматологической помощи (УСП) в 1998 году равнялся 22,92%, соответствуя низкому уровню оказания стоматологической помощи.

Средний стандартизованный индекс интенсивности кариеса у беременных женщин в 2008 году составил 10,14±0,14 и он существенно не отличается от показателя 1998 года (P>0,05). При том значения его составляющих элементов были равны: «К» 1,49 – 14,69%, «П» 4,72 – 46,55% и «У» 3,93 – 38,93% .

Надо отметить, что 2008 году в структуре КПУ доля запломбированных зубов («П») увеличилась значительно (более чем в 2 раза), однако расчеты показателя УСП показали, что он составляет всего 46,58%, что также соответствует низкому недостаточному уровню оказания стоматологической помощи.

В 2018 году средний стандартизованный показатель интенсивности кариеса в группе беременных равнялся 9,95±0,14 и существенно не отличался от значений аналогичных показателей индекса КПУ за предыдущие годы наблюдения (P>0,05). Составляющие КПУ элементы соответственно равнялись: «К» 1,51 – 15,09%, «П» 4,67 – 46,97% и «У» 3,77 – 37,93%. Для элемента «П» становится закономерностью рост значения его доли в структуре индекса КПУ, и в 2018году соответственно равнялась 46,97%. Однако значение индекса уровня стоматологической помощи (УСП) и в 2018 году соответствовало низкому недостаточному уровню оказания стоматологической помощи – 46,94%.

Таким образом, полученные за все годы обследования беременных женщин, данные о поражаемости кариесом свидетельствуют, о недостаточном уровне оказываемой в городе Дербенте стоматологической помощи.

Неудовлетворительное качество уровня стоматологической помощи обусловлено не только значительным количеством незапломбированных кариозных зубов, но и большой долей в структуре КПУ беременных безвозвратной потери зубов (элемент «У»): по стандартизованным показателям его колебания составили от 37,93% в 2018 г. до 52,03% в 1998 г. (см. таблица 2).

Выявленную же по результатам исследования тенденцию увеличения доли запломбированных зубов (элемент «П») в структуре $КПУ_з$ с 1998 по 2018 гг. мы склонны объяснять начавшейся перестройкой стоматологической помощи с начала 90-х годов и большей доступностью стоматологической помощи населению из-за развития частной стоматологии.

Сравнительный анализ обеспеченности населения Дербента медицинскими кадрами стоматологического профиля за период 1998-2018 гг. представлен в таблице 3.

По данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Дагестан, рост населения г.Дербента выглядит за годы обследования беременных женщин следующим образом: в 1998 году численность населения города Дербента составляло 95501 человек, в 2008 году – 113847 и в 2018 году – 123720.

Таблица 3 – Динамика обеспеченности врачами стоматологами населения г. Дербента.

Показатель	Годы		
	1998	2008	2018
Динамика численности населения г. Дербента	95501	113847	123720
Число врачей стоматологов всех профилей в государственных лечебных учреждениях	40	41	41
Число врачей стоматологов всех профилей в частных лечебных учреждениях	-	21	34
Всего стоматологов во всех лечебных учреждениях	40	62	75
Обеспеченность врачами стоматологами на 10000 населения	4,2	5,4	6,0

В 1998 году стоматологическая помощь населению оказывалась только в государственных лечебных учреждениях, где работали 40 врачей стоматологического профиля и в городе ещё не функционировали частные стоматологические учреждения. Обеспеченность

населения стоматологическими кадрами составляла 4,2 ставки стоматолога на 10000 населения.

За изучаемый период времени штатная структура врачей стоматологов в государственных учреждениях увеличилась всего на 1 врачебную должность – 1 врач-стоматолог в Центре здоровья. При этом в 2008 г. в городе стали функционировать 15 частных стоматологических кабинетов, где работали 21 врач – стоматолог, в 2018г. таких кабинетов стало 28, и работали в них 32 врача стоматологического профиля.

Соответственно обеспеченность штатными должностями врачей стоматологов в указанный период на 10000 населения города Дербента возросла от 4,2 в 1998г. до 6,0 в 2018г., превышая известные показатели обеспеченности врачами стоматологами в РФ и отдельных её субъектах [8].

Приведенные результаты наших эпидемиологических исследований, показывающие неравномерное изменение элементов «К» и «П» в разные годы наблюдения и большие доли удалённых зубов («У»), свидетельствуют об отсутствии в деятельности стоматологических учреждений города профилактической направленности, а также о некачественной лечебной работе и, в первую очередь, о некачественном пломбировании зубов.

Таким образом, количественное увеличение стоматологического персонала и изменение финансирования материального обеспечения стоматологической помощи оказалось недостаточно для качественного повышения уровня стоматологической помощи и снижения интенсивности поражения населения кариесом в регионе. Для достижения этих целей, особенно в фтордефицитном регионе, приоритетными остаются внедрение мероприятий по первичной профилактике кариеса.

Литература

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

2. Бахмудов М.Б., Алиева З.Б., Бахмудов Б.Р. Заболеваемость беременных женщин кариесом зубов по данным пятилетнего наблюдения. // Российский стоматологический журнал – 2010. – №4. – С. 29-33.

3. Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б., Бахмудов М.Б. Анализ распространенности кариеса среди беременных женщин Дербента в динамике за 10 лет наблюдения // Стоматология. – 2012. –№4. – С.60-62.

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

5. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний //– М., 2006. – С. 380-385.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ, КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ

Махмудов Ш.Р., Ахмедова Э.А., Мащилиева М.М., Меджидова Н.М., Кудаева П.Д, Хижалова З.Т., Будайчиев Г.М-А.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России (Махачкала).

Введение. В последнее время все чаще причиной гайморитов становится некачественное эндодонтическое лечение зубов верхней челюсти, поэтому врачам-стоматологам-терапевтам просто необходимо соблюдать технологию, свести к минимуму количество пломбировочного материала, выводимого за верхушку зуба, и тем самым уменьшить количество постпломбировочных осложнений, особенно таких, как одонтогенные перфоративные гаймориты.

Несмотря на усиленное развитие стоматологии за последние десятилетия, вопрос о качественном эндодонтическом лечении зубов остается открытым. Актуально то, что именно соблюдение правильной технологии пломбирования корневых каналов зачастую позволяет снизить количество осложнений, возникающих в постпломбировочном периоде. Как показывает практика, пломбировочный материал, выведенный за верхушку зуба, нередко является причиной возникновения одонтогенного гайморита.

Цель и задачи исследования: установить количество больных с гайморитами одонтогенного генеза, прооперированных в ЧЛО РКБ г. Махачкалы; выявить причины, значимость постплом-бировочных

осложнений; возрастной и половой состав; связь с определенными группами зубов.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены истории болезни 569 пациентов ЧЛО РКБ г. Махачкалы за последние 10 лет. По полово принадлежности: 209 мужчин и 360 женщин. Из 569 пациентов: до 20 лет – 13(2,3%); от 20 до 40 – 249 (43,7%); от 40 до 60 – 251 (44,2%); свыше 60 – 56 (9,8%) человек.

Установлено, что у большинства больных причиной операций по радикальной гайморотомии стали гаймориты с одонтогенным генезом (524 случая), среди них выделено несколько групп. Например, перфоративные гаймориты (перфорации во время операции удаления зуба или операций с пластикой свищевого хода от конкретного зуба) – 349 случаев; радикулярные кисты – 138; вмешательства по поводу фрактуры корня или его фрагмента, оставленного в верхнечелюстной пазухе – 37. Следует отметить, что среди гайморитов неодонтогенного генеза: 10 случаев истинной кисты верхнечелюстного синуса и 35 хронического полипозного гайморита.

Результаты. За время исследования выявлено, что в ходе операции «радикальная гайморотомия» по поводу хронического одонтогенного перфоративного гайморита, у 32 пациентов (5,64%) были найдены остатки пломбировочного материала, гуттаперчевые штифты.

Особенностей в соотношении право – и левосторонних гайморитов выявлено не было: 279 к 290 соответственно, установлено 3 случая двустороннего гайморита.

Осложнения от боковой группы зубов встречаются гораздо чаще – у 404 пациентов, у 82 – от малых коренных зубов, 27 случаев от передней группы; 11 пациентов с обширными радикулярными кистами, распространившимися на несколько групп зубов.

Успех эндодонтического лечения во многом определяется качественным пломбированием корневых каналов до апикального отверстия, трехмерной герметизацией разветвлений всей системы, играющей роль надежного барьера между часто инфицированной полостью зуба и периодонтом. При пломбировании корневых каналов необходимо не допускать выведения постоянного пломбировочного материала за пределы апикального уступа. Большое значение имеет состав выведенного материала. Несмотря на высокие требования (биосовместимость, сохранение стабильных размеров, обеспечение герметизма канала, нерастворимость, асептичность), абсолютно все

материалы могут оказывать как механическое, так и химическое раздражающее воздействие.

При наличии материала в верхнечелюстной пазухе удаляется не только он, но и полипозно-измененная слизистая вокруг него, проводится операция по типу радикальной гайморотомии с созданием соустья с нижним носовым ходом и тампонадой пазухи.

Выводы. Необходимо отметить, что успех хирургического лечения и, соответственно, послеоперационного течения определяется давностью локализации материала в верхнечелюстном синусе и его воздействием на окружающую костную и нервную ткань. Лучшим лечением такого осложнения эндодонтического вмешательства, как выведение пломбировочного материала в периапикальные ткани, является профилактика, поэтому врачам-стоматологам- терапевтам необходимо строго придерживаться всех правил при осуществлении эндодонтических мероприятий.

Учитывая то, что процент возникновения радикулярных кист от общего количества причин, приводящих к такому осложнению как гайморит, достаточно велик (24,3%), а пломбировочный материал найден в верхнечелюстной пазухе у 5,64% пациентов, можно сказать, что качественное эндодонтическое лечение без ошибок и осложнений влияет не только на длительную сохранность того или иного зуба, но и оказывает непосредственное воздействие на всю зубочелюстную систему в целом.

МОТИВАЦИОННЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ОБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЗА ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Алиева А.О., Курбанов О.Р., Курбанов З.О., Хасаева М.И. Абакаров Т.А., Будайчиев Г.М-А., Акавов А.Н

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
Кафедра ортопедической стоматологии
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Введение. Результаты данных клинических исследований подтверждают, что пародонтальные инфекции могут повлиять на течение, беременности, сахарного диабета и сердечно-сосудистых забо-

леваний. Легочные заболевания также могут быть связаны с заболеваниями пародонта.

Лица с тяжелым хроническими воспалительными заболеваниями пародонта имеют повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний наряду с традиционными факторами риска, такими как: пожилой возраст, преимущественно мужской пол, сахарный диабет, курение и отягощенная наследственность.

Пародонтальная инфекция играет важную роль в возникновении и прогрессировании атеросклероза.

Воспалительные заболевания пародонта вызывают гормональные изменения в период полового созревания, беременности и менопаузы изменяют реакции организма и оказывают влияние на все органы и системы.

Пародонтальная инфекция повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний наряду с традиционными факторами риска, такими как: пожилой возраст, преимущественно мужской пол, сахарный диабет, курение и отягощенная наследственность.

Подтверждено, что пародонтальная инфекция играет важную роль в возникновении и прогрессировании атеросклероза.

Пародонтальная инфекция повышает содержание медиаторов воспаления и простагландинов. Известно, что некоторые из этих веществ, такие как простагландин Е2 (ПГЕ2), влияют на вероятность наступления преждевременных родов.

Воспалительные заболевания пародонта теперь называют шестым осложнением сахарного диабета наряду с ретинопатией, нефропатией, нейропатией, макрососудистыми осложнениями и плохим заживлением ран. Есть определенные биологические механизмы, которые объясняют связь между диабетом и состоянием тканей пародонт.

В нашей стране возрос интерес ученых стоматологов к проблеме роли пародонтологического здоровья в обеспечении качества жизни людей. Медицинское понятие качества жизни включает в себя, прежде всего, показатели, связанные с состоянием здоровья человека [1, 2, 3, 4, 5].

Как видно, изучение отношения населения к стоматологическому здоровью, его приверженности к стоматологической обращаемости, лечению и профилактике стоматологической заболеваемости приобрело не только медицинскую, но и социальную значимость [1,

3, 4]. В связи с этим изучение данного вопроса стало также объектом наших исследований, результаты которых приведены в настоящем сообщении.

Цель исследования: изучение мотивационных предпосылок обращаемости населения г. Грозного за пародонтологической помощью

Материал и методы. Методом случайной выборки по мере обращаемости за стоматологической помощью нами были отобраны пациенты с различными клиническими проявлениями заболеваний пародонта. Проводили сбор предшествующего клинического анамнеза с всесторонним стоматологическим исследованием полости рта, с использованием лабораторно-инструментальных методов и индексов гигиены.

По совокупности диагностических данных в зависимости от тяжести клинического течения воспалительных заболеваний пародонта пациентов разделили на 3 *группы*: *легкая степень* – 70 пациентов, *средняя степень* – 100 пациентов, *тяжелая степень* – 130 пациентов. Контрольную группу составили 72 лиц с интактным пародонтом.

На основании анкетирования респондентов с наличием пародонтита и респондентов, составляющих контрольную группу, было изучено отношение опрошенных к стоматологическому здоровью, уровень приверженности их к стоматологической обращаемости, лечению и профилактике пародонтитов.

Стоматологическое обследование проводили в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2003). Гигиенический статус полости рта определяли по методике Федорова-Володкиной.

Общее число наблюдений в основной когорте обследованных составило – 372 пациента (жители г. Грозного) в возрастной группе от 20 до 30 лет, которые были распределены на 2 группы.

1-ю группу составили – 135 обследованных в возрасте 20-24 лет, 2-ю – 237 человек в возрасте 25-30 лет.

Состояние тканей пародонта оценивали на 6 сегментах верхней и нижней челюстей. О патологических изменениях в тканях судили по наиболее выраженным изменениям, зарегистрированным в том или ином сегменте. Глубину клинических карманов определяли с помощью градуированного пуговчатого зонда. По этим данным рас-

считывали показатели пораженности, а также общую распространенность и интенсивность заболеваний пародонта.

В соответствии с полученными данными пародонтологического статуса определяли потребность обследованного контингента в лечебной и профилактической помощи. Кроме того, оценивали гигиеническое состояние полости рта в динамике. Изучение гигиенического статуса, распространенности и интенсивности заболеваний пародонта создало предпосылки для проведения профилактики пародонтитов.

Результаты исследования и их обсуждение. Всестороннее изучение пациентов *основной группы* с разными формами клинического течения воспалительных заболеваний пародонта и лиц *контрольной группы* позволили нам получить весьма интересные данные.

Сперва рассмотрим мотивы, стимулирующие стоматологическую обращаемость (таблица 1).

Таблица 1

Мотивы, стимулирующие стоматологическую обращаемость пациентов основной группы с воспалительными заболеваниями пародонта (ВЗП) и лиц контрольной группы

№ п/п	Мотивационные стимулы	Частота мотивации (в %)	
		Пациенты с ВЗП	Контрольная группа
		n=300	n=72
1.	Укрепление общего здоровья	16,2±2,0	10,4±3,5
2.	Улучшение стоматологического здоровья	17,8±2,0	61,0±5,6
3.	Предотвращение тяжелых осложнений ВЗП	19,9±2,1	48,1±5,7
4.	Боязнь тяжелых осложнений ВЗП	12,2±1,7	53,2±5,7
5.	Здоровые зубы как фактора молодости	14,6±1,8	58,4±5,7
6.	Современная стоматологическая технология	15,4±1,9	13,0±3,9
7.	Высокий профессионализм стоматологов	40,2±2,5	32,5±5,4
8.	Близость и удобный режим визитов к стоматологу	34,6±2,5	29,9±5,3
9.	Материальная доступность лечения	34,0±2,4	57,1±5,7

Примечание:

1. Лица контрольной группы оценивали предыдущую стоматологическую заболеваемость.

2. Частота мотивов больше числа пациентов, так как большинству их были присущи 2 и более мотивов.

Сразу же отметим, что как среди пациентов *основной группы* с пародонтитом, так и в *контрольной группе* доминирующим мотивационным стимулом стоматологической обращаемости является нетерпимость клинического течения пародонта (болевой синдром), удельный вес которого составляет соответственно 85,3±1,7% и 96,1±2,2% (t=2,2%; p<0,01).

Достаточно высок удельный вес таких мотивационных стимулов, как: сохранение трудоспособности, высокий профессионализм стоматологов, близость и удобный режим визитов к стоматологам, материальная доступность стоматологических услуг - от 33,5±2,4% до 40,2±2,5% (t?=l,93; p>0.05).

Несмотря на не столь высокую активность перечисленных стимулов, упоминание их было связано со следующим. Определенная часть пациентов ранее имели стоматологическую заболеваемость, в связи с чем теряли трудоспособность, а при обращаемости за стоматологической помощью сталкивались с недостаточно высоким профессионализмом стоматологов, дальностью и неудобным режимом визитов к стоматологам, а также дороговизной стоматологических услуг.

Перечисленные стимулы следует признать как пожелания пациентов по улучшению стоматологической службы.

Совершенно низок удельный вес таких мотиваций, как: укрепление соматического здоровья и улучшения стоматологического здоровья, предотвращение тяжелых осложнений пародонтита или их боязнь, признание зубов как фактора продления молодости, наличие современной стоматологической лечебной технологии - от 12,2±1,7% до 19,9±2,l % (t=2,85;p<0,01). Все это свидетельствует об очень низком стоматологическом уровне знаний не только среди пациентов основной группы, но и населения в целом, так как данные по контрольной группе почти аналогичные.

Лица со здоровым пародонтом в период проведения настоящей работы, из которых была сформирована контрольная группа, в анамнезе также указывали на ранее перенесенный и пролеченный пародонтит и поэтому среди них, по сравнению с пациентами основной группы (с наличием пародонтита), намного выше удельный вес (г=5,49; p<0,001) таких мотиваций, как: улучшение стоматоло-

гического здоровья, предотвращение тяжелых осложнений пародонтита, боязнь этих осложнений, признание здоровых зубов как фактора продления молодости, а также материальная доступность стоматологических услуг. Частота перечисленных стимулов варьирует от 53,2±5,7% до 61,0±5,6% (t=0,85; p<0,05). По остальным показателям каких-либо видимых различий относительно пациентов воспалительными заболеваниями пародонта не наблюдается. Столь низкий уровень мотивационных стимулов в обоих наблюдаемых группах, который с большим основанием можно экстраполировать на все взрослое население, характеризуется и довольно низкой приверженностью пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта по всем атрибутам консервативного лечения заболевания. Причем уровни приверженности пациентов с разными степенями тяжести клинического течения воспалительными заболеваниями пародонта разнятся (таблица 2)

Таблица 2

Структура факторов, влияющих на приверженность пациентов с разными степенями тяжести клинического течения ВЗП к лечебным мерам

№ п/п	Факторы приверженности	Частота факторов приверженности, в зависимости от степени тяжести клинического течения воспалительными заболеваниями пародонта (в %)			
		Легкая	***Средняя***	***Тяжелая***	***Всего***
		n=70	***n=100***	***n=130***	***n=300***
1.	Недостаток финансовых средств	34,1±5,3	30,6±4,2	37,6±3,7	34,6±2,5
2.	Отсутствие желания лечиться	80,5±4,4	61,3±4,4	48,2±3,8	59,6±2,5
3.	Незнание о необходимости полного завершения курса лечения	20,7±4,4	11,3±2,9	14,1±2,7	14,6±1,8
4.	Необходимость выполнения большого объема лечебных мер	23,2±4,7	36,3±4,3	48,8±3,8	39,1±2,5
5.	Неуверенность в эффективности лечения	43,9±5,5	39,5±4,4	22,4±3,2	32,7±2,4
6.	Неудобный режим лечения	11,0±3,5	19,4±3,6	12,4±2,5	14,4±1,8
7.	Боязнь осложнений от лечения	56,1±5,5	63,7±4,3	60,0±3,8	60,4±2,5
8.	Страх перед стоматологическими процедурами	65,9±5,3	61,3±4,4	58,8±3,8	61,2±2,5

Примечание: сумма частоты факторов больше числа пациентов, так как у каждого из них одновременно присутствовали 2 и более факторов.

При анализе данных для *основной группы* пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта вырисовывается следующая картина. Приведенные факторы, влияющие на стоматологическую приверженность пациентов по частоте упоминаний можно разделить на 3 подгруппы.

Первую подгруппу составляют факторы, оказывающие наиболее сильно воздействие на приверженность пациентов. К этим факторам относятся: «отсутствие желание лечиться», «побочный эффект лечебных мер» и «боязнь перед стоматологическими процедурами». Частота этих факторов варьирует в пределах от 52,4%±2,6% до 60,4±2,5% ($t=2,21$; $p<0,05$).

Вторую подгруппу составляют факторы, влияние которых на приверженность пациентов ниже, чем в предыдущей группе ($t=3,68$; $p<0,001$). Этими факторами являются: «недостаток финансовых средств», «личностные особенности пациента», «необходимость выполнения большого объема лечебных мер», «неуверенность в эффективности лечения». Их упоминаемость находится в пределах от 32,7±2,0 до 39,12±2,5% ($t=l,84$; $p>0,05$).

Менее всего пациенты указывают на факторы стоматологической приверженности *третьей подгруппы* ($t=8,17$; $p<0,001$). Они представлены такими причинами, как: «незнание о необходимости полного завершения курса лечения» и «неудобный режим лечения», упоминаемость которых составляет соответственно 14,6±1,8% и 14,4±1,8% ($t=0,08$; $p>0,05$).

Как видно, стоматологическая приверженность пациентов очень низкая, что, в свою очередь, снижает их стоматологическую обращаемость. Причем упоминаемость ряда факторов неодинакова среди пациентов с разными степенями тяжести клинического течения воспалительного заболевания пародонта (ВЗП). Например, фактор приверженности «отсутствие желания лечиться» наиболее присущ пациентам с легкой степенью ВЗП - 80,5±4,4%. Протекание заболеваний в легкой форме, не беспокоящих пациентов, не стимулирует их к стоматологической обращаемости. Предпринимаемые самостоятельные меры в конечном этапе усугубляют клиническое течение заболеваний и способствуют переходу их в более тяжелые формы. Упоминаемость этого фактора среди пациентов со средней степенью

тяжести ВЗП составляет 61,3±4,4% (t=3,09; p<0,01), а среди пациентов с тяжелой степенью ВЗП - 48,2±3,8% (t=2,25; p<0,05), т.е. чем тяжелее протекают ВЗП, тем больше они вынуждают пациентов обратиться за стоматологической помощью. Подобная снисходящая динамика присуща и фактору приверженности «побочный эффект лечебных мер». И наоборот, в упоминаемости фактора приверженности «необходимость выполнения большого объема лечебных мер» наблюдается восходящая динамика. Менее всего он упоминается пациентами с легкой степенью ВЗП - 23,2±4,7%. Не столкнувшись с профессиональным лечением, они не знают, что объем и продолжительность лечебных мероприятий может быть значительным. Тогда как, пациенты с тяжелой степенью ВЗП, уже столкнувшись с подобным лечением, считают его объем и продолжительность чрезмерными. Поэтому упоминаемость данного фактора выше - 43,8±3,8% (t=4,24; p<0,001).

Самооценка собственного здоровья даже в *контрольной группе* оказалась далека от желаемого уровня. Несмотря на здоровое состояние полости рта в период проведения настоящей работы, только 48,1±5,7% лиц контрольной группы признали свое общее здоровье, включая и стоматологическое, хорошим, 31,2±5,3% признали его удовлетворительным (г=2,17; p<0,05), а 20,8±4,7% - не удовлетворительным (t=l,47; p<0,05). Подобная ситуация со здоровьем характерна для многих стран мира и объясняется она неблагополучной экологией, неадекватным питанием, ожирением, гиподинамией, стрессовыми нагрузками в гиперурбанизированных поселениях и прогрессивным ростом так называемых болезней цивилизации.

Воспалительные заболевания пародонта в большей степени усугубляют общее здоровье пациентов, что убедительно свидетельствует о системном характере их воздействия на организм.

При сопоставлении данных по *контрольной группе* с аналогичными данными пациентов *основной группы* (с наличием ВЗП) прослеживается следующая картина. Так, если среди первых здоровье хорошим признали 48,1±5,7% лиц, то среди вторых всего 17,6±2,0% пациентов (t=5,05; p<0,001). В обоих группах удовлетворительная самооценка здоровья была примерно одинаковой - 31,2±5,3% и 35,9±2,5% (t=0,80; p>0,05), тогда как в неудовлетворительной самооценке здоровья видна разительная разница 20,8±4,7% и 46,5±2,6% (t=4,79; p<0,001).

Заключение. Отношение населения к поддержанию стоматологического здоровья находится не на должном уровне, что снижает своевременную стоматологическую обращаемость, являющейся основной причиной широкой распространенности воспалительные заболевания пародонта, особенно их тяжелых форм. Наряду с этим, нельзя не отметить очень низкую приверженность населения лечебным мерам. В результате, воспалительные заболевания пародонта оказывают негативное воздействие не только на стоматологическое здоровье, но и на общее здоровье в целом. При этом, чем тяжелее протекает воспалительные заболевания пародонта, тем сильнее проявляется их системное воздействие на организм.

Учитывая возросшую медико-социальную значимость воспалительных заболеваний пародонта, проблема повышения эффективности консервативного лечения и рационализации мер профилактики этих заболеваний становится актуальной задачей не только стоматологической службы, но и всей системы здравоохранения.

Литература

1. Апасенко Г.Л. Диагностика индивидуального здоровья. М., 2014; 1:55-58.
2. Леонтьев В.К. Здоровые зубы и качество жизни // Стоматология, 2016, №5, с. 10-13.
3. Лисуренко А.В. Определение уровня стоматологического здоровья у лиц пожилого и старческого возраста: автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2012. с.23.
4. Образцов Ю.Л. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки // Стоматология, 20016, №4, с.41-43.
5. Останова Г.Б. Технология ортодонтического лечения в создании пространства здоровья как фактора качества жизни человека: автореф. докт. канд. мед. наук. М., 2012, с.46.

МОТИВАЦИОННЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ОБРАЩАЕМОСТИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Курбанов О.Р., Абдурахманов А.И., Абакаров Т.А., Алиева А.О., Курбанов З.О., Хасаева М.И., Акавов А.Н.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
Кафедра ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

Воспалительные заболевания пародонта в связи с их высокой распространенностью и интенсивностью поражения являются актуальной проблемой современной стоматологии, которая приобретает большое медико-социальное значение.

Прогрессирующее течение болезней пародонта приводит к преждевременной потере зубов, нарушению функции жевания, эстетики, отягощению соматической патологии и социальной дезадаптации больных [3, 4, 5].

Удаление зубов вследствие заболеваний пародонта в несколько раз превышают потерю зубов от кариозной болезни. .

На течение пародонтита и эффективность его лечения влияют профилактика, ранняя диагностика и полноценное лечение. По многочисленным наблюдениям, у пациентов с хроническими заболеваниями пародонта чаще всего встречаются поражения тяжелой степени. Это обусловлено отсутствием прогнозирования его развития, а также неэффективностью лечения [2].

В современных условиях прежде всего нужно учитывать мотивацию и уровень обращаемости населения за пародонтологической помощью.

В последние годы возрос интерес ученых к проблеме роли стоматологического здоровья в обеспечении качества жизни людей. Медицинское понятие качества жизни включает в себя прежде всего показатели, связанные с состоянием здоровья человека [1]. Проведенное исследование в нашей стране по вопросам стоматологического здоровья показало, что население имеет весьма приблизительное понятие по данной проблеме, не знает самого термина «качество жизни», ни факторов, его определяющих, не отличается высокой

стоматологической обращаемостью, приверженностью к вопросам лечения и профилактики. По сообщениям ряда авторов, значительная часть врачей-стоматологов также слабо ориентируются в этом проблеме, о чем свидетельствует низкая их мотивированность к профилактике стоматологических заболеваний и проведению санитарно-просветительной работы.

Как видно, изучение отношения населения к стоматологическому здоровью, его приверженности к стоматологической обращаемости, лечению и профилактике стоматологической заболеваемости приобрело не только медицинскую, но и социальную значимость. В связи с этим изучение данного вопроса стало также целью наших исследований, результаты которых приведены в настоящем сообщении.

Материал и методика.

Методом случайной выборки по мере обращаемости за стоматологической помощью отобрали пациентов с различными клиническими проявлениями заболеваний пародонта. Проводили сбор предшествующего клинического анамнеза и всестороннее стоматологическое исследование полости рта с использованием лабораторно-инструментальных методов и индексов гигиены.

По совокупности диагностических данных в зависимости от тяжести клинического течения заболеваний пародонта пациентов разделили на 3 группы: легкая степень – 82 пациента, средняя степень – 120 пациентов, тяжелая степень – 170 пациентов. Контрольную группу составили 77 лиц со здоровой полостью рта. На основании расспросов пациентов с пародонтитом и лиц контрольной группы оценили их отношение к стоматологическому здоровью, уровень приверженности к стоматологической обращаемости, лечению и профилактике пародонтитов.

Стоматологическое обследование проводили в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1998 г.). Гигиенический статус полости рта определяли по методике Федорова-Володкиной. Обследовано 372 в возрасте 20-30 лет, которые распределены на 2 возрастные группы. 1-ю группу составили 417 обследованных в возрасте 20-24 лет, 2-ю – 225 рабочих в возрасте 25-30 лет. Состояние тканей пародонта оценивали на 6 сегментах верхней и нижней челюстей. О патологических изменениях в тканях судили по наиболее выраженным изменениям, зарегистрированным в том или ином сегменте. Глубину кли-

нических карманов определяли с помощью градуированного пуговчатого зонда. Впоследствии по этим данным рассчитывали показатели распространенности (процент лиц, имеющих различные признаки патологии пародонта, и среднее количество пораженных сегментов на 1 обследованного), а также общую распространенность и интенсивность заболеваний пародонта. В соответствии с полученными данными пародонтологического статуса определяли потребность обследованного контингента в лечебной и профилактической помощи. Кроме того, оценивали гигиеническое состояние полости рта в динамике. Изучение гигиенического статуса, распространенности и интенсивности заболеваний пародонта создало предпосылки для проведения профилактики пародонтитов.

Результаты и обсуждение.

Всесторонние расспросы пациентов с разными формами клинического течения заболеваний пародонта и лиц контрольной группы позволили нам получить весьма интересные данные. Сперва, рассмотрим мотивы, стимулирующие стоматологическую обращаемость (табл. 1). Сразу же отметим, что как среди пациентов с пародонтитом, так и в контрольной группе доминирующим мотивационным стимулом стоматологической обращаемости является нетерпимость клинического течения пародонта (болезненное лечение и боязнь тяжелых осложнений), удельный вес которого в среднем составляет соответственно 31,9% и 68,1% ($p<0,01$).

Достаточно высок удельный вес таких мотивационных стимулов как укрепление стоматологического здоровья, безболезненное лечение, боязнь тяжелых осложнений, современная технология, высокий профессионализм персонала, близость и удобный график врача-стоматолога, отсутствия очередей и внимательное отношение персонала, удельный вес которого соответственно от 68,4%; 71,9%; 62,6%; 63,6%; 62,2%; 68,4% до 31,6%; 28,1%; 37,4%; 37,8%; 31,6% ($p>0.05$). Активность перечисленных стимулов не столь высокая, однако их упоминание было связано со следующим.

Определенная часть опрошенных пациентов ранее имели стоматологическую заболеваемость, в связи с чем теряли трудоспособность, а при обращаемости за стоматологической помощью сталкивались с недостаточно высоким профессионализмом стоматологов, дальностью и неудобным режимом визитов к стоматологам, а также дороговизной стоматологических услуг. Перечисленные стимулы

следует признать как пожелания пациентов по улучшению стоматологической службы.

Причины обращаемости пациентов с болезнями пародонта и лиц контрольной группы за стоматологической помощью.

Таблица 1.

Причины	Опрошенные пациенты				Итого	
	Пациенты с заболеваниями пародонта		Пациенты контрольной группы			
	обс	%	обс	%	обс	%
Укрепление стоматологического здоровья	26	68,4	12	31,6	38	100,0
Безболезненное лечение	31	68,2	13	31,8	44	100,0
Боязнь тяжелых осложнений	17	68,0	8	32,0	25	100,0
Современная технология	23	71,9	9	28,1	32	100,0
Высокий профессионализм персонала	52	62,6	31	37,4	83	100,0
Близость и удобный график работы	56	63,6	32	36,4	88	100,0
Отсутствие очередей	61	62,6	27	37,8	88	100,0
Внимательное отношение персонала	13	68,4	6	31,6	19	100,0
Всего	279	66,9	148	35,5	417	100,0

Примечание: 1. Лица контрольной группы оценивали предыдущую стоматологическую заболеваемость. 2. Частота мотивов больше числа пациентов, так как большинству их были присущи 2 и более мотивов.

Совершенно низок удельный вес таких мотиваций, как укрепление общего здоровья и улучшения стоматологического здоровья, предотвращение тяжелых осложнений пародонтита или их боязнь, наличие современной стоматологической лечебной технологии.

Лица со здоровой полостью рта в период проведения настоящей работы, из которых была сформулирована контрольная группа, ранее также имели пародонтит и поэтому среди них, по сравнению с пациентами с пародонтитом, намного выше удельный вес ($p<0,001$) таких мотиваций, как улучшение стоматологического здоровья, предотвращение тяжелых осложнений пародонтита, безболезненное лечение, боязнь этих осложнений, высокий профессионализм вра-

чей, отсутствие очередей, а также внимательное отношение стоматологического персонала. Частота перечисленных стимулов варьирует от 31,6% до 37,8% ($p<0,05$). По остальным показателям каких-либо видимых различий относительно пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта не наблюдается.

Столь низкий уровень мотивационных стимулов в обоих наблюдаемых группах, который с большим основанием можно экстраполировать на все взрослое население, характеризуется и довольно низкой приверженностью опрошенных пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта по всем атрибутам консервативного лечения заболеваний. Причем уровни приверженности пациентов с разными степенями тяжести клинического течения воспалительных заболеваний пародонта различаются (таблица 2).

Мотивационные предпосылки обращаемости пациентов с разными степенями тяжести клинического течения пародонтитов к лечебным мерам. ***Таблица 2***

Мотивация	Частота факторов приверженности, в зависимости от степени тяжести клинического течения ВЗП, в %							
	Легкая		Средняя		Тяжелая		Всего	
	обс	%	обс	%	обс	%	обс	%
Недостаток финансовых средств	12	33,3	11	30,3	13	36,1	36	100,0
Отсутствие желания лечиться	30	44,1	22	32,3	16	23,5	68	100,0
Неуверенность в эффективности лечения	16	33,3	13	28,9	7	15,5	36	100,0
Страх перед стоматологическими процедурами	23	35,9	22	34,9	19	29,7	64	100,0
Итого	81	39,7	68	33,3	55	27,0	204	100,0

Примечание: сумма частоты факторов больше числа пациентов, так как у каждого из них одновременно присутствовали 2 и более факторов.

При анализе данных для группы пациентов с пародонтитом вырисовывается следующая картина. Приведенные факторы, влияющие на стоматологическую приверженность пациентов по частоте упоминаний можно разделить на 3 группы. Первую группу составляют факторы, оказывающие наиболее сильно воздействие на приверженность пациентов. К этим факторам относятся «недостаток

финансовых средств», «отсутствие желание лечиться», «неуверенность в эффективности лечения» и «боязнь перед стоматологическими процедурами», их упоминаемость варьирует в пределах от 23,9% до 29,7% ($p<0,05$).

Менее всего упоминаются пациентами факторы стоматологической приверженности третьей группы ($p<0,001$) они представлены «незнание о необходимости полного завершения курса лечения» и «неудобный режим лечения», упоминаемость составляет соответственно 14,6±1,8% и 14,4±1,8% ($t=0,08$; $p>0,05$).

Как видно, мотивация к лечению заболеваний пародонта у пациентов очень низкая, что, в свою очередь, снижает их стоматологическую обращаемость. Причем упоминаемость ряда факторов неодинакова среди пациентов с разными степенями тяжести клинического течения пародонтита. Например, мотивация «отсутствие желания лечиться» наиболее присуща пациентам с легкой степенью пародонтита – 39,3%. Протекание заболеваний в легкой форме, не беспокоящих пациентов, не стимулирует их к стоматологической обращаемости. Предпринимаемые самостоятельные меры в конечном этапе усугубляют клиническое течение заболеваний и способствуют переходу их в более тяжелые формы. Упоминаемость этого фактора среди пациентов со средней степенью тяжести пародонтита составляет 33,3% ($p<0,01$), а среди пациентов с тяжелой степенью пародонтита – 27,0% ($p<0,05$), т.е. чем тяжелее протекают болезни, тем больше они вынуждают пациентов обратиться за стоматологической помощью.

Таким образом, отношение населения к поддержанию стоматологического здоровья находится не на должном уровне, что снижает своевременную стоматологическую обращаемость, являющейся основной причиной широкой распространенности ВЗП, особенно их тяжелых форм. Наряду с этим, очень низка приверженность населения к лечебным мерам. В результате этого, ВЗП оказывают негативное воздействие не только на стоматологическое здоровье, но и на общее здоровье в целом. При этом чем тяжелее протекает ВЗП, тем сильнее проявляется их системное воздействие на организм. Учитывая возросшую медико-социальную значимость ВЗП, проблема повышения эффективности консервативного лечения и рационализации мер профилактики этих заболеваний становится актуальной за-

дачей не только стоматологической службы, но и всей системы здравоохранения.

Список литературы

1. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита. – МИА, 2002. 126 с.
2. Белоусов Н.Н. Время проведения и очередность этапов комплексного лечения заболеваний пародонта. Пародонтология. – 2007. № 3, т. 44. – с. 3-6.
3. Бородина Н.Б. Особенности течения хронического катарального гингивита и его коррекция у больных с патологией желудочно-кишечного тракта и сахарным диабетом: автореферат дис. канд. мед. наук. – Новосибирск. – 2000. – 21с.
4. Ганжа И.Р. Состояние и перспективы развития пародонтологической помощи взрослому населению г. Самары: дис. канд. мед. наук. 2003, 25с.
5. Дмитриева Л.А., Крайнова А.Г. Современные представления о роли микрофлоры в патогенезе заболеваний пародонта // Пародонтология. № 1, Т. 30. – С. 8-15.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА КЛИПДЕНТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Абдурахманов А.И., Салихова М.М., Джанбулатов М.А., Минкаилова С.Р., Штанчаева М.Н., Магомалиева Л.М.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) является широко распространенным заболеванием и характеризуется частыми периодами ремиссии и обострения. Особого внимания заслуживают пациенты с генерализованным пародонтитом тяжелой степени, патологические процессы которых часто сопровождаются подвижностью зубов, выраженным воспалением, вторичной деформацией окклюзии, эстетическими дефектами. При этом сами пациенты страдают не только от своего заболевания, которые нередко сопровождаются депрессией и угнетенным состоянием, а также по мне-

нию многих пациентов, отсутствием правильного лечения, предлагаемого специалистами. В течение многих лет клиницисты пытались добиться восстановления костного контура, посредством регенерации кости и связочного аппарата, с помощью различных костных стимуляторов при проведении хирургических методов лечения [5]. С разным успехом были использованы аутогенные, аллогенные, ксеногенные и аллопластические материалы [2,3,4]. В последнее время разработаны методики получения резорбируемых остеопластических материалов, содержащих рекомбинантные или выделенные из костной ткани остеоиндуктивные факторы, что позволяет при их имплантации в костный дефект существенно ускорить возмещение последнего новообразованной костной тканью. В настоящее время с такой функцией справляется материал «Клипдент» и «Биопласт-дент» [1].

Клипдент – синтетический материал, представляющий собой гранулы крупной (1000-2000мкм), средней (500-1000мкм) и мелкой (100-500 мкм) фракций, состоящие из очищенного В-трикальций фосфата. Материал обеспечивает оптимальную среду для регенерации костной ткани. Выбор размера гранул зависит от величины дефекта, чем больше дефект, тем больший размер гранул должен быть использован. Гранулы покрыты оболочкой из полиактида-гликолида. Сорастворитель содержит мелпирролидон. При смешивании гранул с сорастворителем материал становится пластичным и удобным для внесения в место дефекта. После контакта с кровью или ротовой жидкостью материал уплотняется, пакует дефект, облегчая процедуру ушивания раны. Материал биосовместимый. Его использование на поверхности или внутри кости не вызывает ни воспалительных процессов, ни иммунных защитных реакций. Клипдент полностью резорбируется в интервале от 9 до 15 месяцев. Резорбция протекает параллельно процессу регенерации. Одновременно происходит прорастание остеонов в полости, внутри и вокруг гранул, а также образуется новая костная матрица. Гранулы применяют и без растворителя. Микропористая структура гранул позволяет рассасываться в организме, происходит наращивание новой кости. Таким образом, образуется идеальный каркас для разрастающейся сети остеобластов.

Цель исследования - оценка эффективности Клипдента при хирургическом методе лечения пародонтита в составе комплексной терапии.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 105 пациентов с пародонтитом в возрасте от 18 до 55 лет, у которых ранее проводимая терапия заболевания была малоэффективной. Со средней степенью тяжести - 35 пациентов и с тяжелой степенью – 70 пациентов. Пациенты были распределены на 2 группы.

В группе сравнения (контрольная) проведено комплексное лечение (индивидуальная гигиена, профессиональная гигиена, кюретаж, открытый кюретаж без Клипдента, ортопедическое, ортодонтическое лечение по показаниям). Пациентам группы наблюдения (основная) провели комплексное лечение по общепринятым методикам с использованием Клипдента.

Эффективность комплексной терапии оценивали с помощью клинических показателей: цвет, рельеф, плотность десен, степень кровоточивости, наличие и глубина пародонтального кармана, степень подвижности и рентгенологическое исследование.

Частота и степень подвижности зубов у пациентов с пародонтитом в контрольной и основной группах (%)

Таблица 1

Степень подвижности зубов	Сроки наблюдения							
	До лечения		После лечения		Через 6 месяцев		Через 12 месяцев	
	К	О	К	О	К	О	К	О
1 степень	7,16	7,54	16,04	26,55	37,09	33,23	41,2	29,12
2 степень	37,54	27,45	47,33	29,11	30,15	15,46	32,1	18,33
3 степень	55,3	55,01	36,63	10,25	25,63	-	26,7	-
Отсутствие подвижности	-	-	-	34,09	7,13	51,31	-	52,55

Как видно из таблицы 1, после лечения в ближайшие сроки подвижность зубов 1-й и 2-й степени имеет тенденцию к увеличению, 3-я степень подвижности уменьшилась в полтора раза, вследствие перехода пациентов с высокой степенью подвижности в наиболее легкую форму.

Через 6 месяцев наблюдается снижение подвижности зубов в двух группах, наиболее выраженный эффект наблюдается у пациентов основной группы, что подтверждается отсутствием подвижности 3-й степени.

Через 12 месяцев после комплексного лечения 1-я степень подвижности имеет отчетливую тенденцию к возрастанию, а 2-я и 3-я степени снижаются, вплоть до полного исчезновения (в основной группе). В основной группе значительное уменьшение подвижности 2-й и 3-й степени и увеличение подвижности 1-й степени, что объясняется положительным влиянием Клипдента, как остеопластического материала на регенерацию костной ткани.

Глубина пародонтальных карманов у пациентов с пародонтитом в динамике комплексного лечения

Таблица 2

Пациенты основной группы	Сроки наблюдения							
	До лечения		Через 3 месяца		Через 6 месяцев		Через 12 месяцев	
	К	О	К	О	К	О	К	О
Пациенты со средней степенью	3,71±0,47	3,73±0,51	2,78±0,29	2,61±0,23	2,64±0,24	2,53±0,21	2,12±0,11	1,78±0,1
Пациенты с тяжелой степенью	7,42±0,26	7,39±0,29	6,32±0,15	6,02±0,12	5,16±0,2	4,81±0,1	4,13±0,1	3,81±0,08

У пациентов контрольной группы с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести уровень потери зубодесневого соединения уменьшился в среднем на 1,3 мм, а у пациентов основной группы – на 1,4; у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени уровень потери зубодесневого прикрепления уменьшился на 1,1 мм в контрольной группе, в основной – на 1,2 мм.

Через 6 месяцев после проведенного лечения у пациентов обеих групп с пародонтитом средней степени тяжести уменьшение глубины пародонтальных карманов происходило с одинаковой интенсивностью, в среднем на 1,4 мм. У пациентов с тяжелой степенью в основной группе отмечалось уменьшение глубины карманов в среднем на 1,7 мм, а в контрольной – на 1,4 мм.

Через 12 месяцев после лечения у пациентов со средней степенью тяжести контрольной группы уменьшение глубины карманов составил в среднем на 1,7, а у пациентов основной группы в среднем на 2,0 мм. У пациентов с тяжелой степенью пародонтита контрольной группы уровень потери зубодесневого прикрепления уменьшился на 1,7 мм, а у пациентов основной группы на 2,0 мм.

В таблице 2 и 3 отражена динамика изменения таких показателей, как частота и глубина пародонтальных карманов у пациентов контрольной и основной групп, в процессе комплексного лечения.

Частота пародонтальных карманов у пациентов с пародонтитом контрольной и основной групп в динамике комплексного лечения (%)

Табл.3

Группы обследованных пациентов	Сроки наблюдения							
	До лечения		Через 3 месяца		Через 6 месяцев		Через 12 месяцев	
	К	О	К	О	К	О	К	О
Пациенты со средней степенью	100,0	100,0	22,4	16,1	18,5	6,2	14,0	4,9
Пациенты с тяжелой степенью	100,0	100,0	33,7	25,9	39,2	23,1	32,6	19,8

Комплексное лечение пациентов с пародонтитом с применением хирургических методов (кюретаж, открытый кюретаж с применением Клипдент) позволили получить хороший и удовлетворительный результат лечения.

Через 3 месяца у пациентов со средней степенью после окончания лечения имеется достоверное снижение частоты пародонтальных карманов в обеих группах, у пациентов контрольной группы в 4 раза, у пациентов основной группы в 6,2 раза; у пациентов с тяжелой степенью пародонтита в контрольной группе почти в 3 раза, а у пациентов основной группы почти в 4 раза, по сравнению с исходными данными. Через 6 месяцев у пациентов со средней степенью пародонтита контрольной группы снижение частоты пародонтальных карманов в 5,4 раза, а у пациентов основной группы в 16 раз; у пациентов с тяжелой степенью контрольной группы в 2,5 раза, у пациентов основной группы в 4 раза, по сравнению с исходными дан-

ными. Через 12 месяцев у пациентов со средней степенью пародонтита контрольной группы в 7 раз, у пациентов основной группы в 20 раз; у пациентов с тяжелой степенью пародонтита в контрольной группе в 3 раз, а у пациентов основной группы в 5 раз, по сравнению с исходными данными.

Как видно из представленных в таблице 3 данных, у пациентов с пародонтитом средней и тяжелой степени, после проведенного лечения (кюретаж, открытый кюретаж с использованием «Клипдент») происходит нормализация тканей пародонта, наиболее выраженная у пациентов основной группы.

Таким образом, через 12 месяцев после проведенного комплексного лечения, состояние клинической ремиссии выявлено у 82% пациентов, которым был проведен открытый кюретаж с использованием «Клипдент». Полученные результаты клинического исследования позволяют прийти к заключению, что у пациентов с пародонтитом средней и тяжелой степени для стабилизации клинической картины необходима поддерживающая терапия с интервалом 6 месяцев.

Вывод. Использование синтетического материала «Клипдент» целесообразно в комплексном лечении пародонтита, с целью устранения пародонтальных карманов, ускорения и восстановления утраченной костной ткани.

Список литературы

1. Азарова Е.А. диссертация «Клинико-эксперементальное обоснование применения «Биопласт-дент», «Клипдент» в комплексном лечении переломов костей и внутрикостных образований челюстно-лицевой области. Воронеж 2015
2. Воложин А.И., Агапов В.С. и др. «Остеопластическая эффективность различных форм гидроксиапатита по данным экспериментально-морфологического исследования» Стоматология. 2000. Т.79, №3. С.4.
3. Десятниченко К.С., Курдюмов С.Г. «Тенденции в конструировании тканеинженерных систем для остеопластики» 2008. - № 2. - С. 62-69.
4. Грудянов А. И. «Заболевания пародонта» М.2009 С.336
5. Мкртчан Г.В. диссертация «Применение остеопластического материала нового поколения при устранении дефектов челюстных костей» М.2012 С.130

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ НА СТАДИИ НЕЗАВЕРШЕННОЙ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ

Будайчиев Г.М-А., Омарова Х.О., Омаров О.Г., Гасанова М.А., Мащилиева М.М., Меджидова Н.М., Ахмедова М.А.

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Вступление. Распространенность некариозных поражений зубов, в частности системной гипоплазии эмали (СГЭ), несмотря на применение различных методов профилактики и лечения, продолжает расти. Среди всех клинических форм наиболее распространенной является пятнистая форма СГЭ. Частота ее возникновения, по данным разных авторов, колеблется от 18 до 55% [1,2,4,5]. Пятнистая форма СГЭ клинически проявляется в виде пятна меловидно-белого или желтоватого цвета с четкими границами и одинаковой величины на одноименных зубах. Поверхность пятна может быть гладкой и блестящей или шероховатой и тусклой, что зависит от того, в каком периоде образования эмали была нарушена ее минерализация. Гладкая и блестящая поверхность эмали свидетельствует о кратковременном воздействии травмирующего фактора и незначительном нарушении структуры эмали в виде очаговой деминерализации в подповерхностном слое. Визуально создается впечатление, что пятно будто просвечивается через неизмененный слой эмали. Если процесс образования эмали был нарушен на завершающей стадии формирования эмали, то гипоплазия проявляется в виде тусклого и шероховатого при зондировании пятна, находящегося в поверхностном слое эмали. В случае расположения очага поражения в подповерхностном слое эмали рекомендовано применение нескольких курсов общей и местной реминерализующей терапии, которые положительно влияют на процессы регенерации эмали в участке повреждения и, в некоторых случаях, приводят к уменьшению или даже исчезновению пятна [2,3,4]. Наличие пятнистой формы СГЭ с расположением участка гипоминерализации в поверхностном слое создает определенные трудности для лечения, поскольку шероховатая поверхность способствует быстрой аккумуляции зубной бляшки, препятствуя проникновению реминерализующих препаратов в

структуру эмали. Неудовлетворительная гигиена ротовой полости вызывает развитие воспалительных заболеваний тканей пародонта и возникновение кариозных поражений в области гипоминерализации. В связи с этим, первоочередной задачей во время лечения является обеспечение условий для возможности улучшения гигиены ротовой полости [3].

Цель исследования – разработать и оценить эффективность предложенного комплекса лечения пятнистой формы СГЭ на основе динамики показателей гигиенического индекса OHI-S, прироста кариозных полостей (компонент «К» индекс КПУ), биофизических (микрокристализация – МК) и биохимических (содержание кальция, фосфора и активность щелочной фосфатазы) показателей ротовой жидкости.

Объект и методы исследования. Нами было обследовано 473 ребенка в возрасте 6-12 лет, проживающих в г. Махачкале. Из общего количества обследованных отдельно выделено 50 детей, больных пятнистую форму СГЭ постоянных зубов. В зависимости от способа лечения дети были разделены на контрольную (23 ребенка) и основную (27 детей) группы. Лечение пациентов обеих групп было направлено на улучшение состояния гигиены ротовой полости и укрепления твердых тканей зубов. После обследования и составления плана лечения проводились беседы с родителями ребенка относительно рационального питания и правильного ухода за полостью рта. Осуществлялся индивидуальный подбор средств и предметов ухода за полостью рта. Методика чистки зубов демонстрировалась в игровой форме на фантомах. В последующие посещения для закрепления навыков индивидуальной гигиены осуществляли контролируемую чистку зубов, которую ребенок выполнял лично под нашим наблюдением. План лечения состоял из профессиональной гигиены ротовой полости, шлифовки и полировки гипоминерализованных участков эмали, местной и общей реминерализирующей терапии, санации ротовой полости. Детям контрольной группы (23 пациента) осуществляли профессиональную гигиену ротовой полости с помощью полировочных щеточек и пасты. Поверхность эмали в области гипоминерализации полировалась силиконовыми резинками различной абразивности и щеточками с пастой Clean Polish и Super Polish (Kerr). После этого пациентам назначали курс общей и местной реминерализующей терапии: ежедневные аппликации геля «Tooth Mousse» (GC) в домашних условиях и эндогенный прием препарата «Кальцемин кидс» в течении одного месяца, дважды в

год. Для повышения местной неспецифической защиты пациентам дополнительно назначали препарат «Имудон» в возрастной дозе в течение 10 дней. Лечение пациентов основной группы (27 детей) осуществлялось по разработанной нами методике, которая включала: 1) профессиональную гигиену ротовой полости с помощью аппарата KaVo PROPHYflex 3 (Kavo) с применением порошка PROPHYflex; 2) сошлифовывание поверхностного слоя эмали в участке гипоминерализации мелкозернистыми алмазными борами, дисками Sof-Lex; 3) полировка поверхности эмали с помощью силиконовых полировочных резинок разной абразивности и аппарата KaVo PROPHYflex 3 (порошок PROPHYpearls); 4) курс местной реминерализующей терапии – глубокое фторирование пораженных и прилегающих к ним участков эмали с использованием препарата «Глуфторед» (ВладМиВа) – 3 процедуры, после чего пациенты проводили аппликации реминерализующего геля «R.O.C.S. Medical Minerals» в домашних условиях (20 сеансов); 5) для эндогенного использования назначен: препарат «Кальцемин кидс» в течение одного месяца, дважды в год, и препарат «Имудон» в возрастной дозе в течение 10 дней. Для гигиенического ухода за полостью рта детям обеих групп были подобраны зубные щетки с мягкой щетиной (в период обострения гингивита), которые, после стихания симптомов воспаления, были заменены на зубные щетки средней жесткости. Пациентам контрольной группы рекомендовали чистить зубы зубными пастами серии «Лакалут», содержащих аминофторид – «Лакалут kids 4-8» (для детей 4-8 лет), «Лакалут teens 8+» (для детей от 8 лет и старше), основной группы – зубными пастами серии «R.O.C.S.", содержащие активный компонент " Минералин "(ксилит, глицерофосфат кальция, хлорид магния), без фтора - " R.O.C.S. kids Фруктовый рожок» (для детей 6-7-летнего возраста), «R.O.C.S. Ветка сакуры» (для детей 8-12 лет).

Обработка данных. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с помощью пакетов прикладных программ **«MS Excel» и «Statistica 7 Portable»**. Для обработки результатов исследования использовали следующие методы медицинской статистики: расчеты относительных и средних величин, их погрешностей, оценку достоверности полученных результатов, которая основывалась на расчетах параметрического критерия Стьюдента и непараметрического критерия хи-квадрат (χ 2).

Результаты исследований и их обсуждение. Изучая динамику гигиенического индекса OHI-S под влиянием лечения было уста-

новлено, что предлагаемая нами схема лечебно-профилакти-ческих мероприятий способствует улучшению состояния гигиены ротовой полости. (табл. 1).

Состояние гигиены полости рта у пациентов контрольной и основной групп после применения комплекса лечебно-профилактических мероприятий. **Таблица 1.**

Группы детей	Индекс OHI-S, баллы	
	До лечения	После лечения
Контрольная n(23)	1,85±0,1	1,69±0,09
Основная n (27)	1,78±0,1	1,43±0,08

Благодаря сошлифовыванию и трехступенчатой полировке гипоминерализованных участков эмали удалось достичь гладкой поверхности эмали, что позволило уменьшить накопление зубной бляшки и создать условия для эффективного гигиенического ухода за полостью рта. Об этом свидетельствует положительная динамика гигиенического индекса OHI-S (уменьшение его значение в 1,24 раза; $p<0,01$). Улучшение гигиенического состояния ротовой полости создало более благоприятные условия для проникновения реминерализующих средств в твердые ткани зуба при применении курса местной ремтерапии. Кроме местной назначалась также общая ремтерапия на фоне коррекции соматической патологии. Это позволило улучшить минерализующие свойства ротовой жидкости, способствовало укреплению гипоминерализованных участков эмали и повышению их кариесрезистентности, что подтверждалось положительной динамикой показателей прироста кариеса (компонент «К» в индексах КПУ) постоянных зубов в основной группе детей (табл. 2).

Динамика показателей прироста интенсивности кариеса у пациентов контрольной и основной групп **Таблица 2**

Срок наблюдения	КПУ		Компонент «К»	
	Контрольная група (n=23)	Основная група (n=27)	Контрольная група (n=23)	Основная група (n=27)
До начала лечения	2,91±0,27	3,04±0,28	2,43±0,19	2,7±0,24
6 мес	3,57±0,24	3,91±0,21	2,87±0,12	2,96±0,18
12 мес	3,87±0,25	4,22±0,23	3,12±0,17	3,18±0,21
24 мес	4,04±0,21	4,56±0,16	3,56±0,21	3,69±0,14
36 мес	5,45±0,14	4,91±0,17	4,7±0,22	4,1±0,2

В частности, динамика индекса КПУ и компонента «К» через 36 месяцев наблюдения свидетельствует о достоверно более высоком их значении ($p<0,05$) в контрольной группе детей (КПУ=5,45±0,14; компонент «К»=4,7±0,22) по сравнению с основной (КПУ=4,91±0,17; компонент «К»=4,1±0,2). Кроме того, после проведенного лечения мы наблюдали уменьшение количества пациентов с III и IV типом образования микрокристаллов и возникновения случаев образования микрокристаллов 2 типа у пациентов основной группы ($\chi2=5,8$, $p<0,05$). Отмечалось увеличение содержания кальция в 1,5 раза ($p<0,05$), неорганического фосфора – в 1,35 раза ($p<0,05$), рост активности щелочной фосфатазы в 1,33 раза ($p<0,05$). У детей контрольной группы, не было выявлено достоверной разницы между показателями гигиенического индекса до и после лечения ($p>0,05$). Биохимические показатели ротовой жидкости также достоверно не изменились ($p>0,05$). Однако, выявлено достоверное изменение распределения типов МК ротовой жидкости. После проведенного лечения увеличилось количество пациентов со II типом МК и появились случаи образования 1 типа МК ($\chi2 =7,9$, $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, полученные данные показали высокую эффективность разработанного нами метода лечения пятнистой формы СГЭ. Многоступенчатое шлифование и полировка эмали в участке гипоминерализации способствует улучшению состояния гигиены полости рта у больных пятнистой формой СГЭ. Использование зубной пасты с активным компонентом «Минералин», в сочетании с местной и общей реминерализующей терапией, укрепляет гипоминерализованные участки эмали и повышает их кариесрезистентность, а также улучшает минерализующие свойства ротовой жидкости.

Литература

1. Киброцашвили И.А. Клиника, диагностика и лечение гипоплазии эмали и сходных с ней заболеваний зубов у детей и подростков: дис. … канд. мед. наук: 14.00.21 / Киброцашвили Ия Анзоровна. – Санкт-Петербург, 2009. – 168 с.
2. Крихели Н.И. Особенности проведения микроабразии и профилактики осложнений у пациентов при коррекции цвета зубов с гипоплазией эмали / Н.И. Крихели // Российская стоматология. – 2010. – № 1. – С. 63-67.
3. Мак-Дональд Р.Е. Стоматология детей и подростков / Р.Е. Мак-Дональд, Д.Р. Эйвери; пер. с англ. — М.: Медицинское информационное агентство, 2033. — 766 с.

4. Федоров Ю.А. Некоторые особенности распространенности и клинического проявления некариозных поражений зубов, развившихся в период их формирования (до прорезывания) / Ю.А. Федоров, И.А. Киброцашвили // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2009. – № 1. – С. 47-52.
5. Fonseca R.B. Enamel hypoplasia or amelogenesis imperfect – a restorative approach / R.B. Fonseca, L.C. Sobrinho, A.J.F. Neto [et al.] // Braz. J. Oral Sci. – 2010. – № 5 (16). — P. 941-943.

……

ИЗУЧЕНИЕ АДЕКВАТНОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В КОЖНЫХ ЛОСКУТАХ

Тешабоев М.Г.

Андижанский Государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан.

Актуальность проблемы. Результаты кожно-пластических операций зависят не только от рациональной хирургической техники, но и от правильности выбора донорской зоны трансплантата с учетом его иннервации, распределения сосудистой сети и кровотока реципиентной зоны.

Так как состояние трансплантируемых тканей главным образом определяется восстановлением адекватного кровоснабжения, необходима разработка объективных критериев оценки кровотока в них.

Материалы и методы исследования. Для анализа состояния микрогемолимфоциркуляции использованы данные, полученные при определении динамики чрезкожного парциального давления кислорода ($P_{TC}O_2$) у основания, в центре и дистальном конце кожно-жирового и кожно-фасциального лоскутов до и после лимфостимуляции, а также в контрольной (подключичная область) зоне у 22 больных на этапах хирургического лечения. Исследование $P_{TC}O_2$ в указанных точках проводилось по 20 минут с функциональной пробой (дыхание увлажненным чистым кислородом через маску по полуоткрытой системе).

Результаты и их обсуждения. При этом получены следующие показатели $P_{TC}O_2$ в динамике в контрольной зоне. У всех обследованных больных $P_{TC}O_2$ контрольной зоны на воздухе составляло от 63 мм.рт.ст. до 126 мм.рт.ст., а стабильный уровень при функциональной пробе варьировал от 255 до 543 мм.рт.ст.

В связи с тем, что лоскуты, в которых замерялось $P_{TC}O_2$, брались из различных зон, с различным исходным кровоснабжением, данные имели достаточно большую вариабельность, однако средние показатели по группе в целом демонстрируют статистически достоверное

повышение показателей парциального давления кислорода в лоскутах после лимфостимуляции (табл. 8.3).

Показатели $P_{TC}O_2$ в центре лоскутов после I этапа пластики:

а) без лимфостимуляции - от 1-2 мм.рт.ст. до 83 мм.рт.ст.; при функциональной пробе - от 38 мм.рт.ст. до 187 мм.рт.ст.

б) после лимфостимуляции - от 8-11 мм.рт.ст. до 93 мм.рт.ст., а при функциональной пробе от 142 до 357 мм.рт.ст.

$P_{TC}O_2$ после II этапа пластики в центре лоскутов:

а) без лимфостимуляции - от 19 мм.рт.ст. до 68 мм.рт.ст.; при функциональной пробе - от 1-2 мм.рт.ст. до 318 мм.рт.ст.

б) после лимфостимуляции - от 10-15 мм.рт.ст. до 79 мм.рт.ст., а при функциональной пробе от 69 мм.рт.ст. до 395 мм.рт.ст.

$P_{TC}O_2$ после III этапа пластики в центре лоскутов:

а) без лимфостимуляции - от 38 мм.рт.ст. до 82 мм.рт.ст., а при функциональной пробе - от 177 мм.рт.ст. до 372 мм.рт.ст.

б) после лимфостимуляции - от 56 мм.рт.ст. до 86 мм.рт.ст., при функциональной пробе от 217 мм.рт.ст. до 381 мм.рт.ст.

Показатели $P_{TC}O_2$ в основании лоскутов:

а) без лимфостимуляции - от 47 мм.рт.ст. до 93 мм.рт.ст.; при функциональной пробе - от 256 мм.рт.ст. до 382 мм.рт.ст.

б) после лимфостимуляции - от 72 мм.рт.ст. до 92 мм.рт.ст., а при функциональной пробе от 264 мм.рт.ст. до 397 мм.рт.ст.

Показатели $P_{TC}O_2$ в дистальной части лоскутов:

а) без лимфостимуляции - от 10 мм.рт.ст. до 47 мм.рт.ст.; при функциональной пробе - от 38 мм.рт.ст. до 234 мм.рт.ст.

б) после лимфостимуляции - от 22 мм.рт.ст. до 52 мм.рт.ст., при функциональной пробе от 98 мм.рт.ст. до 278 мм.рт.ст.

При сравнении показателей $P_{TC}O_2$ в контрольной зоне (63-126 мм.рт.ст.) на воздухе с показателями $P_{TC}O_2$ в центре лоскутов после лимфостимуляции (11-93 мм.рт.ст.) отмечено снижение $P_{TC}O_2$ в центре лоскутов примерно в 4-6 раз, а при сопоставлении с показателями $P_{TC}O_2$ в центре лоскутов использованных без лимфостимуляции (1-2 - 83 мм.рт.ст.) эта разница возрастает еще больше, что свидетельствует об относительно хорошей микрогемолимфоциркуляции в лоскутах после лимфостиму-ляции.

Результаты. Для коррекции послеожоговых дефектов, деформаций, контрактур и рубцовых изъязвлений всего исследовано 22

кожно-фасциальных лоскутов. Из них у 9 с предварительной биологической тренировкой и у 13 без тренировки.

Анализ результатов кожно-фасциальной пластики показал, что в 9% случаев отмечены осложнения. Они по клинической характеристике и результатам пластики объединены в две группы:

а) поверхностные осложнения (воспаление тканей, субэпидермальные пузыри с геморрагическим содержимым и др.) не отразившиеся на отдаленных результатах; б) некроз дистальной 1/3 части лоскута, потребовавшие дополнительных операций.

При поверхностных осложнениях, наблюдавшихся при использовании лоскутов с биологической тренировкой у 3 больных показатели $P_{TC}O_2$ были следующие: в центре лоскутов 10-15 мм.рт.ст. (2 больных), при кислородной пробе 196-316 мм.рт.ст., в контрольной точке 65-89 мм.рт.ст. В одном наблюдении с более выраженной клинической картиной воспаления, сопровождавшегося значительным отеком тканей, изменением кожи особенно по периферии лоскутов до темно-багрового цвета, $P_{TC}O_2$ было повышено в центре до 79 мм.рт.ст. при функциональной пробе - 314 мм.рт.ст. $P_{TC}O_2$ в контрольных зонах при этом составляло 63-87 мм.рт.ст. при высоких показателях кислородной пробы (478-522 мм.рт.ст.).

Всем больным с осложнениями была проведена региональная лимфатическая терапия через основание лоскута и получены удовлетворительные результаты.

У двух больных с краевым некрозом дистальной части лоскута, использованного без биологической тренировки, исследована динамика $P_{TC}O_2$ в лоскутах. В центе $P_{TC}O_2$ - 1-2 мм.рт.ст., при кислородной пробе - 362-366 мм.рт.ст. В контрольной точке - 85-80 мм.рт.ст., при кислородной пробе - 392-408 мм.рт.ст. Следует отметить, что несмотря на проведенное консервативное лечение, на 7-9 день произведена некроэктомия дистальных частей лоскутов, потребовавшая повторных операций, что удлинило время лечения и пребывания больных в стационаре.

Оценка микрогемолимфоциркуляции в кожно-фасциальных лоскутах по динамике чрескожного парциального давления кислорода показала, что на всех участках лоскута $P_{TC}O_2$ ниже, чем в контрольной зоне и эта разница увеличивалась по мере перемещения от проксимального к дистальному концу лоскута. Этот градиент был более выраженным при измерении во время функциональной пробы

с кислородом. Следует отметить, что повышенный уровень $P_{TC}O_2$ после вдыхания кислорода сохраняется в течение 1 часа и более.

Вывод. Следовательно, основываясь на вышеизложенном, можно прийти к заключению, что неинвазивный метод определения $P_{TC}O_2$ в кожных лоскутах позволяет оценить адекватность кровообращения в них и тем самым может предотвратить осложнения, путем своевременной коррекции микроциркуляции.

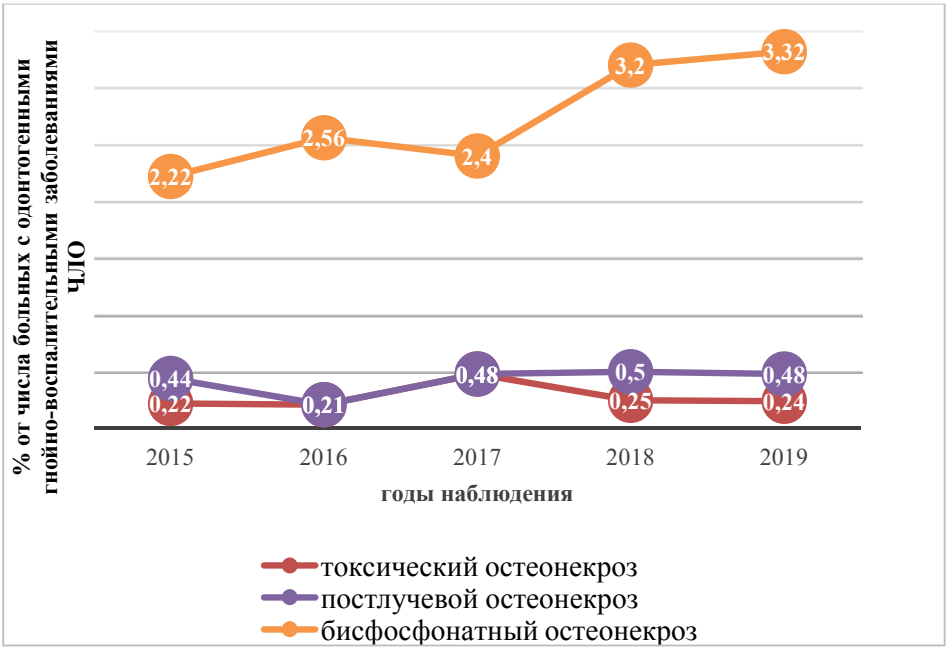


Рис. 2. График. Динамика распространенности различных видов остеонекроза челюстей за период с 2015 по 2019 годы.

По данным рис. 2, распространенность бисфосфонатного остеонекроза среди одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний за указанный период составила, в среднем, 2,74±0,25%, постлучевого – 0,42±0,06%, токсического – 0,28±0,06%, при этот зафиксирован рост распространенности БОНЧ с 2,22% до 3,32% (на 1,1%) на протяжении периода наблюдения с 2015 по 2019 годы. В исследовании учитывались только те пациенты, помощь которым оказывалась в стационарных условиях, потому фактическая распространенность данных заболеваний, вероятно, немного выше.

Выводы. По данным проведенного исследования, бисфосфонатный остеонекроз преобладает среди других остеонекрозов челюстей. Зафиксирован рост частоты встречаемости заболевания как среди других некрозов, так и среди гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, а также увеличение абсолютного коли-

чества больных с БОНЧ. Полученные данные свидетельствуют об актуализации данной проблемы в Ставропольском крае.

Литература.

1. Жабина, А.С. Роль бисфосфонатов для профилактики и лечения метастазов в кости [Текст] / А.С. Жабина // Практ. онкол. – 2011. - Т. 12. – №3. – С. 124—131.
2. Лепилин, А.В. Распространенность и особенности течения воспалительных заболеваний и травматических повреждений у больных, страдающих наркоманией / А.В. Лепилин, Г.Р. Бахтеева // Dental Forum. – 2012. - №5. – С.25.
3. Медведев. Ю.А. Фосфорные некрозы челюстей [Текст] / Ю.А. Медведев, Е.М. Басин // Врач. – 2012. – №1. – С. 21 – 25
4. Тимофеев, А.А. Постлучевой остеонекроз в практике челюстно-лицевого хирурга [Текст] / А.А. Тимофеев // Современная стоматология. – 2016. - №3 (82). – С. 68-70.
5. Ruggiero, S.L. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw—2014 update [Text] / S.L. Ruggiero, T.B. Dodson, J. Fantasia [et al.] // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2014. –Vol. 72. – N.10. – P. 1938–1956.

ЛИТОТРИПСИЯ ПРИ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Абдусаламов М.Р., Афанасьев В.В., Курбанов С.М.

Кафедра травматологии челюстно-лицевой области,
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва

Слюннокаменная болезнь находится на первом месте по встречаемости среди всех воспалительных заболеваний слюнных желез (на её долю приходится до 78%). Лечение больных с данной патологией в большинстве случаев сводится к удалению железы вместе с камнем. Удаление слюнной железы может вызвать осложнения как местного, так и общего характера, кроме того, слюноотделение в полости рта за счет оставшихся желез не восстанавливается, что может привести к развитию заболеваний пищеварительной системы (А. Н. Левкович, 1979; А. Ф. Коваленко, 2000).

Учитывая вышеизложенное и важность экзокринной и эндокринной функций слюнных желез для организма человека, актуаль-

ной является работа по совершенствованию методов лечения больных слюннокаменной болезнью позволяющих сохранить железу.

Материал и методы. С целью выработки показаний и противопоказаний к проведению того или иного метода лечения нами было обследовано и пролечено 620 больных слюннокаменной болезнью. 144 больным в комплексе лечебных мероприятий провели сиалолитотрипсию (15 – околоушных и 129 – поднижнечелюстных слюнных желез). Из них у 74 больных диаметр главного протока был в 3-4 раза больше диаметра его устья, в связи с чем этим больным в процессе лечения или до начала курса сиалолитотрипсии произвели операцию по созданию нового устья по методу Афанасьева-Стародубцева (1993) с целью удаления осколков раздробленного камня и последующего улучшения оттока слюны. У 476 пациентов осуществили только хирургическое удаление камня из различных отделов околоушной или поднижнечелюстной желез. Трём больным, после безуспешного лечения с применением сиалолитотрипсии, удалили поднижнечелюстные слюнные железы. Таким образом, всего оперативное лечение по поводу слюннокаменной болезни мы провели у 479 больных. Пластику нового устья поднижнечелюстного протока провели 309 больному.

Контрольное обследование больных провели в сроки до 16 лет после лечения.

Результаты, обсуждение. У 90 больных (63 %) литотрипсия позволила добиться «выздоровления» (полный выход конкремента, отсутствие клинической симптоматики заболевания в динамике наблюдения и восстановление функции слюнной железы). У 45 больных (31%) отметили "улучшение" (конкремент раздробился и отошел частично, в дальнейшем обнаружили в динамике длительную ремиссию).

У 9 пациентов (6%) состояние после дробления расценили как "без перемен" (камень не раздробился или не выделился). Результаты лечения больных с частичным или полным выходом фрагментов слюнного камня (135 б. - 94%) расценили, как положительные, так как после этого восстанавливался отток секрета и не было инфекционных осложнений.

В отдаленные сроки до 16 лет после сиалолитотрипсии функция слюнных желез восстанавливалась, но оставалась ниже, чем в здо-

ровой парной: 2,3±0,3 мл в околоушных и 2,9±0,3 мл в поднижнечелюстных слюнных железах.

Рецидив камнеобразования в динамике процесса обнаружили в 4 наблюдениях (3%) после дробления.

Хирургическим путем слюнные камни из задних отделов протока целиком удалили у 469 (из 476) больных. У 4 пациентов во время операции камни раскрошились и незначительная их часть осталась в железе. У 3-х больных (1 – ОУСЖ и 2 - ПЧСЖ) попытка удаления камня была неудачной.

При расположении слюнного камня в переднем и среднем отделах протока его удалили во всех случаях.

У 225 из 309 больных новое устье функционировало хорошо и его средний диаметр составил – 2,3 мм, у 84 - произошло сужение нового устья до 0,2 мм. У 187 больных (из 225), у которых новое устье хорошо функционировало, выделение секрета происходило как через новое, так и через естественное устья. У 15 больных слюноотток осуществлялся только через новое устье в связи с полным заращением просвета естественного (7 больных) или слишком малого его диаметра (8 больных).

Результаты сиалометрии в длительной динамике после оперативного лечения показали, что функциональная активность пораженных слюнных желез в динамике наблюдения была в пределах нормы, хотя и несколько снижена по сравнению с одноименными противоположными железами.

Сиалографическая картина паренхимы железы у всех больных после удаления камня стала чётче, что указывало на снижение воспалительных процессов в ней.

Заключение. Таким образом, наши исследования показали, что наличие слюннокаменной болезни с локализацией конкремента в железе не является показанием к удалению последней. После удаления конкремента функция слюнной железы восстанавливается.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕДСТВИЙ ОЖОГОВ.

Мадазимов М.М., Тешабоев М.Г.

Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан.

Актуальность проблемы. Существенная роль в системе профилактических мероприятий отводится превентивной антибиотикотерапия. Однако вопросы антибиотикопрофилактики при восстановительно-пластических операциях по поводу последствий ожогов остаются малоизученными. В частности, не уделено внимания значимости лимфатической системы региона в патогенезе гнойно-воспалительных осложнений, не определены показания к назначению антибиотиков при восстановительно-пластических операциях у больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями различных областей тела.

Цель изобретения – разработка патогенетического способа антибактериальной терапии гнойно-некротических осложнений последствий ожогов, основанного на создании в региональной лимфатической системе длительно удерживаемых терапевтических концентраций антибактериального препарата, что обеспечивает нормализацию микроциркуляторных расстройств, максимальную эффективность проводимой антибактериальной терапии, ускорение регенерации, сокращение сроков лечения.

Материалы и методы исследования. Данная цель достигается за счет осуществления насыщения лимфатической системы региона поражения антибактериальным препаратом, вводимым на фоне региональной химической лимфостимуляции, которая приводит к перераспределению основного потока жидкости в микроциркуляторной системе в сторону корней лимфатической системы и обеспечивает поступление введенного антибиотика в лимфатическую систему. Основным является многогранное влияние региональной лимфатической терапии.

Во-первых, лимфостимуляция обеспечивает коррекцию микроциркуляторных нарушений, что в свою очередь улучшает обменные процессы на клеточном уровне. Во-вторых, антибиотик вводимый

региональным лимфатическим путем создает в лимфатической системе региона длительно удерживаемые терапевтические концентрации, что обеспечивает полный контакт с микробным агентом в очаге инфекции и необходимую экспозицию для оказания максимального воздействия.

В-третьих, антибиотик депонируется в региональных лимфатических узлах и за счет медленного тока лимфы постепенно вымывается в кровоток где оказывает вторичное воздействие, уже общего характера.

Способ предлагаемого лечения гнойно-некротических осложнений в хирургии последствий ожогов заключается в следующем: кожа основания кожно-жирового или кожно-фасциального лоскута с учетом особенностей лимфооттока от данного региона двукратно обрабатывается йодом и спиртом. Строго подкожно вводится химический лимфостимулирующий препарат в разовой дозе (к примеру: гепарин, лидаза, в дозировках используемых для региональной лимфатической терапии). Не вынимая иглы, через 3-5 минут необходимых для начала процесса стимуляции лимфатического дренажа, вводится разовая официальная доза выбранного антибактериального препарата. На место введения накладывается полуспиртовый компресс на 6-8 часов. Манипуляция выполняется ежесуточно. На курс лечения 4-6 сеансов.

У каждого конкретного больного при выполнении манипуляции подбор региона воздействия осуществлялся с учётом сегментарного оттока лимфы от различных регионов организма.

В целях изучения эффективности региональной лимфатической терапии нами у 236 больных после различных восстановительных и пластических операций проведено исследования. Они были разделены на 2 группы. Основную группу составили 160 больных, у которых за день до операции и в раннем послеоперационном периоде проводилась РЛТ и контрольная группа – 76 больных, у которых проводилась традиционная антибиотикотерапия внутримышечным способом.

Показания к региональной лимфокоррекции. Показания к региональной лимфокоррекции обширны. Региональная коррекция лимфообразования и лимфотока может быть использована после восстановительных и пластических операций, сопровождающихся

сосудистыми, нервными, обменными и иммунологическими нарушениями.

Лимфогонные препараты для региональной лимфокоррекции, предложенные Республиканским Центром клинической лимфологии Узбекистана.

Из антибиотиков использованы: пенициллин, оксациллин, ампициллин, гентамицин в разовых дозировках, 1 раз в сутки.

Результаты. В послеоперационном периоде в основной группе больных, которым проводилась лимфатическая терапия, краевой некроз лоскута наступил у 6 (3,7%) больных, лизис трансплантата у 2 (1,25%), и нагноения ран наблюдались также у 2 (1,25%) больных, что составило 6,2%.

В контрольной группе некроз лоскута возник у 8 (10,5%) больных, лизис трансплантата у 2 (2,6%) и нагноение раны в 2 (2,6%) случаях.

Вывод. Таким образом, применение разработанных способов хирургического лечения а также региональной лимфатической терапии в восстановительной и пластической хирургии последствий ожогов способствовало уменьшению количества ранних послеоперационных осложнений от 15,7 % до 6,2%, т.е. более чем в 2 раза.

ВЛИЯНИЕ ТРАВМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА СОСТОЯНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Ордашев Х.А., Шахбанов А.К., Минкаилова С.Р., Гамидова З.Ш., Аталаев М.М., Курбанов К.К., Акаева Д.А., Магомедова Х.М., Алиева С.Ф.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.
Отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», 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 резуль-

тате 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.

ЛЕЧЕНИЕ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Аталаев М.М., Азизов К.А., Гусенов С.Г.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно–лицевой хирургии с усовершенствованием врачей, кафедра ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Вправление и закрепление отломков при застарелых и неправильно сросшихся переломах верхней челюсти представляют большую трудность. В настоящем сообщении мы хотим поделиться опытом лечения неправильно сросшихся переломов верхней челюсти.

Материал и методика. Мы наблюдали 8 больных с неправильно сросшимися переломами верхней челюсти в возрасте от 18 до 30 лет (7 мужчин, 1 женщина). Все больные поступили в клинику в отдаленные сроки после травмы — от 3 недель до 9 месяцев и более. Позднее поступление больных в клинику объяснялось их нетранспортабельностью ввиду тяжелого общего состояния, отсутствием стоматологической помощи, а также несвоевременностью поставленного диагноза перелома верхней челюсти. Неправильное сращение отломков явилось причиной значительных функциональных и косметических дефектов.

Для вправления отломков применяли двучелюстные гнутые проволочные шины с межчелюстным вытяжением. Использовали также резиновые прокладки между зубами и жесткую подбородочную пращу. У 4 больных со сроками поступления после травмы от 3 до 4 недель такой метод лечения дал хороший результат: отломки удалось поставить в правильное положение в течение 14—21 дня. Жевательная функция полностью восстановилась. У больных с давностью травмы более 30 дней вправление отломков посредством

межчелюстной резиновой тяги удавалось не всегда. В этих случаях использовали более сильное вытяжение — грузом через блок.

Описанное лечение неправильно сросшихся переломов с давностью травмы от 2 месяцев и более, как правило, положительных результатов не давало. Мы наблюдали 3 больных, которые поступили в клинику позже, чем через 2 месяца после травмы. У всех отмечалось неправильное сращение отломков. Этим больным мы были вынуждены применить кровавую репозицию отломков с последующим ортопедическим лечением.

Методика оперативного вмешательства. После анестезиив крылонебной ямке и дополнительного инфильтрационного обезболивания проводитсяразрез слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке от резцов до последних моляров. Слизистая оболочка с надкостницей отсепаровывается вверх. Обнажается нижний край грушевидного отверстия, клыковая ямка, скуло-альвеолярный гребень и часть бугра верхней челюсти. При помощи круглого и фиссурного боров проводится остеотомия, начиная от нижнего края грушевидного отверстия, вдоль тела верхней челюсти над верхушками всех зубов. Линия остеотомии соответствует нижней линии слабости, описанной ЛеФор. Таким же образом проводится операция на другой стороне в случаях двусторонних переломов верхней челюсти. В линию распила вводится широкое прямое долото, и осторожными движениями книзу отламывается нижний фрагмент верхней челюсти. После этого подвижный фрагмент перемещается в нужном направлении до сопоставления зубов в правильном прикусе. В новом положении отломок верхней челюсти фиксируется при помощи индивидуальной пластмассовой шины с внеротовыми стержнями, жесткой подбородочной пращи и стандартной головной повязки. В случаях односторонней остеотомии дляфиксации применяются двучелюстные гнутые проволочные шины с межчелюстным вытяжением. Шины снимали через 4—5 недель после операции. По этой методике оперировано 3 человека. Каких-либо осложнений после операции у больных не наблюдалось. Функциональные и косметические результаты лечения были хорошими. Приводим краткую выписку из истории болезни одного больного.

Больной Ж., 30 лет, поступил в клинику с жалобами на неправильное смыкание зубов, затрудненное разжевывание пищи. Травму получил более 2 месяцев назад. Находился на лечении в районной

больнице по поводу сотрясения головного мозга. После улучшения общего состояния направлен в клинику челюстно-лицевой хирургии. При поступлении имелось значительное нарушение прикуса за счет неправильного срастания отломков верхней челюсти слева. Левая верхняя челюсть смещена вниз и внутрь, справа прикус разобщен на 1,5см. Отломки неподвижны. Межчелюстное вытяжение и внеротовое вытяжение посредством шнура с грузом не увенчались успехом. Больному произведена остеотомия по нижней линии слабости. Отломок закреплен двучелюстными проволочными шинами с межчелюстным вытяжением. Непосредственный результат лечения хороший: прикус стал правильным, улучшилась форма лица. Выписан через месяц после операции.

Результаты. Таким образом, лечение неправильно сросшихся переломов верхней челюсти с давностью травмы до 2 месяцев целесообразно начинать с применения межчелюстного вытяжения. Наилучшие результаты в этих случаях достигаются при использовании межчелюстной резиновой тяги, межзубных прокладок и внеротового вытяжения через блок. Если такое лечение окажется неэффективным или если травма, после которой неправильно срослись переломы, имеет давность 2 и более месяцев то применяется оперативное лечение в сочетании с межчелюстным закреплением отломков. Обычно при этом производится остеотомия по нижней линии слабости, а затем репозиция и фиксация отломков одним из общеизвестных способов.

СМЕШАННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Ордашев Х.А., Ахмадудинов М.Г., Ахмадудинов А.М., Патахов Г.М., Шахбанов А.К.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России,Махачкала.

Плеоморфная аденома околоушной слюнной железы в настоящее время, является преобладающей формой среди остальных опухолей слюнных желез. Медленное прогрессирование, слабая симптоматика усложняют раннюю диагностику, что приводит значитель-

ному распространению процесса на период выявления. Хирургическое лечения опухолей этой области усложняет, прохождение в толще околоушной слюнной железы крупных сосудов и нервов. Публикационное раскрытие разделов решения данной патологии относительно скуден, что делает ее актуальной в научном и практическом значении.

Цель исследования – улучшение результатов паротидэктомии с помощью одномоментной пластики послеоперационных дефектов.

Введение. Паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва является радикальным хирургическим вмешательством в лечении опухолей околоушных слюнных желез, в свою очередь она приводит и к возникновению послеоперационных деформаций области, а также к появлению синдрома Люси Фрея (25 % случаев).

Возникает необходимость коррекции данного дефекта проведения реконструктивных, пластических операций.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2019 г. в отделении ЧЛХ РКБ В Г.Махачкале 30 больным проведена- паротидэктомия с сохранением целостности основных ветвей лицевого нерва, а также произведена одновременная реконструкция позадичелюстной ямки с использованием мышечного лоскута собственного организма. Гистологические данные показали у 25 (85 %) пациентов обнаружены смешанные опухоли в виде плеоморфной аденомы околоушной слюнной железы, у оставшихся 5 (15 *%)* – злокачественные образования околоушной слюнной железы.

Результаты. В результатах всех 30 больных, которым проведена паротидэктомия и сохранены основные стволы ветвей лицевого нерва, а также одновременная пластика позадичелюстной ямки с помощью перемещения мышечного ауто-лоскута, показатель частота послеоперационных осложнения в виде дефекта области позадичелюстной ямки и гиперчувствительности данной области был значительно снижен.

Заключение. Паротидэктомии с одномоментной реконструкцией дефекта, при возможности сохранения двигательных ветвей лицевого нерва улучшает эстетику косметического дефект и снижает гиперчувствительность области. Используемый мышечный лоскут собственного организма несомненно, является подспорьем дорогостоящим синтетическим материалам.

ВЛИЯНИЕ ПЕПТИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФАГОЦИТАРНУЮ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ КОЖНОЙ РАНЕ

Ляшев Ю. Д., Смахтина А. М., Чуланова А. А., Смахтин М. Ю.

Кафедра патофизиологии
Кафедра биологической химии
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Курск.

Актуальность. Раневой процесс – это достаточно часто встречающийся в стоматологии многоэтапный процесс биологических реакций, развивающийся в ответ на травму различных структур организма, как правило, заканчивающийся восстановлением морфологической целостности кожи. В ответ на рану, как на стрессовое воздействие, возникает иммунный ответ, одним из ведущих звеньев которого является активация макрофагов и нейтрофилов. Выявление эффектов новых фармакологических препаратов, стимулирующих процессы ранозаживления, особенно актуально в современной стоматологии.

При этом, выявление эффектов препаратов пептидной природы, активирующих процессы ранозаживления, представляет особый интерес, так как они, оказав необходимый эффект, распадаются на свободные аминокислоты, не являющиеся чужеродными для организма. Некоторые из этих препаратов врачи уже используют в клинической практике, что актуально и для стоматологии [5].

В результате изучения данных литературы, для исследования были выбраны 3 препарата: даларгин, тимоген и синтетический пептид Gly-His-Lis (GHL). Даларгин – это аналог энкефалинов, обладающий стресс-лимитирующим и репаративным эффектами [3]. Тимоген – дипептид, обладающий иммуномодуляторным эффектом, необходимым в условиях снижения иммунной функции, в том числе и при повреждении кожи [1]. Gly-His-Lys (GHL) – экспериментальный пептид, обладающий репаративными эффектами. Сохранение активности нейтрофилов особенно необходимо в условиях кожных ран, так как известно, что именно эти клетки первыми приходят в очаг воспаления и от их активности во многом зависит скорость ранозаживления.

Цель исследования – выявить влияние тимогена, даларгина и пептида GHL на фагоцитарную активность нейтрофилов.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 70 крысах Вистар. Им на холке под хлоралгидратным наркозом (доза – 300 мг/кг массы тела крысы) искусственно наносились кожные повреждения 1 $см^2$ [2]. На протяжении 10 дней крысам внутрибрюшинно вводили изучаемые препараты в следующих эквимолярных концентрациях: тимоген и Gly-His-Lys –0,5 мкг, даларгин – 1,2 мкг на 1 кг массы тела. Следует отметить, что препараты вводили одновременно с нанесением кожной травмы. Крысам из группы контроля в течение того же промежутка времени внутрибрюшинно вводили изотонический раствор NaCl. Для проведения исследования использовали кровь, взятую из сердца животных. Фагоцитарную активность гранулоцитов крови, в частности нейтрофилов, изучали после их инкубации с латексом. Для оценки функциональной активности нейтрофилов использовали фагоцитарное число (ФЧ) и фагоцитарный индекс (ФИ), которые определяли в мазках, окрашенных по Романовскому [4].

Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи компьютерной программы Statistica 6.0, вычисляя среднюю арифметическую (M) и среднюю ошибку (m). Достоверность отличий между группами животных оценивали по критерию Манна – Уитни при $p<0,05$.

Результаты исследования. На рисунке 1 представлены эффекты исследуемых пептидов и их комбинаций на ФЧ, а на рисунке 2 – на процент фагоцитов, участвующих в фагоцитозе.

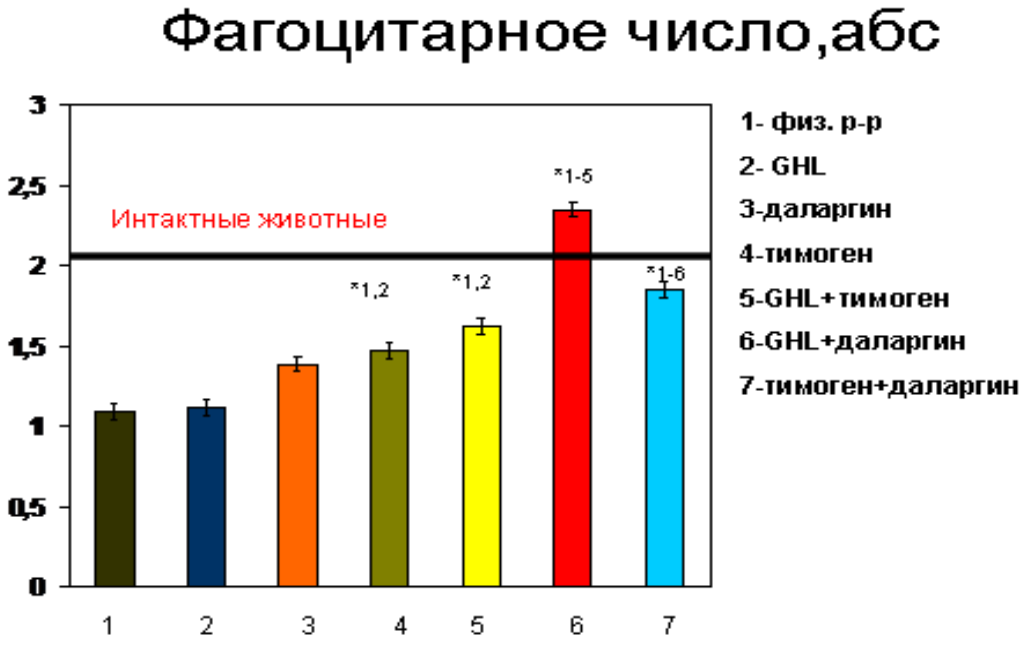


Рисунок 1. Влияние регуляторных пептидов и их комбинаций на фагоцитарное число (ФЧ) при кожной травме.

Полученные данные свидетельствуют о том что, наибольшее влияние на фагоцитарное число оказывает комбинация GHL+ даларгин, применение которой корригирует данный показатель до уровня интактных животных (Рисунок 1). При введении только пептида GHL существенных изменений уровня ФЧ выявлено не было.

Рисунок 2. Эффекты регуляторных пептидов и их комбинаций на фагоцитарный индекс (ФИ) при кожной травме.

Из данных, представленных на рисунке 2, видно, что при введении комбинаций GHL+тимоген и GHL+даларгин процент нейтрофилов, участвующих в фагоцитозе, увеличивается до уровня интактных животных. Пептид GHL существенно не корригирует данный показатель. При введении тимогена и даларгина выявлялось позитивное влияние на функциональную активность нейтрофилов.

Таким образом, в условиях кожных ран наблюдалось синергичное действие экспериментального пептида GHL с тимогеном в отношении функции нейтрофилов. Еще более выраженный синергичный эффект наблюдался у этого пептида с даларгином, что предположительно может быть связано с потенцирующим влиянием этих пептидов на общие механизмы активации поглотительной стадии фагоцитоза, что может быть использовано для коррекции сниженной иммунной функции в условиях кожных ран.

Выводы. Пептиды даларгин и тимоген в эквимолярных концентрациях сопоставимо стимулируют поглотительную активность нейтрофилов в условиях кожных ран.

При использовании парных сочетаний этих препаратов с экспериментальным пептидом GHL наблюдается усиление эффекта с корригирующим действием у комбинации GHL+даларгин, что может быть использовано при повреждениях кожи.

Список литературы

1. Александров, В. Н. Иммуномодуляторы эндогенной и экзогенной природы / В. Н. Александров, Л. П. Пивоварова, Л. И. Калюжная // Медицинская иммунология. – 2006. – Т. 8, № 2 – 3. – С. 429 –470.
2. Амирасланов, Ю. А. Лечение ран в управляемой абактериальной среде / Ю. А. Амирасланов, В. М. Матасов, В. Ф. Хотинян. – М.: Медицина, 1981. – 157 с.
3. Забродин, О. Н. К норадренергическому компоненту механизмов стресс-лимитирующего и заживляющего эффектов даларгина / О. Н. Забродин // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2016. – Т. 14, № 4. – С. 61 – 66.
4. Медведев, А.Н. Способ исследования поглотительной фазы фагоцитоза / А. Н. Медведев // Лабораторное дело. – 1991. - №2. – С. 19-20.
5. Синергичное иммунотропное и репаративное действие тимогена, даларгина и регуляторного пептида GLY-HIS-LYS при экспериментальной травме кожи / В. Ю. Чердаков, М. Ю. Смахтин, Г. М. Дубровин. И. И. Бобынцев // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2013. – № 1. – С.38-42.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СИАЛАДЕНИТЕ И СИАЛОЗЕ

Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А., Асиятилов Г.А., Шахбанов А.К., Минкаилова С.Р., Аталаев М.М., Гамидова З.Ш., Магомедова Х.М., Маланина А.И., Магомедов Г.Н.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала,
Отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», Махачкала.

Хронический сиаладенит (ХС) и сиалоз - одни из самых частых заболеваний слюнных желез (СЖ). Наличие некоторых общих пато-

генетических 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.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПРОХОДЯЩИХ ЧЕРЕЗ ПОЛОСТЬ КИСТЫ

Аталаев М.М., Бекмагомаев А.М., Гусенов Г.Р.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно–лицевой хирургии с усовершенствованием врачей
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

В практике врача-стоматолога иногда встречаются переломы нижней челюсти, проходящие через полость кисты.

Сообщения об этом в литературе представлены единичными наблюдениями. Всеми авторами отмечены большие трудности, с которыми приходилось сталкиваться при лечении больных с такой патологией. Причина этого — крайне медленная консолидация, объясняемая малой площадью соприкосновения костных фрагментов и отсутствием средств, обеспечивающих надежную и длительную фиксацию отломков нижней челюсти.

Ряд авторов в подобных случаях ограничиваются только репозицией и фиксацией отломков. Кисту они удаляют после консолида-

ции перелома. В то же время другие производят удаление кисты с одномоментной репозицией и фиксацией отломков челюсти.

Мы решили применить уже много лет, используемый нами при различных остеопластических операциях на нижней челюсти лиофилизированный костный гомотрансплантат и у больных с переломами нижней челюсти, проходящими через кисту.

Материал и методика. Под нашим наблюдением находилось 5 больных, в возрасте от 20 до 50 лет (4 мужчин и 1 женщина). У 3 больных переломы проходили через тело нижней челюсти в области радикулярной кисты, у 2 перелом проходил в области угла челюсти, где располагалась фолликулярная киста. Ее размеры были от 2—2,5 до 3—3,5см диаметре.

После обезболивания внеротовым подходом рассекали до кости ткани в области перелома, удаляли оболочку кисты вместе с содержимым, освежали костную стенку полости, репонировали отломки; вслед за освежением наружной поверхности фрагментов фиксировали их костной накладкой из лиофилизированной компактной гомокости, укрепляемой проволочными швами; кистозную полость плотно заполняли лиофилизированной костной мукой вместе с антибиотиками, после чего ткани послойно ушивали. Двум больным дополнительно была произведена межчелюстная фиксация отломков сроком на 2—3 недели.

Результаты. Послеоперационное течение у всех больных проходило гладко, через 2—3 недели они были выписаны для амбулаторного лечения. Трудоспособность восстановлена через месяц — полтора после операции. При контрольном рентгенологическом обследовании больных по истечении срока от 6 месяцев до 3 лет после оперативного вмешательства было обнаружено, что кистозные полости не определялись, на месте бывшей кисты костная структура восстановлена. Трансплантаты (накладки из лиофилизированной гомокости) полностью перестроились.

Для иллюстрации приводим следующее наблюдение. Больной К. поступил в клинику 11/05 2019г. с жалобами на сильные боли в нижней челюсти справа. 8/05 2019г. получил удар в нижнюю челюсть справа, после чего в ней появились сильные боли. Обратился к врачу по месту жительства, который наложил пращевидную повязку. При поступлении в клинику определялась припухлость мяг-

ких тканей в подчелюстной области справа. Пальпация этой области болезненна, открывание рта затруднено.

При осмотре полости рта нарушения целостности слизистой оболочки не обнаружено. Пальпаторно определяется перелом тела нижней челюсти справа. Малый фрагмент несколько смещен кверху. Зубная формула:

$$\frac{00604320 \mid 10000070}{00054320 \mid 12340000}$$

На рентгенограмме нижней челюсти справа определяется перелом тела нижней челюстив области отсутствующего 6 справа. Линия перелома проходит через кистозную полость размером 2 на 2,5см с четкими краями, по нижнему краю челюсти имеется осколок кости треугольной формы. Меньший фрагмент смещен вверх. Установлен диагноз: перелом нижней челюсти справа, проходящий через кисту.

14/05 2019г. произведена операция. После репозиции отломков с наружной поверхности фрагментов снят кортикальный слой, куда помещен лиофилизированный костный гомотрансплантат в виде накладки, закрепленной проволочными швами. Кистозная полость после цистэктомии заполнена лиофилизированной костной мукой вместе с антибиотиками.

Результаты гистологического исследования от 16/05 2019г. подтвердили наличие одонтогенной кисты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением, подвижности отломков не отмечалось. Швы сняты на 8-й день. 26/05 2019г., т.е через 12 дней после операции, больной был выписан из клиники, а через 2 недели приступил к работе.

При повторном осмотре через 8 месяцев после операции больной чувствует себя хорошо. Подвижность отломков не определяется, питается обычной пищей. На контрольной рентгенограмме нижней челюсти справа костная полость выполнена новообразованной костной тканью, границы ее не определяются.

Заключение. Применение биологически активного лиофилизированного костного гомотрансплантата в виде накладки на фрагменты нижней челюсти у больных с переломом, проходящим в области кисты, позволяет создать благоприятные условия для консолидации отломков, а заполнение полости лиофилизированной костной мукой значительно ускоряет регенерацию костной ткани.

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ордашев Х.А., Асиятилов А.Х., Шахбанов А.К.,
Асиятилов Г.А., Алиева С.Ф., Курбанов А.К., Акаева Д.А.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, 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; активности 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.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БИСФОСФОНАТНОГО ОСТЕОНЕКРОЗА СРЕДИ ДРУГИХ ОСТЕОНЕКРОЗОВ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ

Эбзеев А.К., Спевак Е.М.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет, Минздрава России, Ставрополь.
ГБУЗ СК Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ставрополь

Актуальность. На сегодняшний день среди пациентов отделений челюстно-лицевой хирургии нередко встречаются пациенты с различными остеонекрозами челюстных костей – бисфосфонатным, дезоморфиновым, постлучевым. Бисфосфонатный остеонекроз челюстей (БОНЧ) – осложнение приема бисфосфонатов у онкологических больных. Бисфосфонаты –препараты антирезорбтивного действия, использующиеся в паллиативной терапии злокачественных опухолей. Постлучевой остеонекроз – разновидность хронического остеомиелитического процесса челюстной кости, связанное с предшествующим непосредственным облучением. Встречается исключительно у пациентов, прошедших радиолечение по поводу опухолей головы, шеи, полости рта. Дезоморфиновый остеонекроз – токсический некроз челюстей и других костей лицевого скелета у наркозависимых пациентов, длительно принимавших препараты на основе фосфора и его соединений. Ключевым моментом, объединяющим данные заболевания, является омертвение и оголение участка челюстной кости, которое сохраняется более 8 недель, с последующим прогрессированием процесса.

Цель исследования - изучить распространенность БОНЧ среди других остеонекрозов челюстных костей.

Материалы и методы. Для определения распространенности был проведен ретроспективный анализ стационарных карт пациентов, проходивших лечение в краевом отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ СК Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Ставрополя за 2015-2019 годы. Учитывались все пациенты, пролеченные по поводу остеонекроза челюстных костей различной этиологии - бисфосфонатного, постлучевого, дезоморфинового. Полученные результаты сравнивались с общим количеством пациентов с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, пролеченными в отделении, за каждый год. Статистическая обработка: расчет экстенсивных показателей, средних значений и ошибки среднего (M±m), анализ динамических рядов с помощью Microsoft Excel 2013.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ показал, что с 2015 по 2019 годы в краевом отделении челюстно-лицевой хирургии г. Ставрополя, было пролечено 2165 пациентов с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями, из них - 74 пациента с различными остеонекрозами челюстей, что составило в среднем 3,42±0,39%. Среди пациентов с остеонекрозами челюстных костей было 6 человек (0,28±0,11%) с дезоморфиновым остеонекрозом, 9 человек (0,41±0,14%) с постлучевым остеонекрозом и 59 человек (2,73±0,35%) с бисфосфонатным остеонекрозом челюстей. Таким образом, пациенты с БОНЧ составили основной процент - 79,73±4,67% - от общего числа больных с различными остеонекрозами челюстей, 8,11±3,17% составил токсический, 12,16±3,8% - постлучевой остеонекроз. Основные характеристики пациентов с различными остеонекрозами челюстей представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Половозрастной состав пациентов с различными остеонекрозами челюстей за период с 2015 по 2019 годы (n=74)

Вид остеонекроза	Пол		Средний возраст (M±m), лет
	М (абс.,%)	Ж (абс.,%)	
Дезоморфиновый	6 (8,11%)	0 (0%)	41,5±3,65
Постлучевой	8 (10,81%)	1(1,35%)	66,56±3,63
Бисфосфонатный	20 (27,03%)	39 (52,7%)	65,37±1,3

При анализе таблицы 1 обращает на себя внимание, что среди пациентов с дезоморфиновым и постлучевым остеонекрозами абсолютное большинство составили мужчины (18,92% против 1,35%), а

среди пациентов с бисфосфонатным остеонекрозом преобладали женщины (52,7% против 27,03%). Возрастной состав пациентов с постлучевым и бисфосфонатным остеонекрозом челюстей практически не различался (средний возраст составил 66,56±3,63 и 65,37±1,3 лет соответственно), при этом пациенты с токсическим остеонекрозом были среднем на 20 лет моложе (41,5±3,65 лет).

Далее был проведен учет численности пациентов с различными остеонекрозами челюстных костей по годам наблюдения (рис. 1).

Рис. 1. График. Динамика численности пациентов с различными остеонекрозами челюстей за период с 2015 по 2019 годы.

По данным на рис. 1 видно, что динамика численности пациентов с токсическим и постлучевым остеонекрозом колебалась приблизительно в одинаковых пределах (1-2 человека в год) и не имела тенденции к росту. Бисфосфонатный остеонекроз, по результатам анализа, встречался в 6-9 раз чаще других видов остеонекроза, а прирост численности больных в абсолютных цифрах составил 40% за 5 лет (с 10 до 14 человек в год).

Выводы. Из 2165 пациентов с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями, пролеченных в отделении челюстно-лицевой хирургии за 5 лет, за 2015г был пролечен 451 человек, за 2016г – 468 человек, за 2017г – 417 человек, за 2018 год – 407 человек, за 2019г – 422 человека. С учетом этих данных, проведен расчет экстенсивных показателей распространённости различных остеонекрозов челюстей, результаты наглядно представлены на рис. 2.

РИСК ОСТЕОПАРОЗА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Сутаева Т.Р., Шихкеримова С.А.

Кафедра стоматологии ФПК И ППС ИДПО
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.

Остеопороз является широко распространенным обменным заболеванием костей, его называют «невидимой эпидемией».

Остеопороз, представляющий собой системное заболевание костных тканей, в настоящее время относится к факторам риска возникновения хронического пародонтита. Существуют подтвержденные свидетельства того, что остеопорозные изменения в костях скелета касаются и тканей челюстных костей, включая и альвеолярные отростки. Остеопорозные изменения в костных тканях челюстей существенно ухудшают течение пародонтального заболевания, углубляя и усиливая инфекционно-воспалительную деструкцию альвеолярной кости, в том числе и пародонта [1].

Американские ученые провели экономический анализ клинических испытаний, оценивающих эффект гормонотерапии у женщин с постменопаузальным остеопорозом на состояние полости рта. Результат: снижение затрат на стоматологические услуги в среднем на 100000 долларов на 1000 женщин, получающих гормонотерапию.

Известно, что остеопороз непосредственно связан с кальций-фосфорным обменом, а кальций является основным составляющим элементом костной ткани, входит в состав кристаллической решетки зуба. Следовательно, остеопороз оказывает влияние на состояние полости рта.

Группа Klemetti и соавт. [2] сообщает, что привычки и состояния, способные спровоцировать общую потерю скелетной костной массы, могут нарушать функциональное равновесие зубочелюстной системы, что в свою очередь увеличивает вероятность возникновения заболеваний височно-челюстной области.

Подобно остеопорозу, пародонтит представляет собой "невидимую" болезнь, протекающую бессимптомно вплоть до последней стадии, на которой могут наблюдаться подвижность зубов, их потеря и пародонтальные абсцессы. Потеря костной массы, возраст, ку-

рение, системные заболевания и прием определенных препаратов (например, постоянный прием кортикостероидов) являются общими факторами риска остеопороза и пародонтита. Кроме того, патофизиология обоих заболеваний имеет наследственную или, по меньшей мере, семейную составляющую.

Многие, хотя и не все, исследования показали связь остеопороза с возникновением и развитием заболеваний пародонта; тем не менее причинно-следственный характер этой связи с точностью не установлен, поскольку в результатах исследований возможны искажения за счет таких факторов, как гигиена полости рта, социально-экономический статус пациентов, их возраст, период менопаузы, прием гормонов, курение и расовая принадлежность лечения [3]. Спорные вопросы по данной теме послужили причиной нашего исследования.

Цель исследования: выявить факторы риска остеопороза у стоматологических пациентов.

Исследование было проведено на базе Республиканской стоматологической поликлиники республики Дагестан.

С целью выявить факторы риска остеопороза у стоматологических пациентов было проведено анкетирование.

Анкетированию подверглись лица, имеющие стоматологическую патологию. Всего обследовано 60 человек в возрасте 30-60 лет. 50 человек женщин и 10 мужчин.

Анализ результатов анкетирования показал, что факторы риска остеопороза встречается у 83,3% стоматологических пациентов.

Была проведена сравнительная характеристика данных анкет у женщин и мужчин. Анализ результатов анкетирования у женщин показал, что 88% опрошенных вошли в группу риска по развитию остеопороза, 12% - не имели клинических признаков нарушения минеральной плотности кости (рис 1). Анализ анкетирования мужчин дал следующий результат: 60% - имели риск развития остеопороза, 40% - не имели признаков нарушения минеральной плотности кости (рис 2).

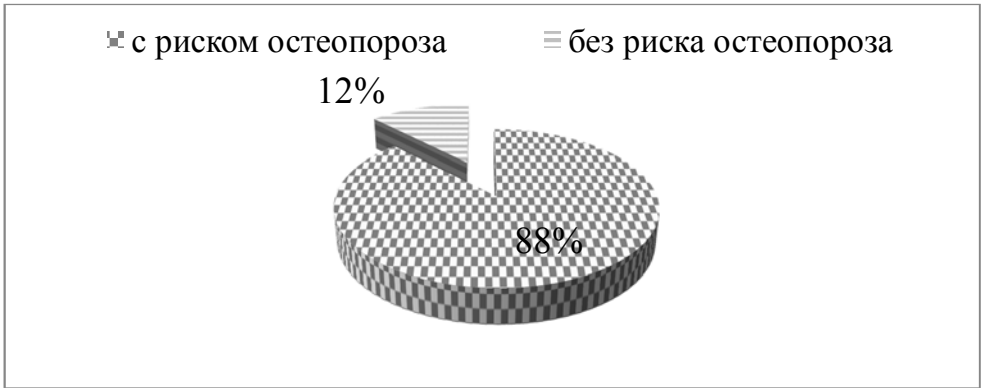


Рис 1. Показатели распространенности факторов риска остеопороза у женщин.

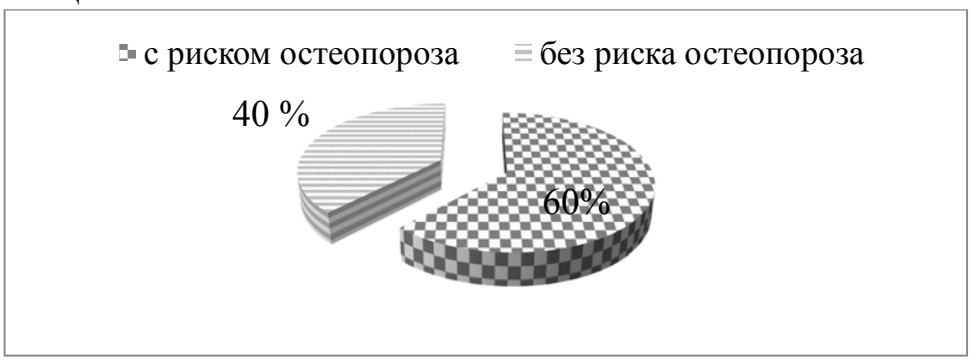


Рис 2. Показатели распространенности факторов риска остеопороза у мужчин.

Выводы:

- Факторы риска остеопороза у стоматологических пациентов встречаются в 83.3% случаев
- Факторы риска, характерные для остеопороза, у женщин выявляются чаще (82%), чем у мужчин (60%).

Литература.

1. Пародонтит и остеопороз // Новое в стоматологии 2002.-N 8.-С.29-31.
2. Klemetti E, Vainio P, Kroger H. Craniomandibular disorders and skelatal mineral status. Cranio 1995; 89–92.
3. Wactawski-Wende J, Grossi SG, Trevisan M et al. The role of osteopenia in oral bone loss and periodontal diseases, J Periodontal 1996; 67: 1076–84.

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАЦИИ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ордашев Х.А., Шахбанов А.К., Джамалудинов Ю.А.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Кафедра оториноларингологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.
Отделение челюстно-лицевой хирургии
ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», Махачкала.

Практика показывает, что встречающиеся повреждения дна верхнечелюстной пазухи (ПДВЧП) так или иначе связаны с зубами. Среди обстоятельств, способствующих повреждению нижней стенки пазухи, обычно выделяют три: анатомические предпосылки, т.е. близость дна пазухи к верхушкам зубов, патологические процессы, приводящие к разрушению костной пластинки, составляющей дно пазухи и, наконец, погрешности в методике, т.е. грубое удаление зуба[1,2]. Не всегда можно точно определить, какое из указанных обстоятельств является решающим. Выяснению этого вопроса посвящена настоящая работа.

Под нашим наблюдением (2008-2018гг.) в челюстно-лицевой и оториноларингологической клиниках Даггосмедуниверситета находилось 402 больных с одонтогенным и 220 больных с риногенным синуситом. Использовали все возможные в наших условиях методы диагностики, в том числе рентгенографические и эндоскопические исследования.

Наш опыт показывает, что ведущей причиной одонтогенного синусита являются верхушечные патологические процессы. В то же время грубое удаление зуба или анатомические предпосылки в действительности очень редко оказываются причиной синусита. Это совпадает с мнением других авторов [2,5,]. Повреждение дна пазухи во время удаления зуба не является причиной, а только следствием хронического периапикального процесса. При этом костная перемычка между верхушкой корня и слизистой оболочки пазухи постепенно разрушается и очаговый воспалительный процесс распространяется на прилежащую костную ткань и слизистую оболочку

пазухи, создавая предпосылку для перфорации. Вместе с тем обстоятельства, при которых встречается ПДВЧП, весьма разнообразны, их необходимо различать в деталях, так как от этого напрямую зависит лечебная тактика.

Среди субъективных признаков следует отметить жалобы на необычные ощущения, возникающие вследствие попадания воздуха или жидкости в полость носа, а также изменения тембра голоса – ринолалию, появляющуюся сразу после удаления зуба.

Среди объективных признаков нужно отметить появление крови или гноя из носа после удаления зуба, выделения из лунки крови с пузырьками газа или необычно большого количества гноя, проникновение пуговчатого зонда гораздо глубже, чем длина лунки, результаты «ротовой» и «носовой» проб. «Ротовая» проба: при зажатии пальцами носа и попытке надуть щеки воздух со свистом выходит в рот через лунку зуба. «Носовая» проба: при попытке надуть щеки воздух выходит через нос и щеки не надуваются.

Возможно использование специальных методов исследования: обзорной рентгенографии пазухи с введением зонда через перфорацию, контрастной рентгенографии пазухи, эндоскопического исследования, ультразвуковой диагностики и др. Все полученные сведения следует сопоставлять друг с другом и подтверждать или отвергать факт перфорации. Необходимо иметь в виду возможность затруднения прохождения воздуха в пазуху и нос за счет полипоматоза, грануляций, отека слизистой оболочки пазухи, наличия большой кисты, опухоли или другой патологии верхнечелюстной пазухи.

Среди перфораций верхнечелюстной пазухи, возникающих при удалении зуба, в зависимости от конкретных обстоятельств мы предлагаем выделять несколько видов: случайную или предполагаемую, распознанную или нераспознанную, осложненную или неосложненную при законченном или незаконченном удалении зуба. Суть каждой формы перфорации ясна из названия: например, неосложненная или осложненная – имеется в виду перфорация, сочетающаяся с интактной или воспаленной пазухой и т.д.

Приведем наиболее типичные ситуации повреждения дна пазухи и наиболее рациональные лечебные мероприятия.

Перфорация случайная, распознанная, неосложненная при полном удалении причинного зуба. Здесь, прежде всего, возникают психоэмоциональное напряжение, тревога со стороны больного,

возможна растерянность врача ввиду неожиданности осложнения. Поэтому у опытного врача случайной перфорации быть не должно. Ее всегда следует предвидеть. Если перфорация дна верхнечелюстной пазух оказалась без признаков воспаления со стороны пазухи, то оптимальным вариантом лечения является сохранение сгустка крови в лунке. Большинство авторов и мы в том числе, убеждены, что для этого лунку следует зашить или прикрыть слизисто-надкостничным лоскутом, взятым одним из известных способов. Сделать это следует не позже 48 часов после удаления зуба, так как в дальнейшем вероятность воспаления возрастает.

Другие авторы пытаются сохранить сгусток крови путем тампонады нижней челюсти лунки. Однако этот способ ненадежен. Некоторые считают его даже порочным, потому что тампон быстро пропитывается кровью, ротовой жидкостью становится источником инфекции и разрушает сгусток.

В случае перфорации распознанной, неосложненной, но при незавершенном удалении зуба больного лучше всего госпитализировать, дообследовать, уточнить место расположения корня. Если подтверждается, что корень все же находится в пазухе, целесообразно расширить лунку, удалив межкорневую перегородку, и попытаться инструментом через лунку добыть корень или промыть пазуху струей антисептика. В результате раздражения слизистой оболочки носа и пазухи возникает чихание, благодаря которому корень может вылететь через нос или со стороны лунки. Наконец, удалить остаток зуба можно вскрыв переднюю стенку пазухи. Если слизистая оболочка пазухи окажется невоспаленной, то ее сохраняют, обнаруживают и извлекают корень, но соустье с носом не делают. Разрез для синусотомии проводят с учетом одновременного закрытия ороантрального сообщения. Помимо всего сказанного, мы в таких случаях, вскрывая переднюю стенку пазухи, сохраняем костно-слизистую пластинку и после ревизии пазухи производим с помощью такого сложного аутотрансплантата костную пластинку передней стенки пазухи [3,4].

В случае осложненной перфорации дна пазухи при полном удалении зуба больного лучше направить на лечение в стационар. Оно должно состоять в промывании пазухи антисептиком или целенаправленном введении антибиотика с учетом чувствительности микрофлоры. Больному следует изготовить пластинку для предотвра-

щения попадания пищи и ротовой жидкости в пазуху. Обычно через 2-3 дня после начала лечения отделяемое из пазухи исчезает, промывные воды становятся чистыми и перфорационное отверстие начинает сужаться, а самочувствие больного улучшается. Промывание продолжают 8-12 дней. Убедившись в клиническом исчезновении синусита, больного выписывают под амбулаторное наблюдение. Больной продолжает пользоваться защитной пластинкой во время приема пищи. Через 1.5-2 мес. больного осматривают. При этом можно обнаружить три основных исхода: выздоровление больного с исчезновением синусита и сообщения с пазухой, исчезновение явлений синусита, но сохранение сообщения с пазухой. В этом случае остается только закрыть свищ. И, наконец, в редких наблюдениях могут оставаться явления синусита и сообщения с пазухой, когда показана синусотомия с выскабливанием патологически измененной слизистой оболочки, созданием соустья с нижним носовым ходом и зашиванием сообщения с полостью рта. В этих случаях мы проводим костную пластику передней стенки верхнечелюстной пазухи.

В случае осложненной перфорации дна пазухи, при незаконченном удалении зуба больного следует госпитализировать, дообследовать, уточнить положение остатка зуба или корня и в течение первых дней путем промывания пазухи антисептическими растворами снять явления воспаления. Затем нужно произвести ревизию пазухи через переднюю стенку, удалить инородное тело, выскоблить явно измененную слизистую оболочку пазухи, создать соустье с нижним носовым ходом и зашить сообщение полости рта с пазухой. Целесообразно при этом провести также пластику передней стенки пазухи.

В заключение подчеркнем, что ПДВЧП во время удаления зуба в ряде случаев является неизбежным и его следует предвидеть. При этом, прежде всего, нужно решить вопрос о состоянии слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Если явных признаков синусита нет, то важнейшим мероприятием считаем сохранение сгустка крови в лунке удаленного зуба и категорически отрицаем тампонаду лунки.

При перфорации дна пазух с явлениями гайморита первостепенным является интенсивное консервативное лечение синусита путем промывания пазухи через ороантральное сообщение, целенаправленная антибиотикотерапия необходима в случаях бурного вос-

паления (в стадии обострения хронического синусита) верхнечелюстной и других придаточных пазух, показана гайморотомия и ревизия других заинтересованных пазух. Если повреждено дно пазухи и не завершено удаление причинного зуба, то зуб необходимо удалить, в том числе путем расширения лунки. В крайнем случаем можно идти на ревизию пазухи из наружного доступа, тогда следует максимально стремиться завершить операцию пластикой передней стенки пазухи.

Литература

1. Бернадский Ю.И., Заславский Н. И. Одонтогенный гайморит. – Киев 1988
2. Козлов В.А. Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике. – М., 1995.
3. Кручинский Г.В., Филиппенко В.И. // Открытия. – 1999. - №32.
4. Кручинский Г.В., Филиппенко В.И. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. – Минск, 2001.
5. Сабо Е.К. Амбулаторная хирургия зубов и полости рта: Пер. с венг. – Будапешт, 1997.

ВЛИЯНИЕ ПЛАНОВОЙ САНАЦИИ НА ДИНАМИКУ ГОСПИТАЛИЗЦИИ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Чудинов А.Н., Аталаев М.М., Гусенов Г.Р.

Кафедра детской стоматологии
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно–лицевой хирургии с усовершенствованием врачей
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Основу социальной политики Российской Федерации в области здравоохранения составляет профилактическое направление, значение которого подчеркнуто в программных документах правительства.

Первоочередность проведения профилактических мероприятий диктуется, прежде всего, тем, что процент тяжелых осложнений в хирургической стоматологии, которые в ряде случаев могут привести к летальным исходам, достаточно высок. В возникновении вос-

палительных заболеваний лица и шеи особое значение имеют очаги одонтогенной инфекции. Поэтому предупреждение одонтогенных воспалительных процессов должно быть направлено на ликвидацию этих очагов при санации полости рта.

Исходя из этого, мы приступили к изучению вопроса о том, как сказались профилактическая санация и полная доступность стоматологической помощи населению на нуждаемость в стационарном лечении больных Махачкалы с воспалительными заболеваниями челюстей и околочелюстных тканей одонтогенной этиологии.

С этой целью нами изучены истории болезней лиц, которым была оказана стоматологами помощь в детской республиканской клинической больнице, республиканской клинической больнице за период 2015—2019 гг. и дневники ежедневного учёта детской стоматологической поликлиники Махачкалы за 2015—2019 гг. За указанный период на стационарном лечении по поводу воспалительных заболеваний челюстей и околочелюстных тканей находилось 499 человек — 39,3% всех больных нашего профиля. Из них мужчин было 280 (56,1%), а женщин — 219 (43,9%). С одонтогенными воспалительными заболеваниями было 399 человек (66%), с неодонтогенными —170 (34%,).

Из общего числа больных с воспалительными заболеваниями одонтогенной этиологии 150 (45,5%) составили дети (до 15 лет включительно), из них 98 городских, 52 сельских (соответственно 65,3 и 34,7%).

По нашим данным, одонтогенные воспалительные заболевания чаще наблюдаются в возрасте 7—12 лет (55 человек, или 56,1% случаев), реже — в возрасте до 7 лет (36 человек, или 36,8% случаев) и еще реже — в 13—15 лет (7 человек или 7,14% всех случаев). По диагнозам у городских детей было 46 флегмон и абсцессов (46,9%), 45 случаев периоститов челюстей (45,9% всех одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области).

Значительное число больных (19 из45) при ограниченных флегмонах за амбулаторной помощью обратилось на 2-3-й день заболевания и 15 человек — на 4-5-й день заболевания, а при периоститах - (ограниченных) из 86 человек 21—`также на 2-3-й день и 13 — на 4-5-й день. При 9 случаях разлитых периоститов 5-больных обратились к врачам на 2—3-й день и 4—на 4-6-й день заболевания.

На стационарное лечение 41 человек из 98 (41,9%случаев) поступил на 2- 3-й день, 35 (или 35,7%) на 4-5-й, а 13 (13,2%) — на 6-10 день заболевания, в том числе при флегмонах и абсцессах (46 случаев) 18 — на 2-3-й день и 13 — на 4-5-й, а при периоститах (45 случаев), 22 — на 2-3-й день и 18 — на 4-5-й (табл.)

Сроки поступления на стационарное лечение и среднее количество койко-дней.

День поступления	Год	Флегмоны и абсцессы		Периоститы		Остеомиелиты		Радикулярные кисты	
		всего	койко-дни	всего	койко-дни	всего	койко-дни	всего	койко-дни
2-3	2015	6	38	--	--	--	--	--	--
	2016	10	72	16	87	1	5	--	--
	2017	1	7	4	15	--	--	--	--
	2018	1	7	--	--	--	--	--	--
	2019	--	--	2	24	--	--	--	--
4-5	2015	2	18	2	13	--	--	1	15
	2016	4	28	1	3	2	49	--	--
	2017	5	34	10	61	--	--	--	--
	2018	1	13	4	25	--	--	--	--
	2019	1	4	1	17	1	52	--	--
6-10	2015	2	12	1	6	--	--	--	--
	2016	2	19	1	4	--	--	--	--
	2017	2	17	1	5	--	--	--	--
	2018	3	37	--	--	--	--	--	--
	2019	--	--	1	8	--	--	--	--
› 10	2015	--	--	--	--	--	--	--	--
	2016	1	5	--	--	1	6	--	--
	2017	4	26	--	--	--	--	--	--
	2018	1	5	1	5	1	23	--	--
	2019	--	--	--	--	--	--	--	--
Итого		46	342	45	273	6	135	1	15

При флегмонах и абсцессах (материал обработан вариационно-статистическим методом) среднее количество койко-дней на одного больного составляет 7,5 2± 0,09 дня, при периоститах — 6,06. Пребывание на койке, в зависимости от сроков поступления на стационарное лечение, выглядит так: в среднем проведено одним больным, поступившим на 2—3-йдень заболевания по поводу флегмон и абсцессов, 6,9 ± 0,1 дня, поступившим на 4— 5-й день — в среднем

7,46, а поступившим на 6—10-й день — 9,45 ± 0,01, т. е. на 2,5 дня больше, чем у поступивших на лечение на 2—3-й день заболевания. Такая же картина и с периоститами челюстей.

Таким образом, у поступивших в поздние сроки патологический процесс протекает тяжелее. Длительность пребывания таких больных на стационарном лечении увеличивается.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ордашев Х.А.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

У лиц с врожденной деформацией костей лицевого скелета психические переживания носят преимущественно невротический характер и проявляются чувством физической неполноценности, ущербности, внутренней напряженности. Поэтому пластическая хирургия челюстно-лицевой области ставит перед медицинским персоналом больше деонтологических проблем, чем другие области медицины.

Психическое состояние больных, их реакция на искажение или полное отсутствие органов и тканей лица после перенесенной травмы, воспалительных процессов, новообразований и врожденных пороков развития, не всегда соответствует размерам повреждения или деформации. Сам факт травмы, «потеря лица» и его выражение как представительства личности, как способа общения с окружающими, близкими, переживается как тяжелая травма.

У таких больных в различной степени утрачиваются не только жизненно важные функции: жевательная, глотательная, дыхательная (биологический аспект), но и обезображивается лицо, нарушается речеобразование (социальный аспект). Пластические операции, особенно выполняемые после посттравматических резекций челюстей и удаления злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, отличаются значительной травматичностью, а проводимая по

показаниям лучевая и химиотерапия сами по себе могут вызывать различные расстройства психической деятельности.

Внутренние эмоции и отражение их на лице человека не только воздействуют на окружающих, но и передаются самому человеку и составляют существенную часть личности. Возникают психическая неуравновешенность, чувство одиночества, отчужденности.

Больные с дефектами и деформациями челюстно-лицевой локализации лечатся в отделении челюстно-лицевой хирургии РКБ, в задачу которого входит не только обеспечение этих больных всеми видами лечения, но и их реабилитация с применением разнообразных методов восстановительной хирургии и челюстно-лицевого протезирования. Поэтому челюстно-лицевым хирургам приходится работать в тесном контакте с врачами других специальностей (стоматологи, хирурги, терапевты, радиологи, рентгенологи, ортодонты и др.).

При госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии врач проводит с больным беседы, в которых раскрывает характер предстоящей операции (с демонстрацией ранее оперированных больных), наркоза, возможных послеоперационных осложнений, указывает, что в некоторых случаях возможен рецидив деформации. Разъяснительная терапия направлена исключительно на мобилизацию воли больного, который должен объективно оценивать сложность предстоящего лечения. Врач делает все возможное, чтобы смягчить тревожно-ипохондрические настроения больного, который неизбежно получает, помимо положительной, и негативную информацию от других пациентов. Врач также предупреждает родственников больного о том, что психика человека, перенесшего операцию, очень ранима и он требует бережного к себе отношения. Больной должен почувствовать, что его не оставили одного, для врача интересно не только его заболевание, но и он сам как личность. Следует обратить также внимание на формирование психологического контакта и доверия между больными и медицинскими сестрами, так как последние постоянно осуществляют уход за больными, выполняют ряд лечебно-диагностических мероприятий.

Выполняя пластические операции у онкостоматологических больных, следует обязательно хранить врачебную тайну, чтобы избежать у больного мысли о злокачественном характере его патологии. Необходимо предостеречь больного от таких психических и

эмоциональных нагрузок, которые превышают его возрастные возможности. При контакте с родственниками больного необходимо не просто раскрыть им исход пластической операции и степень устранения эстетического дефекта и функциональных нарушений, но и оптимистически настроить их в плане возможности последующей социальной реабилитации больного с помощью как методов восстановительной хирургии, так и челюстно-лицевого протезирования.

В послеоперационном периоде по мере улучшения соматического состояния, исчезновения отеков, уменьшения болей у больных может отмечаться некоторое усиление невротической симптоматики в форме раздражительности, расстройства сна, депрессивного фона настроения, мрачных мыслей. Это происходит из-за того, что больной заостряет свое внимание на косметических недостатках, подчас возникает «симптом зеркала», когда больные ни на минуту с ним не расстаются. Поэтому моральная поддержка больного со стороны родственников, знакомых является важным фактором в профилактике возникновения у больных подобных психических нарушений. Если попытки больного найти поддержку со стороны близких наталкиваются на равнодушие, панический страх перед имеющим место дефектом лица, физическое отвращение, это ведет к появлению у него раздражительности, склонности к созданию конфликтных ситуаций или, наоборот, к безразличию к окружающим и полному уходу в болезнь с активной самоизоляцией, односторонним разрывом социальных и семейный связей, часто с суицидными мыслями.

Надежда на выздоровление постепенно снимает ряд психических наслоений, больные становятся спокойными, рассудительными, терпеливыми и настроенными на многоэтапное восстановительное лечение, неоднократные пластические операции. Другими словами, надежда на «восстановление лица», по выражению самих больных, возвращает им жизнь, они строят планы и перспективы на будущее, к ним возвращается радость жизни.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЛИЦА

Тешабоев М.Г., Ордашев Х.А., Шахбанов А.К.

Кафедра хирургической стоматологии Андижанского государственного медицинского института, Узбекистан
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Актуальность проблемы. Люди, перенесшие ожоги лица, становятся непохожими друг на друга, теряют свою личность. Косметические дефекты оказывают отрицательное влияние на эмоциональную сферу, характер, социальную деятельность и нарушают развитие личности. Такие больные часто бывают угнетены, а иногда наоборот - возбуждены, страдают энцефалопатией. При обширных ожогах лица с поражениями носа и губ облик человека меняется до неузнаваемости. Это вызывает тяжелые душевные переживания и неизбежные в большей или меньшей степени психические расстройства, с чем связаны частичная или полная потеря трудоспособности и возможности жизни в обществе.

Целью исследование являлось улучшение результатов хирургического лечения больных с последствиями ожогов в носогубной области путем совершенствования существующих и разработки новых способов.

Материалы и методы исследование Работа основана на результатах оперативного лечения 143 больных в возрасте от 1 до 55 года, из них 44 (30,8%) пациента мужского и 99 (69,2%) - женского пола. Дети до 14 лет составили 4,2%, больные трудоспособного возраста – 80,1%.

Устранение тотальной рубцовой деформации носа. Данный вид наиболее тяжелой формы деформации носа устранен нами у 11 больных. У большинства пациентов [7] имелись грубые гипертрофические и келоидные рубцы. Рубцы охватывали всю видимую часть носа и вызывали грубый косметический дефект. У всех 11 больных применена пластика свободным полнослойным аутотрансплантатом.

Устранения частичных дефектов крыльев носа. Для устранения частичных дефектов крыльев носа нами разработан способ пластики «откидным» кожно-жировым лоскутом.

Способ устранения выворота губ. Для устранения вышеуказанных недостатков мы учитывали, что пересаженный свободный трансплантат претерпевает естественную ретракцию. Его площадь в отдаленные сроки уменьшается на 1/3. Исходя из данных обстоятельств, мы производили пластику губ с помощью полнослойной кожи с гиперкоррекцией, то есть с запасом трансплантата. Этим способом прооперирован 21 больной (22 губы).

Разработан способ хирургического лечения рубцовых микростомий. В отличие от известных методов, основанных на иссечении рубцов и вывороте слизистой или малоэффективной Z-пластики, предложенный нами метод основан на отделении рубцов от слизистой и рассечении рубцов до круговой мышцы рта с развилкой на конце в виде якоря и разведением их в стороны. При этом рана приобретает двугорбую форму, соответственно которой из слизистой угла рта выкраивали двугорбый лоскут и возмещали недостаток рубцовой поверхности. Во всех 19 случаях применения этого способа достигнуто адекватное расширение ротовой щели, создан резерв для дополнительного ее расширения при сохранении правильной острой формы углов рта. Лоскут сохраняет жизнеспособность и в отдаленные сроки препятствует рецидиву микростомии.

Устранение рубцовой деформации лица интраоперационно растянутыми тканями. При устранении рубцовых деформаций и дефектов мягких тканей носа и губ у 27 больных для получения прироста кожи нами использовано 30 экспандеров. Баллоны имплантировали в области носа – у 8 больных и в области губ – у 19.

Результаты и его обсуждение. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения изучены в сроки от 6 месяцев до 2-х лет у 139 (97,2 %) из 143 больных. Дана оценка исходов лечения послеожоговых рубцовых деформаций и дефектов мягких тканей в основной группе у 85 (61,1%) и контрольной - у 54 (38,9%) из 139 больных. Отмечено, что процент неудовлетворительных исходов, полученных нами при хирургическом лечении рубцовых деформаций области носа и губ, заметно ниже при предлагаемых нами способах функциональных (12,9%), косметических (15,3%) по сравнению с результатами при традиционных способах функциональных

(18,5%) и косметических (22,2%). Частота хороших и удовлетворительных функциональных результатов в основной группе больных составила 87,1 %, а при традиционных способах – 81,5%. Хорошие и удовлетворительные косметические результаты в основной группе составили 84,7%, а в контрольной – 77,8%.

Вывод: Усовершенствованы методы аутопластики при рубцовых деформациях носа, выворотах губ, позволяющие восстановить их форму, предупреждать рецидивы, чем обеспечивается хороший функционально-косметический эффект, достигающий до 89,5%. Разработан новый способ пластики крыла носа с помощью «Откидного» лоскута из непораженных или рубцово-измененных тканей с последующей закрытием донорской зоны свободным аутотрансплантатом, позволяющий восстановить дефект носа без пересадки ушных хрящей или имплантатов, что обеспечивает хороший результат в 92,3% случаев. Обоснованы и разработаны методы устранения рубцовых деформаций носа и средней трети лица с помощью интраоперационного острого баллонного растяжения, позволяющие восстановить естественный кожный покров носа и лица, наиболее близкие по окраске, толщине, текстуре и эластичности кожи, что обеспечивают высокий (92,5%) функциональный и эстетический результат.

ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАСОСТОЯНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПОЛОСТИ РТА

Ордашев Х.А., Абдусаламов А.О.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Слюнные железы выполняют многообразные функции в отношении органов и систем организма, слизистой оболочки полости рта, парадонта, твердых тканей зубов (И.Ф. Ромачева и соавт., 1987, В.В. Афанасьев 1993, 2011, Н.В. Деркач 2007) и др. Актуальность настоящей работы обусловлена тем, что больные с заболеваниями слюнных желез довольно часто встречаются на стоматологическом приеме (от 5 до 24% по данным различных авторов). Исследование отечественных авторов (И.Ф. Ромачева, В.В. Афанасьев, Х.А. Ордашев и др.) выявили наличие тесной взаимосвязи между состояни-

ем слюнных желез и желудочно-кишечного тракта, эндокринной, иммунной, мочевыделительной, половой систем, диффузными заболеваниями соединительной ткани и т.д. Это свидетельствует о том, что слюнные железы являются органами-мишенями, которые адекватно реагируют на различные патологические процессы в организме реактивно-дистрофическими изменениями.

Распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения Российской Федерации довольно высокая. Патология сердечно-сосудистой системы не редко может приводить к инвалидизации больного.

В доступной литературе имеются лишь отдельные работы по изучению патологии больших и малых слюнных желез, у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (Л.Ю. Орехова).

Таким образом, изучение состояния слюнных желез у больных с патологией сердечно-сосудистой системы, а именно у больных с острым инфарктом миокарда, является актуальным.

Мы изучили состояние слюнных желез и слизистой оболочки полости рта у больных с острым инфарктом миокарда и пришли к следующим выводам:

1. Развитие сиаладеноза с увеличением слюнных желез не характерно для больных острым инфарктом миокарда и выявляется у 8 % пациентов. В связи с этим сиаладеноз у данных пациентов может протекать клинически скрыто.

2. Ксеростомия у больных острым инфарктом миокарда является истинной и характеризуется уменьшением объема общей саливации, количества и диаметра малых слюнных желез.

3. У всех больных острым инфарктом миокарда, несмотря на отсутствие сопутствующего сахарного диабета, на 5-7 сутки заболевания отмечается значительное увеличение содержания глюкозы в смешанной слюне (3,0 ± 0,7 г/л, при норме 0,2±0,01г/л) независимо от исхода основного заболевания.

4. У больных острым инфарктом миокарда отмечается достоверное увеличение содержания в смешанной слюне альфа-амилазы (5959,3±1440,7 ммкат /л; контроль - 542±89,6 ммкат/л), ионов К (29,0 ±1,3ммоль/л; контроль - 20,93± 1,59 ммоль/л), фосфора (7,7 ± 0,3 ммоль/л; контроль - 4,4±0,6 ммоль/л) и щелочной фосфатазы (53,6 ± 0,7ммоль/л; контроль - 37,5± 2,7ммоль/л), что свидетельствует в пользу увеличения потребностей организма в энергетических

ресурсах, направленных на улучшение метаболизма и синтеза белков, жиров и углеводов у этих пациентов.

5. У больных острым инфарктом миокарда отмечается снижение местного иммунитета полости рта, что проявляется изменением содержания иммуноглобулинов в смешанной слюне и смыве из полости рта.

6. У больных с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы имеются патологические изменения в МСЖ в виде сиаладеноза, выражающиеся нарушением секреторной активности сиалоцитов, склерозом стромы, лимфоидной и лимфомакрофагальной инфильтрацией стромы и (или) паренхимы, микроциркуляторными нарушениями и дилатацией протоков. Степень выраженности обнаруженных патологических изменений зависит от формы сиаладенита.

СЛУЧАЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ОДОНТОГЕННОГО ГЕНЕЗА

Т.И. Талыбова

Азербайджанский медицинский университет, Баку

Невралгия тройничного нерва, имеющая многопрофильную этиологию, отличается интенсивностью болевого синдрома, особенностями иррадиации, сложностью диагностики.

Несмотря на определенные успехи медицины в этой области, клиническое течение заболевания выделяется периодическими рецидивами.

Определенные трудности возникают при попытке установить точную причину в целях проведения успешного лечения.

В литературе имеется ряд сообщений о тесной взаимосвязи этиопатогенеза невралгии тройничного нерва с различными патологическими проявлениями со стороны челюстно-лицевой области. В этой связи представители стоматоневрологической школы на основе наблюдений и проведенных клинико-неврологических исследований пришли к твердому заключению рассматривать одонтогенную невралгию тройничного нерва, как самостоятельное заболевание,

требующее особого комплексного подхода к вопросам изучения этиопатогенеза, диагностики и лечения.

Приводим случай из клинической практики, касающийся непосредственно невралгии тройничного нерва одонтогенного генеза.

Больная И.Г., 1961 г. рождения, обратилась в клинику стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета с жалобами на интенсивные, невралгические боли в области лица справа. Из анамнеза больной: 5 зуб был лечен по поводу острого пульпита. Через несколько лет пациентка обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. При рентгенологическом обследовании было обнаружено разрежение околоверхушечной области и недопломбирование канала 5 зуба. С диагнозом: хронический периодонтит этот зуб перепломбировали, но вскоре появились боли в правой половине лица невралгического характера. Больная продолжительное время по назначению невропатолога безуспешно принимала финлепсин.

В целях исключения одонтогенного генеза невралгии, больная направлена на рентгенологическое обследование, где в периапикальной области 5 обнаружены излишки пломбировачного материала, достигающие уровень мандибулярного канала, в связи с чем госпитализирована с диагнозом: компрессионная одонтогенная невралгия III ветви тройничного нерва справа.

С учетом вышеуказанной ситуации было решено провести резекцию верхушки корня 5, удаление остатков пломбировочной массы, что дало положительный результат. Однако, через полгода опять боли возобновились, в связи с чем пришлось удалить причинный 5 зуб, что в конечном итоге избавило пациентку от невралгических болевых ощущений и привело к улучшению общего состояния.

Таким образом, первоначальное непрофессионально проведенное лечение, как отмечено – недопломбирование канала 5 зуба, способствовало разрежению околоверхушечной ткани зуба, а повторное лечение привело к проникновению пломбировочных масс в заапикальную область и вызвало компрессионную одонтогенную невралгию тройничного нерва и потому, только после удаления причинного зуба были достигнуты положительные результаты.

На наш взгляд, в сложных случаях для установления точного диагноза и оказания рациональной помощи больным с невралгией тройничного нерва, необходимо учитывать состояние зубочелюстной системы – взаимосвязанной содонтогенным генезом.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ БЕТА ТАЛАССЕМИИ В ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Гусейнова Т.Г., Шадлинская Р.В., Беглярова Р.Ф.

Азербайджанский медицинский университет, Баку

Талассемия и ее наиболее тяжелая форма (большая) – бета талассемия, представляет собой наследственное заболевание, обусловленное снижением или отсутствием синтеза бета-глобиновых цепей.

К числу ярких и общих проявлений бета талассемии, следует отнести характерную тяжелую анемию с интенсивным, но не эффективным эритропоэзом, спленомегалию и другие патологические процессы, приводящие к выраженным изменениям в развитии костей, в первую очередь лица и черепа.

Комплексным клинико-рентгенологическим изучением черепно-челюстно-лицевой области 50 больных бета талассемией (30 мужского и 20 женского пола, в возрасте 4-21 г) выявлено, прежде всего, изменение цвета кожи лица, отличающейся бледностью, желтушно-лимонным оттенком, чему сопутствовала и иктеричность склер; местами также отмечены и пигментированные пятна округлой формы вокруг глаз, ушных раковин и волосистой части головы.

Другим, наиболее ярким клиническим симптомом при бета талассемии является деформация черепа и лица, а именно изменения их конфигурации, формы и размеров головы. Деформация черепа у таких больных создает характерный вид в результате утолщения теменных и затылочных костей с выступающими буграми.

Следует отметить, что деформация черепных костей, неразрывно связанная с деформацией лицевого скелета способствует нарушению развития, особенно средней зоны лица и изменению ее формы, включающей: впалый с опушенной перемычкой корень носа, выступающие скулы, чрезмерное развитие верхней челюсти с возникающей аномалией прикуса по типу дистального и открытого, с расстояниями между зубами, в целом создающими присущий этой болезни «талассемический» тип лица.

Характерная деформация черепа и лицевого скелета больных проявляется в основном уже с ранних лет, чаще со второго года после рождения ребенка.

Широкий клинический полиморфизм выявленных клинических проявлений в челюстно-лицевой области был дополнен и рентгенологическими исследованиями, при которых также обнаружены характерные изменения со стороны костей черепно-челюстно-лицевой области. Среди них, следует особо акцентировать внимание на характерном рентгенологическом признаке – гиперостозе костей свода черепа, обнаруженного у 96% больных. Далее, прослежено истончение внешней пластинки плоских костей черепа в виде двух форм: утолщения костей, вследствие игольчатого периостоза свода черепа и в виде расширения диплоического пространства, признаков являющихся одним из ранних характерных патогномоничных рентгенологических симптомов при бета талассемии.

Рентгенологические изменения костей лицевого скелета также характеризуются деформацией, выражающейся в чрезмерном развитии челюстей, особенно верхней и в области углов нижней челюсти.

Обращено внимание и на костные образования – «вздутия» в области верхнечелюстных костей и деструктивные изменения в челюстных костях.

К, наиболее важным рентгенологическим проявлениям, следует отнести также диффузный и пятнистый остеопороз челюстных костей, сопровождающийся истончением и уменьшением костных трабекул, расширением костномозгового канала, истончением кортикальной пластинки, обнаруженной у 75% больных.

Таким образом, можно констатировать, что при бета талассемии прослеживается характерный полиморфизм патологических проявлений в черепно-лицевой области в виде присущего этой болезни симптомокомплекса, видоизменяющего облик больных с соответствующими косметическими и функциональными нарушениями.

Подытоживая, результаты проведенных исследований очевидно, что при бета-талассемии черепно-челюстно-лицевая область – составная часть врожденного патологического процесса с характерным симптомокомплексом, имеющим диагностическое и патогномоничное значение. Следует также отметить, что роль и ответственность стоматолога в комплексном обследовании и лечении больных бета-талассемией значительна и поэтому мобилизация стоматолога в числе других специалистов может способствовать раннему, более благоприятному течению и прогнозу этого тяжелого заболевания.

Знание разработанного бета-талассемического симптомокомплекса имеет важное диагностическое значение как для гематологов, так и врачей других профилей. в том числе и стоматологов, участие которых в комплексном обследовании и лечении этих больных неоспоримо.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В СТОМАТОЛОГИИ

Гамидова З.Ш., Аталаев М.М.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с усовершенствованием врачей.
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Частота онкологических заболеваний полости рта растет с каждым годом.

Статистика по локализации онкологических заболеваний показала, что органы и ткани челюстной – лицевой области относительно часто поражаются раком и саркомой (от 2 до 7% общего числа больных злокачественными опухолями). Наиболее часто поражаются язык (50-60%) и слизистая оболочка дна полости рта (20-35%). Рак слизистой оболочки щеки наблюдается в 8- 10%.

Важность данной проблемы говорит о необходимости усовершенствования способов диагностики.

Выявить опухолевый процесс на первых этапах крайне трудно. Возникновение и развитие опухоли протекает обычно незаметно, на фоне удовлетворительного самочувствия.

Любому виду рака, в том числе и полости рта предшествуют предраковые состояния — это хронические механические травмы, длительно протекающие воспалительные процессы папиломатоз, лейкоплакия, неблагоприятное влияние систематического употребления слишком горячей, острой пищи, курение, употребление алкоголя.

Цель исследования является определение возможных причин, способствующих возникновению злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта.

Анализ ошибок, допускаемых врачами-стоматологами при диагностике опухолевых заболеваний. В челюстно-лицевое отделение

за 2018-2019гг обратились 30 больных с подозрением на карциному слизистой оболочки полости рта, что среди обратившихся преобладали мужчины (59,2%) в возрасте от 55 до 75 лет. Локализация опухоли полости рта на боковой поверхности языка, слизистой оболочки дна полости рта, на нижней губе.

Большинство больных связывали появление поражения (эрозия, язва) с травматическим повреждением слизистой оболочки полости рта, съёмными протезами, острым краем разрушенного зуба, наличием папилломатоза, хронической трещины на нижней губе.

Больные обращались к стоматологу по местожительства, однако, проводя консервативное лечение в виде полоскания, мазевых повязок, не учитывались отдельные анамнестические данные: длительность течения заболевания, отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения.

Две причины поздней диагностики.

Первая – позднее обращение к врачу, до появления выраженного болевого симптома. Самолечение и отсутствие положительного результата.

Вторая - по вине врача. Отсутствие у врача онконастороженности при первичном контакте с больным. Длительное лечение больных без выявления и устранения причины заболевания.

Так, запущенность злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта и альвеолярного отростка объясняется некомпетентностью врача стоматолога, не приняты диагностические меры – цитология, консультация других специалистов.

При наличии язвы, эрозии на слизистой оболочке полости рта, трещины на губе, лейкоплакия на слизистой щеки, папилломатоз – не правильная трактовка патологических изменений на слизистой полости рта – отсюда длительное лечение и не наблюдение пациента, что явилось основной причиной озлокачествления предраковых состояний.

Заключение: Необходимо изучение мониторинга злокачественных образований челюстно-лицевой области населения и уровень мотивации оказания специализированной помощи больным. Своевременная диагностика рака одним из основных критериев деятельности стоматологической службы.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ОСТЕОНЕКРОЗОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И

Слетов А.А., Ордашев Х.А., Шахбанов А.К.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Удаление повреждённых костных структур нижней челюсти вследствие прогрессирующего медикаментозного остеонекроза является широко используемым методом хирургического лечения [1,2,3]. В большинстве случаев объём резецируемых тканей определяется по данным визуальных методов диагностики [4,5]. Однако полученные результаты не всегда соответствуют данным визуального контроля в ходе оперативного вмешательства, что требует расширения границ запланированной резекции поражённых тканей.

Информации о хирургических способах лечения бисфосфонатных остеонекрозов с использованием эффектов прямой ангиографии в доступной литературе найдено мало. Вопросы профилактики и лечения медикаментозных остеонекрозов, освещённые в доступной литературе, характеризуются массой нерешённых проблем, основной из которых является необходимость разработки малоинвазивного хирургического способа воздействия на патологический очаг, что и определило актуальность представленного исследования.

Цель исследования – определить уровень клинической эффективности эндоваскулярного хирургического вмешательства на очаг медикаментозного остеонекроза нижней челюсти.

Материал и методы. В период с 2013 по 2018 гг. под наблюдением находились 15 пациентов с медикаментозными остеонекрозами и асептическими остеомиелитами челюстных костей. В анамнезе у большинства пациентов установлено наличие онкологических заболеваний предстательной или молочных желез, что явилось основанием для проведения в условиях онкологического диспансера лечебных процедур с использованием препаратов Золендроновой кислоты по общепринятой схеме.

На этапе госпитализации больных в хирургический стационар с осложнениями после медикаментозной терапии всем пациентам

выполнялась мультиспиральная компьютерная томография. В большинстве случаев отмечались диффузные деструктивные изменения костных структур челюстей.

В ходе последующего оперативного лечения у абсолютного большинства пациентов выявлено несоответствие данных трёхмерной реконструкции к объёму планируемых к резекции тканей, вследствии чего возникала необходимость расширения объёма хирургического вмешательства, что в последующем способствовало формированию грубых рубцовых изменений в мягких тканях нижней трети лица и передней поверхности шеи, клинически проявляющихся прогрессирующими явлениями дислокационной асфиксии и кахексии. Указанные осложнения наблюдались нами и ранее у пациентов после радикальных резекций нижней челюсти, футлярно-фасциальных иссечений лимфатического аппарата шеи, после комбинированного лечения с использованием ионизирующего излучения.

С учётом прогнозируемых осложнений и в соответствии с целью исследования всем пациентам на первом этапе хирургического лечения выполнялось эндоваскулярное диагностическое исследование на ангиографах Toshibainfinixvc-i и PhilipsAlluraXper FD20, оснащённых универсальным детектором с возможностью выполнять дигитальную субтракционную ангиографию и 3D реконструкцию ангиографических изображений. На операционном столе под местной анестезией (5 мл 0,5% раствора новокаина) пунктировали общую бедренную артерию и вводили (по стандартной методике Сельдингера) интродьюсер 5F, через который осуществляли подачу физиологического раствора, содержащего гепарин, в суммарной дозе на операцию 5000 Ед (рис.1).

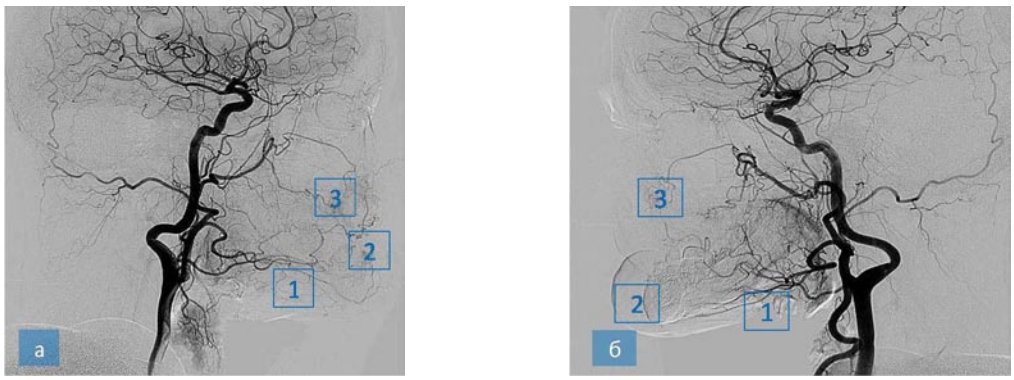


Рис. 1.

Пациент Ц. 56 лет, после 18 курсов лечения препаратами Золендроновой кислоты с клиническими признаками медикаментозного остеонекроза в проекции тела нижней челюсти слева, подбородочного

сегмента и во фронтальном сегменте альвеолярного отростка верхней челюсти: а - эндоваскулярная ангиография правой половины лицевого скелета, визуализируется выраженная сосудистая сеть в проекции тела (1) и подбородка (2) нижней челюсти и фронтального сегмента альвеолярного отростка справа верхней челюсти (3); б - эндоваскулярная ангиография левой половины лицевого скелета, визуализируется отсутствие сосудистой сети в проекции тела (1) и подбородка (2) нижней челюсти слева, в проекции альвеолярного отростка верхней челюсти слева (3)

На диагностическом этапе ангиографии осуществляли введение контрастного вещества «Ультравист 370» в бассейн наружной сонной артерии со скоростью 8-10 мл в секунду, что позволило визуализировать локализацию и определять точные размеры аваскулярных участков костной ткани. У всех пациентов выявлено диффузное поражение костной ткани, без чётких границ очага некроза. По периферии от патологически изменённых участков костной ткани определялось значительное снижение скорости кровотока, что в полости рта проявлялось явлениями венозного застоя и инфильтрации околочелюстных тканей, без наличия гнойных затёков. С целью устранения локальных реологических нарушений, провоцирующих диффузную деструкцию с последующим увеличением объёма резецируемых тканей и формированием рубцов, обусловленных осложнениями на хирургическом этапе ангиографии, выполнялось селективное введение 1000 мг амоксициллина и 200 мг клавулановой кислоты.

Оперативное лечение завершалось удалением интродьюсера с тщательным гемостазом бедренной артерии, накладывания давящей повязки на 24 часа, строгим постельным режимом в течение первых суток.

Результаты исследования. В ходе резекций нижней челюсти по общепринятой методике выявлено несоответствие клинических и рентгенологических данных. У абсолютного большинства пациентов увеличивался объём резецируемых тканей и в послеоперационном периоде прогрессировали осложнения, которые требовали проведения неоднократных повторных хирургических вмешательств.

При визуальном анализе контрольных дигитальных субфракционных ангиограмм отмечено восстановление локальных реологических деформаций, проявляющихся восстановлением периферического кровотока в гипо- и аваскулярных участках нижнечелюстной кости, что клинически проявлялось восстановлением функциональной активности зубочелюстной системы (рис. 2).

У 92% пациентов отмечен положительный клинический эффект в первые сутки после операции, который характеризовался улучшением локального статуса и общего состояния, что значительно сократило сроки реабилитации и длительность пребывания в стационаре ослабленных, истощённых пациентов.

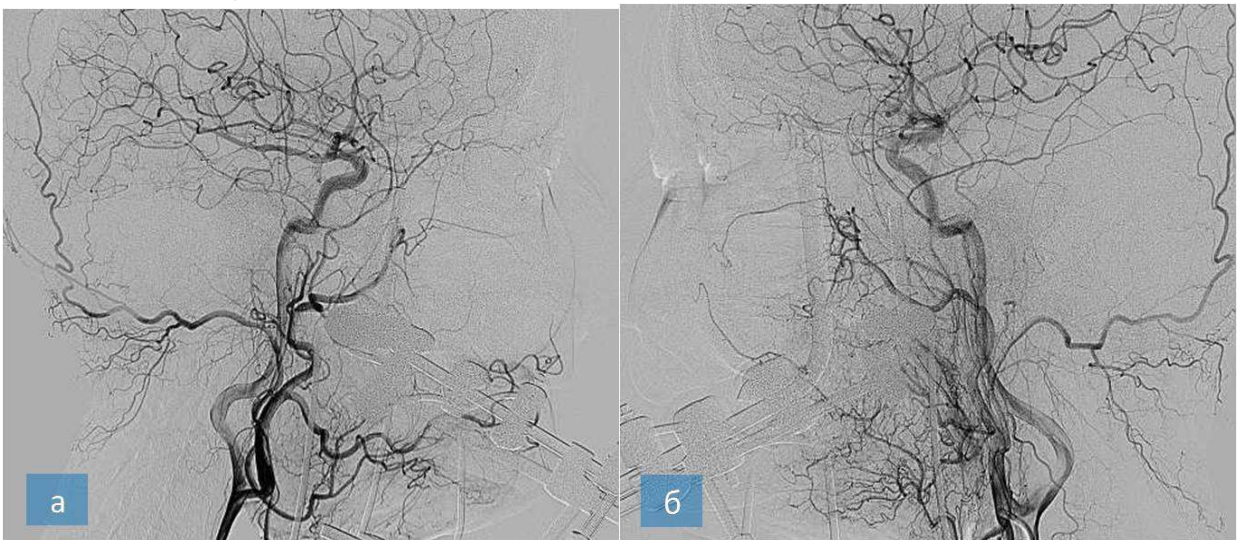


Рис. 2. *Тот же пациент, после 18 курсов препаратами Золендроновой кислоты с клиническими признаками медикаментозного остеонекроза в проекции тела нижней челюсти слева, подбородочного сегмента и во фронтальном сегменте альвеолярного отростка верхней челюсти (контрольная эндоваскулярная ангиография). а - эндоваскулярная ангиография на здоровой стороне, визуализируется выраженная сосудистая сеть в проекции тела и подбородка нижней челюсти и фронтального сегмента альвеолярного отростка справа; б - эндоваскулярная ангиография на поражённой стороне, визуализируется восстановление сосудистой сети в проекции тела, подбородка нижней челюсти слева, в проекции альвеолярного отростка верхней челюсти слева.*

Заключение. В клиническую практику внедрен современный, малоинвазивный и высокоинформативный лечебно-диагностический метод, позволяющий вывести на качественно новый уровень предоперационную подготовку пациентов с медикаментозными остеонекрозами челюстей. Ранняя диагностика локальных нарушений геометрии и тонуса сосудистого русла, а так же селективное введение антибактериального препарата, позволяет минимизировать хирургическую агрессию и сократить сроки реабилитации пациентов.

Литература

1. Белоконь О.С. Результаты рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения больных с геморрагическим инсультом

аневризматической этиологии в условия стационара / О.С. Белоконь, Р.А. Можейко // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2016. - Т. 11, № 1. - С. 90-92.
2. Жидовинов А.В. Лечение и реабилитация пациентов с объемными дефектами нижней челюсти / А.В. Жидовинов, Д.В. Михальченко, А.А. Слетов, М.В. Локтионова // Клиническая стоматология. - 2016. - № 2. (78). С. 63-66.
3. Михальченко Д.В. Мониторинг локальных адаптационных реакций при лечении пациентов с дефектами краниофациальной локализации съемными протезами / Д.В. Михальченко, А.А. Слетов, А.В. Жидовинов, А.В. Жидовинов, С.В. Матвеев, В.А. Вирабян, Д.В. Панченко // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 4. С. 407.
4. Мебония Т.Т. Профилактика и лечение осложненных бисфосфонатных переломов нижней челюсти / Т.Т. Мебония, А.А. Слетов // Актуальные вопросы клинической стоматологии. - 2014. С. 232-234.
5. Мебония Т.Т. Профилактика переломов нижней челюсти на фоне бисфосфонатных остеонекрозов / Т.Т. Мебония, А.А. Слетов, А.В. Арутюнов, А.С. Шатохина // Современные проблемы науки и образования. - 2014. - № 1. С. 114.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПРОХОДЯЩИХ ЧЕРЕЗ ПОЛОСТЬ КИСТЫ

Аталаев М.М., Бекмагомаев А.М., Гусенов Г.Р.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно–лицевой хирургии с усовершенствованием врачей
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

В практике врача-стоматолога иногда встречаются переломы нижней челюсти, проходящие через полость кисты.

Сообщения об этом в литературе представлены единичными наблюдениями. Всеми авторами отмечены большие трудности, с которыми приходилось сталкиваться при лечении больных с такой патологией. Причина этого — крайне медленная консолидация, объясняемая малой площадью соприкосновения костных фрагментов и отсутствием средств, обеспечивающих надежную и длительную фиксацию отломков нижней челюсти.

Ряд авторов в подобных случаях ограничиваются только репозицией и фиксацией отломков. Кисту они удаляют после консолидации перелома. В то же время другие производят удаление кисты с одномоментной репозицией и фиксацией отломков челюсти.

Мы решили применить уже много лет, используемый нами при различных остеопластических операциях на нижней челюсти лиофилизированный костный гомотрансплантат и у больных с переломами нижней челюсти, проходящими через кисту.

Материал и методика. Под нашим наблюдением находилось 5 больных, в возрасте от 20 до 50 лет (4 мужчин и 1 женщина). У 3 больных переломы проходили через тело нижней челюсти в области радикулярной кисты, у 2 перелом проходил в области угла челюсти, где располагалась фолликулярная киста. Ее размеры были от 2—2,5 до 3—3,5см диаметре.

После обезболивания внеротовым подходом рассекали до кости ткани в области перелома, удаляли оболочку кисты вместе с содержимым, освежали костную стенку полости, репонировали отломки; вслед за освежением наружной поверхности фрагментов фиксировали их костной накладкой из лиофилизированной компактной гомокости, укрепляемой проволочными швами; кистозную полость плотно заполняли лиофилизированной костной мукой вместе с антибиотиками, после чего ткани послойно ушивали. Двум больным дополнительно была произведена межчелюстная фиксация отломков сроком на 2—3 недели.

Результаты. Послеоперационное течение у всех больных проходило гладко, через 2—3 недели они были выписаны для амбулаторного лечения. Трудоспособность восстановлена через месяц — полтора после операции. При контрольном рентгенологическом обследовании больных по истечении срока от 6 месяцев до 3 лет после оперативного вмешательства было обнаружено, что кистозные полости не определялись, на месте бывшей кисты костная структура восстановлена. Трансплантаты (накладки из лиофилизированной гомокости) полностью перестроились.

Для иллюстрации приводим следующее наблюдение. Больной К. поступил в клинику 11/05 2019г. с жалобами на сильные боли в нижней челюсти справа. 8/05 2019г. получил удар в нижнюю челюсть справа, после чего в ней появились сильные боли. Обратился к врачу по месту жительства, который наложил пращевидную по-

вязку. При поступлении в клинику определялась припухлость мягких тканей в подчелюстной области справа. Пальпация этой области болезненна, открывание рта затруднено.

При осмотре полости рта нарушения целостности слизистой оболочки не обнаружено. Пальпаторно определяется перелом тела нижней челюсти справа. Малый фрагмент несколько смещен кверху. Зубная формула:

$$\frac{00604320 \mid 10000070}{00054320 \mid 12340000}$$

На рентгенограмме нижней челюсти справа определяется перелом тела нижней челюстив области отсутствующего 6 справа. Линия перелома проходит через кистозную полость размером 2 на 2,5см с четкими краями, по нижнему краю челюсти имеется осколок кости треугольной формы. Меньший фрагмент смещен вверх. Установлен диагноз: перелом нижней челюсти справа, проходящий через кисту.

14/05 2019г. произведена операция. После репозиции отломков с наружной поверхности фрагментов снят кортикальный слой, куда помещен лиофилизированный костный гомотрансплантат в виде накладки, закрепленной проволочными швами. Кистозная полость после цистэктомии заполнена лиофилизированной костной мукой вместе с антибиотиками.

Результаты гистологического исследования от 16/05 2019г. подтвердили наличие одонтогенной кисты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением, подвижности отломков не отмечалось. Швы сняты на 8-й день. 26/05 2019г., т.е через 12 дней после операции, больной был выписан из клиники, а через 2 недели приступил к работе.

При повторном осмотре через 8 месяцев после операции больной чувствует себя хорошо. Подвижность отломков не определяется, питается обычной пищей. На контрольной рентгенограмме нижней челюсти справа костная полость выполнена новообразованной костной тканью, границы ее не определяются.

Заключение. Применение биологически активного лиофилизированного костного гомотрансплантата в виде накладки на фрагменты нижней челюсти у больных с переломом, проходящим в области кисты, позволяет создать благоприятные условия для консолидации отломков, а заполнение полости лиофилизированной костной мукой значительно ускоряет регенерацию костной ткани.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

ВНУТРИРОТОВОЙ ПАРАЛЛЕЛОМЕТР ДЛЯ КОНТРОЛЯ И КОРРЕКТИРОВКИ УГЛА НАКЛОНА СТЕНОК ЗУБОВ ПРИ ИХ ПРЕПАРИРОВАНИИ

Абакаров С.И., Сорокин Д.В., Басов А.В, Изабакарова Ф.И.

Кафедра ортопедической и общей стоматологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва

В последние десятилетия активное развитие получили новые методы изготовления несъемных протезов. Применение новых материалов (диоксида циркония, стеклокерамики и т.д.) и современных CAD/CAM технологий оказывает значительное влияние на повышение качества ортопедического лечения. Использование современных зубопротезных технологий предусматривает качественную припасовку ортопедичеких конструкций, что в значительной мере зависит от квалифицированного этапа препаровки опорных зубов. Особенное внимание уделяется параллельности стенок и углу их наклона (углу конвергенции). Известно, что излишняя степень наклона может приводить к расцементировкам протезов и травматизации пульпы зуба в процессе его препарирования. В связи с этим, совершенствование методов препарирования зубов, особенно витальных, является актуальным.

Целью работы заключалась в разработке устройства для контроля и корректировки угла наклона зубов в процессе их препарирования и обоснование его эффективности.

Материал и методы. С 2009 по 2019 годы, нами обследовано 416 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет. 135 пациента обратились в связи с расцементировкой или поломкой металлокерамических протезов, изготовленных ранее в других лечебных учреждениях. У 108 из них определялась неправильная подготовка культи зуба, выражающаяся в излишней степени наклона боковых стенок. Для контроля и корректировки угла конвергенции боковых стенок, использовали разработанное нами устройство (внутриротовой параллелометр), для определения угла конвергенции боковых стенок при препарировании (патент РФ на изобретение №2123817). Устройство имеет турбинный наконечник, муфту, рычаги, глубиномер с градуировкой, накусочную площадку с перфорацией. Наконечник устанавливается на опорных

зубах посредством узла фиксации, выполненного в виде накусочной площадки и шарнирно соединенных посредством штифта-глубиномера рычагов. Свободные концы рычагов соединены соответственно с накусочной площадкой посредством штифта и муфтой посредством винта. Муфта соединяется с турбинным наконечником. Внутриротовой параллелометр содержит узел изменения угла наклона наконечника, выполненного в виде шкалы с градуировкой. Шкала проградуирована таким образом, что одно ее деление соответствует углу поворота рычага, связанного с турбинным наконечником, на 3 градуса. Рычаг выполнен с фигурным пазом под полудиск и установлен на втулке шарнира с возможностью поворота и жесткой фиксации посредством винтов

Результаты исследования. Отдаленные наблюдения за пациентами, препарирование зубов которым осуществлялось посредством предложенного внутриротового параллелометра показали снижение числа осложнений в виде расцементировок ортопедических конструкций с 11.7% до 2,3% и отсутствие осложнений со стороны пульпы опорных зубов. Предложенное нами устройство, позволяет не только проводить препаровку стенок зубов параллельно друг другу, но и препарировать любую поверхность любого зуба, придав ей требуемый угол наклона. Конструкция внутриротового параллелометра позволяет использовать его как для нижней, так и для верхней челюстей с контролем и корректировкой угла конвергенции стенок препарируемых зубов не только под любые виды мостовидных протезов, но и при изготовлении коронковых вкладок, виниров, мериленд-протезов, а также для подготовки отверстий под культевые штифтовые вкладки, анкерные и парапульпарные штифты. Для работы с устройством следует изготовить диагностическую модель, изучить ее в параллелометре, исследовав на ней степень наклона подготавливаемых зубов, определить в связи с будущей конструкцией протеза требуемый угол препарирования, зафиксировать накусочную площадку в области жевательных зубов на полиэфирную, термопластическую или базовую силиконовую массу. Затем накусочную площадку снимают с модели. Путем добавления незначительного количества корригирующей массы фиксируют накусочную площадку на зубной дуге в полости рта пациента в выбранном положении. Шарнирно соединенные рычаги устанавливают на штифт накусочной площадки с турбинным наконечником. Препарируют все зубы вне накусочной площадки в соответствии с заранее заданным углом. Для этого необходимо в случае препарирования вестибулярной (щечной) поверхно-

сти нижней челюсти изменить угол расположения рычага, путем поворота его вверх с последующей фиксацией. При формировании угла конвергенции язычной поверхности нижней челюсти необходимо предварительно переместить втулку на штифте-глубиномере вверх на требуемую высоту, после чего установить рычаг на заданный угол обработки вращением регулировочного колеса.

Работа прибора на верхней челюсти осуществляется аналогично работе на нижней челюсти посредством переноса накусочной площадки на требуемую сторону с последующей установкой рычага на необходимый угол наклона.

Таким образом, в процессе препарирования зубов, для контроля параллельности стенок и угла их наклона, можно с успехом применять предложенный нами внутриротовой параллелометр.

ОЦЕНКА ТОЛЕРАНТНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИОННЫХ СПЛАВОВ К ПАРОДОНТОПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЕ

Гаража С.Н., Абдурахманов А.И., Рахаева Д.Ю., Гришилова Е.Н., Хачатуров С.С., Хубаев З.С-С., Некрасова Е.Ф., Кудаев Д.М.

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь
Кафедра стоматологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

Актуальность. Бактериальная адгезия к стоматологическим конструкционным сплавам способствует развитию воспаления и снижению устойчивости тканей протезного ложа к механическим воздействиям. Формирование очагов хронической инфекции обусловливает последующую сенсибилизацию и высокую степень риска развития общих аутоиммунных заболеваний, обострению заболеваний пародонта. Длительная колонизация условно-патогенной микрофлоры в комбинации с недостаточной местной или общей иммунной реакцией вызывает повреждения тканей полости рта, приводя к развитию патологических процессов в пародонте.

Сохранение устойчивости металлических конструкционных элементов зубных протезов в отдалённые сроки невозможно без обоснованного выбора материала, особенно при гипосаливации, наличии

воспалительных заболеваний пародонта, повышенной минерализации ротовой жидкости и склонности к образованию зубного налёта. Сопоставление данных о видовом составе и степени бактериальной обсеменённости условно-патогенной микрофлорой стоматологических конструкционных сплавов позволит не только выявить материал, наименее подверженный колонизации, но и определить факторы, влияющие на адгезивную активность условно-патогенных микроорганизмов. Это сохранит конструкционную целостность реставрации, улучшит общее гигиеническое состояние полости рта, а также уменьшит или полностью исключит развитие воспалительных или аллергических реакций со стороны организма в целом, что обеспечит стабильность отдалённых клинических результатов, повысив, тем самым, эффективность проводенного ортопедического лечения [1,2,3,4,5].

Цель исследования – изучить толерантность стоматологических конструкционных сплавов к пародонтопатогенной микрофлоре.

Материалы и методы. В эксперименте использованы бактериальные культуры, охватывающие спектр представителей пародонтопатогенной микрофлоры: Staphylococcus aureus wood 95, Escherichia coli B, Streptococcus pyogenes 5, Pseudomonas aeroginosa 573, Candida albicans. Обоснованием выбора в качестве тест-штаммов бактерий P. aeruginosa и представителей дрожжеподобной флоры C. albicans явились результаты собственных исследований и литературные источники [5].

Проведена сравнительная оценка выживаемости микроорганизмов пяти видов (S. aureus, E. coli, St. pyogenes, P. aeroginosa и C. albicans) на поверхностях образцов конструкционных сплавов и золото-циркониевой поверхности, полученной методом гальванизации. Репродукции размером 20×20×0,8мм были отлиты из: кобальтохромового сплава «Gialloy PA Co/Cr» ("BK Giulini Chemie", Германия), сплава на основе золота «КАСДЕНТ-Б» (ЗАО «Стильдент», Россия) и кобальтохромового сплава «Gialloy PA Co/Cr» ("BK Giulini Chemie", Германия) с золото-циркониевым покрытием «Кэмадент» российского предприятия АО «НПК «Суперметалл». Для каждого материала было изготовлено и исследовано по 20 образцов, всего – 80 образцов.

На поверхность образцов равномерно стерильным шпателем наносили по 0,2мл смеси (суспензии) из микроорганизмов. Исходная концентрация микроорганизмов составляла $4\times10^5 – 5\times10^5$ КОЕ/мл.

Контаминированные тест-микроорганизмами образцы помещали на 28 суток в стерильные чашки Петри, а чашки Петри – в микрокли-

матическую камеру, где поддерживались оптимальные для роста микроорганизмов параметры среды (90–99% влажности при t^0 37^{0}C).

Оценку количественного содержания микроорганизмов на образцах материалов проводили в 1-е, 3-е, 7-е, 14-е и 28-е сутки эксперимента. Для этого, после истечения указанных сроков образцы дважды последовательно отбалтывали в 5мл. стерильного физиологического раствора. Отбалтывания были приравнены к ополаскиванию (смыванию) микроорганизмов с поверхности зубных протезов. Высевы проводили после второго отбалтывания в 5 мл. стерильного физиологического раствора из десятикратных разведений на различные питательные среды по общепринятым методикам в соответствии с действующими нормативными микробиологическими приказами [4]. Посевы инкубировали при t^0 37^{0}C в течение 24 час. и при t^0 25–30^{0}C в течение 48 час. – при выращивании грибов. После истечения необходимых в эксперименте сроков был произведён подсчет колоний на 1см^2 питательной среды.

Результаты и обсуждение. Результаты исследований бактолерантности сплавов к условно-патогенной микрофлоре представлены в таблице.

Таблица

Колонизация условно-патогенной микрофлорой стоматологических конструкционных сплавов (КОЕ на 1 см^2)

Материал	Бактериальные культуры	Время исследования (сутки)				
		1-е	3-и	7-е	14-е	28-е
Кобальто-хромовый сплав с золото-циркониевым покрытием	S. aureus	2×10^3	2×10^1	0	0	0
	E. coli	2×10^2	5×10^1	0	0	0
	St. pyogenes	$1{,}4\times10^3$	$1{,}2\times10^1$	0	0	0
	P. aeruginosa	2×10^3	$8{,}2\times10^2$	$4{,}6\times10^2$	2×10^2	$1{,}1\times10^2$
	C. albicans	4×10^2	$3{,}6\times10^1$	0	0	0
Кобальто-хромовый сплав	S. aureus	$2{,}6\times10^3$	$3{,}7\times10^1$	0	0	0
	E. coli	$3{,}2\times10^2$	$7{,}5\times10^1$	0	0	0
	St. pyogenes	$2{,}6\times10^3$	$1{,}8\times10^1$	0	0	0
	P. aeruginosa	$3{,}2\times10^3$	$9{,}6\times10^2$	$6{,}2\times10^2$	$4{,}1\times10^2$	$2{,}2\times10^2$
	C. albicans	$5{,}7\times10^2$	$5{,}3\times10^1$	$1{,}2\times10^1$	0	0
Сплав на основе золота	S. aureus	$2{,}4\times10^3$	$2{,}6\times10^1$	0	0	0
	E. coli	$2{,}8\times10^2$	$8{,}4\times10^1$	0	0	0
	St. pyogenes	$1{,}7\times10^3$	$1{,}5\times10^1$	0	0	0
	P. aeruginosa	$2{,}6\times10^3$	$9{,}4\times10^2$	$5{,}8\times10^2$	$2{,}6\times10^2$	$1{,}4\times10^2$
	C. albicans	$4{,}5\times10^2$	4×10^1	0	0	0

Анализ данных, полученные при оценке колонизации стоматологических конструкционных сплавов условно-патогенной микрофлорой свидетельствуют, что среди использованных тест-штаммов только бактерии вида P. aeruginosa сохранялись на тестируемых материалах до конца эксперимента. Наиболее значительное снижение количества P. aeruginosa к 28-м суткам исследования происходило на образце из кобальто-хромового сплава с золото-циркониевым покрытием, где число жизнеспособных бактерий по сравнению с первоначальной колонизацией снизилось более чем на три порядка и составило $1{,}1\times10^2$ КОЕ/см^2. Наименее существенное снижение количества P. aeruginosa к 28-м суткам исследования произошло на образце из кобальто-хромового сплава, где число бактерий по сравнению с первоначальной колонизацией снизилось более чем в сто раз и составило $3{,}2\times10^3$ КОЕ/см^2.

S. aureus, E. coli и St. pyogenes на всех изученных образцах сохраняли жизнеспособность только до 3-х суток исследования. Наиболее интенсивное снижение численности среди исследованных тест-штаммов по сравнению с первоначальной колонизацией отмечено на образце из кобальто-хромового сплава с золото-циркониевым покрытием. Здесь число высеваемых микроорганизмов уменьшилось более чем в две тысячи раз и составило от $1{,}2\times10^1$ КОЕ/см^2 до 2×10^1 КОЕ/см^2. Наименее значительное снижение численности среди исследованных тест-штаммов отмечено на образце из кобальто-хромового сплава, где число жизнеспособных бактерий по сравнению с первоначальной колонизацией уменьшилось до $7{,}5\times10^2$ КОЕ/см^2.

C. albicans сохранял жизнеспособность на поверхности стоматологических конструкционных сплавов до 7-х суток исследования. По сравнению с первоначальной колонизацией только на образце кобальто-хромового сплава с золото-циркониевым покрытием установлено наиболее интенсивное снижение численности жизнеспособных бактерий. Здесь число высеваемых микроорганизмов уменьшилось в тысячи раз и составило $3{,}6\times10^1$ КОЕ/см^2. Среди изученных образцов конструкционных сплавов C. albicans сохранял жизнеспособность до 14-х суток исследования. Наименее значительное снижение числа C. albicans происходило на образце кобальто-хромового сплава, где число жизнеспособных микроорганизмов

по сравнению с первоначальной бактериальной обсеменённостью уменьшилось и составило $1{,}2\times10^2$ КОЕ/см^2.

Выводы.

1.Все конструкционные стоматологические сплавы подвержены в полости рта колонизации пародонтопатогенными микроорганизмами. Степень колонизации зависит от химсостава сплавов и вида бактериальных культур.

2.Наименьшими показателями толерантности стоматологических конструкционных сплавов к пародонтопатогенной микрофлоре обладает кобальто-хромовый сплав с золото-циркониевым покрытием.

Литература

1. Гаража, С.Н. Влияние фотодинамической и лазерной терапии на цитохимические показатели активности нейтрофильных гранулоцитов при лечении хронического гингивита/ Гаража С.Н., Гришилова Е.Н., Демина К.Ю., Батчаева Д.Д., Готлиб А.О., Бражникова А.Н.// Кубанский научный медицинский вестник. -2015.- № 1. -С. 34-37.
2. Гаража, С.Н. Лечение воспалительных заболеваний пародонта с использованием иммобилизованных препаратов / С.Н. Гаража, А.В. Зеленская, Е.Н. Гришилова, Д.Д. Батчаева, Т.М. Хацаева, З.З. Моргоева // Современные проблемы науки и образования. -2013. -№ 3. -С. 130-136.
3. Гаража, С.Н. Фиксация несъемных протезов: рациональный выбор материала/ Гаража С.Н., Грицай И.Г.// Стоматология. -2000. - № 3. -С. 36-40.
4. Доменюк, Д.А. Влияние микроструктуры дентальных реставраций на эффективность их клинического применения/ Доменюк Д.А., Гаража С.Н., Иванчева Е.Н., Гришилова Е.Н.// Кубанский научный медицинский вестник. 2009. № 5. С. 27-32.
5. Моргоева, З.З. Применение иммобилизованного фторида олова в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести / З.З. Моргоева, С.Н. Гаража, Е.Н. Гришилова, Н.Н. Гаража // Современные проблемы науки и образования. -2014. -№ 1.- С. 140-145.

ЭЛЕКТРОННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ГОЛОВОК ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ПОМОЩИ АППАРАТА «ARCUS digma II».

Абакаров С.И., Басов А.В., Сорокин Д.В., Басова Т.В., Шаферс А.Ш.

Кафедра ортопедической и общей стоматологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Москва.

В последнее время в практике ортопедической стоматологии уделяется все больше внимания точности изготовления протезов. Одним из критериев точности изготовления протезов являются окклюзионные контакты, которые должны соответствовать всем параметрам окклюзионной нормы. Клинически это проявляется достаточно быстрой адаптацией пациента к протезам и их минимальной припасовкой в полости рта. Сократить время припасовки протезов можно за счет уменьшения сошлифовывания их окклюзионной поверхности, используя точную и быструю регистрацию движений нижней челюсти. На современном этапе эту регистрацию можно провести с помощью электронного аппарата «ARCUS digma II».

«ARCUS digma II» применяют для определения шарнирной оси и получения данных, которые могут быть использованы для настройки артикулятора на индивидуальную функцию, для анализа движений нижней челюсти и постановки диагноза у пациентов с симптомами мышечно-суставной дисфункции. Также этот прибор дает дополнительную информацию о движении суставных головок в трех плоскостях.

Аксиографию используют:

- для определения функции ВНЧС перед началом лечения;
- для диагностики внутренних нарушений ВНЧС;
- в качестве дополнительного метода диагностики, если предварительное лечение суставных нарушений оказалось неэффективным;
- перед началом лечения, когда необходимо применение окклюзионных шин и накусочных пластинок;
- перед оперативными вмешательствами на челюстях, особенно в тех случаях, когда после него должно быть проведено ортодонтическое лечение.

Метод аксиографии позволяет документировать исходное состояние зубочелюстно-лицевой системы, поставить диагноз до начала лечения, проводить динамическое наблюдение в процессе и после лечения, а также выяснить, почему после предварительного лечения мышечно-суставной дисфункции не получен желаемый результат.

«ARCUS digma II» состоит из двух ультразвуковых сенсоров и компьютерного блока. Эта система работает по принципу трехмерного ультразвукового навигатора. Аппарат «ARCUS digma II» с частотой 40 KHz и количеством измерений 50 раз в секунду отслеживает 12 измерительных отрезков движения нижней челюсти по отношению к черепу пациента.

Это трехмерное измерение позволяет получить необходимую информацию для настройки артикулятора, а также для диагностики и дальнейшего лечения пациента.

При помощи специального модуля для функционального анализа можно дополнительно ко всему проводить обследование пациентов на наличие функциональных нарушений в зубочелюстно-лицевой системе. Если такие нарушения фиксируются аппаратом их нужно устранить на стадии подготовки пациента к протезированию.

Наблюдая на экране компьютерного блока движение суставной и резцовой точек в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, а соответственно и движение правой и левой суставных головок, врач-стоматолог на основании этих данных может давать рекомендации по ограничению движений нижней челюсти, указывать на дискоординацию движений нижней челюсти и возможные различные ятрогенные, миогенные и окклюзионные причины этих нарушений.

Для регистрации движений нижней челюсти на вестибулярной поверхности нижних фронтальных зубов укрепляют при помощи параокклюзионной вилки ультразвуковой сенсор. Второй ультразвуковой сенсор прикрепляется к черепу за счет лицевой дуги. Затем просят пациента подвигать нижней челюстью вперед-назад при сомкнутых зубных рядах, а также в стороны. Время измерения составляет не более трех минут. Все этапы измерений отображаются на экране компьютерного блока «ARCUS digma II».

После проведения всех соответствующих измерений на экране компьютерного блока появляются таблицы со всеми необходимыми

параметрами для индивидуальной настройки артикулятора. К этим параметрам относят: углы сагиттальных суставных путей справа и слева, ISS справа и слева, а также необходимые параметры резцовых путей.

Модуль функционального анализа отображает на экране те же параметры только в графическом исполнении.

Таким образом, протезы, изготовленные в артикуляторе, настроенном по индивидуальным параметрам, которые были определены аппаратом «ARCUS digma II», будут иметь более полноценные и соответствующие окклюзионной норме контакты. Это уменьшит время припасовки и сократит период адаптации пациента к протезам.

ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ РЕЗКИХ ФОРМ АТРОФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ НА БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Махмудов Ш.Р., Минкаилова С.Р., Аталаев М.М., Эфендиев М.Н., Будайчиев Г.М-А., Махмудова З.К.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии.
Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Ортопедическое лечение больных с неблагоприятными клиническими условиями на беззубой нижней челюсти сопряжено с большими сложностями и остается одной из актуальных проблем в стоматологии[1]. Основной причиной затрудненной адаптации является отсутствие должной устойчивости протезов на опорных тканях беззубой нижней челюсти из-за резкой атрофии костной ткани. Одним из факторов способствующих изменению клинико-анатомических особенностей протезного ложа является несвоевременная обращаемость пациентов за ортопедической помощью [2].

Цель исследования: изучить факторы, влияющие на формирование протезного ложа у пациентов с полным отсутствием зубов на нижней челюсти.

Материал и методы: для оценки эффективности ортопедического лечения у больных с полным отсутствием зубов были обследованы 81 больной с полной утратой зубов обратившихся в стоматологическую клинику DentalHouse г. Махачкалы. Объектом углубленного исследования явились 54 человека 45-65 лет со сложными клиническими условиями на беззубой нижней челюсти. Состояние костной основы протезного ложа нижней челюсти соответствовало 4-му классу по классификации И.М. Оксмана, с

преобладанием атрофии альвеолярной части в дистальных отделах челюсти. Первую группу составили пациенты длительно пользующиеся частичными съемными протезами, не соответствующими функциональным и эстетическим требованиям. Во вторую группу вошли пациенты с полной адентией на нижней челюсти, со сроком службы протезов более 6 лет. Третья группа сформирована пациентами длительно не обращавшимися за ортопедической стоматологической помощью. Проведен клинико-статистический анализ возможных причин возникновения неравномерной атрофии альвеолярной части, на основе сбора анамнеза.

Результаты и обсуждение. По данным нашего исследования одной из основных причин развития резкой атрофии альвеолярной части являлся необоснованно длительный срок пользования съемными ортопедическими конструкциями. Установлено, что до протезирования 14 пациентов пользовались частичными съемными протезами в течение 5-10 лет, 3-е из них продолжали носить протезы даже при отсутствии кламмерной фиксации. Полными съемными протезами пользовались 22 пациента сроком от 10-18 лет после протезирования, при этом 12 человек ни разу не меняли протезы; 10 лиц из этой группы повторно обращались за ортопедической помощью, однако носить новые протезы отказывались в пользу старых конструкций.

Среди жалоб были:

• невозможность адаптации к ним в течение 1,5-2,5 месяцев, несмотря на многочисленные коррекции;

• травма слизистой оболочки протезного ложа,

• слабая фиксация протезов,

• затрудненное пережевывание пищи.

При этом исследуемые лица не предъявляли жалоб к изношенным протезам, в единичных случаях отмечали эстетические дефекты

(изменение цвета базиса и искусственных зубов и т.д.). Лица, в количестве 18 человек длительное время не обращались за ортопедической помощью вошли в 3-ю группу. Так, до полной утраты зубов, у 8 пациентов в течение 3-7 лет было несколько пар зубов только во фронтальном отделе, 6 человек имели одиночно стоящие зубы. И только у 4 пациентов полностью отсутствовали зубы верхней и нижней челюсти в течение 1,2-3,5 лет.

Вывод. Таким образом, несоответствие внутренней поверхности базиса протеза с подлежащими тканями протезного ложа, в результате его износа в одном случае, и, длительная не обращаемость за ортопедической помощью в другом, способствует уменьшению объема костной ткани и изменению формы альвеолярной части. Данная ситуация еще более усложняет клинические условия на беззубой нижней челюсти и прогноз ортопедического лечения, что несомненно увеличивает сроки адаптации к протезам.

Литература

1. Федотова Е. А. Ретроспективная оценка результатов протезирования при полной потере зубов: автореф. дис. … канд. мед. наук. – СПб., 2011. – 20 с
2. Mich C. Density of bone: effect on treatment plans, surgical approach, healing and progressive bone loading // Int. J. Oral Maxillofac. Impl. 1990. - Vol.6.-P. 23-31.

РАЗРАБОТКА ПРОТОКОЛОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

Будайчиев Г.М-А., Курбанов О.Р., Эфендиев М.Н., Махмудов Ш.Р., Аталаев М.М., Ахмедова М.А.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС ИДПО
Кафедра ортопедической стоматологии
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии.
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

Актуальность проблемы. Сахарный диабет 2 типа (далее СД) представляет собой серьезную медико–социальную проблему, число

больных увеличивается ежегодно в геометрической прогрессии, заболевание имеет кумулятивный характер и сопровождается высокой инвалидизацией больных [1]. По определению экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, «сахарный диабет является проблемой всех возрастов и всех стран» [2]. Неоднократно описано негативное влияние сахарного диабета на состояние центральной и периферической нервной системы, как следствие нестабильное психоэмоциональное состояние человека [3]. Что вызывает сложности при установлении контакта врач-больной, затрудняет проведение врачебных манипуляций в полном объеме, осложняет процессы привыкания и использования ортопедических конструкций [3, 4, 5]. Зубные протезы, в свою очередь, ухудшают состояние полости рта наличием большого числа ретенционных пунктов, способствующих образованию зубного налета, развитию грибковых поражений, травматизацией слизистой оболочки, дополнительной нагрузкой на ткани пародонта.

Целью нашего исследования стало: оценить качество жизни пациентов после проведения ортопедического лечения пациентов страдающих СД и разработать единый протокол предпротезной подготовки и протезирования таких пациентов.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено когортное проспективное исследование двух групп пациентов. В первую группу исследования вошли пациенты, страдающие сахарным диабетом 2 типа, имеющие дефекты З, Р, по Кеннеди (класс): 1 класс: 70%. 2 класс: 20%, 3 класс: 10%. Половозрастная характеристика группы были следующей: Мужчины: 10%, Женщины: 90%; возраст: 50-55 лет: 40%, 56-60 лет: 40%, 6165 лет: 10%, старше 66 лет – 10%. Вторую (контрольную) группу исследования составили здоровые лица, имеющие дефекты З, Р, по Кеннеди (класс): 1 класс: 70%. 2 класс: 20%, 3 класс: 10%. которым применялся метод несъемного и несъёмного протезирования. Характеристика группы следующая: Мужчины: 10%, Женщины: 90%; возраст: 50-55 лет: 30%, 56-60 лет: 0%, 61-65 лет 30%, старше 66 лет – 40%. Первым этапом нашего исследования стал анализ проведённой предпротезной подготовки в исследуемой группе. Для первой группы в качестве предпротезной подготовки были применены следующие методы: хирургическая, пародонтологическая, терапевтическая, работа с эндокринологом по нормализации уровня сахара в крови. Следую-

щим этапом стало применение разработанного метода анкетирования, с последующей математико-статистической обработкой полученных данных. В качестве стандартизации и оценки полученных данных использовали метод подсчета «относительный риск». Как известно, относительный риск – это отношение частоты исходов среди исследуемых, на которых оказывал влияние изучаемый фактор, к частоте исходов среди исследуемых, не подвергавшихся влиянию этого фактора [5. 6]. Также мы применяли графический метод, в частности круговые секторные диаграммы.

Результаты. В результате проведенного метода анкетирования по определению качества жизни, нами были получены следующие данные, представленные в таблице №1

Таблица №1. Оценка качества жизни, методом анкетирования

Качество жизни	Пациенты с СД	Контрольная группа
Фиксация съемного протеза	Плохо 20%, Умеренно 20%, Удовлетворительно 10%, Хорошо 50%	Плохо 10%, Умеренно 30%, Удовлетворительно 10%, Хорошо 50%
Нарушение дикции	Плохо 20%, Умеренно 10%, Удовлетворительно 30%, Хорошо 40%	Плохо 0%, Умеренно 30%, Удовлетворительно 50%, Хорошо 20%
Затруднение при пережевывании пищи	Плохо 0%, Умеренно 30%, Удовлетворительно 20%, Хорошо 50%	Плохо 20%, Умеренно 20%, Удовлетворительно 50%, Хорошо 10%
Потеря вкусовой чувствительности	Плохо 0%, Умеренно 40%, Удовлетворительно 20%, Хорошо 40%	Плохо 0%, Умеренно 40%, Удовлетворительно 30%, Хорошо 30%
Восстановление функции жевания	Плохо 20%, Умеренно 20%, Удовлетворительно 30%, Хорошо 30%	Плохо 0%, Умеренно 40%, Удовлетворительно 50%, Хорошо 0%
Комфорт при пользовании протезом	Плохо 20%, Умеренно 30%, Удовлетворительно 20%, Хорошо 30%	Плохо 0%, Умеренно 40%, Удовлетворительно 40%, Хорошо 20%
Уход за полостью рта	Промываете протез водой -0%; Промываете протез водой + щетка с мылом – 80%;	Промываете протез водой -20%; Промываете протез водой + щетка с мылом – 50%; Промы-

и ортопедической конструкцией	Промываете протез водой + щетка с мылом + антисептические таблетки - 10%; Промываете протез водой + щетка с мылом + антисептические таблетки, Посещение стоматолога 1 раз в 6 месяцев- 10%	ваете протез водой + щетка с мылом + антисептические таблетки - 30%; Промываете протез водой + щетка с мылом + антисептические таблетки, Посещение стоматолога 1 раз в 6 месяцев- 0

Для оценки и дальнейшего использования полученных результатов для создания соответствующих регламентирующих протоколов ортопедического лечения и предпротезной подготовки, нами был использован метод подсчета относительного риска. Влияние на проведение хирургической подготовки составило: RR 1,500 [95%CI 1.2621.783]; Влияние на проведение пародонтологической подготовки: RR 0,400 [95%CI 0.315- 0.509], Влияние на проведение терапевтической подготовки: RR 1,400 [95%CI 1.1081.770]. Таким образом, проведение качественной предпротезной подготовки перед протезированием для пациентов, страдающих сахарным диабетом, влияет на качество протезирования, сокращает сроки адаптации к протезам, позволяет влиять на результат и улучшает качество жизни. Причем данный метод применим не, только для пациентов с эндокринной патологией, но и для здоровых лиц.

Вывод. Успех ортопедического лечения больных СД в большей степени зависит от индивидуального подхода к протезированию больных с учетом особенностей патологического процесса в тканях ротовой полости, методического подхода к выбору конструкции протезов, постоянного наблюдения за пациентами, как в период адаптации, так и при дальнейшем пользовании.

Литература.

1. Лекции по ортопедической стоматологии: учебное пособие / Под ред.проф. Т.И. Ибрагимова. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2010. — 208 с.
2. Филимонова, Е.В. Оценка состояния минеральной плотности костной ткани у пациентов с заболеваниями пародонта при завершении ортодонтического лечения /Е.В. Филимонова, С.В. Дмитренко, Д.А. Хоролъская//Ортодонтия. — 2006. № 1. — С. 4-5.
3. Орехова, Л.Ю. Клинические проявления пародонтита у больных при различном состоянии компенсации сахарного диабета / Л.Ю. Орехо-

ва, В.Л. Губаревская, Э.С. Оганян // Учен. зап. С.-Петерб. гос. мед. ун-та им. И.П. Павлова. 2000. - № 2. - С. 137-138.
4. Белялова Н. С., Белялов Ф. И. Факторы риска и профилактика рака. Часть 1. // Клиническая медицина, 2005, №11. С. 17–21.
5. Перова Н. В., Метельская В. А., Покровская М. С. Новое в международных системах определения суммарного риска сердечно - сосудистых заболеваний для использования в клинической практике. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2014. — 10 с.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ПАРНО-ЛИНЕЙНОГО ШИНИРОВАНИЕ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ

Кажлаев Ю.Н.

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала

Актуальность. Одной из актуальных задач современной стоматологии является повышение эффективности лечения заболеваний пародонта, встречаемость которых весьма высока и составляет в некоторых возрастных группах от 80 до 95% (Казакова А. В., Журавлев В.П., 2014) При этом, этап ортопедического лечения, включающий мероприятия по стабилизации зубного ряда при помощи различных видов шинирующих конструкций, имеет существенное значение в комплексной терапии (Бронников О.Н**.,** 2005., А.В.Смирнова, Б.Т.Мороз, 2011Жолудев С.Е., Делец А.В., 2013). Для устранения существующих недостатков идет поиск альтернативных методов шинирования и их усовершенствование с использованием современных технологий и материалов (Акулович А. В., Орехова Л.Ю.,1999, Белоклицкая Г. Ф., Лузина О.В.,2004, Л.Б. Фролова, 2010, Гулуев Р.С., 2013, Е. В. Гризодуб, И. Г. Лесовая, 2013) с целью достижения высокой долговременной прочности в условиях существующей дисфункциональной перегрузки (Жулев Е.Н., 2003, Бронников О.Н., 2005, Акулович А. В., 2010). Для длительного срока эксплуатации с точки зрения клинки огромное значение имеет прочность материала изготовления шины.Для изготовления шин в качестве основных компонентов используются современные композиционные материалы, как правило с различными ва-

риантами армирования (Ряховский А.Н., Логинова Н.К., Котенко С.А., 2010,. Schulz A., Hilgers R.D, Niedermeier W., 2000, Valyi P., Gorso I., Kocsis A. et al., 2003).

Поиск оптимальных вариантов армирования композитных линейных шин, применяемых при парной иммобилизации в комплексной терапии пародонтита, в том числе локализованной формы, несмотря на значительный опыт исследований, остается актуальной проблемой современной стоматологии.

Поэтому мы поставили перед собой цель - улучшить эффективность шинирования зубов при генерализованном пародонтите за счет усовершенствования методики и материалов

Целью настоящего исследование явилось повышение эффективности комплексного лечения заболеваний пародонта путем усовершенствования методики и комбинации материалов для парнолинейного шинирования зубов при их подвижности

Результаты исследования В этой связи несомненный интерес представляет композитная шина с органично включенным армирующим элементом в виде отрезка стекловолоконного штифта (Каждлаев Ю.Н., Фаталиева А.З., 2017). Благодаря модулю эластичности стекловолоконного штифта, схожим с дентином зуба, функциональная нагрузка при термо-механических воздействиях на шину распределяется равномерно, как в монолитной структуре. Единство штифта с твердыми тканями зуба (сходный с дентином модуль эластичности), высокие прочностные характеристики, использование той же органической матрицы , что и у гелиокомпозитов при их изготовлении, обеспечивает единый стекловолоконно-композитный шинный комплекс, улучшая восприятие и распределение жевательной нагрузки. Волокна представляют неорганический компонент штифта и являются его поддерживающей структурой, композиция волокно/смола проявляет высокую сопротивляемость излому и эластичность при восприятии жевательной нагрузки. Немаловажным является механизм фиксации армирующего элемента в композитной массе- металлические штифты основаны на механической фиксации, а стекловолоконные- химической адгезии с однородным материалом.

Предварительно проводят профессиональную гигиену полости рта и, при необходимости, местную противовоспалительную терапию. При шинировании в области передних зубов с оральной (неб-

ной или язычной) поверхности или жевательных зубов на жевательной поверхности, алмазным турбинным бором делают паз округлой или цилиндрической формы в участках коронки зуба и на глубину, безопасную с позиций близости пульпы зуба, в зависимости от диаметра применяемого штифта с учетом его последующего полного погружения в композит, и длиной 2-3 мм.

Подгоняют отрезок стекловолоконного штифта диаметром 1-1,2 мм путем отсечения необходимого размера алмазным турбинным бором или алмазным диском в зависимости от индивидуальных анатомо-топографических особенностей (групповой принадлежности зубов, длины образованных полостей и пр.). Наносят травильный состав (гель или жидкость) на 30 секунд на эмаль и 15 секунд на дентин в соответствии с принципами тотального травления, смывают травильный материал водой в течении 30секунд и высушивают подготовленные поверхности до степени увлажненного искрящегося дентина , матовости и белесоватости эмали, в том числе, и в участках прилегания к полости на 1-2 мм в соответствие с существующими общепринятыми рекомендациями.

После нанесения праймер-бондинговой системы в соответствие с инструкцией производителя с последующим высушиванием струей воздуха, производят засвечивание светополимеризационной лампой. Вносят в образованные полости смежных зубов слой жидкотекучего гелиокомпозита, в который погружают предварительно подготовленный отрезок штифта (травление кислотой или обработка пескоструйным способом - Air Flow, нанесение адгезива, светополимеризация), светополимеризуют с помощью гелиолампы в течение времени, рекомендованного производителем для данной разновидности и цветовой гаммы композита . Последующее восстановление дефекта проводят с использованием послойного внесения композита с удалением излишков материала путем сошлифовывания и окончательного полирования с помощью алмазных боров различной зернистости, шлифовальных гибких дисков и резиновых абразивных головок. Таким образом проводят попарную иммобилизацию смежных зубов различной протяженности в зависимости от требуемых клинических задач.

Выводы. Таким образом, использование стекловолоконных технологий, связанных с применением как ленточных, так и жестких (штифтовых) конструкций для армирования композита в современ-

ной клинике представляется актуальным направлением, направленным на поиск наиболее функциональных способов в шинирующей составляющей комплексного лечения болезней зубов и пародонта, в частности, сопровождающихся подвижностью зубов.

В этой связи предлагаемая конструкция в виду своей доступности, легкости в изготовлении,низкозатратности, надежной фиксации при вертикальной и горизонтальной жевательных нагрузках, эстетичности и высокой клинической эффективности , с учетом применения сходных по химико-физическим характеристикам компонентов шины (стекловолоконный штифт-композит), образующим единое функциональное целое на химическом уровне, может служить вариантом оптимального выбора иммобилизации при подвижности зубов различного генеза для повышения эффективности комплексного лечения заболеваний пародонта, сопровождающихся патологической подвижностью зубов.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ

Магомедов А.А., Курбанова Э.А.

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала

Протезирование зубов становится неотъемлемой составляющей профилактики и комплексного лечения заболеваний пародонта (ЗП). Известно, что материалы, применяемые в ортопедической стоматологии, отнюдь не являются индифферентными. Они могут способствовать усугублению имеющейся стоматологической патологии либо нивелировать возникшие нарушения. Применение различных стоматологических материалов для ортопедического лечения частичной потери зубов не может не сказаться на состоянии тканей ротовой полости, в том числе тканей пародонта.

Цель работы — оценка динамики клинических и функциональных показателей пародонта у пациентов на фоне применения различных материалов для зубного протезирования.

Материалы и методы исследования. Обследованы 165 человек с различной выраженностью ЗП, которые были разделены на 3 группы. Первую группу составили 75 пациентов, имеющие металлические зубные протезы (МЗП); вторую группу (50 человек) — пациенты с металлокерамическими зубными протезами (МКЗП); в третью группу (сравнения) вошли 40 больных, имеющих интактные зубные ряды (ИЗР). Состояние тканей пародонта изучали на основании папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (PMA), пародонтального индекса (ПИ), упрощенного индекса гигиены по Грину-Вермильону (УИГР) и водородного показателя (pH) смешанной слюны.

Результаты исследования. Частота распространения различных нозологических форм ЗП среди обследованных составила: генерализованный катаральный гингивит (ГКГ) — 53,55%, хронический генерализованный пародонтит легкой формы (ХГПл) — 23,72%, пародонтит средне-тяжелой формы (ХГПс) — 65,06%, пародонтит тяжелой формы (ХГПт) — 11,22%.

Наличие МЗП усугубляет изменения тканей пародонта. На фоне МЗП отмечается большая, чем при ИЗР и МКЗП, частота встречаемости ХГПс (56,5%) и ХГПт (20,9%). Кроме того, более выражены воспалительно-дистрофические изменения пародонта у пациентов с МЗП. В целом, пародонтит у обследованных пациентов с МЗП встречался чаще (65%), чем катаральный гингивит (35%). Очевидно, МЗП становятся одним из факторов риска возникновения ЗП, а также отягощают течение имеющейся патологии.

Установлено, что при ЗП отмечаются плохие и очень плохие показатели гигиены полости рта (ПР). С увеличением тяжести поражения пародонта показатели УИГР прогрессивно ухудшались. Так, пациенты с ИЗР при ГКГ имели показатели УИГР равные 2,07±0,3; при ХГПл — 3,22±0,01; при ХГПс — 4,06±0,13; при ХГПт — 4,48±0,17.

При наличии МЗП у пациентов ухудшаются показатели гигиены ПР. При ГКГ на фоне МЗП показатели УИГР составляли 2,41±0,08; при ХГПл — 3,84±0,07; при ХГПс и ХГПт величина УИГР составила 5,11±0,06 и 5,43±0,2 соответственно. При наличии МКЗП показатели УИГР были несколько ниже, и уровень гигиены ПР оценивался как неудовлетворительный.

Плохие показатели гигиены в ПР при МЗП создают условия для образования зубной бляшки, которая становится одним из пусковых

механизмов развития воспалительных и деструктивных поражений пародонта. Установлено, что степень бактериальной обсемененности пародонтальных карманов на 30-40% выше при наличии МЗП, чем при ИЗР и МКЗП.

Развитие ЗП при наличии МЗП у больных ассоциировано с более значительным сдвигом pH ротовой жидкости в «кислую сторону», связанным с воздействием на буферную емкость слюны ионов металлов. У пациентов с МЗП pH ротовой жидкости составил 5,7±0,06, с МКЗП — 6,8±0,03, с ИЗР — 7,l±0,01. МКЗП более благоприятно влияют на pH слюны, чем МЗП. МЗП поддерживают «закисление» ротовой жидкости, что создает дополнительные предпосылки для рецидивирования протетических пародонтопатий, а снижение pH слюны становится фактором риска развития ЗП.

Мы провели динамическое исследование всех показателей через 12 месяцев после завершения курса традиционного противовоспалительного лечения. Установлено, что на фоне лечения увеличилось число пациентов с интактным пародонтом во всех группах. Оно было максимальным среди пациентов, имеющих ИЗР (у каждого третьего), реже, но достаточно часто (у каждого пятого больного) при наличии МКЗП.

У пациентов с МЗП лишь в 2,4% случаев, несмотря на комплексную терапию, выявлены признаки ремиссии заболеваний пародонта. На фоне МКЗП отмечена положительная динамика клинических и функциональных показателей пародонта, при МЗП значительной положительной динамики не наблюдали. После комплексного лечения клинические признаки поражения пародонта встречались вдвое реже у пациентов с ИЗР и МКЗП, чем у пациентов с МЗП.

Выводы. Таким образом, МЗП у пациентов с патологией пародонта усугубляют уже имеющиеся и приводят к возникновению новых воспалительно-дистрофических поражений пародонта, способствуют снижению pH в ротовой полости, увеличивают степень бактериальной обсемененности пародонтальных карманов и ухудшают показатели гигиены ПР.

Динамическое наблюдение за пациентами с различными видами зубных протезов на фоне воспалительных процессов в пародонтальных тканях свидетельствует, что при проведении комплексного лечения происходит более полноценное восстановление структуры

пародонта при замене МЗП на МКЗП, чем при сохранении МЗП в тех же условиях.

Изменение клинических и функциональных показателей пародонта у пациентов на фоне применения различных материалов для зубного протезирования следует учитывать при планировании профилактических и ортопедических лечебных мероприятий.

РОЛЬ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Гусенов С.Г., Азизов К.А., Кишев М.М.

Кафедра ортопедической стоматологии,
Кафедра стоматологии ФПК и ППС
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала

Лечение хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта является актуальной проблемой в стоматологии. Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой оболочки полости рта является красный плоский лишай, который характеризуется полиморфизмом симптомов клинического проявления, сложностью диагностики, тяжелым, длительным, рецидивирующим течением.

Исходя из этого, с целью изучения особенностей течения красного плоского лишая наслизистой оболочке полости рта после протезирования зубов нами обследовано 49 больных в возрасте от 50 до 70 лет (женщин — 87, мужчин — 12). Давность заболевания у 28 больных была до 3 лет, у 11— до 5 лет, у 6 — до 10 лет и у 4 — свыше 10 лет. Эрозивно-язвенная форма заболевания была у 28 больных, экссудативно-гиперемическая — у 16 и типичная — у 5. Красный плоский лишай был обнаружен в разных отделах полости рта: на слизистой оболочке щек, языка, губ, десен и неба. У некоторых больных имелось несколько очагов с различной локализацией.

Из 49 обследованных у 37 имелись дефекты зубных рядов. 31 больной пользовался зубными протезами, из них 12 съемными пластиночными, 8 съемными и несъемными и 11 только несъемными.

Наши наблюдения подтвердили мнение о значении местных раздражителей в патогенезе данного заболевания. Среди 28 больных эрозивно-язвеннойформой у 21 были выявлены различные травмирующие факторы. У 4 больных причиной эрозий были наклонившиеся зубы, у 5 — острые края патологически стершихся и разрушенных кариесом зубов, у 12 патологический процесс во рту возник от травмы, нанесенной неполноценными зубными протезами. Так как источники повреждения слизистой оболочки не былиустранены, проводившееся ранее медикаментозное лечение или было неэффективным, или приводило к кратковременным ремиссиям. Из 16 больных экссудативно-гиперемической формой у 8 также определяли различные местные механические раздражители, осложнявшие течение заболевания. При типичной форме красного плоского лишая на месте травмы также возникали более выраженные проявления заболевания и отмечались субъективные ощущения. При длительном механическом раздражении типичная форма красного плоского лишая сменялась экссудативно-гиперемической или язвенной.

Больным были изготовлены различные конструкции несъёмных и съемных протезов. Во время ортопедических манипуляций соблюдали особую осторожность, чтобы предупредить травму патологически измененной слизистой оболочки (особенно в островоспалительных стадиях). Ссадины и раневые поверхности на слизистой оболочке полости рта предварительно обрабатывали раствором мирамистина, накладывали аппликации из мазей с кортикостероидными гормонами и мазей нестероидной природы по показаниям. При резко выраженной болезненности слизистой оболочки полости рта перед ортопедическими вмешательствами назначали полоскание 2% раствором лидокаина.

В мостовидных протезах создавали значительные промывные пространства, поскольку в периоды обострения заболевания слизистаяоболочказакрывает просвет небольших промывных пространств и в местах давлениявозникают хронические очаги раздражения. В таких случаях медикаментозное лечение не устраняло воспаления, после же удаления протезов воспалительные явления быстро разрешались при таком же медикаментозном лечении. Края коронки доводили до десны. При изготовлении мостовидных и съемных протезов создавали округлые жевательные бугрыи нерезко выраженные грани, кламмеры тщательно припасовывали к зубам. Для предот-

вращения травмы слизистой оболочки края жестких индивидуальных ложек покрывали воском. При острых формах заболевания оттиски получали эластичными массами.

Анализ жевательных проб, полученных до зубного протезирования, в день наложения протезов, через месяц и спустя 3 месяца, показал,что эффективность жевания постепенно повышалась в зависимости от течения заболевания и от конструкции протезов. После фиксации мостовидных протезов у больных с острыми формами заболевания эффективность жевания увеличивалась до 90,2—95,9%. При обострении процесса она снижалась на 15—25%. После получения полных съемных протезов у больных эрозивной и гиперемической формами заболевания эффективность жевания увеличивалась на 28—40%, а при частичном отсутствии зубов при наличии ранее изготовленных съемных протезов варьировала от 58,8 до 65,7%. После комплексного лечения она возрастала до 80,7—88,8%. Эффективность жевания после протезирования у больных типичной формой заболевания была незначительно ниже, чем у больных со здоровой слизистой оболочкой.

Медикаментозное лечение проводили в зависимости от форм заболевания. После комплексного лечения больных красным плоским лишаем наблюдали от 1,5 до 3 лет. Через 6 месяцев у 17 пациентов было отмечено клиническое излечение, у 18 — значительное улучшение и у 10 — улучшение. Через 1,5 года клиническое излечение произошло у 38 больных, значительное улучшение — у-4 и улучшение — у 7. Рецидив заболевания, наблюдавшийся у 7 больных эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая, был связан или с обострением сопутствующего заболевания, или с нервно-психическими расстройствами. У 4 больных рецидив заболевания произошел через 6 месяцев, у 2— через 1 год и у 1— через 1 год 7 месяцев. Во всехслучаях через 1—3 недели после соответствующего лечения исчезли острые воспалительные явления и наступила эпителизация эрозий на слизистой оболочке полости рта.

Количество коррекций съемных протезов зависело от конструкции протезов, от формы и течения заболевания. Если при типичной форме требовалось 1—2 коррекции, то при эрозивно-язвенной —5—8, в течение 3—4 недель. В дальнейшем проводили ежемесячный профилактический контроль. Через 6 месяцев после получения протезов больные являлись для контроля 2 раза в год.

Таким образом, клинические наблюдения показали, что протезировать зубы можно при всех формах красного плоского лишая, но обязательно в комплексе с медикаментозной терапией.

БИОМЕХАНИКА КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ

Петрачев А.С., Валиахметова К.Р.

Кафедра ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь.

1. Понятие клиновидного дефекта. Этиология.

Клиновидный дефект является некариозным поражением твердых тканей зуба, развивающимся после прорезывания и представляет собой прогрессирующую убыль твердых тканей зуба в виде треугольника, вершина которого обращена в сторону полости зуба (глубина дефекта превышает ширину). Особенностью клиновидного дефекта является расположение в пришеечной области на вестибулярной поверхности зубов (преимущественно клыков и премоляров). Согласно имеющимся данным, на сегодняшний день, данная патология имеет тенденцию к широкому распространению среди различных групп населения [1].

Развитие клиновидного дефекта приводит к значительной убыли твердых тканей зуба, прогрессированию гиперэстезии и дистрофических явлений в пульпе, и в дальнейшем, может приводить к полной утрате коронковой части зуба. Также, вследствие повышенной чувствительности, снижается эффективность гигиены полости рта, что ведет к ухудшению стоматологического статуса. Кроме того, локализация клиновидного дефекта отражается на эстетике и, соответственно, психологическом состоянии пациента.

Согласно имеющимся данным литературы, точная этиология клиновидного дефекта до сих пор не установлена. По мнению различных исследователей, имеется несколько вероятных причин развития клиновидного дефекта таких как: агрессивное механическое воздействие предметами и средствами гигиены (зубная щетка с жесткой щетиной, высоко абразивные зубные пасты) в сочетании с неправильной техникой чистки, нарушение распределения окклюзионной нагрузки, а также действие кислотных факторов. Согласно

современным исследованиям, на развитие клиновидного дефекта влияют и эндогенные факторы, такие как заболевания желудочно-кишечного тракта, органов дыхания и эндокринной системы. [2]

2. Биомеханика клиновидного дефекта.

В настоящее время большое количество исследований проводится с целью изучения биомеханических причин возникновения клиновидного дефекта. Это необходимо для разработки наиболее эффективных методов лечения данной патологии.

Биомеханическая нагрузка приводит к возникновению напряжения в цервикальной части зуба, которое, в свою очередь, вызывает нарушение микроструктуры твердых тканей. При нормальной окклюзионной нагрузке напряжение возникает в области альвеолярного гребня.

Действие избыточных горизонтальных сил подвергает зуб и костную ткань к скручиванию, которое приводит к разрушению эмали и дентина. Высокая боковая окклюзионная нагрузка провоцирует повышение концентрации напряжения в области шейки зуба из-за увеличения изгиба альвеолярной кости. Существует три основных вида напряжения, возникающих во время функции: сжатия, сдвига и растяжения. Боковая окклюзионная сила создает сжимающее напряжение на стороне изгиба зуба и растягивающее напряжение на противоположной стороне. Любой тип нагружения, если его величина избыточна, может нанести ущерб структуре зуба. Исследования показали, что именно под действием силы растяжения происходит прогрессирующее увеличение дефекта. [3]

Окклюзионное напряжение обычно отражается на цервикальной части зуба, что особенно заметно при нефункциональном действии окклюзионных сил. Вследствие того, что в пришеечной области эмаль наиболее тонкая, ее прочности недостаточно для противостояния силам растяжения. Вместе с тем, напряжение в подповерхностных слоях эмали гораздо выше (по сравнению с поверхностными), и именно в них происходит первоначальный разрыв эмалевых призм. Образовавшиеся микротрещины распространяются перпендикулярно оси зуба до возникновения дефекта на поверхности эмали.

Важную роль в распределении нагружения играет и морфология корневой системы зуба: высокая концентрация напряжения возникает из-за малого сопротивления в корневой зоне. Согласно исследованиям, наибольшее напряжение отмечается в зубах с двумя корня-

ми (премолярах) из-за меньшей площади поверхности каждого из корней за областью бифуркации по сравнению с однокорневыми зубами. [4]

Особая геометрическая форма клиновидного дефекта (V-дефекта) играет важную роль в распределении внутреннего напряжения в зубе. Наибольшая нагрузка возникает в месте слияния стенок дефекта, то есть фактически на дне дефекта. Вследствие этого, дальнейшее воздействие сил приводит к его углублению. В то же время известно, что дефекты с округлыми краями (так называемые U-дефекты) испытывают гораздо меньшее напряжение при том же силовом воздействии.

Напряжение в твердых тканях зуба вызывает и градиент температур. Однако, согласно результатам исследований, температурное нагружение значительно снижается при замещении клиновидных дефектов вкладками с пазом за счет более равномерного распределения температур по фиксирующему материалу.

Таким образом, в связи с отсутствием единого мнения медицинского сообщества на этиологию и патогенез клиновидных дефектов зубов, актуальность изучения их биомеханики сохраняется и на сегодняшний день. Проведение исследований, посвященных этой проблеме, позволит разработать наиболее рациональный и эффективный способ лечения некариозных дефектов твердых тканей зуба.

Литература.

1. Kharidhi Laxman Vandana, Mittal Deepti, Muneer Shaimaa, Karnath Naveen, and Desai Rajendra. A finite element study to determine the occurrence of abfraction and displacement due to various occlusal forces and with different alveolar bone height/ J Indian Soc Periodontol. 2016 Jan-Feb; 20(1): 12–16.
2. P. V. Soares, L. V. Souza, C. Ver issimo, F. Zeola, A. G. Pereira, P. C. F. Santos-filho & A. J. Fernandes-neto Effect of root morphology on biomechanical behaviour of premolars associated with abfraction lesions and different loading types/ Journal of Oral Rehabilitation 2014.-№ 41.-108-114.
3. Selma Jakupović, Ivica Anić, Muhamed Ajanović, Samra Korać, Alma Konjhodžić, Aida Džanković, and Amra Vuković Biomechanics of cervical tooth region and noncarious cervical lesions of different morphology; three-dimensional finite element analysis/ Eur J Dent. 2016 Jul-Sep; 10(3): 413–418.

4. Г.И. Рогожников, Н.Б. Асташина, И.Г. Неменатов, О.А. Шулятникова, А.Г. Рогожников, Е.В. Ольшанский Ортопедическое лечение пациентов при клиновидных дефектах твердых тканей премоляров и моляров / Проблемы стоматологии, 2010. -№ 3 – С. 24-27.

НАШ ОПЫТ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МИКРОСТОМИЕЙ

Азизов К.А., Гусенов С.Г., Кишев М.М.

Кафедра ортопедической стоматологии
Кафедра стоматологии ФПК и ППС
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала

Ортопедическое лечение больных с частичной или полной потерей зубов, осложненной сужением ротовой щели, имеет определенные особенности и трудности. К ним можно отнести специальную предварительную подготовку больного, специфику клинической картины полости рта, особенности процедур, связанных с протезированием, особенности психики больного. В специальной литературе описаны единичные клинические наблюдения над протезированием больных с микростомией. В учебниках и руководствах по ортопедической стоматологии этому вопросу уделено мало внимания и все сложности протезирования этой группы больных сводятся лишь к снятию оттисков.

За последние 3 года к нам обратилось за ортопедической помощью 8 человек в возрасте от 45 до 68 лет (5 мужчин и 3 женщины) с сужением ротовой щели. У 3 из них микростомия образовалась в результате ранения приротовой области, у 3 — после операций по поводу опухолей и остеомиелита переднего участка нижней челюсти и у 2 — после ожогов лица.

У больных, перенесших ранения челюстно-лицевой области, ротовая щель была сужена различным количеством мощных келоидных рубцов, которые препятствовали открыванию рта и уменьшали эластичность мягких тканей приротовой области. Все они ранее перенесли пластические операции, результаты которых оказались малоудовлетворительными. Ортопедическое лечение больных этой группы осложнялось и вторичными деформациями зубных рядов,

возникшими от давления келоидных рубцов. У одного больного длительное существование в левом углу рта обширного келоидного рубца привело к резкому одностороннему сужению верхней челюсти и аномалийному положению зубов. Фактором, осложняющим протезирование этих больных, следует также считать рубцовые изменения слизистой оболочки полости рта (особенно в пределах протезного ложа). У 3 больных из 8 были изъяны альвеолярного отростка.

Сужение ротовой щели влечет за собой тяжелые функциональные расстройства: нарушение приема пищи, речи и психики вследствие обезображивания лица. Ввиду трудностей протезирования больные долгое время не получают ортопедической помощи.

Больные с микростомией трудно вступают в контакт с врачом. Необходим определенный подход, чтобы убедить их в необходимости и успешности протезирования. Прием больных должен (по возможности) проводиться в отдельном кабинете. Демонстрировать таких больных студентам или ординаторам следует очень осторожно, щадя их психику. Поэтому мы считаем, что перед протезированием необходимо провести психологическую подготовку больного, нередко с привлечением психолога-профессионала.

Протезирование будет наиболее эффективным только после расширения ротовой щели хирургическим путем. Однако это не всегда возможно, так как психика больного перегружена тяжелыми переживаниями в связи с неоднократными операциями, не всегда приносящими успех. Наши больные отказались от предложенного хирургического вмешательства: один по состоянию здоровья,другие ссылались на преклонный возраст. Поэтому проводить все клинические этапы изготовления протезов различной конструкции было довольно трудно.

При частичном замещении потерянных зубов мостовидными протезами или при изготовлении одиночных коронок для фиксации съемных протезов трудно оказалось провести местное обезболивание при обработке зубов под коронки. В некоторых случаях пришлось отказаться от инъекционного способа обезболивания при обработке боковых зубов и снимать боль с помощью седативнообезболивающей смеси. Препарирование опорных зубов при микростомии и затрудненном открывании рта очень неудобно и для врача, и для больного. Сепарацию боковых зубов проводили металлическими

дисками, применяя защитную головку, а в некоторых случаях даже вручную. Препарирование других поверхностей зубов осуществляли алмазными головками.

Трудности при снятии оттиска — это невозможность введения ложки с оттискной массой в полость рта и выведения ее оттуда обычным способом. Кроме того, при наличии рубцов затрудняется опускание нижней челюсти и уменьшается расстояние между зубами. У больных с дефектом альвеолярного отростка затруднено выведение оттиска, который имеет большой объем. При замещении частичной потери зубов мостовидными протезами оттиск обычно снимали частичными ложками. Оттиск при уменьшении ротовой щели для изготовления съемных протезов снимают специальными разборными ложками, а если таких ложек нет — обычной стандартной ложкой, распиленной на 2 части. Методика эта известна и заключаетсяв последовательном получении оттиска с каждой половины челюсти. После затвердения гипса оттиск выводят по частям и склеивают. Так получают полный отпечаток протезного поля. При сравнительно небольшом уменьшении ротовой щели мы считаем целесообразным применение индивидуальной ложки, которую изготовляют по разборному оттиску. С этой же целью можно применять восковую индивидуальную ложку, сформированную в полости рта.

Если есть беззубые альвеолярные отростки со значительной степенью атрофии, такая методика снятия оттиска непригодна (вследствие того, чторанее полученная половина оттиска может смещаться и под нее может попадать гипс второй порции). В этом случае оттиск снимали без применения оттискной ложки. Протезное поле покрывали слоем силиконовой оттискной массы, и предварительно заполняли щечные карманы на верхней челюсти и подъязычное пространство на нижней. Края оттиска оформляли обычным способом.

При значительном уменьшении ротовой щели определение центральной окклюзии обычным способом с помощью восковых шаблонов с прикусными валиками затруднено. Прикусные валики делают уже и ниже обычных, закругляя края строго по середине альвеолярного отростка. Когда возникает необходимость, базис укорачивают (чтобы можно было ввести его в полость рта). Центральную окклюзию фиксируют с помощью восковой пластинки. После охлаждения шаблонов их разъединяют и выводят каждый в отдельности.

Степень уменьшения ротовой щели влияет на выбор конструкции протеза. У больных с микростомией и дефектами альвеолярного отростка конструкция протеза должна быть простой (такой, чтобы ее можно было ввести в полость рта). При значительной степени микростомии рекомендуется применять разборные и шарнирные съемные протезы. Эти конструкции протезов не применимы при полной потере зубов (они очень неудобны для больных). Всех больных нам удалось протезировать съемными пластиночными протезами обычной конструкции. Для облегчения введения протеза через суженную ротовую щель мы несколько суживали искусственную зубную дугу, применяли плоские искусственные зубы и в некоторых случаях укорачивали границы базиса протеза. Улучшению фиксации съемного протеза при укорочении его базиса способствовало применение телескопической системы крепления.

Процесс привыкания больных к протезам не отличался какими-либо особенностями. Введение протезов в полость рта после некоторой тренировки не вызывало затруднений.

Таким образом, проведенное ортопедическое лечение данных сложно-челюстных пациентов с микростомией позволило в значительной степени решить поставленные задачи.

ПРОФИЛАКТИКА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ОБРАЗОВАНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА И ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВЫХ ПРИВЫЧЕК У ШКОЛЬНИКОВ

Будайчиев Г.М-А. Омарова Х.О., Махмудова З.К., Аталаев М.М., Ахмедова М.А., Кудаева П.Д.,

Кафедра терапевтической стоматологии
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии.
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
ФГБОУ «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала

Актуальность. По данным эпидемиологического стоматологического исследования, в России отмечается рост показателей распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей [2]. Распространенность кариеса постоянных зубов у детей 12 лет составляет 97%, средняя интенсивность кариеса составляет 4,7 [1]. Неразумные пищевые привычки и постоянно нарушаемые правила здорового питания увеличивают риск и частоту хронических заболеваний среди подростков [3]. Для правильной жизнедеятельности необходимо рациональное, правильное, полноценное питание. В противном случае есть риск развития заболеваний полости рта [1]. В последнее время актуальной является задача профилактики стоматологических заболеваний у детей, позволяющей в значительной степени сохранить здоровье полости рта. Справедливо отмечают, что важнейшим фактором в развитии заболеваний твердых тканей зубов является не только неудовлетворительная гигиена полости рта, но и неполноценное питание [3].

Целью исследования является изучение уровня знаний учеников средних классов Республики Дагестан, а в частности по питанию и его влиянию на здоровье зубов.

Материалы и методы. В 2018-2019 годах проводилось социологическое исследование среди учащихся 5-6 классов двух средних общеобразовательных школ г. Махачкалы и родителей этих учени-

ков. Всего было опрошено 165 детей в возрасте от 10 до 13 лет и 117 родителей в возрасте от 33 до 54 лет. Для реализации поставленной цели были разработаны авторские анкеты для родителей из 27 вопросов и для детей из 42 вопросов, которые подразделялись на следующие разделы: определение знаний по структуре пищевого рациона, культуре потребления и кратности приема; определение уровня знаний по гигиене полости рта; определение степени информированности по микроэлементному составу продуктов питания, важных с точки зрения стоматологического здоровья. Анализ полученных данных осуществлялся в ходе статистической обработки ответов анкет.

Результаты и обсуждение. Среди факторов, оказывающих решающее влияние на здоровье, нормальное физическое развитие и рост ребенка, важная роль принадлежит сбалансированному питанию и надежному обеспечению растущего организма всеми необходимыми пищевыми веществами, включая витамины, макро- и микроэлементы. Почти все родители согласились, что характер питания влияет на состояние здоровья костей и зубов – 95%. При этом каша считается базовым блюдом для завтрака, но ее можно употреблять и на обед, и на ужин. Большинство каш богаты витаминами, микроэлементами: фосфором, калием, магнием, кальцием, незаменимыми аминокислотами, а также каши являются источником медленных углеводов. 2/3 детей ежедневно завтракают дома, но только каждый пятый ребенок – кашей. При анализе проведенного анкетирования был определен уровень по базовым знаниям микроэлементного состава продуктов питания, важных с точки зрения стоматологического здоровья, который составил 47%. Основными наиболее важными элементами для наших зубов являются кальций, фтор и фосфор. Они не только встраиваются в кристаллическую решетку гидроксиаппатитов, но и снижают кислотность бактериального генеза. 67% проанкетированных школьников знают, что кальций и фтор укрепляют зубы, но большинство не обладают знанием о том, в каких продуктах содержится фтор. Норма поступления кальция для подростков 10-13 лет составляет 800-1000 мг/сутки. Оптимальным источниками кальция являются молочные продукты, такие как молоко, йогурт, кефир, творог, простокваша, ряженка, сыры и другие, так как кальций в них содержится в легкоусвояемой для организма форме. При анализе частоты потребления молока и молочных продуктов обна-

ружили, что молоко и кисломолочные продукты ежедневно включает в рацион питания своего ребенка только 39% опрошенных, несколько раз в неделю – около 41%, и 20% родителей включает эту группу продуктов несколько раз в месяц и реже. В данных учреждениях 80% школьников отметили, что любят творог и больше половины пьют молоко 1-3 раза в день (55%). Известно, что в морепродуктах содержатся витамины А, Е, С, D, В, микроэлементы: селен, фтор, йод, кальций, фосфор, укрепляющие не только твердые ткани зубов, но и костную ткань альвеолярных отростков. Однако больше половины детей не знали, что рыба является источником фосфора (61%) и фтора (67%). Для обеспечения организма оптимальным ежедневным поступлением этих микроэлементов достаточно съесть 100 г рыбы. В данном случае 65% либо едят рыбу очень редко, либо не едят вообще. Наиболее сложным вопросом на сегодняшний день является неправильное чрезмерное потребление простых углеводов как у взрослых, так и у детей. Доказано, что кариесогенная роль углеводов зависит не только от употребления большого количества, но и от частоты приема сахара. ВОЗ рекомендует детям школьного возраста употреблять в сутки не более 40 г сахара. Опрос показал, что каждый второй ребенок употребляет сладости ежедневно после каждого приема пищи, хотя половина опрошенных родителей уверены, что их дети употребляют умеренное количество сладкого в день. Притом 44% родителей отметили, что не контролируют частоту приема сладкого, а 32% позволяют есть их ежедневно. В основном сладкое покупает в семье мама – 68%, но 20% детей ответили о самостоятельном приобретении. Чаще дети отдают предпочтение продуктам из шоколада (50%). Второе место занимают наиболее кариесогенные сорта конфет, такие как леденцы и карамель (44 %). Вызывает тревогу то, что из предложенных напитков половина школьников отдает предпочтение фруктовым сокам и газированным напиткам, употребляя их 1-2 раза в день, либо с разрешения родителей (55%). По результатам анкетирования 89% родителей запрещают ежедневное употребление газированных напитков. Также запрещают употребление чипсов и сухариков – 81%. Но их уровень потребления составил 71%, хотя половина отметила, что только с родительского разрешения (35%). Это подтверждает важность родительского контроля в питании детей. 94% школьников утверждают, что родители не позволяют им есть столько сладкого, сколько они

хотят. Но, несмотря на такие показатели пристрастия к сладкому, 80% отметили, что смогут прожить день без него.

Заключение. При анализе рационов детей школьного возраста выявлен ежедневный дефицит потребления кисломолочных продуктов: молока, кефира, йогурта; рыбы, каш. Недостаточное потребление этих продуктов питания обедняет рацион по содержанию белков, жиров, витаминов и минеральных веществ. Вместе с тем выявлена популярность таких продуктов, как чипсы, сухарики, сладкие газированные напитки, фруктовые соки, конфеты. Для улучшения питания школьников необходимо активно пропагандировать правила питания и организовывать уроки здоровья, в том числе на стоматологическую тематику, и внедрения их в школьные программы.

Литература

1. Антонова, А.А. Местная профилактика кариеса у детей и коррекция питания / А.А.Антонова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2016. № 4. – С.117-120.
2. Железный, П.А. Первичная профилактика стоматологических заболеваний / П.А Железный, В.В. Рева. – Красноярск, 2006. – С.166.
3. Изотова, Е.А. Значение культуры питания и гигиенического ухода за полостью рта в развитии кариеса у школьников средних классов / Е.А. Изотова, А.В. Пак // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – № 9. – Т.3. – С.1092-1093.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ КАРИЕСПРОФИЛАКТИКА В УСЛОВИЯХ ГИПОМИКРОЭЛЕМЕНТОЗА ЦИНКА

Кажлаев Ю.Н.

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.

Актуальность исследования. На сегодняшний день накоплено значительное количество работ о роли иммунных факторов в возникновении и развитии кариеса зубов (Долгих В.Т., 2000, Лукиных Л.М., 2000, Боровский Е.В., Леонтьев В.К., 2001, Гажва С.И., Воронина А.И., 2011, Егорова А.Б. с соавт., 2011). Иммунный статус организма представляется значимым фактором, предопределяющем

развитие и остроту течения кариозного процесса, что получило подтверждение в ряде клинико-экспериментальных исследований (Овруцкий Г. Д. с соавт,1991, Гиниятуллин И.И., 1994, Л.М.Лукиных,. Е.Г.Зеленова, 1999, Е.В.Боровский, В.К.Леонтьев, 2001, Окушко В. Р.,2011, Куров И.А.,2013, Китаева Е.В., 2014, Зырянов Б.Н. с соавт., 2016, Гилязева В.В.,2018 и др.) . Вместе с тем, данные исследований, касающиеся изучения особенностей иммунного статуса в развитии кариеса зубов, не являются исчерпывающими по всем направлениям. Показатели иммунобиологической резистентности при различном течении кариеса зубов сложны в системном анализе и зачастую не могут быть интерпретированы и использованы в практике врача-стоматолога.. Несомненный интерес в этой связи представляют труды, посвященные патогенетически обусловленной профилактике кариеса зубовс использованием иммуномодулирущих препаратов, в частности нуклеината натрия (Л.М.Полукеева,1979). В свете имеющихся многочисленных экспериментальных и клинико-лабораторных сведений об иммуносупрессивных состояниях, развивающихся в условиях алиментарно обусловленного гипомикроэлементоза цинка (Петров Р.В. с соавт.,1989, Скальный А.В., 1999 , , Кудрин А.В., 1998,2000, Ковальчук Л.В. с соавт., 2004 , Антонова А.А.,2006, Хабаров А.А. с соавт., 2012, Prasad A., 2002, 2005,2011,) представляется интересным изучение особенностей поражаемости кариесом зубов и сопутствующих этому сдвигов иммунного статуса организма в условиях цинкдефицитного рациона при введении иммуномодулятора -оротата калия.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможности предотвращения интенсивного развития кариеса зубов путем воздействия на возможный патогенетический механизм при алиментарном гипоцинкмикроэлементозе введением иммуномодулирущего 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 синтетической 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 института

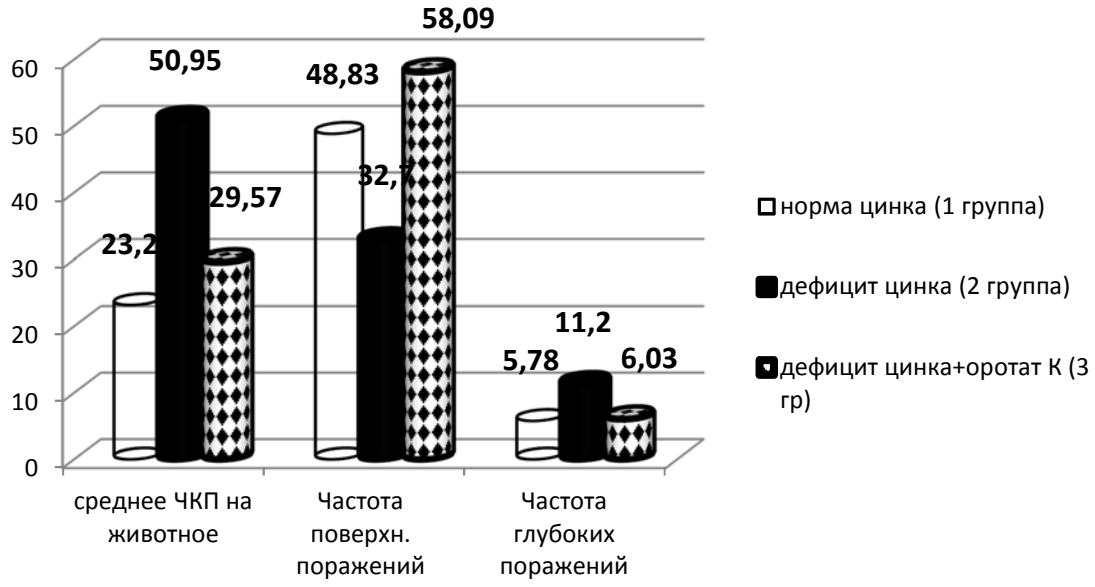
питания АМН) содержанием цинка, 2-й группы-рацион ,из солевой добавки к которому цинк исключался, животные 3 группы- диету, дефицитную по цинку, и дополнительно внутрь оротат калия(Kalii orotas- синоним: Potassium orotate, являющийся эндогенным метаболитом и участвующим в построении пиримидиновых оснований, входящих, в свою очередь, в состав нуклеиновых кислот), 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 с определением среднего числа кариозных поражений XRG), а также частоты поражений различной степени тяжести.

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± 1,34 , удельный вес поражений 1 степени 48,83± 2,08 % , а глубоких (IY) степени-5,78± 0,97%. У животных 2-й группы, содержавшихся на цинкдефицитном рационе и не получавших оротат калия, среднее ЧКП на одно животное- 50,95± 1,61, удельный вес поверхностных поражений- 32,7± 1,43%, на долю глубоких приходилось 11,2±0,96%. У животных 3 группы, получавших на фоне кариесогенной цинкдефицитной диеты дополнительно оротат калия, среднее ЧКП на одно животное -29,57± 0,92, частота поражений I степени-58,09± 1,89%, удельный вес глубоких поражений- 6,03± 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 Пораженнсть кариесом зубов животных



Выводы. Таким образом, выявлено существование закономерной зависимости поражаемости кариесом зубов от содержания цинка в диете и вводившейся в рацион профилактической добавки. Иными словами, экспериментальное исследование позволило установить, что дополнительное введение иммуномодулятора (оротата калия) в условиях алиментарного гипомикроэлементоза цинка обладает выраженным, в достаточной степени ,кариесредуктивным действием, несколько меньшим, однако, чем сбалансированность получаемого рациона по цинку, что необходимо учитывать при планировании и внедрении патогенетически обусловленных лечебно-

профилактических мероприятий с целью повышения их эффективности в регионах с соответствующим биогеохимическим фоном.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «РЫЧАЛ_СУ» В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Алиева З.Б., Брагин Е.А., Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б.

Кафедра ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО «Ставропольский медицинский государственный университет»
Минздрава России, Ставрополь
Стоматологическая поликлиника, женская консультация ЦГБ
Дербент

По данным многочисленных исследований кариес зубов распространенная патология среди беременных, и прирост его интенсивности при таком, казалось бы, физиологическом состоянии женщины, достоверно возрастает [1,2,4,5].

Несмотря на огромную значимость мероприятий, направленных на профилактику кариеса у беременных, их результаты, полученные исследователями, колеблются в весьма широких пределах, даже при применении одних и тех же профилактических средств. К примеру, по их данным при использовании у беременных женщин в качестве профилактического средства такого широко распространенного средства как фторсодержащий лак, редукция кариеса колеблется от 50% до 100%. Более того, в литературе имеются и сообщения о нежелательности применять фторлак у беременных и кормящих матерей, из-за возможности аллергических реакций.

Согласно вышеизложенному при беременности возрастает роль мероприятий, направленных на предотвращение развития кариеса, но при этом крайне важно особое внимание уделять подбору лекарственных препаратов, исключающих их отрицательное влияние на плод и новорожденного [3].

Мы предположили, что причинами разноречивости результатов одинаковых профилактических мероприятий у беременных, полученные разными исследователями, обусловлены несколькими причинами.

Во-первых, обычно эффективность первичной профилактики кариеса принято оценивать через несколько лет после регулярного проведения профилактических мероприятий, но у беременных женщин продолжительность проведения профилактических мероприятий ограничена – периодом гестации.

Во-вторых, наблюдаемый контингент каждый год меняется, и он включает разные возрастные и социальные группы с разным исходным уровнем общего соматического и стоматологического здоровья.

Иначе говоря, в виду биологической особенности фактора беременности, срока её продолжительности, проводить длительные наблюдения за одними и теми же лицами не представляется возможным. Именно по этой причине мы сочли необходимым при разработке кариеспрофилактических мероприятий у беременных и оценке их клинической эффективности проводить эти мероприятия в течение нескольких лет среди разных групп беременных.

Из большого числа исследований по первичной профилактике кариеса нас заинтересовали сообщения о применении в этих целях естественных природных соединений – фторсодержащих минеральных вод.

Учитывая вышеизложенное мы предположили, что во фтордефицитном регионе каким является Южный Дагестан и г.Дербент, обоснованным средством профилактики кариеса у беременных может служить хорошо знакомая местным жителям слабощелочная (pH=7,6–8,9) фторсодержащая (4,0-4,7мг/л F^- иона) минеральная вода «Рычал-Су».

Данное сообщение посвящено сравнительной оценке результатов профилактики кариеса с использованием минеральной воды «Рычал-Су», проводимой у беременных женщин в течение трёх лет.

Материалы и методы

В настоящем исследовании, проведенном 2018 году, приняли участие 200 беременные женщины в возрасте от 20 до 29 лет, находившиеся на диспансерном учёте в стоматологическом кабинете женской консультации г.Дербент. При первичном обследовании на каждую женщину заполняли специально разработанную «Карту осмотра полости рта беременной» [4], в которой отмечали зубы, пораженные кариесом, запломбированные и удалённые. Все беременные, взятые под наблюдение, родились и постоянно проживали в г.

Дербенте, и они были предварительно ознакомлены с характером предстоящего исследования. Другими критериями включения в исследование были – срок гестации до 12 недель, отсутствие тяжёлой экстрагенитальной или акушерской патологии. Критериями исключения были беременные, решившие покинуть исследование на любом его этапе.

Всем участницам исследования были даны соответствующие рекомендации по уходу за полостью рта, была проведена по плану санация полости рта, и их обучали правилам гигиены полости рта.

В зависимости от акушерско-гинекологического анамнеза беременные женщины были распределены в профилактические и контрольные группы

Профилактическими группами являлись: I-я – включавшая 51 беременную с физиологическим течением беременности и III-я – включавшая 52 женщины, у которых беременность осложнилась ранним гестозом легкой и средней степенью тяжести. В профилактических группах было назначено ежедневное полоскание полости рта 2 раза в день – утром и вечером, во время каждой чистки зубов и не менее 2 минут после минеральной водой «Рычал-Су» (вместо обычной воды). Минеральная вода должна была быть комнатной температуры и без газа, её приобретали через торговую сеть. Курс применения не менее 10-12 дней (верхний предел продолжительности полоскания не ограничен) в каждый триместр: при сроке гестации 10-12 недель, 24-26 недель и 36-38 недель.

Контрольными группами сравнения являлись: II-я – объединявшая 48 женщин с физиологическим течением беременности, и IV-я – включавшая 49 беременных с ранним гестозом легкой и средней степенью тяжести. В контрольных группах первичные профилактические мероприятия по поводу кариеса целенаправленно не проводились, и беременные пользовались средствами гигиены, имеющими в свободной продаже по своему усмотрению.

Профилактическую эффективность воды «Рычал-Су» оценивали по приросту исходных значений интенсивности кариеса – КПУ зубов через 3 месяца после родов, когда общая продолжительность наблюдения с учётом продолжительности беременности будет составлять 1 год.

Эффективность профилактических мероприятий оценивали в процентах с помощью показателя редукции кариеса по формуле:

$$R = \frac{M_K - M_Ï}{M_K} \cdot 100\%,$$

где R – величина редукции прироста кариеса, $M_к$ – средняя величина прироста показателя в контрольной группе за период наблюдения, $M_п$ – средняя величина прироста показателя в профилактической группе за период наблюдения.

Для оценки достоверности профилактического воздействия минеральной воды «Рычал-Су» результаты исследования, полученные в 2018г. сравнивали с аналогичными данными, полученными при проведении таких же профилактических мероприятий среди 198 беременных в 2016г. и 249 беременных в 2017г., которые были ранее опубликованы в печати [1,2].

Статистическую обработку материалов проводили с помощью вариационной статистики по критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждения. Во всех четырёх группах беременных, взятых под наблюдение в начале обследования в 2018г., исходный уровень поражения зубов кариесом достоверно не отличался, колеблясь по индексу $КПУ_з$ от 6,17±0,34 в III группе до 6,37±0,36 во II группе 2016 г. (P>0,05).

Полученные результаты по применению фторсодержащей минеральной воды «Рычал-Су» для профилактики кариеса у беременных за все годы представлены в таблице.

При обследовании через три месяца после родов интенсивность кариеса возросла во всех группах, но её прирост в профилактических группах был значительно меньше, чем в соответствующих контрольных группах.

Согласно полученным данным в I-й группе у беременных с физиологическим течением гестации через три месяца после родов $КПУ_з$ равнялся 6,80±0,36 и соответственно прирост кариеса по этому индексу составил 0,49±0,09.

Динамика показателей кариеса при проведении местной флюоризации зубов фторсодержащей минеральной водой «Рычал-Су» у беременных женщин за 2016-2018 годы **Таблица**

Показатель		2016 год*			
		Группа беременных			
		I-я (n=52)	II-я (n=50)	III-я (n=51)	IV-я (n=45)
КПУ	В начале обследования	6,65±0,36	6,70±0,37	6,82±0,37	6,78±0,39
	Через 1 год	7,13±0,37	7,90±0,40	7,53±0,38	8,44±0,40
	Прирост интенсивно-	0,48±0,10	1,20±0,15	0,70±0,12	1,67±0,19

зубов	сти				
	Значение Р	Р<0,001		Р<0,001	
	Редукция кариеса в %	60,00	–	58,08	–

Показатель		2017 год**			
		Группа беременных			
		I-я (n=67)	II-я (n=58)	III-я (n=61)	IV-я (n=63)
КПУ зубов	В начале обследования	5,77±0,29	5,55±0,31	6,65±0,33	6,33±0,32
	Через 1 год	6,25±0,30	6,71±0,34	7,28±0,34	7,79±0,35
	Прирост интенсивности	0,48±0,10	1,15±0,14	0,62±0,10	1,46±0,15
	Значение Р	Р<0,001		Р<0,001	
	Редукция кариеса в %	58,26	–	57,53	–

Показатель		2018 год			
		Группа беременных			
		1-я (n=51)	2-я (n=48)	3-я (n=52)	4-я (n=49)
КПУ зубов	В начале наблюдения	6,31±0,35	6,37±0,36	6,17±0,34	6,35±0,36
	Через 1 год	6,80±0,36	7,60±0,40	6,79±0,36	7,86±0,40
	Прирост интенсивности	0,49±0,09	1,23±0,16	0,61±0,11	1,51±0,17
	Значение Р	Р<0,001		Р<0,001	
	Редукция кариеса в %	60,16%	–	59,60%	–

Примечание. *Данные за 2016 год опубликованы в журнале Клиническая стоматология 2016; №4, 77-79. **Данные за 2017 год опубликованы в сборнике научных публикаций «Актуальные вопросы стоматологии» Махачкала, 2018; 35-41.

В соответствующей контрольной II-й группе за такой же срок наблюдения индекс $КПУ_з$ достиг значения 7,60±0,40, и значение прироста кариеса равнялся 1,23±0,16, что значительно больше чем в профилактической группе (Р<0.001). Замедление прироста кариеса, т.е. редукция кариеса в I-й профилактической группе составила 60,16%.

Таким образом, согласно результатам проведенных исследований в 2016-2018гг., у беременных женщин с физиологическим течением беременности местное применение для профилактики кариеса минеральной воды «Рычал-Су» привело к редукции кариеса в 2016г. на 60,00%, в 2017г. на 58,26% и в 2018г. на 60,16% (см. табл.).

Схожая картина наблюдалась и у женщин, беременность которых осложнилась ранним гестозом. При обследовании через три месяца после родов значение показателя $КПУ_з$ в III-й профилактической группе увеличилась меньше, чем в контрольной IV-й группе, и они в этих группах равнялись – 6,79±0,36 и 7,86±0,14. Соответственно показатели прироста кариеса в этих группах составили 0,61±0,11 и 1,51±0,17, и они достоверно отличались ($P<0.001$). Редукция кариеса в профилактической III-й группе составила 59,60%. Согласно проведенным аналогичным исследованиям в 2016 и 2017 годах среди женщин гестация, которых осложнилась ранним гестозом, редукция кариеса составляла 58,08% и 57,53%.

Обобщая полученные нами за три года данные, можно сделать вывод, что использование для местной флюоризации зубов у беременных женщин, как с физиологическим течением беременности, так и с беременностью, осложнённой ранним гестозом, природной фторсодержащей щелочной минеральной воды «Рычал-СУ», позволяет снизить прирост заболеваемости кариесом на 57,53 – 60,16%.

Неоспоримым достоинством данной методики флюоризации зубов при беременности является не только её выраженный противокариозный эффект и простота проведения, но возможность самостоятельного применения без участия врача.

Литература

1. Алиева З.Б. Эффективность внедрения региональной программы профилактики кариеса у беременных во фтордефицитном регионе / З.Б.Алиева, Б.Р.Бахмудов, М.Б.Бахмудов // Клиническая стоматология. – 2016. – №4. – С.77-79.
2. Алиева З.Б. Применение природной фторсодержащей минеральной воды «Рычал-Су» для профилактики кариеса зубов у беременных женщин / З.Б.Алиева, Е.А.Брагин, Б.Р.Бахмудов, М.Б.Бахмудов // Сб. научных трудов «Актуальные вопросы стоматологии». – Махачкала. – 2018. – С. 35-41
3. Анисимова, Е.Н. Особенности стоматологической помощи беременным в условиях амбулаторного стоматологического приёма /Е.Н.Анисимова, А.А.Цветкова, А.М. Голикова //Фарматека. – 2014. – № 8-14. – С.29-32.
4. Бахмудов, М.Б. Поражаемость кариесом беременных женщин и пути совершенствования организации лечебно-профилактических мероприятий (по материалам обследования беременных г. Дербента): ав-

тореф. дис. … канд. мед. наук: 14.01.14./ Бахмудов Мурад Бахмудович. – Ставрополь, 2010. – 22с.
5. Эмирбеков, И.Ш. Влияние минеральной воды Рычал-Су на функциональные, биохимические и морфологические показатели печени при экпериментальном токсическом гепатите: автореф. дис. … канд. фармацевтических. наук: 14.00.25 / Эмирбеков Иляфудин Шахпазович. – Пятигорск, 2001. – 24с.

НУЖДАЕМОСТЬ В САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Алиева З.Б., Брагин Е.А., Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б.

Кафедра ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО «Ставропольский медицинский государственный университет»
Минздрава России, Ставрополь
Стоматологическая поликлиника, женская консультация ЦГБ г. Дербент

Проведение диспансерного наблюдения беременных женщин у стоматолога является важнейшим мероприятием, направленным на сохранение их стоматологического и общего здоровья, а также на рождение здорового потомства. Основным мероприятием стоматологической диспансеризации беременных является санация полости рта, а качество её проведения имеет важную роль и на течение послеродового периода у женщин [1-3,5].

Согласно результатам недавно опубликованных данных по проведению диспансерных осмотров населения некоторых регионов нашей страны, каждый второй обследованный нуждается в санации полости рта, и этот показатель соответствовал значению в 2013г. – 52,67%, в 2014г. – 51,34%, в 2015г. – 53,03%, в 2016г. – 53,69% и в 2017г. – 50,39% [4].

Аналогичный уровень санации полости рта характерен и для беременных женщин. Так по результатам исследования Э.Г.Маргарян и Ю.О.Парамонова в период подготовки к беременности реальную санацию полости рта проходили 54,2% женщин, а лечение в период беременности осуществляли всего 16,6% пациенток, и это были преимущественно женщины, не лечившие стоматологические заболевания до беременности.

Цель настоящего исследовани – изучение динамики потребности в санации полости рта беременных по результатам их первично-

го обследования в стоматологическом кабинете женской консультации.

Материал и методы Проведен анализ динамики состояния полости рта у беременных женщин г.Дербента по результатам их первичного обследования в течение последних 20 лет. Источником информации послужили материалы обследования за 1998г., 2003г., 2008г., 2013г. и 2018г., полученные при первичном их обращении в стоматологический кабинет при женской консультации ЦРБ г.Дербента. На каждую беременную заполняли специально разработанную для этих целей «Карту осмотра полости рта беременной», в которой отмечали зубы, пораженные кариесом, запломбированные и удаленные. Всего было обследовано 2923 беременные в возрасте от 17 до 39 лет, в том числе 664 женщины в 1998г., 529 – в 2003г., 629 – в 2008г., 631 – в 2013г. и 470 – в 2018г.

Возрастной и численный состав беременных отражен в таблице. 1

Таблица 1.

Численность беременных, обследованных за годы наблюдения и их распределение по возрасту (M±m)

Год наблюдения	1-я группа, годы		2-я группа, годы		3-я группа, годы		4-я группа, годы		5-я группа, годы		Всего
	17-19		20-24		25-29		30-34		35-39		
	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
2003	74	13,99 ±1,51	213	40,26 ±2,13	138	26,08± 1,91	80	15,12 ±1,56	24	4,53 ±0,90	529
2008	152	24,16 ±1,71	245	38,95 ±1,94	135	21,46± 1,64	81	12,88 ±1,33	16	2,54 ±0,63	629
2013	132	20,92 ±1,62	255	40,41± 1,95	146	23,14± 1,68	76	12,04 ±1,29	22	3,48 ±0,73	631
2018	111	19,40 ±0,80	177	37,66 ±2,23	109	23,19± 1,95	59	12,55 ±1,51	14	2,97 ±0,78	470
Итого	587	20,08 ±0,74	1175	40,20 ±0,91	681	23,20 ±0,78	378	12,93 ±0,62	102	3,50 ±0,34	2923

За каждый год наблюдения по результатам первичного обследования полости рта беременных женщин распределяли на три группы: женщины со здоровой полостью рта (КПУ=0), женщины, у которых полость рта при обращении в консультацию была санирована и женщины, которые нуждались в санации полости рта.

В ходе исследования проводили сравнительный анализ и оценку показателей состояния полости рта в динамике за годы наблюдения. Использовали статистический и аналитический методы для интерпретации полученных данных.

Результаты и обсуждение Интересно отметить, что за разные годы наблюдения возрастной состав беременных существенно не отличался (см. табл. 1) за исключением 1-й возрастной группы, доля которой при среднем значении 20,08±0,74% была наиболее подвержена изменениям и колебалась от 13,99±1,51% в 2003г. до 24,16±1,71% в 2008г. (P<0,001).

За все годы наблюдения самой многочисленной была 2-я возрастная группа, доля которой в среднем равнялась 40,20±0,91% и колебалась от 37,66±2,23% в 2018г. до 42,92±1,92% в 1998г. (P>0,05).

Среди обследованных женщин беременные в возрасте 25-29 лет в среднем составляли 23,20±0,78%, и их численность в разные годы колебалась от 21,46±1,64% в 2008г. до 26,08±1,91% в 2003г.(P>0,05).

На возрастную группу 30-34 года приходилось в среднем 12,93±0,62% беременных, при колебании этого показателя от 12,04±1,29% в 2013г. до 15,12±1,56% в 2003г.(P>0,05).

Самой малочисленной была возрастная группа 35-39 лет – от 2,54±0,63% в 2008г. до 4,53±0,90% в 2003г.(P>0,05), а в среднем за все годы наблюдения – 3,50±0,34%.

Результаты первичного осмотра беременных представлены в таблице 2.

Таблица 2

Нуждаемость беременных в санации полости рта по результатам первичного обследования

Год	Число обследованных	Состояние полости рта беременных при первичном обследовании					
		Полость рта здорова		Санация сохранена		Нуждается в санации	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1998	664	20	3,01±0,66	84	12,65±1,29	560	84,33±1,41
2003	529	15	2,83±0,72	108	20,41±1,75	406	76,75±1,84
2008	629	12	1,91±0,54	129	20,51±1,61	488	77,58±1,66
2013	631	19	3,01±0,68	120	19,01±1,56	492	77,97±1,65
2018	470	10	2,13±0,66	91	19,36±1,82	369	78,51±1,89
Итого	2923	76	2,60±0,29	532	18,20±0,71	2015	79,20±0,75

Согласно полученным результатам исследования из 2923 обследованных за все годы наблюдения беременных женщин только у 76 женщин (2,60±0,29%) полость рта была здорова, т.е. все зубы были интактные и они не нуждались в стоматологических вмешательствах. Из них 33 беременные были в возрасте 17 лет, 38 женщины – в возрасте 20-24 года и 4 беременные – в возрасте 25-29 лет. В других возрастных группах была 100% поражаемость кариесом.

За те же годы обследования при первичном осмотре у 532 женщин (18,20±0,71%) полость рта оказалось санированной, т.е. у этих лиц была проведена догестационная санация полости рта. Причем наименьшее число беременных с санированной полостью рта обратились в 1998г. – всего 84 женщины (12, 65±1,29%). За другие годы наблюдения женщины с догестационной санацией полости рта находились примерно на одинаковом статистическом уровне от общего числа обратившихся к стоматологу беременных – от 19,01±1,56% в 2013г. до 20,51±1,61% в 2008г.(P>0,05).

Большинство беременных, обратившиеся в женскую консультацию нуждались в санации полости рта – от 76,75±1,84% в 2003г. до 84,33±1,41% в 1988г., при среднем значении показателя за все годы наблюдения 79,20±0,75%.

Таким образом, полученные нами данные о нуждаемости беременных в санации полости рта значительно отличаются и превышают имеющиеся в специальной литературе аналогичные сведения других авторов, как среди обычного населения, так и среди беременных женщин.

Важно при этом отметить и на отсутствие за 20 лет наблюдения тенденции снижения числа лиц, нуждающихся в санации полости рта среди беременных. В числе причин сложившейся ситуации, основными следует считать неудовлетворительную санитарную культуру и уровень знаний населения по основам гигиены и профилактики, отсутствие осознанности у большинства населения в необходимости посещения стоматолога с профилактической целью и низкий уровень индивидуальной ответственности населения за состояние стоматологического здоровья.

Литература

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

2. Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б., Бахмудов М.Б. Анализ распространенности кариеса среди беременных женщин Дербента в динамике за 10 лет наблюдения //Стоматология. – 2012. – №4. – С.60-62.
3. Бахмудов М.Б. Поражаемость кариесом беременных женщин и пути совершенствования организации лечебно-профилактических мероприятий: автореф. Дис. …канд. мед. наук. – Ставрополь, 2010. – 22с.
4. Бутова В.Г., Зуев М.В., Смирнова Л.Е. Медицинская и социально-экономическая значимость санации полости рта // Стоматология. – 2020. – №1. – С.86-88.
5. Иванов А.С., Дмитриева В.Ф., Дроздова Р.К., Солдатова Л.Н. // Профилактика стоматологических заболеваний у беременных. – С.-Петербург, 2019. –143 с.

ПРОТИВОКАРИОЗНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФТОРА В УСЛОВИЯХ ГИПОМИКРОЭЛЕМЕНТОЗА ЦИНКА

Кажлаев Ю.Н.

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

Среди факторов внешней среды, влияющих на устойчивость к кариесу, особое место занимает фтор, количество поступления которого в организм, безусловно, определяет уровень поражаемости и активность течения кариозного процесса (Овруцкий Г.Д., Леонтьев В.К., 1986, Боровский Е.В., Леонтьев В.К., 2001, Кузьмина Э.М., 2015). Противокариозное действие фтора принято связывать с влиянием этого микроэлемента на структурные и физико-химические особенности эмали зубов (Арутюнов С.Д., 2003, Кузьмина Э.М., 2003, Барер Г.М. с соавт., 2004). При этом, если существование кариеспротективного действия фтора практически не оспаривается, то в отношении механизма этого действия единства мнений не достигнуто. Так, не получил реального объяснения тот факт, что связываемый с пониженной растворимостью поверхностного слоя эмали в связи с образованием фторапатита противокариозный эффект фторпрофилактики, в условиях флюорозной гипоплазии (избыточное поступление фтора в организм) растворимость поверхностного слоя эмали не понижается, а повышается (Г.Д.Овруцкий, 1991) и несмотря на это, устойчивость к кариесу таких зубов возрастает. Та-

ким образом, кариесредуктивное действие фтора вряд ли может быть объяснено всего лишь его влиянием на структуру эмали зубов.

Многочисленные экспериментальные и клинико-лабораторные исследования обнаружили существование реальной зависимости возникновение и развития кариеса зубов от количества поступающего в организм цинка, относящегося к незаменимым микроэлементом и являющимся необходимым структурным и функциональным компонентом более 300 цинкпротеинов и других биологически активных веществ организма (А.В.Скальный, 1999, Прасад А.С., 2011, Хабаров А.А. с соавт., 2012, Боринский Ю.Н. с соавт., 2013, Матчин А.А. с соавт., 2013).

В свою очередь, показано, что недостаточное поступление цинка в организм чревато развитием иммунодефицитного состояния (Р.В.Петров и др.,1989, А.В.Кудрин с соавт., 2000, Агаджанян Н.А., Скальный А.В., 2001, Ковальчук Л.В. с соавт., 2004**,** Парахонский А.П.,2017).

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния такого общепризнанного противокариозного средства, как фтористый натрий, на поражаемость кариесом зубов и состояние иммунной системы в условиях гипомикроэлементоза цинка с учетом полученных данных о благоприятном влиянии на иммунобиологическое состояние организма микродоз фтора, используемым с целью профилактики кариеса (Овруцкий Г.Д.,1990, Гажва С.И., 1991) для разрабоки рациональных мер профилактики в соответствующих биогеохимических условиях.

Материал и методы исследования. Эксперимент проведен на 75 белых крысах, 30 дневного возраста весом 35-40 г, разделенных на 3 равные группы и содержавшихся, для моделирования кариеса зубов, на синтетической сахарозо-казеиновой диете.

Животные 1 группы получали кариесогенную диету с достаточным содержанием цинка в солевой добавке (в соотвествие с рекомендациями института питания АН РФ).

Животные 2 группы- кариесогенную диету с исключением из состава смеси соли цинка.

Животные 3 группы получали рацион, аналогичный крысам 2 группы (цинкдефицит), и получали для питья воду, содержавшую 3,5 мг/л фтора в виде фтористого натрия. Животные 1 и 2 групп дя питья потребляли дистилированную воду.

На 150 сутки экспериментального исследования проводилась декапитация животных под эфирным наркозом. Оценку пораженности кариесом моляров белых крыс проводили общепринятым макро-микроскопическим методом (Колесник А.Г. с соавт., 1974) с определением числа кариозных поражений (ЧКП) и удельного веса поражений различной степени тяжести.

Для суждения об иммунном статусе организма экспериментальных животных определяли интенсивность реакции гиперчувствительности замедленного типа на Т-антиген (ГЧЗТ)., активность лизоцима сыворотки крови, бактерицидность кожи, бактерицидность сыворотки крови, активность комплемента сыворотки крови и интенсивность реакции иммунного прилипания стафилококков (РИП). Цифровой материал обработан статистически с использованием стандартных программ («Biostat»).

Результаты исследования. Содержание животных на кариесогенной диете с различным количеством цинка (в том числе в условиях гипомикроэлементоза)и получавших профилактическую добавку с водой в виде фтористого натрия привело к неодинаковому поражению кариесом зубов и различным изменениям изучавшихся показателей иммунобиологической резистентности организма животных. Так, у животных 1 группы среднее число кариозных поражений на одно животное (ЧКП) составило 23,2±1,4, удельный вес поверхностных поражений- 48,83±2,08 %, а глубоких (IY-Y степени) -6,12±1,01%, интенсивность реакции ГЧЗТ -5,34±0,16%, активность лизоцима -23,1±0,45%, бактерицидность кожи- 2,44±0,15 балла, бактерицидность сыворотки крови- 74,62±1,09%, активность комплемента- 75,1±1,43 л.е., интенсивность РИП-12,39±0,69%.

У животных второй группы, находившихся в условиях гипомикроэлементоза цинка, среднее ЧКП -50.91±1,61, удельный вес поверхностных кариозных поражений- 32,7±1,43%, частота глубоких поражений -15,7±1,11%, интенсивность реакции ГЧЗТ-2,76±0,13%, активность лизоцима -16,94±0,64%, бактерицидность кожи-1,72±0,16 балла, бактерицидность сыворотки крови-66,17±0,72%, активность компемента-36,54±1,25 л.е., интенсивность РИП-7,55±0,79%.

У белых крыс, получавших на фоне гипомикроэлементоза цинка изучавшуюся профилактическую добавку с водой в виде фтористого натрия, среднее ЧКП-35,25±2,03, удельный вес поверхностных по-

ражений-49,65±1,72%, на долю глубоких приходилось 6,38±0,84%, интенсивность реакции ГЧЗТ-3,04±0,14%, активность комплемента-18,94±0,35%, бактерицидность кожи-2,0±0,18 б., бактерицидность сыворотки крови-68,82±1,61%, активность комплемента- 64,21±1,89 л.е., интенсивность РИП-8,56±0,26%.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что содержание животных на кариесогенной диете с разным цинкстатусом, а также получавших дополнительно фторид натрия, привело к значимым различиям в поражаемости кариесом зубов и коррелирующим с этим изменениям показателей иммунобиологической резистентности организма.

Так, наибольшая пораженность кариесом зубов обнаружена у животных 2 группы, содержавшихся в условиях гипомикроэлементоза и получавших для питья дистиллированную воду, что проявилось как в достоверно большем ЧКП на одно животное, так и в неблагоприятном соотношении частоты поверхностных и глубоки поражений по сравнению с таковыми у крыс 1 и 3 экспериментальных групп, получавших нормальное количество цинка с рационом и фтористый натрий на фоне гипомикроэлементоза цинка. При этом, однако, среднее число кариозных поражений на одно животное в группе животных, получавших профилактическую добавку с водой в виде фторида натрия, оказалось несколько выше, чем таковое у животных 1 группы, получавших с диетой достаточное количество цинка.

Обнаруженная закономерность поражаемости кариесом зубов крыс различных экспериментальных групп совпадает с соответствующими изменениями изучавшихся показателей иммунного статуса. Наиболее благоприятными оказались показатели иммунобиологической резистентности у животных 1 группы, получавших рацион с нормальным количеством цинка в соответствие с имеющимися рекомендациями, по сравнению с таковыми у животных в условиях гипомикроэлементоза (2 группа). У животных же 3 группы, получавших цинкдефицитный рацион и дополнительно с питьевой водой фтористый натрий, достоверно более благоприятными, чем у животных 2 группы, содержавшихся в условиях гипомикроэлементоза и не получавших фторид натрия, оказались активность лизоцима ($P < 0,01$) и активность комплемента $P < 0,001$). Остальные показатели, хотя и были более высокими у животных на фоне

приема фтористого натрия, однако, статистически различались несущественно.

Выводы. Таким образом, проведенное экспериментально-лабораторное исследование позволило установить, что дополнительное введение фтора в условиях гипомикроэлементоза цинка обладает кариесредуктивным и иммуномодулирующим действием, выраженным, однако, в несколько меньшей степени, чем сбалансированность рациона по цинку. Приведенные данные дают основание думать о существовании благоприятного влияния на иммунобиологическое состояние организма общепризнанного препарата фтора, используемого для профилактики кариеса зубов. Иными словами, полученные данные свидетельствуют, что не только компенсация цинкдефицита, но и использование фтористого натрия предупреждает интенсивное развитие кариеса зубов и неблагоприятные сдвиги иммунного статуса, связанные с недостаточным поступлением цинка в организм (гипомикроэлементозом), что может быть использовано при планировании и внедрении кариеспрофилактических программ в регионах с соответствующей биогеохимической ситуацией для существенного повышения их эффективности.

КРИТЕРИИ ВЫБОРА СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОГО УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Омарова Х.О., Макаева Э.О, Омаева Н.Н., Омаров О.Г.

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии ФГБОУ «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

Одно из основных направлений современной медицины в целом и стоматологии в частности – профилактика заболеваний. Гигиена полости рта с давних времен является ведущим звеном профилактики стоматологических заболеваний. Количество существующих средств и предметов гигиены полости рта огромно и неуклонно растет с каждым годом. Их выбор вызывает затруднения даже у врачей-стоматологов. Поэтому изучение особенностей подбора средств индивидуального ухода за полостью рта является актуальным.

Цель нашего исследования: выяснить критерии выбора пациентами средств гигиены за полостью рта.

Материал и методика. Нами проведено анкетирование и осмотр полости рта 90 человек в возрасте от 17 до 74 лет. Из них было 20 мужчин и 70 женщин. Для проведения исследования была разработана специальная анкета. В ней пациентам предложено ответить на ряд вопросов, оценить состояние своих зубов и десен, указать, какими средствами ухода за полостью рта они предпочитают пользоваться, и на чем основан их выбор. При осмотре полости рта нами оценивалось состояние десен, их цвет, наличие назубных отложений, подсчитывался коэффициент КПУ.

Исследование проводили в терапевтических кабинетах республиканской стоматологической поликлиники и стоматологического центра Дагестанского государственного медицинского университета.

Для оценки результатов все анкеты были разделены на три группы, в зависимости от возраста пациентов. Первую группу составили анкеты пациентов в возрасте 17-30 лет, вторую группу – 30-50-летних пациентов, третью – старше 50 лет.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования нами установлено, что пациенты молодого возраста (1-я группа) предпочитают импортные зубные пасты (Colgate – 60%, Blend-a-med – 25%) и зубные щетки. Свой выбор 90% респондентов этой группы делают, полагаясь только на свое мнение, учитывая красивый дизайн средств гигиены, 5% – учитывают совет родственников, 3% – прислушиваются к рекламе, 1% – привлекает высокая цена. Никто из этой группы не следует рекомендациям врача-стоматолога. 75% пациентов оценивают состояние своих зубов и десен как хорошее и отличное, хотя 60% посещают стоматолога 2-3 раза в год.

Во второй группе 40% опрошенных предпочитают отечественные зубные пасты («Жемчуг», «Пародонтол», «32 норма»), а 60% – импортные. В данной группе 15% респондентов приобретали средства гигиены по совету стоматолога, 30% – по совету родственников, 5% – ориентировались на цену (низкую), а 50% – выбирали зубные щетки из-за их красивого оформления. Состояние своих зубов и десен оценивают как хорошее и отличное лишь 15% пациентов данной группы.

В третьей группе 70% анкетированных также предпочитают импортные средства по уходу за полостью рта. Больше (20%) пациентов учитывают советы стоматолога, хотя посещают его по необходимости (реже 1 раза в год). Отличным считают состояние своих зубов и десен только 3 % опрошенных. В этой группе больше 50% пациентов указывают на наличие хронической соматической патологии.

Проанализировав результаты анкетирования, мы пришли к выводу, что, несмотря на то, что у нас в стране существуют программы профилактики стоматологических заболеваний, средства гигиены широко рекламируются (в том числе и в средствах массовой информации), в школах проводятся «уроки гигиены», знания по этому вопросу у населения не полные и не всегда верные даже в молодом возрасте. Не вся информация правильно используется на практике, возможно в силу ранее сформированных у населения неправильных привычек.

Таким образом, учитывая полученные данные, можно рекомендовать врачам-стоматологам и студентам больше внимания уделять профилактике стоматологических заболеваний, формируя у пациентов правильное представление по этому вопросу, которое должно носить мотивированный характер.

Литература

1. Омаров О.Г., Омарова Х.О., Макаева Э.О. Роль гигиены полости рта в профилактике основных стоматологических заболеваний / Сборник Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 100-летию профессора М.М. Максудова. – Махачкала, 2013 – С.169-172.
2. Сутаева Т.Р., Шамов И.М., Ахмедова Э.А., Омарова Э.О. Жевательная резинка в стоматологии / Естествознание и гуманизм. Сборник научных трудов. – т.7, №11 – Томск, 2011 – С.20.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Омарова Х.О., Шамов И.М., Макаева Э.О, Омаров О.Г.

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала

В настоящее время внимание многих исследователей привлечено к проблемам формирования здорового поколения, внедрения принципов здорового образа жизни. Разрабатываются и внедряются государственные приоритетные проекты, в состав которых входят программы, направленные на улучшение здоровья нации. Программа по профилактике стоматологических заболеваний населения (в частности, школьного возраста), находится на недостаточном уровне развития. В большинстве случаев это является следствием того, что в школьных учреждениях отсутствуют стоматологические кабинеты.

Школьный стоматологический кабинет это первичное стоматологическое звено, обеспечивающее необходимый профилактический и первичный лечебный уровень стоматологической помощи для детей и подростков в рамках первичной медико-санитарной помощи. Сегодняшних знаний, полученных в результате многолетних исследований, достаточно, чтобы предупредить разрушение зубов или приостановить кариозный процесс.

Известно, что с помощью профилактических мероприятий можно избежать развития кариеса зубов, снизить распространенность болезней пародонта. Показателем хорошей профилактической работы среди детей может служить число пораженных зубов (КПУ) на одного ребенка в возрасте 12 лет. Любая программа профилактики стоматологических заболеваний разного уровня требует грамотного кадрового обеспечения. Профилактика должна занимать ведущее место в работе стоматологических учреждений и в учебных заведениях соответствующего профиля. Специалист должен знать факторы риска возникновения распространенных стоматологических заболеваний, клинику, диагностику, лечение, методы и средства их профилактики.

Тема профилактики стоматологических заболеваний очень актуальна, поскольку результаты многочисленных исследований показывают, что интенсивность основных стоматологических заболеваний (кариеса зубов и полезней пародонта) среди населения России (в частности, г. Махачкалы) достаточно высока.

В связи с этим ***целью нашего исследования*** явилось: оценка эффективности и профилактики кариеса в школах г. Махачкалы, определение интенсивности стоматологической заболеваемости и обучение детей.

Материал и методы. Проведено обследование учеников 7-ых классов школы №22 со стоматологическим кабинетом и школы №13 – без стоматологического кабинета.

Всего обследовано 66 подростков. Интенсивность стоматологической заболеваемости определяли с помощью индекса КПУ.

Результаты исследования. Анализ данных эпидемиологических исследований школьников школ №13 и 22 г.Махачкалы свидетельствует о значительных колебаниях показателя КПУ. При осмотре регистрировалась интенсивность и распространенность стоматологических заболеваний. Обучали детей и подростков правильному уходу за зубами. В школах, где был стоматологический кабинет, индекс КПУ составил 4,3, а в школах, где не было стоматологического кабинета, индекс составил 5,6. Разница между показателями свидетельствует о том, что наличие стоматологических кабинетов в школах снижает интенсивность и распространенность кариеса зубов. Воспитание гигиенических навыков по уходу за зубами с раннего детства – наиболее эффективный путь профилактики кариеса и большинства заболеваний пародонта.

При всех заболеваниях пародонта тщательная гигиена рта является обязательным условием успешности любых методов лечения и в значительной мере определяет благоприятный исход лечения и длительность стабилизации процесса. Только проведение систематических профилактических осмотров, направленных на раннее выявление стоматологических заболеваний и информирование обследуемых, уже дает снижение интенсивности кариеса у детей. Каждый пациент должен быть убежден в том, что тщательный и правильный уход за полостью рта является самой важной профилактической и вспомогательной терапевтической процедурой.

Для улучшения стоматологического здоровья необходимы усилия не только специалистов, но и общества в целом. Результаты исследования показали, что необходимым условием для эффективной профилактики стоматологических заболеваний является наличие стоматологических кабинетов в школьных учреждениях.

Литература

1. Казеко Л.А. Социальная значимость профилактики стоматологических заболеваний / Л.А. Казеко, С.В. Латышева, Т.В. Будевская // Стоматолог. – Минск, 2010 – №1 – С.80-81.
2. Луцкая И.К. Организация профилактики стоматологических заболеваний дошкольных учреждениях / И.К. Луцкая [и др.] // Стоматологический журнал – 2012. –Т. 13, №1– С.34-37.
3. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2006 – 410 с.
4. Муравянникова Ж.К. Стоматологические заболевания и их профилактика. – Ростов н./Д: Феникс. 2007. – С. 4.

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДАГЕСТАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Омарова Х.О., Макаева Э.О.

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии ФГБОУ «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

Проблема стоматологической заболеваемости студентов является актуальной и представляет как научный, так и практический интерес.

В период обучения студенты получают большой поток информационных, психоэмоциональных нагрузок, которые нередко приводят к изменению общего режима жизни, а также и режима питания. В связи с этим увеличивается риск развития отклонений в здоровье, в том числе и стоматологического.

Цель исследования: изучить уровень стоматологического здоровья студентов стоматологического факультета в период обучения их в медицинском университете.

Материал и методы исследования. В течение четырех лет (с 1 по IV курсы) обследовано 60 студентов стоматологического факультета. Оценка стоматологического статуса проводилась по следующим показателям: распространенность кариеса, интенсивный показатель по индексу КПУ (з), индекс гигиены (ГИ) по Грин-Вермиллиону, индекс кровоточивости по ВОЗ и индекс РМА. Средний возраст студентов с начала обследования – 17-18 лет. Обследуемые в зависимости от места жительства условно разделены на две группы: 1 – студенты, постоянно проживающие в г. Махачкала, 2 – студенты, прибывшие на обучение из других районов и областей. В каждой группе обследовано по 30 человек.

Результаты исследования. Стоматологическая заболеваемость студентов первого года обучения составила: распространенность кариеса в обеих группах колебалась от 68 до 78%, т.е. по ВОЗ соответствовала среднему уровню распространенности кариеса. К четвертому году обучения этот показатель достиг 85% и оценивался высоким. Интенсивный показатель кариеса по индексу КПУ (з) составил в первой группе 5,9, во второй – 6,8. В последующие годы с 2016 по 2018 г. индекс КПУ (з) в обеих группах увеличился: в 2016 г. соответственно 6,4 и 7,2, в 2017 г. – 7,1 и 8,5, в 2018 г. – 7,6 и 9,3. Прирост кариеса по годам составил: 2016 г. в первой группе – 0,5, во второй 0,4; в 2017г. – соответственно 0,7 и 1,3; в 2018 г. – 0,5 и 0,8. За четыре года прирост кариеса в первой группе был равен 1,7, во второй – 2,5. За период обучения отмечено изменение соотношения компонентов индекса КПУ (з). Так, в 2015 г. в первой группе К – 2,3, во второй – 2,6; П соответственно 3,4 и 4,1; У – 0,2 и 0,1. В 2018 г. К – 2,0 и 2,1; П – 5,4 и 6,9; У – 0,2 и 0,3. Изменение соотношения компонентов индекса КПУ (з) к четвертому году обучения произошло за счет увеличения в 3 раза компонента «П» вследствие санации полости рта ассистентами и ординаторами и студентами на практических занятиях по профилактической стоматологии. Это позволило в 2018 г. оценить стабилизацию индекса КПУ (з).

Индекс гигиены полости рта по Грин-Вермиллиону констатирован в 2015 году как удовлетворительный и соответствовал 1,3 балла. В период первого обследования студентов индивидуально

обучали рациональной гигиене полости рта, давали рекомендации по подбору средств и предметов гигиены.

При повторном осмотре на втором году обучения выявлена плохая мотивация на гигиену полости рта, отсутствие у студентов умений техники выполнения ее. В рационе питания предпочтение имели углеводосодержашие продукты. В показателях ГИ изменений не наступило, уровень гигиены оставался удовлетворительным. На третьем году обучения после программного курса профилактики стоматологических заболеваний и начала практических занятий по терапевтической стоматологии у студентов обследуемых групп появилась осознанная необходимость изменения режима питания, ограничение употребления углеводосодержащих продуктов и ответственное отношение к гигиене полости рта. Это проявилось в высокой мотивации гигиены полости рта, освоении техники чистки зубов с применением электрических зубных щеток, правильно оценивать время замены мануальных зубных щеток, использовать высококачественные зубные пасты, ополаскиватели, зубочистки, ершики, флоссы, жевательные резинки. В результате вышеизложенных мероприятий в 2018 году ГИ по Грин-Вермиллиону уменьшился и составил, в среднем 0,8 балла, уровень гигиены оценивался как хороший.

Изменялся показатель индекса кровоточивости и РМА. Так, на первом году обучения индекс кровоточивости отмечен у 7 студентов (11,6%), на четвертом году наблюдений – у 3 (5,4%). Индекс РМА на первом году обучения соответствовал 40,3% и характеризовал среднюю степень тяжести гингивита, в 2018 г. – 26,6% и оценивал легкую степень тяжести гингивита.

Распространенность кариеса в период обучения имела тенденцию к росту до высокого уровня. Увеличение индекса КПУ(з) на первых трех курсах обусловлено, на наш взгляд, отсутствием адаптации к изменившимся нагрузкам, стрессовым воздействиям, особенно в пред- и экзаменационные периоды, плохой мотивацией по уходу за полостью рта. Изменения в тканях пародонта проявились на первом году обучения у 7 (11,6%) студентов с удовлетворительным уровнем гигиены полости рта в форме хронического катарального гингивита средней степени тяжести, на четвертом году обучения у 3 (5,4%) студентов в форме хронического катарального гингивита легкой степени тяжести.

В период приобретения знаний по программе изучения специальных стоматологических дисциплин к четвертому курсу студенты изменили отношение к общему здоровью, в том числе и стоматологическому. Появилась высокая мотивация к гигиене полости рта и гигиене питания.

Таким образом, на примере стоматологической заболеваемости студентов стоматологического факультета следует рекомендовать врачам-стоматологам, работающим со студенческой молодежью, для профилактики стоматологических заболеваний повышать их грамотность, знания о здоровом образе жизни и здоровой полости рта с помощью просветительной работы, направленной на привитие знаний и навыков по уходу за полостью рта.

Литература.

1. Омаров О.Г., Омарова Х.О., Ахмедова Э.А., Мащилиева М.М. Изучение гигиенического состояния и уровня гигиенической культуры жителей г.Махачкалы / Материалы республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии» – г. Махачкала, 2018. – С.200-203.
2. Омарова Х.О., Макаева Э.О., Гасанова М.А. Оценка состояния тканей пародонта у студентов ДГМУ. – Махачкала, 2018. – С.205-209.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Ахмадудинов М.Г., Ахмадудинов А.М., Патахов Г.М., Ордашев Х.А., Шахбанов А.К.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Кафедра оперативной хирургией и топографической анатомии
ФГБОУ «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала

Соотношение зубных рядов, расположение зубов, активность жевательной мускулатуры, состояние височно-нижнечелюстного сустава и костной основы лицевого черепа, являются структурными составляющими единого механизма жевательного аппарата.

Анатомические или функциональные изменения в работе данного комплекса, могут привести к перераспределению нагрузки и нарушению баланса всей системы.

В результате, возникают перегрузки или наоборот функциональная пассивность, а также возможно развитие стойкой дисфункции.

Этиология развития дисбаланса жевательной системы разнообразна, но чаще ятрогенная, как итог некорректно спланированной работы врача стоматолога.

В начале у пациента могут появиться микро-деформации, почти незаметные на начальном периоде. Так как жевательный аппарат человека, это сложный механизм, составные части, которого находятся под активной нагрузкой, то даже незначительная оплошность врача стоматолога терапевта, ортопеда или хирурга, может спровоцировать развитие прогрессирующих выраженных патологических изменений в тканях пародонта, в костях, в мышцах и в суставах.

Пусковым механизмом к деформации зубочелюстной системы, могут стать, как действия стоматолога - преждевременные окклюзионные контакты, завышение или занижение ортопедической конструкции, удаленные зубы без последующего ортопедического лечения, так и длительные патологические процессы в твердых и мягких тканях области. При наличии очага воспаления, человек непроизвольно начинает оберегать данный участок от жевательной нагрузки, тем самым перенося ее на противоположную сторону, или соседние зубы. И если очаг хронический, то это носит постоянных характер, приводя к патологическим изменениям.

Началом деформации, кроме одонтогенных могут быть артрогенные, миогенные или смешанные причины, травматического или воспалительного характера.

При отсутствии своевременного и корректного лечения, данные факторы приводят к развитию мышечно-суставной дисфункции и как следствие дискоординации сократительной способности жевательной мускулатуры, приводящих в движение нижнюю челюсть.

Возникающие в последствии аномалии, проявляются в многообразии клинических проявлений, таких как скованность движений нижней челюстью в разных плоскостях, ограниченное раскрытие рта, асимметрия движений нижней челюсти, спазмы жевательной мускулатуры, чувство усталости в мышцах, локальные или ирради-

ирующие боли, хрусты и щелканья в области височно-нижнечелюстного сустава, чувство заложенности в ухе, снижение слуха, головные боли, головокружения, скрежет зубов и т.д.

Таким образом, исходя из вышеизложенного есть все основания полагать, что любое вмешательство в зубочелюстной области, должно быть корректным, обоснованным и физиологичным. Следует помнить, что даже небольшая оплошность, может запустить цепочку больших патологических изменений и негативных последствий.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ

Рузина К. А. Спиридонова С.А., Успенская О.А.

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России, Нижний Новгород.

Введение. В полости рта человека находятся сотни различных видов микроорганизмов, включая вирусы, грибки и бактерии. Последних насчитывается более 160 видов, они живут в сложных сообществах, которые обычно организованны в виде тонких слоев, покрывающих поверхности ротовой полости – биопленки. В настоящее время имеются достоверные данные о том, что более 80% инфекционных заболеваний вызываются микробной биопленкой. [1] На сегодняшний день не существует средств, обеспечивающих полное и окончательное удаление биопленки из полости рта. Но ее патогенность можно значительно уменьшить за счет нарушения целостности структуры и восстановления нормальной микрофлоры с помощью гигиены полости рта.

Было доказано, что при однократной чистке зубов мануальной зубной щеткой можно удалить лишь до 60% зубного налета. [2]. Полному удалению зубного налета в большой степени препятствуют плотные межзубные контакты, глубокие фиссуры и ямки на поверхности зубов. Поэтому в процедуре индивидуальной гигиены полости

рта важно использование дополнительных средств гигиены для очищения межзубных промежутков.

На сегодняшний день одним из самых современных методов очистки межзубных промежутков в индивидуальной гигиене полости рта является использование ирригаторов. Ирригатор - домашнее устройство для очистки межзубных промежутков за счёт пульсаций водяной струи, благодаря которой происходит вымывание остатков пищи из межзубных промежутков и труднодоступных мест, промывание пародонтальных карманов, кроме того производится гидромассаж десен, который стимулирует кровообращение и тем самым снижает воспаление в мягких тканях. Несмотря на то, что первый оральный ирригатор был изобретен в 1962 году стоматологом из Колорадо, вопрос об эффективности его использования является предметом споров среди стоматологов до сих пор. Одна часть врачей считает его наиболее совершенным приспособлением для очищения межзубных промежутков, другая говорит о целесообразности использования других средств дополнительной гигиены полости рта. Одним из несомненных преимуществ ирригатора является его способность благодаря пульсации уменьшать воспаление за счет снижения провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 и $ПГЕ_2$) в десневой жидкости у пациентов с локализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести. [3]

Таким образом, положительное влияние ирригатора при воспалении десны очевидно, но вот его способность удалять зубной налет остается предметом многочисленных споров.

Изучая различную литературу и исследования Husseini A. и соавторы в 2008 году сделали выводы, что в качестве дополнительного средства гигиены ирригатор не оказывает положительного влияния на уменьшение видимого налета. [4] Тем не менее, существует положительная тенденция в пользу ирригации, способной улучшать состояние десен в сравнении с обычной гигиеной, осуществляемой при помощи только зубной щетки или в дополнении ее зубной нитью.

Один из согласованных выводов семинара Европейской Федерации Пародонтологии в 2015 году утверждает, что «чистка при помощи межзубных ершиков является наиболее эффективным методом удаления межзубного налета, в сравнении с зубными нитями и зубочистками». Кроме того, на сайте Европейской Федерации Па-

родонтологии опубликовано «Досье на заболевания пародонта», в котором даны рекомендации о необходимых действиях для сохранения здоровья зубов, в числе которых: 1) чистить зубы зубной щеткой и зубной пастой, 2) использовать межзубные ершики ежедневно, если они не подходят, то можно использовать зубную нить, но это менее эффективно.

Цель исследования: оценить эффективность использования ирригатора в сравнении с другими дополнительными средствами гигиены полости рта.

Материалы и методы. В проведенном исследовании приняли участие 160 человек обоего пола в возрасте от 18 до 45 лет, у всех был диагностирован хронический генерализованный катаральный гингивит легкой степени тяжести. Всем пациентам была выполнена ортопантомограмма для обоснования диагноза. На протяжении всего исследования пациенты не принимали лекарственные препараты, оказывающие какое-либо влияние на состояние полости рта. Все обследуемые подписали информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Все обследуемые были случайным образом разделены на 4 группы по 40 человек в каждой. В течении 1 месяца пациенты первой группы использовали для процедуры индивидуальной гигиены полости рта только мануальную зубную щетку, пациенты 2 группы – мануальную зубную щетку в сочетании с ирригатором, пациенты 3 группы – мануальную зубную щетку, ирригатор, межзубные ершики и зубную нить, пациенты 4 группы – зубную щетку, зубную нить и межзубные ершики. Все пациенты использовали одинаковые зубные щетки фирмы Colgate средней жесткости, ирригаторы Waterpik, зубные нити Oral-B Essential Floss и межзубные ершики фирмы Curaprox, размер которых был подобран индивидуально при помощи специального профессионального зонда для определения размера межзубных промежутков.

Всем пациентам в первое посещение было проведено стоматологическое обследование при помощи зонда и зеркала, профессиональная гигиена полости рта, контролируемая чистка зубов одноразовой щеткой в кабинете врача. Все пациенты были ознакомлены и обучены правилам использования соответствующих средств гигиены в зависимости от их группы. Для оценки исходного и итогового уровня гигиены полости рта использовался гигиенический индекс Грина-Вермиллиона (OHI-S). Исходное и итоговое состояние тканей

пародонта оценивали с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (PMA).

Для оценки полученных результатов и проведения сравнительной характеристики использовали метод дисперсионного анализа, программу Biostat, а также программного продукта «Microsoft Excel» с использованием критерия Стьюдента, $p<0,01$.

Результаты. Среди обследованных нами пациентов, 98 женщин и 62 мужчины. В первое посещение перед проведением профессиональной гигиены полости рта у всех пациентов были определены индексы OHI-S и PMA. Средний показатель индекса гигиены полости рта OHI-S у пациентов 1-й группы составил 1,8±0,01 ($p < 0,01$), у пациентов 2-й группы – 1,8±0,013 ($p < 0,01$), у пациентов 3-ей группы - 1,9±0,01 ($p < 0,01$), у пациентов 4-й группы – 1,7±0,011 ($p < 0,01$), что характеризует уровень гигиены полости рта как неудовлетворительный. Средний показатель индекса PMA у пациентов 1-й группы составил 54,8%, у пациентов 2-й группы – 52,9%, у пациентов 3-ей группы 54,4%, у пациентов 4 группы 53,2%, что говорит о средней степени воспаления и указывает на наличие у пациентов хронического катарального гингивита.

При контрольном осмотре спустя месяц после первого посещения показатель индекса гигиены полости рта OHI-S у пациентов 1-й группы составил 1,2±0,012 ($p < 0,01$), у пациентов 2-й группы – 0,9±0,001 ($p < 0,01$), у пациентов 3-ей группы – 0,5±0,0013 ($p < 0,01$), у пациентов 4-й группы – 0,6±0,0014 ($p < 0,01$), что характеризует уровень гигиены как удовлетворительный у пациентов 1-й и 2-й группы и как хороший у пациентов 3-ей и 4-й группы. Средний показатель индекса PMA у пациентов 1-й группы составил 44,2%, у пациентов 2-й группы – 25,3%, у пациентов 3-ей группы 19,4%, у пациентов 4 группы 26,3%, что говорит о средней степени воспаления о пациентов 1-й группы и о легкой степени воспаления у пациентов 2-й, 3-ей и 4-й группы.

Состояние полости рта у пациентов во всех группах улучшилось. На основании индекса гигиены OHI-S, у пациентов 1-й группы на 33,3%, 2-й группы на 50%, 3-ей группы на 73,7%, 4-й группы на 64,7%. Индекс PMA снизился у пациентов 1-й группы на 10,6%, у пациентов 2-й группы на 27,6%, у пациентов 3-ей группы на 35%, у пациентов 4-й группы на 26,9%.

Обсуждение. Данное исследование показало, что использования только одной зубной щетки в процедуре индивидуальной гигиены полости рта недостаточно, это отражается на результатах пациентов

первой группы, где произошло не ярко выраженное снижение показателей индекса OHI-S и PMA. Наилучший результат отмечался в 3-ей группе, где наблюдалось значительное снижение степени кровоточивости десен и видимого зубного налета на поверхности зубов. Использование только ирригатора в качестве дополнительного средства гигиены позволяет существенно снизить степень кровоточивости десен, что говорит о положительном влиянии ирригации при воспалении, но по результатам пациентов 2-ой группы видно, что действия ирригатора недостаточно для тщательного удаления зубного налета. Использование зубной нити в комбинации с межзубными ершиками в качестве дополнительных средств гигиены показало хорошие результаты, но их положительное влияние на воспалительный процесс не такое эффективное, как у ирригатора.

Тем не менее, будет неправильно называть межзубные ершики и зубные нити альтернативой ирригатору. Многочисленные исследования показывают значительную эффективность использования ирригаторов в сравнении с другими дополнительными средствами гигиены у отдельных групп пациентов, в частности у пациентов с имплантатами и различными ортопедическими конструкциями [5], у пациентов с ортодонтическими конструкциями, пациентов с болезнью Паркинсона и артритом.

Вывод. Таким образом, ирригатор – это часть комплексного гигиенического ухода, который в идеале должен включать в себя зубную щетку и пасту, зубную нить и межзубные ершики. Нет единого и «идеального» чистящего средства, которое лучше всего подходило бы для всех пациентов. Для каждого человека необходимо подбирать индивидуальный комплекс средств гигиены в соответствии с его потребностями.

Литература:

1. J. M. Harro, B. M. Peters, G. A. O'May [et al.] // FEMS Immunology and Medical Microbiology. — 2010.
2.Cutler C.W., Stanford T.W., Abraham C., Cederberg R.A., Boardman T.J., Ross C, J. Clin. Periodontol. 2000;27:134–143.
3.Husseini A., Slot D.E., Van der Weijden G.A. A systematic review. Int. J. Dent. Hyg. 2008;6:304–314.
4.Magnuson B., Harsono M., Stark P.C., Lyle D., Kugel G., Perry R. Compend. Contin. Educ. Dent. 2013; 34:2–7.
5 .Kossack C, Jost-Brinkmann PG. Organ/official Journal Deutsche Gesellschaft fur Kieferorthopadie, 01 Jan 2005, 66(1).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПАРОДОНТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Курбанов О.Р., Абакаров Т.А., Алиева А.О., Хасаева М.И., Курбанов З.О.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
ФБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Введение. Стоматологические заболевания занимают большой удельный вес среди общей заболеваемости человека. Несмотря на то, что этиология и патогенез основных стоматологических заболеваний во многом общеизвестны, на сегодняшний день во всем мире многочисленные авторы проводят исследования по этой, проблеме и освещают ее с различных сторон.

Сложность проблемы заключается в том, что наряду с некоторыми успехами и снижением уровня пораженности населения стоматологическими заболеваниями, все же во многих странах они продолжают беспокоить население, т.к. являются причиной различных осложнений и неудобств в полости рта и оказывают отрицательное влияние на качество жизни населения. На уровень стоматологических заболеваний оказывает негативное влияние целый комплекс факторов, в том числе экологические, социальные, климатогеографические, демографические, экономические.

Отсутствие до настоящего времени обобщающих данных о распространенности основных стоматологических заболеваний в различных регионах России затрудняет планирование и внедрение региональных программ профилактики социальные, климатогеографические, демографические, экономические.

Республика Дагестан отличается разнообразием природно-климатических зон, в связи с чем условия жизни населения существенно разнятся. Изменчивый климат, перенаселенность районов, нарушение экологического баланса, недостаток фторида натрия, катионов кальция, йода, магния в питьевой воде и ряд других неблагоприятных факторов в республике отрицательно сказываются на «качестве жизни» и стоматологическом здоровье его жителей.

О влиянии социально-экономических факторов, воздействий внешней среды, возрастного и профессионального состава миграции и климатогеографических условий проживания на уровень и структуру стоматологических заболеваний жителей Республики Дагестан отмечали в отдельных работах ряд авторов. Однако, данные этих исследователей об уровне стоматологической заболеваемости в различных природно-климатических районах Дагестана противоречивы, разобщены и не полны. Кроме того, также отсутствуют данные о нуждаемости взрослого населения в лечении кариеса зубов и болезней пародонта.

Комплекс указанных выше проблем и обусловил актуальность нашего исследования.

Цель исследования состоит в том, чтобы опираясь на разрабатываемые автором концепции исследовать ее как систему повышения качества лечения и профилактики заболеваний пародонта у взрослого населения различных климатогеографических зон Дагестана.

Материалы и методы исследований. Нами изучен стоматологический статус населения, проживающего в трех климатогеографических зонах Дагестана: равнинной, предгорной и горной. Использована методика ВОЗ (1997). Всего обследовано 1689 человек ключевых возрастных групп: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 и 60 лет и старше, родившихся и постоянно проживающих на территории республики. Взято примерно равное количество лиц мужского и женского пола разной национальности. В основе выборки преобладает количество лиц в возрасте от 30 до 44 лет. У взрослого населения (35-44 лет) практически во всех регионах Российской Федерации показатели индекса КПУ соответствовали высокому уровню интенсивности кариеса по традиции ВОЗ.

Исследовано содержание фторидов в питьевой воде, потребляемой жителями указанных местностей. Проводился забор проб воды с последующим определением фторидов с помощью фторид-селективного электрода.

Для решения поставленной цели и задач, нами проведено комплексное эпидемиологическое обследование стоматологической заболеваемости населения, для чего были осмотрены жители трех климатогеографических зон Республики Дагестан и проанализированы полученные результаты.

Выбор групп населения. Программа изучения интенсивности стоматологических заболеваний проводилась в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Результаты осмотра населения в возрасте 20-64 лет свидетельствуют о стоматологическом статусе взрослых жителей, а обследование лиц, начиная с 60-летнего возраста, позволяет планировать стоматологическую помощь пожилым жителям Дагестана. Взрослых обследовали в стоматологических кабинетах предприятий или в поликлиниках, пожилых – в гериатрических учреждениях, стоматологических поликлиниках или путем подворных обходов.

Результаты собственных исследований. Признаки поражения пародонта были выявлены почти у всех обследованных равнинной зоны.

Распространенность заболеваний пародонта в возрастной группе 20-29 лет достигла 95,62%.

Выявлено 4,38±0,31 здоровых секстантов, 1,13±0,08 секстантов – с кровоточивостью десен, 0,38±0,03 секстантов – с зубным камнем, 0,00% секстантов – с пародонтальными карманами 4-5мм; 0,13±0,01 – исключенных секстантов (рис. 1).

Среди обследованных возрастной группы 30-39 лет признаки поражения пародонта обнаружены у 96,5%. Здоровых секстантов было в среднем 3,45±0,24, с кровоточивостью десен – 0,80±0,06, с зубным камнем – 0,65±0,05, с пародонтальными карманами 4-5мм – 0,65±0,05, с карманами более 6 мм – 0,05±0,00, исключенных из исследования оказалось 0,40±0,03 секстантов (рис. 1).

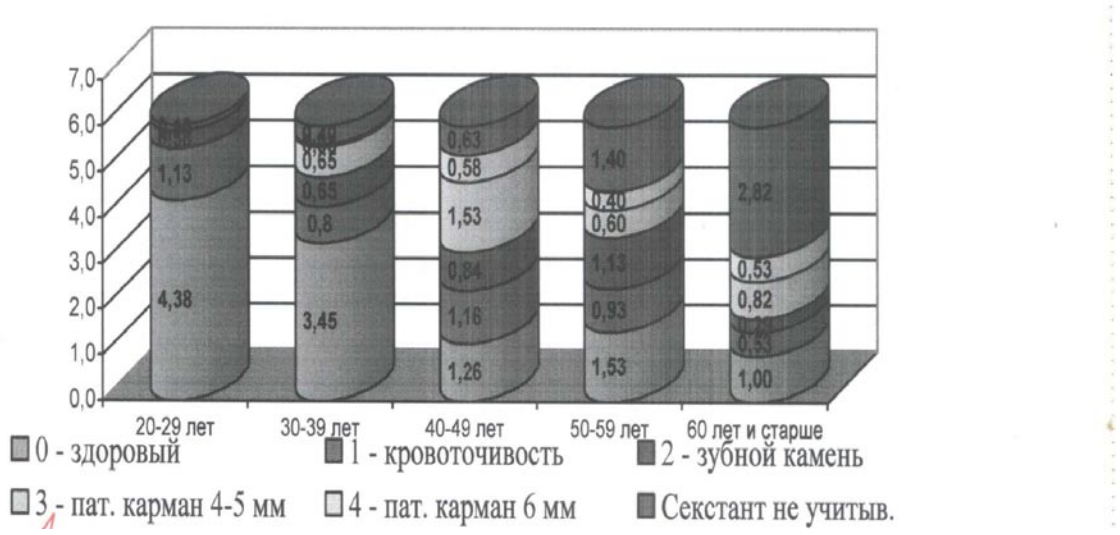


Рис. 1.Интенсивность патологических изменений в тканях пародонта обследованного взрослого населения равнинной зоны Республики Дагестан

У обследованных 40-49-летних жителей равнинной зоны признаки поражения пародонта были выявлены в 98,74% случаев, причем преобладала кровоточивость десен (57,89±4,1%). Зубной камень был диагностирован у 29,1±6,1% обследованных. Средняя интенсивность поражения пародонта составляла 5,2±0,04 секстанта, кровоточивость десен была выявлена в 1,16±0,08% секстантов, зубной камень – в 0,84±0,06. 0,63±0,04 секстантов были исключены из осмотра. Интенсивными в этой возрастной группе оставалось в среднем 1,26±0,09 секстантов пародонта.

В возрастной группе 50-59 лет здоровый пародонт не выявлен ни у одного обследованного. Признаки поражения пародонта определялись у 99,79%. Интенсивность кровоточивости десен составила 0,93±0,07 секстанта, зубного камня – 1,13±0,08, были исключены из исследования 1,40±0,10 секстантов.

В возрастной группе 60 лет и старше преобладали самые тяжелые признаки поражения пародонтита среди обследованных. Не всегда представлялось возможным зарегистрировать состояние тканей пародонта из-за отсутствия индексных зубов. Интенсивность кровоточивости десен составляла в среднем 0,53±0,04 секстанта, зубного камня – 0,29±0,02, с пародонтальными карманами 4-5мм – 0,82±0,06, с патологическими карманами 6 мм – 0,53±0,04, были исключены из исследования 2,82±0,20 секстантов.

Как показали наши исследования, состояние тканей пародонта у обследованных лиц 60 лет и старше равнинной зоны крайне тяжелое. Представить полную картину поражения тканей пародонта не представлялось возможным, ввиду отсутствия большого количества зубов (61,0±6,3% случаев). Это свидетельствует о неудовлетворительном состоянии стоматологической помощи населению равнинной зоны. Аналогичное положение в равной степени наблюдается и в пародонтологической помощи.

Результаты обследования 20-29-летнего населения предгорной зоны Дагестана продемонстрировали высокую распространенность поражения пародонта, которая составила 93,8%. Наиболее часто выявляемым критерием был зубной камень (50,1±3,6).

Что касается интенсивности заболевания пародонта, то среднее количество пораженных секстантов в данной возрастной группе составляет 4,38±0,05; в том числе, кровоточивость десен – 1,18±0,07, с зубным камнем –0,38±0,02, с пародонтальными карманами не был

диагностирован. Исключены из осмотра 0,09±0,01 секстантов. Не выявлено значительных различий средней распространенности между равнинным и предгорным населением в возрасте 20-29 лет (рис. 2).

Схожим является процент лиц, у которых определены признаки поражения пародонта (95,62% – равнинного и 93,8% – предгорного населения), а также число секстантов с этими признаками.

У обследованных 30-39-летних жителей признаки поражения были выявлены в 98,01% случаев. У 29,3±3,1% зарегистрирована кровоточивость десен, у 32,1±5,6% – зубной камень.

Выявлено 3,97±0,20 здоровых секстантов, 0,81±0,05 секстантов с кровоточивостью десен, 0,67±0,04 секстантов с зубным камнем, по 0,07±0,04 и 0,07±0,00 секстантов с пародонтальными карманами глубиной 4-5мм, 6мм и более соответственно, 0,41±0,02 исключенных секстантов (рис.2).

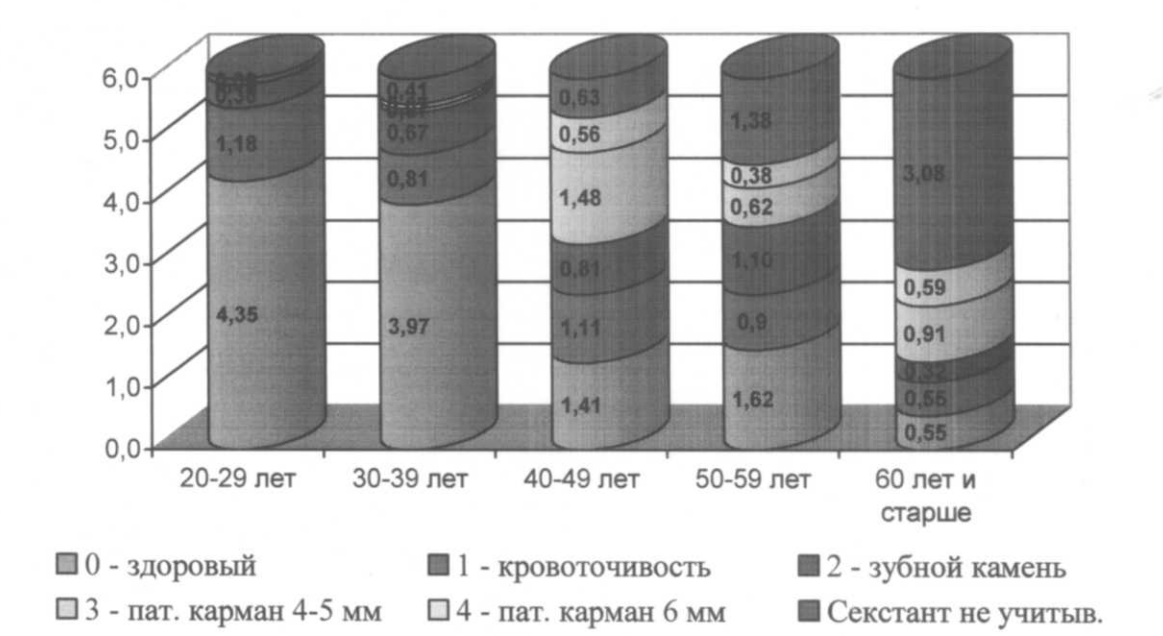


Рис.2. Интенсивность патологических изменении в тканях пародонта обследованного взрослого населения предгорной зоны Республики Дагестан

Распространенность признаков поражения пародонтита у обследованных жителей предгорной зоны в возрастной группе 40-49 лет составила 98,69% случаев, в том числе: кровоточивость десен - у 58,1±0,48%, зубной камень – у 15,34%, пародонтальные карманы

глубиной 4-5мм – у 17,7%, пародонтальные карманы глубиной более 6мм – у 8,86%. Здоровых секстантов было в среднем 1,41±0,08, с кровоточивостью десен – 1,11±0,07, с зубным камнем – 0,81±0,05, с пародонтальными карманами глубиной 4-5мм - 1,48±0,09, с карманами глубиной более 6мм – 0,56±0,03, исключенные из исследования – 0,63±0,04 секстантов.

Среди обследованных 50-59-летних жителей распространенность патологий равнялась 100%. У 94,7±5,1% лиц заболевание пародонта не регистрировано, из-за отсутствия индексных зубов. Кровоточивость десен, как ведущий признак, наблюдали у 4,5±0,96%, зубной камень – у 31,0±4,3%, пародонтальные карманы глубиной 4-5мм – у 44,1 ±1,1%, карманы глубиной более 6мм – у 20,5±4,2%. Здоровых секстантов было в среднем 1,62±0,10, с кровоточивостью десен – 0,90±0,05, с пародонтальными карманами глубиной 4-5мм – 0,62±0,02, с карманами глубиной 6мм и более – 0,38±0,02, исключенных секстантов было 1,38±0,08 (рис.2).

В возрастной группе 60 лет и старше выявлена кровоточивость десен, как ведущий признак – в 7,1 ±0,96%, зубной налет – у 16,04±5,6%. Наиболее часто выявленным критерием были пародонтальные карманы глубиной 4-5мм (40,0±3,1%), карманы глубиной 6мм и более – у 25,5±6,1% обследованных (рис. 12).

Заключение. Таким образом, следует отметить, что в равнинной и предгорной зонах Дагестана выявлены различные уровни заболеваемости населения болезнями пародонта, значение которых наиболее часто определяется природными и экологическими факторами. Высокая потребность населения предгорной и равнинной зон в пародонтологической помощи требует проведения неотложных мероприятий по улучшению данной стоматологической помощи участка была несколько выше, чем у врачей частного сектора. Обращают на себя внимание низкие в обеих группах показатели удовлетворённости врачей морально-психологическим климатом в коллективе (однако несколько более высокой у врачей частного сектора). Ещё более низкой была у врачей обеих сравниваемых групп удовлетворённость контингентом пациентов (правда, более высокой у врачей хоздоговорного участка). Обращает на себя внимание средняя степень удовлетворённости врачей своей, профессиональной квалификацией – более высокая у врачей госбюджетного секто-

ра. С другой стороны, удовлетворённость своей последипломной подготовкой и повышением квалификации была больше у врачей частного сектора, которые уделяли этому значительно больше времени. Это подтвердил и анализ сравнения объёма последипломного усовершенствования: у врачей частного сектора за истекшие 5 лет имело место в 2 раза больше количество разных циклов повышения квалификации по сравнению с врачами госбюджетного сектора (1,79+1,71 циклов и 2,93+1,66 циклов соответственно, $p<0,05$).

Литература

1. Давыдова С.В. Совершенствование качества стоматологической помощи населению Республики Башкортостан. Дисс. ….к.м.н. Уфа, 2007. – 189 с.
2. Караханян В.Т. Изучение эффективности негосударственных стоматологических учреждений с позиции организации и управления кадровым составом. Дисс. ….к.м.н. М., 2003. – 124 с.
3. Курбанов О.Р. Функционирование и механизмы развития регионального рынка стоматологических услуг. Дисс.….д.м.н. М., 2009. – 426 с.
4. Леонтьев В.К. Пути повышения качества работы врачей-стоматологов // Дант-Арт, 1998, №3. – С.11-15.
5. Максимовский Ю.М., Гринин В.М., Бутова В.Г. Совершенствование лечебно-диагностической работы, гигиены, контроля качества в негосударственных стоматологических организациях. Учебно-метод. пособие. М., Изд-во МГМСУ. – 23 с.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА

Курбанов О.Р., Алиева А.О., Курбанов З.О., Абакаров Т.А., Хасаева М.И., Акавов А. Н.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
Кафедра ортопедической стоматологии
ФБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

Стоматологические заболевания занимают большой удельный вес среди общей заболеваемости человека. Несмотря на то, что этиология и патогенез основных стоматологических заболеваний во многом общеизвестны, на сегодняшний день во всем мире много-

численные авторы проводят исследования по этой проблеме и освещают ее с различных сторон [1, 2, 3].

Распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний в различных регионах нашей страны подвержена значительным колебаниям и зависит от климатогеографических условий местности, содержания фтора, йода и других микроэлементов в питьевой воде, экологических и социальных факторов. [4,5].

Как свидетельствует анализ литературных данных, лишь в единичных работах освещается состояние жевательного аппарата у населения всех возрастно-половых групп населения Республики Дагестан.

Цель исследования повышение качества и эффективности пародонтологической помощи городскому населению Республики Дагестан.

Материалы и методы. Всесторонний анализ заболеваемости пародонта позволяет ответить на широкий круг вопросов, осветить некоторые стороны патогенеза, медико-географические, экологические аспекты распространенности и интенсивности, влияние профессиональных вредностей на развитие данной патологии и т.д. Каждый из перечисленных вопросов представляет собой самостоятельный интерес и требует индивидуального подхода и глубокого изучения.

В связи с этим, рациональное планирование лечебно-профилактических мероприятий может быть осуществлено на основе тщательного анализа распространенности, интенсивности и структуры заболеваемости. Данные заболеваемости служат основой для проведения расчетов по определению числа врачей, необходимых для ликвидации выявленной патологии, позволяют обосновать целесообразность и сроки проведения плановых лечебно-профилактических мероприятий.

В связи с изложенным, анализ материалов заболеваемости, проведенный в настоящем исследовании, проводится в целях последующего использования его для разработки метода определения потребности городского населения Республики Дагестан в пародонтологической помощи.

Для решения цели и задач настоящего исследования нами было обследовано население в возрасте от 20 до 60 лет и старше в трех городах Республики Дагестан (Махачкала, Каспийск и Буйнакск).

По полу, возрасту и месту обследованные лица распределялись следующим образом (табл. 1)

Таблица1.

Распределение обследованных по полу, возрасту и местности

Возрастные группы	Всего	Место обследования												Итого			
		г. Махачкала				г. Каспийск				г. Буйнакск				мужчины		женщины	
		мужчины		женщины		мужчины		женщины		мужчины		женщины		абс	%	абс	%
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс		абс	%				
20-29	112	23	20,5	27	24,1	15	13,4	17	15,2	13	11,6	17	15,2	51	45,5	61	54,5
30-39	250	48	19,2	52	20,8	39	15,6	41	16,4	32	12,8	38	15,2	119	47,6	131	62,4
40-49	110	18	16,4	23	20,9	17	15.4	21	19,1	14	12,7	17	15.4	49	49,5	61	554
50-59	113	19	16,8	21	18,6	21	18,6	23	20,3	14	12,4	15	13,3	54	47,8	59	52,2
60 лет и старше	85	17	20,0	20,0	23,5	13	15,3	15	17,6	9	10,6	11	12,9	39	45,9	46	54,1
Всего:	670	125	18,6	143	21,3	105	15,7	117	17,5	82	12,2	98	14,6	312	46,6	358	53,4

Всего было обследовано 670 человек, из них 53,4%- женщин и 46,6% – мужчин.

В составе выборки преобладало количество лиц в возрасте от 30 до 39 лет – 37,7%. Группа лиц в возрасте 60 лет и старше составила 14,02% от общего количества обследованных. Разность показателей статистически достоверна (0,05>P>0,01). Возрастное соотношение лиц, отобранных для проведения данного исследования в общем соответствует аналогичному распределению по этому признаку населения Республики Дагестан, из них 46,6% соответствуют лица мужского пола и 53,4% – женского (табл. 2).

Таблица 2.

Распределение обследованных лиц по полу и возрасту

Возраст	Всего	Мужчины		Женщины	
		абс.	%	абс.	%
20-29	112	51	45,5	61	59,5
30-39	250	119	47,6	131	52,4
40-49	110	49	45,5	61	55,4
50-59	113	54	47,8	59	52,2
60 лет и старше	85	39	45,9	16	54,1
Всего:	670	312	46,6	358	53,4

Программа изучения интенсивности стоматологических заболеваний проводилась нами в соответствии с рекомендациями ВОЗ и включала проведение обследования в возрастных группах 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 лет и старше. Общий объем собранного и обработанного клинико-эпидемиологического материала составил 670 человек.

Обследование проводили в стоматологических кабинетах предприятий или в поликлиниках. Обследование лиц пожилого возраста проводили в гериатрических учреждениях, стоматологических поликлиниках или путем подворного обходов.

Обследование населения проводили в условиях стационарных стоматологических, медицинских кабинетов предприятий и гериатрических учреждений. Осмотр проводился с использованием стандартных индексов ВОЗ при искусственном освещении с использованием стоматологического зеркала и зонда.

Результаты исследований и их обсуждение

Таблица 3

Распространенность и интенсивность заболеваний тканей пародонта у взрослого городского населения Республики Дагестан

Город	Возраст в годах	Распространенность в %	Пародонтальный индекс по секстантам (М±абс.)					
			здоровые	кровоточивость	зубной камень	карманы 4-5мм	карманы более 6мм	исключенные
Махачкала	20-29 лет	72,49	4,35±0,26	1,16±0,06	0,37±0,02	0,02±0,00	0,00±0,00	0,11±0,01
	30-39 лет	87,98	3,37±0,17	0,82±0,04	0,66±0,03	0,70±0,03	0,07±0,00	0,39±0,02
	40-49 лет	100,0	1,45±0,07	1,10±0,06	0,87±0,04	1,46±0,07	0,54±0,03	0,63±0,03
	50-59 лет	100,0	1,51±0,08	0,92±0,05	1,12±0,06	0,63±0,03	0,41±0,02	1,42±0,10
	60 лет и старше	100,0	0,69±0,03	0,53±0,01	0,3±0,04	0,89±0,04	0,58±0,03	3,02±0,15
Каспийск	20-29 лет	70,94	4,42±0,03	1,11±0,07	0,36±0,02	0,02±0,00	0,00±0,00	0,09±0,01
	30-39 лет	88,05	3,44±0,21	0,81±0,05	0,63±0,04	0,67±0,04	0,06±0,00	0,38±0,02
	40-49 лет	100,0	1,57±0,09	1,08±0,79	1,43±0,09	0,53±0,03	0,53±0,03	0,60±0,04
	50-59 лет	100,0	1,58±0,09	0,90±0,05	1,10±0,07	0,63±0,04	0,40±0,08	1,4±0,08

	60 лет и старше	100,0	0,72±0,04	0,53±0,03	0,30±0,02	0,88±0,05	0,58±0,03	2,98±0,18
Буйнакск	20-29 лет	71,06	4,36±0,26	1,18±0,07	0,36±0,02	0,00±0,00	0,00±0,00	0,09±0,01
	30-39 лет	88,05	3,33±0,24	0,81±0,05	0,65±0,04	0,70±0,00	0,07±0,00	0,41±0,17
	40-49 лет	100,0	1,41±0,08	1,11±0,07	0,81±0,05	1,48±0,09	0,56±0,63	0,63±0,04
	50-59 лет	100,0	1,02±0,10	0,90±0,05	1,10±0,07	0,62±0,04	0,38±0,02	1,38±0,08
	60 лет и старше	100,0	0,55±0,03	0,55±0,03	0,32±0,02	0,91±0,05	0,59±0,04	3,09±0,19

Распространенность признаков поражения пародонта городского населения Республики Дагестан в возрастной группе 20-29 лет составила 96,5% (табл.3).

Интактные ткани пародонта в группе обследованных 20-29-летних жителей г.Махачкалы встречались в 72,49% случаев. Кровоточивость выявлена у 19,31%) обследованных, зубной камень – у 6,08%). В среднем, у одного обследованного было 4,35±0,22%> интактных секстантов, 1,16±0,06 с кровоточивостью, 0,37±0,02 – с зубным камнем, с патологическим карманом 4-5мм 0,02±0,00, патологическим карманом более 6 мм – 0,00±0,00 (табл. Рис.3.1).

Рис.1. Интенсивность поражения тканей пародонта у лиц в возрастной группе 20-29 лет

У обследованных 20-29-летних жителей г.Каспийска различные признаки поражения пародонта были выявлены в 24,8% случаев.

Зубной камень был выявлен у 7,23% обследованных. Средняя интенсивность поражения пародонта составила 0,49±0,02% секстанта. Кровоточивость десен была выявлена в 1,11 ±0,07 секстантов. Интактными в этой возрастной группе оставались в среднем 4,42±0,26 секстантов пародонта. Из регистрации исключены 0,09 секстантов (табл.3, рис.1).

Поражение пародонта было выявлено у 24,84% обследованных жителей г.Буйнакска в возрасте 20-29 лет. Кровоточивость десен отмечена у 18,55% обследованных, зубной камень – у 5,97%. Интенсивность поражения тканей пародонта в среднем была равна 7,27±0,05 секстантам, из них секстантов с кровоточивостью – 1,11±0,07, с зубным камнем – 0,36±0,02. Количество здоровых секстантов составило в среднем 4,36±0,26 (табл. 3, рис.1).

Анализируя полученные результаты, можно сделать заключение, что у обследованных лиц 20-29 лет невысокая интенсивность патологических изменений в тканях пародонта.

В возрастной группе 20-29 лет во всех обследованных городах выявлен здоровый секстант как ведущий признак 4,38±0,25.

Распространенность признаков поражения в данной возрастной группе во всех обследованных городах составила 93,5%. Интактный пародонт выявлен у 34,06 обследованных, признаки поражения пародонта – у 65,95%).

В среднем у каждого обследованного этой возрастной группы было 3,38±0,19 интактного секстанта, 3,43±0,04 – секстанта с кровоточивостью, 0,65±0,04 – с зубным камнем, патологическим карманом 4-5мм – 0,69±0,03, патологическим карманом 6мм и более – 0,06±0,0. Из регистрации были исключены 0,39 (табл.3).

Обследование лиц 30-39 лет г.Махачкалы показало, что интенсивность поражения пародонта была равна 3,37±0,17 секстантам: в 0,82±0,04 была диагностирована кровоточивость, в 0,66±0,3 – зубной камень, с патологическими карманами 4-5мм – 0,7±0,3, 6мм и более – 0,07±0,0, у 3,37±0,17 секстантов пародонта были интактными, 0,39±0,02 секстанта были исключены из исследования (табл. 3, рис.2).

Рис.2. Интенсивность поражения тканей пародонта у лиц в возрастной группе 30-39 лет.

У обследованных г.Каспийска распространенность заболеваний пародонта в данной возрастной группе достигла 96,8% (табл.1). 3,44±0,21 секстантов были здоровыми, у 0,81±0,05 секстантов выявлена кровоточивость, зубной камень – 0,63±0,04, 0,67±0,04 с пародонтальными карманами 4-5мм; 0,06±0,0 с пародонтальными карманами более 6 мм, 0,38±0,02 исключенных секстантов (рис.2б).

Среди обследованных г.Буйнакска признаки поражения обнаружены у 97,0%, в том числе: здоровые секстанты были в среднем 3,33±0,2, с кровоточивостью десен – 0,81±0,05, с зубным камнем – 0,65±0,039, с пародонтальными карманами 4-5мм – 0,7±0,0, с карманами более 6 мм –0,07±0,0; исключенными из исследования оказались 0,4±0,03 секстантов (рис.2в).

Как видно из полученных данных интенсивность патологических изменений в тканях пародонта у обследованных лиц 30-39 лет по сравнению с возрастной группой 20-29 лет нарастает. Во всех городах у лиц данной возрастной группы выявлены пародонтальные карманы глубиной 4-5мм (в среднем 0,69±0,05 секстанта).

Число других признаков: кровоточивость и зубной камень в возрастной группе 30-39 лет, составляла соответственно в среднем 0,81±0,45 и 0,65±0,47 секстанта.

У жителей обследованных городов здоровые секстанты составляют 3,34±0,21, 3,37±0,17, 3,45±0,24 соответственно.

Признаки поражения пародонта выявлены почти у всех обследованных в возрасте 40-49 лет независимо от места проживания (табл.3).

В г.Махачкале распространенность заболеваний пародонта в данной возрастной группе достигла до 100%.

Интактность пародонта выявлена лишь у 32,28%.

Выявлено 1,45±0,07 здоровых секстантов; 1,37±0,93 секстантов с кровоточивостью десен, 1,1±0,06 секстантов с зубным камнем; 0,82±0,04 секстантов с пародонтальными карманами 4-5мм; 1,46±0,07 секстантов с карманами более 6 мм; 0,94±0,03 – исключенных секстантов (Рис.3).

Среди обследованных г.Каспийска и г.Буйнакска признаки поражения существенно не отличаются друг от друга. Изменения в тканях пародонта наблюдались у 100% обследованных (Рис.3).

Таким образом, интенсивности поражения тканей пародонта в обследованной возрастной группе 40-49 лет мы не отмечаем.

Рис. 3 Интенсивность поражения тканей пародонта у лиц возрастной группы 40-49 лет

Во всех городах у обследованных лиц наряду с высокой кровоточивостью (1,08±0,06, 1,10±0,06, 1,11±0,05 секстантов соответственно), увеличилось количество секстантов с зубным камнем (0,79±0,05, 0,82±0,04, 0,81±0,05 секстантов соответственно).

Как показали наши исследования у обследованных лиц возрастной группы 40-49 лет увеличилось количество секстантов с пародонтальными карманами 4-5мм – 1,46±0,07 и карманами более 6 мм – 0,54±0,03 соответственно, т.е. нарастала тяжесть патологических

изменений. Количество интактных сегментов было в среднем 63,5±0,39 секстантов во всех трех обследованных городах.

Здоровый пародонт не выявлен ни у одного из обследованных лиц 50-59 лет (г.г.Махачкала, Каспийск, Буйнакск) (табл.3).

Признаки поражения тканей пародонта определялись у 70,83% обследованных. Интенсивность кровоточивости десен составила в среднем 0,9±0,05 секстанта, зубного камня – 1,11 ±0,068 секстанта, были исключены из исследования 1,41±0,78 секстанта пародонта (рис. 4).

Рис. 4. Интенсивность поражения тканей пародонта у лиц возрастной группы 50-59 лет

Среди обследованных жителей группы 50-59 лет распространенность патологии равнялась 100%.

По секстантам патология распределилась в следующем порядке: здоровый пародонт – 1,51 ±0,08 секстанта, с кровоточивостью десен – 0,92±0,05, с зубным камнем – 1,12±0,07 секстантов, с пародонтальными карманами 4-5мм – 0,63±0,04 секстанта, с пародонтальными карманами более 6 мм – 0,41±0,02 секстантов, 1,42±0,07 секстанта были исключены из обследования.

Среди обследованных группы 50-59 лет г.Каспийска распространенность патологии равнялась 100%. Обнаружено 1,58±0,09 со здоровыми секстантами как ведущим признаком, 0,9±0,05 секстанта с кровоточивостью, 1,1±0,07 секстанта с зубным камнем, 0,63±0,04 секстанта с пародонтальными карманами 4-5мм, 0,4±0,08 секстантов с пародонтальными карманами более 6 мм, 1,4±0,08 секстантов были исключены из исследования.

Здоровый пародонт не выявлен ни у одного из обследованных г.Буйнакска. Интенсивность кровоточивости десен составила в среднем 0,9±0,05 секстанта, зубного камня – 1,1 ±0,07, были исключены из исследования 1,38±0,08 секстанта пародонта.

В 43,0±3,51 случаев признак пародонтита зарегистрировать не представлялось возможным, из-за отсутствия индексных зубов.

В данной возрастной группе преобладали самые тяжелые признаки поражения пародонта среди обследованных лиц 60 лет и старше. Здоровый пародонт не выявлен ни у одного из обследованных лиц в обследованных городах (табл. 3). Не всегда представлялось возможным зарегистрировать состояние тканей пародонта, из-за отсутствия индексных зубов. Признаки поражения пародонта определялись у 7,6%. Интенсивность кровоточивости десен составила в среднем 0,53±0,04 секстанта, зубного камня – 0,3±0,02, были исключены из исследования 3,03±0,31 секстанта пародонта (рис.5 (а, б, в).

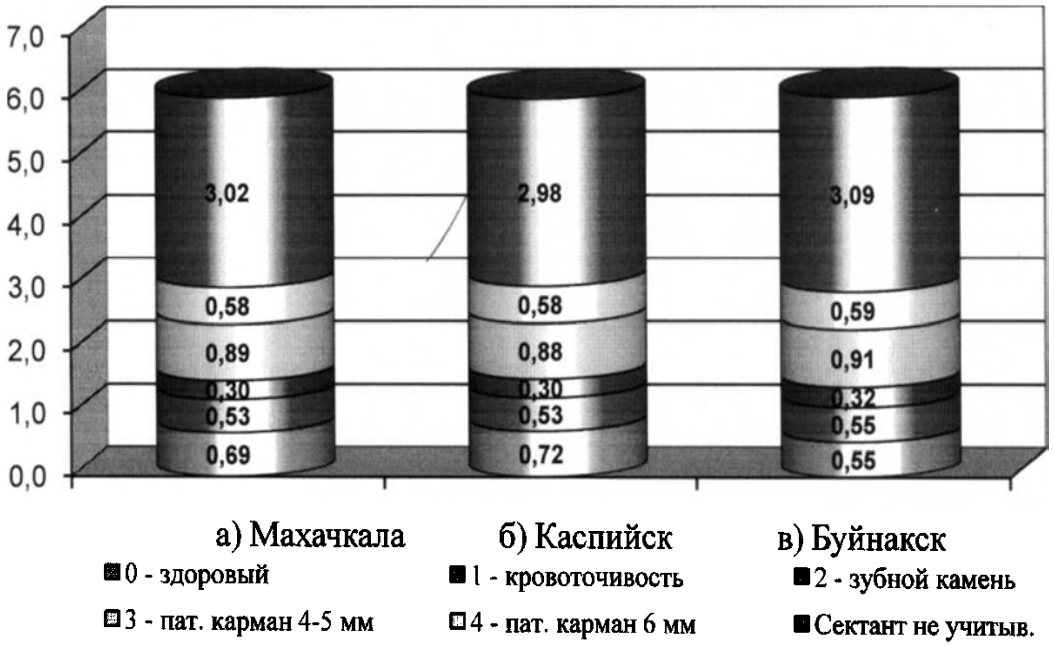


Рис. 5. Интенсивность поражения тканей пародонта у лиц возрастной группы 60 лет и старше

Здоровый пародонт выявлен у 9,37% обследованных лиц 60 лет и старше г.Махачкалы. Среднее количество секстантов с кровоточивостью было 0,53±0,03, 0,3±0,01, с зубным камнем – 0,3±0,01, с пародонтальными карманами 4-5мм 0,89±0,04, с пародонтальными карманами более 6мм 0,58±0,03, исключенных секстантов – 3,02±0,15 (рис. 5а).

В г.Каспийске здоровый пародонт выявлен у 9,3%) обследованных лиц пожилого и старческого возраста. Среднее количество секстантов с кровоточивостью составляло 0,53±0,03, с зубным камнем 0,3±0,02, с карманами 4-5мм – 0,88±0,05, карманами 6мм и более – 0,558±0,03, интактными оставались 0,72±0,04 секстанта пародонта, исключили из исследования – 2,98±0,18 (рис. 5б).

При осмотре тканей пародонта лиц пожилого и старческого населения г.Буйнакска признаки поражения тканей пародонта не регистрировались, из-за отсутствия индексных зубов. Здоровых секстантов пародонта было 0,55±0,03, с кровоточивостью – 0,55±0,03, с зубным камнем 0,32±0,02, с карманами 4-5мм – 0,91 ±0,05, с карманами 6мм и более – 0,59±0,04, исключенными из исследования были 3,09±0,19 секстанта пародонта (рис.5в)

Как показали наши исследования состояние тканей пародонта у пожилого и старческого городского населения Республики Дагестан (0,65±0,05 секстантов – здоровые, 3,03±0,14 – исключенные из исследования) крайне тяжелое. Представить полную картину поражения тканей пародонта у отсутствия подавляющего количества индексных зубов в 67,4% случаев.

Заключение. Таким образом, следует отметить, что на территории Дагестана выявлены различные уровни заболеваемости болезнями пародонта, значение которых наиболее часто определяется природными и экономическими факторами. Высокая напряженность городского населения в пародонтологической помощи требует проведения неотложных мероприятий по улучшению специализированной помощи. Группировка климатографических зон по уровням заболеваемости позволит в дальнейшем решать методические и организационные вопросы профилактики болезней пародонта и дифференцированного обеспечения городского населения Дагестана стоматологическими кадрами в соответствии с уровнем стоматологической заболеваемости населения республики.

Литература

1. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста // Стоматология для всех, 2009. – №2. – С. 46-49.
2. Алиханов Т.М. Распространенность, интенсивность, структура и динамика развития стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста//Материалы научно-практической конферен-

ции, посвященной 40-летию стоматологической поликлиники г.Дербента. – Махачкала, – 2012. – С.21-22.
3. Грудянов А.И. Обследование лиц с заболеваниями пародонта // Пародонтология. 1988. №3. С.8-13.
4. Дахкильгов М.У. Эпидемиологическое исследование распространенности и интенсивности заболеваний зубов и пародонта населения Республики Ингушетии, определение потребности стоматологической помощи: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. -М., 2001. -26с.
5. Кузнецова И.В. Стоматологическая заболеваемость населения Республики Дагестан и разработка программы профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. М., 2003, 32 с.

ДИНАМИКА ПОРАЖАЕМОСТИ КАРИЕСОМ БЕРЕМЕННЫХ г.ДЕРБЕНТА

Алиева З.Б., Брагин Е.А., Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б.

Стоматологическая поликлиника, женская консультация ЦГБ, Дербент,
Кафедра ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь.

Согласно данным отечественных исследователей за последние десятилетия стоматологическое здоровье населения нашей страны стабильно ухудшалось и основными причинами сложившейся ситуации, по их мнению, являются – смена общественно-полити-ческого строя в России и дефицит государственного финансирования учреждений здравоохранения [4]. Для изучения динамики стоматологического здоровья населения в каждом конкретном регионе крайне важны проводимые регулярно (контрольные) эпидемиологические обследования и сравнительная оценка их результатов с данными исходных обследований.

Цель данного исследования – мониторинг поражаемости кариесом беременных женщин г. Дербента за последние 20 лет – с 1998 по 2018 годы.

Материал и методы. В настоящем сообщении сопоставлены данные стоматологического обследования 1763 беременных в возрасте от 17 до 39 лет, родившихся и постоянно проживающих в г. Дербенте. Из них 664 беременные были обследованы в 1998 году,

629 беременные – в 2008 году, полученные результаты этих обследований были ранее опубликованы в печати [1,2]. Эти данные использовались для сравнения с результатами, полученными при изучении стоматологического статуса у 470 беременных женщин в 2018г. – через 20 лет после проведения первого эпидемиологического обследования беременных женщин г. Дербента.

Обследования беременных проводились в стоматологическом кабинете женской консультации МУЗ ЦГБ Дербента. Осмотр полости рта выполнялся с помощью стандартного набора стоматологических инструментов по общепринятой методике, применяющейся для выявления кариеса, с заполнением специально разработанной для этих целей «Карты обследования полости рта беременной» [2]. Распределение беременных на группы по возрасту, и их обследование проводились согласно рекомендациям ВОЗ.

В каждой возрастной группе определяли структуру КПУУ$_1$, отдельно выделяя, как рекомендуют некоторые авторы, в структуре кариозных поражений элемент (У$_1$) – разрушенные зубы подлежащие удалению.

Имеющиеся незначительные дефекты выборки устраняли путём применения метода прямой стандартизации [5].

Достоверность полученных данных, несмотря на проведение исследований в разные годы, обусловлена не только применением единой методики обследования женщин, но проведением их одним и тем же составом участников обследования.

Результаты исследования обработали математически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Результаты сравнительного анализа данных возрастного состава беременных за годы наблюдения представлены в таблице 1, и эти данные свидетельствуют о следующем.

Таблица 1.

Количество беременных женщин, обследованные за годы наблюдения, и их распределение по возрасту (M±m)

Год наблюдения	1-я группа, годы		2-я группа, годы		3-я группа, годы		4-я группа, годы		5-я группа, годы		Всего
	17-19		20-24		25-29		30-34		35-39		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1998	118	17,77± 1,48	285	42,92± 1,92	153	23,04± 1,63	82	12,35± 1,28	26	3,91± 0,75	664
2008	152	24,16± 1,71	245	38,95± 1,94	135	21,46± 1,64	81	12,88± 1,33	16	2,54± 0,63	629

2018	111	23,62± 1,96	177	37,66± 2,23	109	22,19± 1,94	59	12,55± 1,53	14	2,98± 0,78	470

Только в 2008г. беременных 1-й группы (17-19 лет) было достоверно больше по сравнению с 1998г. соответствуя значению 24,16±1,71%, тогда как в 1998г. их доля составляла всего – 17,77±1,48% (P<0,001). Доли других возрастных групп беременных за годы наблюдения практически не различались и находились на одном статистическом уровне (P всегда >0,05).

Результаты изучения исходного стоматологического статуса у беременных за все годы обследования свидетельствуют о высокой, массовой распространенности кариеса во всех возрастных группах (см. табл.2).

Таблица 2.

Распространенность (в %) и интенсивность кариеса у беременных женщин в 1998, 2008 и 2018 гг. (M±m)

Группа	Возраст, годы	Число обследованных	Распространенность кариеса	$КПУУ_1$	Структура $КПУУ_1$			
					К	П	У	$У_1$
1998 г.*								
1-я	17-19	118	93,22±2,31	5,46±0,31	2,31	1,50	1,38	0,26
2-я	20-24	285	96,14±1,14	6,93±0,26	2,60	1,70	2,20	0,43
3-я	25-29	153	99,35±0,64	10,20±0,43	2,60	2,83	4,50	0,71
4-я	30-34	82	100,00±0,00	11,78±0,63	2,07	2,51	6,72	0,47
5-я	35-39	26	100,00±0,00	14,73±0,93	2,73	2,65	8,58	0,77
Всего (стандартизированный показатель)			97,74	9,82	2,46	2,24	4,58	0,53
2008 г.**								
1-я	17-19	152	96,05±1,58	5,25±0,19	1,74	2,10	1,06	0,35
2-я	20-24	245	97,55±0,99	6,95±0,17	1,53	3,53	1,44	0,45
3-я	25-29	135	100,00±0,00	10,54±0,28	1,59	5,58	2,79	0,58
4-я	30-34	81	100,00±0,00	12,13±0,39	1,27	5,72	4,57	0,57
5-я	35-39	16	100,00±0,00	15,81±0,99	1,31	6,69	7,12	0,69
Всего (стандартизированный показатель)			98,72	10,14	1,49	4,72	3,40	0,53
2018 г.								
1-я	17-19	111	95,49±1,97	5,21±0,21	1,69	2,38	0,92	0,21
2-я	20-24	177	97,74±1,12	7,12±0,20	1,14	3,21	2,35	0,42
3-я	25-29	109	99,08±0,91	10,47±0,31	1,58	5,53	2,78	0,58
4-я	30-34	59	100,00±0,00	12,00±0,45	1,36	5,68	4,21	0,75
5-я	35-39	14	100,00±0,00	14,93±1,03	1,78	6,54	6,02	0,59
Всего (стандартизированный показатель)			98,45	9,95	1,51	4,67	3,26	0,51

Примечание. *Данные за 1998 г. опубликованы в журнале Стоматология 2000; 3: 12-14; **данные за 2008 г. опубликованы в журнале Стоматология 2013; 4: 60-62.

При этом показатели распространенности кариеса за разные годы наблюдения в одинаковых возрастных группах существенно не отличались.

Распространенность кариеса была наименьшей в 1-й группе – у беременных 17-19 лет. Её значения колебались от 93,22±2,31% в 1998г. до 96,05±1,58% в 2008г. (P>0,05). Во 2-й возрастной группе показатель распространенности кариеса был самым маленьким в 1998г. – 96,14±1,14%, а наибольшим в 2018г. – 97,74±1,12 (P>0,05). У беременных 3-й группы (25-29 лет) в 1998г. кариес зубов диагностировали у 99,35±0,64% обследованных, в 2008г. у всех обследованных лиц и в 2018г. у 99,08±0,91% беременных женщин (P>0,05). Во всех сроках наблюдения в 4-й (30-34 года) и в 5-й (35-39года) возрастных группах кариес был выявлен у всех обследованных – в 100% случаев.

Не отличались достоверно в одинаковых возрастных группах женщин за все 3 срока наблюдения и показатели интенсивности кариеса, хотя наблюдался существенный рост показателя $КПУУ_1$ с возрастом беременных.

Интенсивность кариеса за годы наблюдения колебалась в 1-й группе от 5,21±0,21 в 2018г. до 5,46±0,31 в 1998г. (P>0,05); во 2-й группе – от 6,93±0,26 в 1998г. до 7,12±0,20 в 2018г.(P>0,05); в 3-й группе – от 10,20±0,43 в 1998г. до 10,54±0,28 в 2008г.(P>0,05). У беременных 4-й возрастной группы показатели кариеса также существенно не изменились и значения $КПУУ_1$ колебались от 11,78±0,63 в 1998г. до 12,13±0,39 в 2008г. (P>0,05).

В 5-й группе – у беременных в возрасте 35-39 лет значения $КПУУ_1$ колебались от 14,73±0,93 в 1998г. до 15,81±0,99 в 2008г. (P>0,05). Важно отметить, что значения этих показателей за все 3 срока наблюдения в 5-й группе превышают показатель, в возрастной группе 35-44 лет, который соответствует по данным ВОЗ [3] и результатам обследования населения России, высокому уровню поражения кариесом.

Таким образом, согласно полученным в ходе исследования данным за 20 лет наблюдения, такие эпидемиологические показатели кариеса, как распространенность заболевания и интенсивность пора-

жения во всех возрастных группах беременных существенно не менялись, не имеют тенденцию к снижению, и оставались на высоком уровне поражения.

На основании этих данных и с учётом того, что город Дербент относится к регионам с низким содержанием фтора в воде (0,28–0,32 мг/дм^3), для улучшения стоматологического здоровья беременных мы считаем крайне необходимым разработку и внедрение индивидуальных мер профилактики кариеса.

Литература

1. Бахмудов Б.Р. Бахмудова З.Б. Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенические навыки ухода за полость рта у беременных женщин //Стоматология. – 2000. –№3. – С.12-14.
2. Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б., Бахмудов М.Б. Анализ распространенности кариеса среди беременных женщин Дербента в динамике за 10 лет наблюдения //Стоматология. – 2012. – №4. – С.60-62.
3. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2001. – С. 12-14, 33-35, 41-45.
4. Рожковский В.М. Социально-медицинское и экономическое обоснование стоматологической диспансеризации в современных условиях: автореф. дис. … д-ра мед наук. – М., 2000. – 24с.
5. Стоматологическое обследование. Основные методы // Пятое издание: пер. с англ. ВОЗ., 2015. – 135с.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ДАГЕСТАНА

Курбанов О.Р., Алиева А.О., Хасаева М.И., Акавов А..Н., Курбанов З.О., Будайчиев Г.М-А.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Введение. За последние годы в Российской Федерации, как и во всех развитых странах мира, происходит естественный процесс по-

старения населения, связанный со многими факторами в том числе с урбанизацией [3]. Этому также способствует прогресс науки и здравоохранения, позволяющий осуществлять борьбу с тяжелыми соматическими заболеваниями, приводящими к преждевременному старению и смерти людей. В результате только за последние годы в Российской Федерации доля лиц пожилого и старческого возраста превысила 40% [1, 2, 3]. Все это выдвигает на передний план проблему нормального жизнеобеспечения указанной категории лиц, совершенствования всех видов их медицинского и в том числе стоматологического обеспечения [2].

Как известно, важнейшим залогом сохранения здоровья любых групп населения и прежде всего лиц пожилого и старческого возраста является сохранение или восстановление их жевательного аппарата, обеспечивающего хорошее пережевывание пищи и, отсюда нормальное функционирование всей пищеварительной системы. Это, в свою очередь, является профилактикой серьезных соматических заболеваний и прежде всего заболеваний кишечно-желудочного тракта.

В связи с этим совершенствование стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста – важнейшая задача, которая стоит сегодня перед стоматологической службой (А.В.Алимский, 2010).

Для ее успешного решения необходимо прежде всего провести изучение обращаемости по данным социологических исследований и уровня пораженности кариесом зубов лиц пожилого и старческого возраста – основной стоматологической патологии, приводящей к потере зубов.

Одновременно с этим должна быть оценена структура индексов КПУ и выявлены абсолютные величины и удельные веса среди них осложнений кариеса зубов, подлежащих удалению, а также удаленных зубов.

На основании анализа всего комплекса полученных данных может быть выявлена потребность лиц пожилого и старческого возраста в стоматологической помощи [4, 5].

Существенное значение при этом имеет оценка качества ранее оказанной ортопедической стоматологической помощи и сроки пользования лицами пожилого и старческого возраста зубными протезами различных конструкций.

Изучение распространенности и интенсивности наиболее массовых стоматологических заболеваний позволяет определить уровень этих болезней, характерных для региона, оценить проводимые лечебно-профилактические мероприятия. Кроме того, данные, полученные в результате изучения распространенности интенсивности основных стоматологических заболеваний, являются основой для текущего и перспективного планирования стоматологической помощи декретированному контингенту лиц пожилого и старческого возраста Республики Дагестан.

Всесторонний анализ позволяет ответить на широкий круг вопросов, отметить некоторые стороны патогенеза, медико-географического аспекта распространенности и интенсивности и т.д. Каждый из перечисленных вопросов представляет собой самостоятельный интерес и требует индивидуального подхода и глубокого изучения.

В связи с этим, рациональное планирование лечебно-профилактических мероприятий может быть осуществлено на основе тщательного анализа распространенности, интенсивности и структуры заболеваемости. Данные заболеваемости служат основой для проведения расчетов числа врачей, необходимых для ликвидации выявленной патологии, позволяют совершенствовать способы проведения планово-профилактических мероприятий.

Изучение заболеваемости представляет трудоемкую задачу, успешное выполнение которой предопределяется четкой формулировкой целей и составлением тщательно продуманного плана исследования.

Цель исследования – изучение распространенности, интенсивности и динамики развития основных стоматологических заболеваний пожилого и старческого населения.

Материал и методы. В соответствии с целью и программой исследования в течение 2015-2016 гг. проведено эпидемиологическое обследование среди лиц пожилого и старческого возраста Республики Дагестан.

В ходе исследования была изучена возрастно-половая структура обследованных.

Основным объектом исследования (359) явились лица пожилого и старческого возраста (55-74 и 90 лет и старше).

В целях изучения динамики пораженности кариесом и структуры КПУ обследованы также лица в возрасте 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 лет. Всего эпидемиологическому обследованию было подвергнуто пациентов в количестве 600 человек.

По полу, возрасту обследованные распределялись следующим образом (Табл.1).

Таблица 1

Численность и возрастная структура обследованных лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей Республики Дагестан (абс. и в % итоги)

Возраст в годах	Число обследованных	
	абс.	%
55-74	144	37,30
75-89	170	44,04
более 90 лет	72	18,65
Всего	386	100,0

Наибольшую долю среди обследованных составили лица в возрасте 75-89 лет, поэтому, как отмечалось ранее (А.В.Алимский, 2000), данный возраст следует рассматривать в качестве возрастной группы среди лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей.

Возрастные группы представлены не менее 70 человек в каждой возрастной группе.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов клинического обследования органов полости рта населения пожилого (55-74 года), старческого (75-89 лет) возраста и долгожителей (90 лет и более) свидетельствует о высокой распространенности кариеса зубов среди обследованного контингента населения, которая составляет 100% (табл.2).

Таблица 2

Распространенность кариеса и его осложнений среди лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей Республики Дагестан

Возраст (в годах)	Число обследованных	Распространенность кариеса зубов в %	Интенсивность кариеса в среднем на 1 обследованного
55-74	144	100,0	23,21
75-89	170	100,0	25,62
более 90 лет	72	100,0	27,49
Всего:	386	100,0	25,44

Стоматологическую заболеваемость наиболее ярко характеризует показатель интенсивности кариеса (КПУ) отражающий число кариозных зубов, подлежащих лечению (К), число пломбированных (П) и удаленных зубов (У), приходящихся на одного обследованного. Результаты нашего исследования показали, что средняя интенсивность поражения 25,44 в расчете на одного обследованного (табл.2). Она неуклонно нарастает с возрастом: с 23,2 в 55-74 лет до 27,49 – более 90 лет.

При сравнительном анализе значений индекса «КПУ» зубов среди лиц пожилого, старческого и долгожителей отмечается статистически достоверные различия ($t > 2$) между представленными возрастными группами.

В связи с этим существенный интерес представило изучение структуры поражения кариесом зубов, представленной в таблице 3.

Структура составляющих элементов КПУ у лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей Республики Дагестан (в % к величинам КПУ)

Таблица 3

Возраст (в годах)	К	Р	Х	П	У	КПУ
55-74	3,01	0,81	1,02	4,01	91,14	100,0
75-78	1,93	0,31	0,39	2,01	95,11	100,0
Более 90 лет	0,73	0,12	0,68	0,41	98,01	100,0

Данные таблицы 3 показывают, что в структуре индекса «КПУ» ведущее место занимают удаленные и подлежащие к удалению зубы. Именно они определяют величину имеющейся и предстоящей потери зубов у населения, что в сумме характеризует степень инвалидизации жевательного аппарата.

Как установлено, наибольший удельный вес в структуре элементов «КПУ» занимают удаленные зубы, которые составляют 94,75%, возрастая с 91,41% в возрастной группе 55-74 лет до 98,01% − в возрастной группе более 90 лет.

При сравнительном анализе значений индекса «КПУ» зубов среди трех возрастных групп отмечаются статистические достоверные различия ($t > 2$) между каждой из них.

Таким образом, как видно из данных табл.3, в основном у лиц пожилого, старческого возраста, а также долгожителей структура

«КПУ» представлена удаленными зубами. Вместе с зубами, подлежащими удалению (элемент «Х»), они составили в среднем более 95,44%.

Из сказанного следует, что с возрастом у пожилых людей резко уменьшается потребность в лечении кариеса зубов и его осложнений.

Анализ других элементов показателей «КПУ» указывает на их невысокий удельный вес и в целом небольшую значимость у престарелых. Так, кариозные зубы, подлежащие лечению (элемент «К»), составили в среднем на всех обследованных 1,9%, сокращаясь с 3% в возрастной группе 55-74 до 1,9% в группе более 90 лет.

Что касается запломбированных зубов, хотелось бы отметить невысокий удельный вес в структуре «КПУ» запломбированных зубов. Причем она сокращается в несколько раз по мере увеличения возраста обследованных пожилых людей. Так, если в возрастной группе 55-74 года она составляла 4% от величины «КПУ», то у лиц более 90 лет сократилась до 0,4%. В среднем на всех обследованных лиц пожилого и старческого возраста доля запломбированных зубов в структуре «КПУ» не превышает 2,1%.

Полученные данные не только дают четкое представление о размерах пораженности кариесом зубов лиц пожилого и старческого возраста, но и ее структуре, что имеет большое значение в совершенствование оказания ортопедической стоматологической помощи. Основываясь на них, можно легко рассчитать объем нуждаемости обследованных в различных видах стоматологической помощи и, в том числе терапевтической, хирургической и ортопедической.

Выводы. Таким образом, анализируя данные изучения заболеваемости пожилого населения Республики Дагестан, можно сделать следующие выводы:

1. Интенсивность кариеса по индексу «КПУ» увеличивается с возрастом.

2. Между возрастными группами 55-74 и более 90 лет отмечается невысокая нуждаемость в терапевтической помощи.

3. У лиц пожилого и старческого возраста отмечается невысокий удельный вес в структуре «КПУ» запломбированных зубов, причем их доля постоянно сокращается, а также отмечается отрицательная динамика по мере увеличения возраста обследованных.

4. У лиц пожилого и старческого возраста структура «КПУ» представлена удаленными зубами. Причем с возрастом их удельный вес постоянно нарастает.

Литература

1. Алимский А.В. Изучение показателей стоматологической заболеваемости среди взрослого коренного населения //Проблемы совершенствования стоматологической помощи населению. – Алма-Ата, – 1986. – С. 3-6.
2. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста //Стоматология для всех. – 2006. – № 2. – С.46-49.
3. Боровский Е.В., Пак А.Н. Стоматологический статус лиц пожилого и старческого возраста в разных регионах //Стоматология. – 1999. – № 4. – С.78-80.
4. Зуева О.А. Особенности оказания стоматологической помощи лицам пожилого и преклонного возраста. Автореф.дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург. – 2006. – 21 с.
5. Козырева И.И. Стоматологическая заболеваемость и потребность в ортопедической помощи лиц пожилого возраста Краснодарского края. Автореф.дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар. – 1999. – 19 с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ МАХАЧКАЛЫ

Курбанов О.Р., Алиева А.О., Хасаева М.И., Курбанов З.О., Акавов А.Н., Будайчиев Г.М-А.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский Университет» МЗ РФ, Махачкала

Прогнозирование и перспективное планирование развития стоматологической помощи населению без эпидемиологических исследований не представляется возможным. Результаты этих исследований имеют большое значение в решении многих проблем стоматологии, так как они позволяютоценить распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний, определить объем и качество оказанной стоматологической помощи и устано-

вить реально достижимые цели для развития стоматологической службы.

Преимущества эпидемиологического метода в изучении стоматологических заболеваний заключаются в том, что наряду с получением статистических данных о стоматологическом здоровье населения он предусматривает выявление общих закономерностей в развитии этих заболеваний.

Исследованиями ряда отечественных и зарубежных авторов в установлено, что среди многочисленных факторов, определяющих пораженность кариесом, большое значение придается природно-климатическим условиям и содержанием макро и микроэлементов в питьевой воде, продуктах питания, почве и атмосферном воздухе. Известна высокая корреляционная связь между содержанием фтора в питьевой воде и распространенностью кариеса.

Распространенность кариеса зубов среди городского населения Дагестана недостаточно изучена. Большинство работ посвящено изучению поражаемости кариесом различных групп населения проживающих в различных климатогеографических зонах республики.

Отсутствие на сегодня исчерпывающих данных и научных исследований на уровне республики послужило обоснованием необходимости изучения эпидемиологических аспектов стоматологических проблем, анализу результатов которого и посвящена предлагаемая работа.

Целью настоящей работы было изучения особенностей распространенности т интенсивности кариеса зубов г.Махачкалы.

г.Махачкала - столица Республики Дагестан, самый крупный республиканский центр Северокавказского Федерального округа, который расположен на западном побережье Каспийского моря на широте лучших курортов Адриатики, Кроман, черноморского побережья Кавказа.

Климат г.Махачкалы континентальный, засушливый. Зима умеренная, малоснежная. Самым холодным месяцем бывает январь, когда средняя температура, хотя и незначительно имеет минусовый режим (-0,1). Выпадающий снег, обычно, не создает прочного снегового покрова, он держится недолго. Лето в Махачкале – жаркое и сухое с сильными ветрами. Среднемесячная июльская температура воздуха $+24,7^0$С. Осень – наиболее благоприятное время года, в этот

период сравнительно тепло и сухо. Среднегодовая температура воздуха около $+14^0$С.

Осадков в г.Махачкале выпадает сравнительно мало, в среднем за год нее более 450 мм. Наибольшее количество их выпадает осенью и зимой. Количество дней с осадками невелико. Среднегодовая относительная влажность воздуха – 77%.

Водоснабжение города осуществляется в основном за счет функционирования Сулакского водовода.

Известно, что биогеохимическая особенность г.Махачкалы в недостаточном содержании в окружающей среде ряда микроэлементов, в частности фтора, цинка, меди и марганца, влияние которых на уровень поражаемости населения можно считать установленным.

Материал и методика. Исследование проведено по материалам, полученным в процессе это эпидемиологического обследования полости рта 600 лиц в возрасте от 15 до 60 лет и старше, родившихся и постоянно проживающих в Махачкале. На каждого обследуемого заполняли «Карточку для систематического наблюдения за полостью рта», в которой отмечали зубы, пораженные кариесом, запломбированные, заведомо подлежащие удалению и удаленные по поводу осложнений кариеса.

При оценке состояния зубов использовали показатели распространенности (в процентах) и интенсивности кариеса в виде индекса КПУ. В каждой возрастной группе определяли и структуру КПУ – составляющие элементы показателя интенсивности кариеса зубов, т.е. среднее число кариозных, пломбированных, удаленных и подлежащих удалению зубов на 1 обследованного. Кроме того, вычисляли средние арифметические этих показателей.

Содержание фтора в питьевой воде определяли в Республиканской СЭС потенциометрическим методом Государственного стандарта Российской Федерации «Вода питьевая»

Результаты и обсуждение. Результаты наших стоматологических обследований в г.Махачкале по распространенности и интенсивности поражения кариесом зубов представлены в таблице 1., где видно, что его частота в среднем составляет 97,2± 0,62%. В возрастном аспекте данный показатель имеет не однозначные величины. Низкий уровень его наблюдается в возрастной группе 15-19 лет – 87,0± 3,27%, в возрастной группе он увеличивается до 95,7±

1,59%. В возрастных группах 30-39-40-49-50-59-60 и старше составляет 100%.

Интенсивность показателя (КПУ) установлено, что в среднем она составляет 10,2± 0,12% зубов на одного обследованного. В отличие от распространенности интенсивный показатель с возрастом увеличивается до 50-59-летнего возраста, а затем снижается. Так как видно из данной таблицы 3.1., с 15-19 летнего возраста, где КПУ составляет 2,7± 0,04 зубов, к возрасту 30-39 лет он увеличивается до 6,64± 0,17%, а в возрасте 50-59 лет 21,0± 0,55% зубов и в последующей возрастной группе снижается до 9,6± 0,2% зубов, т.е. почти более двух раз. Снижение показателя КПУ в последней возрастной группе 60 лет и старше объясняется тем, что в этом возрасте возрастает число удаленных зубов и часто обнаруживаются лица с беззубыми челюстями (зубы потеряли в связи с заболеваниями пародонта), что сказывается на величине указанного интенсивного показателя кариеса зубов.

Более полную картину пораженности зубов населения низменного района можно получить при анализе составных элементов показателя КПУ. Как видно из таблицы 1, число зубов, подлежащих лечению с кариесом, среднем на одного обследованного составляет 0,57 зубов, а число зубов осложнениями кариеса – 0,05 зубов. В среднем в указанном районе число зубов с осложнениями кариеса, подлежащими удалению, составляет 0,3 зуба, а запломбированными – 0,01 зуба.

Таблица 1.

Распространенность и интенсивность поражения кариесом зубов населения г.Махачкала.

Возрастные группы	Распространенность кариеса зубов в %	КПУ	В том числе				
			К	Р	У	Х	П
15-19	82,3± 3,27%.	2,5± 0,03	1,2	0,15	1,0	0,1	0,01
20-29	96,8± 1,59%.	4,8±0,1	0,71	0,03	3,1	0,21	0,03
30-39	100	6,01 ±0,12	0,39	0,03	5,1	0,49	-
40-49	100	16,5±0,4	0,41	0,01	15,8	0,28	-
50-59	100	20,1±0,5	0,3	-	19,4	0,38	-
60 лет и старше	100	9,38±0,2	0,2	-	9,0	0,19	-
В среднем	96,5±0,51%.	9,9±0,1	0,7	0,03	8,9	0,3	0,007

Как видно из таблицы 1, показатели «К» и «Р» в возрастных группах 15-19, 20-29 имеют большие величины, чем возрастных группах 30-39, 40-49, 50-59. Показатель «К» в первой и второй возрастной группе составляет 1,2 и 0,01 зубов, а в возрасте 40-49 лет – 0,4 зубов. Показатель «Р» в возрасте 15-19 лет составляет 0,15 зубов, а в возрасте 40-49 лет – 0,01 зуба. В отличие от этих показателей число зубов, подлежащие удалению («Х») с возрастом имеет тенденцию к увеличению. Так, в возрастной группе 15-19 лет она составляет 0,1 зуба, а в возрасте 30-39 лет 0,49 зуба.

Особенно заслуживает внимания показатель «У» - число удаленных зубов. Как видно из таблицы 1, в среднем он составляет 9,91 зубов, т.е. он больше суммарного числа всех вышеуказанных элементов показателя КПУ. Удельный вес числа удаленных зубов в показателе КПУ составляет – 9,91%. В возрастном аспекте число удаленных зубов увеличивается до 50-59 летнего возраста включительно, а в последующей возрастной группе снижается на значительный уровень. Так, в возрасте 15-19 лет данный показатель составляет 1,0 зубов, в возрасте 30-39 лет – 5,1 зубов, в возрасте 50-59 лет – 19,4 зуба, а в последней возрастной группе – 9,0 зубов.

Заключение. Таким образом, результаты обследования показывает, что в г.Махачкале частота и интенсивность поражения заболеванием кариеса высокая. В общем объеме число удаленных зубов, пораженных кариесом, составляет весьма высокий уровень, а число запломбированных, к сожалению, незначительное.

Очевидно, это связано с биогеохимическими особенностями окружающей среды, в частности с низким уровнем фтора в питьевой воде. Водные ресурсы в Махачкале страдают от негативного воздействия промышленных предприятий. Помимо водного бассейна, так же страдает и атмосферный воздух Махачкалы является наиболее экологически загрязненным местом в Дагестане.

Следует также отметить, что анализ по возрастных данных КПУ указывает на необходимость улучшения организаций плановой санации полости рта.

ПОРАЖЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА У ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Курбанов О.Р., Абакаров Т.А., Алиева А.О .Курбанов З.О., Хасаева М.И., Акавов А.Н.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
Кафедра ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала, Россия

По данным ВОЗ, болезни пародонта представляют большую медико-социальную проблему, причем в некоторых странах мира ее актуальность значительно выше, чем проблема кариеса зубов.

Результаты проведенных исследований по изучению болезней пародонта [1,3,4,] и борьбы с ними в конкретных регионах, которую можно провести с максимальной эффективностью и минимальными затратами материальных средств. Именно в этом и заключается значение эпидемиологических исследований пародонта [2,5].

Своевременно не оказанная помощь при заболеваниях пародонта приводит к подвижности и потере зубов, а в дальнейшем – к патологии всей зубочелюстной системы. Кроме того, из-за тесной взаимосвязи с органами и системами организма поражение пародонта приводит к их дисфункции и осложняет течение других заболеваний. В связи с этим для стоматологической практики в настоящее время актуальна проблема диагностики, поиска эффективных методов лечения и профилактики заболеваний пародонта с целью поддержания общего здоровья человека.

Заболевания пародонта достаточно трудно поддаются лечению и зачастую принимают хроническое течение. Именно поэтому при всей значимости этопатогенетической терапии стержнем пародонтологического лечения остается индивидуальная и профессиональная гигиена полости рта, а стабильных позитивных результатов можно достичь только при внедрении в повседневную практику методов профилактики заболеваний пародонта.

Заслуживает внимание мнения о том, что уровень нуждаемости в пародонтологической помощи определяется социально-экономическими условиями, а главное организацией профилактических мероприятий.

Кроме того, за последние годы наметилась отчетливая тенденция к сокращению уровня санационной работы на территории республики и практически полному прекращению профилактических мероприятий. На этом фоне вполне правомерно было предположить возможное ухудшение показателей стоматологического статуса современного детского населения Дагестана, что, собственно, и подтвердили результаты настоящего исследования. Ранее проводившиеся эпидемиологические исследования заболеваний пародонта на территории республики [7,9] практически свернуты.

В связи в вышеизложенным, чрезвычайно актуальным стало изучение современного состояния пародонта населения Дагестана для разработки адекватных программ его оздоровления. Немаловажным при этом является и определение тенденций развития стоматологической заболеваемости, проявившихся за последние десятилетия.

Анализ ранее опубликованных данных (А.А.Ахмедов, 1968; Г.В.Гусенов, 1976) в сравнении с полученными нами результатами свидетельствует о том, что за изучаемый период времени произошли серьезные изменения в показателях заболевания пародонта населения Республики Дагестан. Прежде всего они коснулись размеров пораженности, которые к моменту заключительного обследования существенно возросли практически во всех изученных регионах республики. В то же время фактически не изменилась структура поражения, которая по-прежнему осталась такой же неблагоприятной.

Целью нашего исследования являлось определенные распространенности интенсивности заболеваний пародонта городского населения.

Материалы и методы исследования. Согласно цели и задачам исследования планировалось получение данных характеризующих уровень пораженности у 320 обследованного населения г.Махачкалы заболеваниями пародонта, установления возможных природно-климатических, биогеохимических, социально-эпиде-миологических факторов на их распространенность и интенсивность поражения.

При стоматологических обследованиях мы пользовались «Картой осмотра полости рта», используемой на кафедре стоматологии ФПК и ППС ДГМУ МУ.

Использование данной карты позволило нам получить унифицированные данные по частоте и интенсивности поражения заболеваниями пародонта населения г. Махачкалы которые можно было исполь-

зовать для сравнения динамики развития их среди населения республики, а также сопоставить с данными по их эпидемиологии в сопредельных регионах Северного Кавказа.

Карты осмотра полости рта по каждому району в отдельности группировали по возрасту и подвергали дальнейшей обработке по методикам, рекомендуемым ЦНИИС. По полученным абсолютным цифрам, характеризующие стоматологическую заболеваемость, составляли систематизированные таблицы, которые преобразовали в производные величины - интенсивные и относительные показатели.

При клиническом обследовании изучали жалобы больных, анамнез заболевания и жизни, наследственные и профессиональные факторы, сопутствующие заболевания. При осмотре полости рта отмечали прикус, прикрепление уздечек количество зубов, их расположение в зубном ряду, наличие кариозных поражений, зубных отложений, подвижность, стираемость зубов, оголение их щек кровоточивость, десневые карманы.

Карты осмотра полости рта по каждому району в отдельности группировали по возрасту и подвергали дальнейшей обработке по методикам, рекомендуемым ЦНИИС. По полученным абсолютным цифрам, характеризующие стоматологическую заболеваемость, составляли систематизированные таблицы, которые преобразовали в производные величины - интенсивные и относительные показатели.

При клиническом обследовании изучали жалобы больных, анамнез заболевания и жизни, наследственные и профессиональные факторы, сопутствующие заболевания. При осмотре полости рта отмечали прикус, прикрепление уздечек количество зубов, их расположение в зубном ряду, наличие кариозных поражений, зубных отложений, подвижность, стираемость зубов, оголение их шекровоточивость, десневые карманы.

Наряду с диагностикой заболеваний пародонта, использовался гигиенических индекс - ИГ по Грин-Вермиллиону (1969), пародонтальный индекс PMA**(Parma**1960), пародонтальный индекс PI (Russel, 1956).

ИГ по Грин-Вермиллиону (упрощенный индекс гигиены OHI-S) определяли у 6 рядом стоящих зубов нижней и верхней челюстей с вестибулярной иповерхностей по следующим критериям: зубной налет покрывает неболее одной трети поверхности коронки зуба - 1, половину поверхности коронки зуба – 1, половину поверхности ко-

ронки – 2, две трети коронки – 3, отсутствие налета – 0. Цифровые значения суммируются и делятся на 6 (число зубов). В норме значение индекса не должно превышать значения 1,0.

Папиллярно-маргинальный-альвеолярный индекс (PMA) определяли по состоянию десневого сосочка, маргинального края и альвеолярной десны. Визуально оценивали состояние тканей десны у каждого зуба по критериям: воспаление сосочка (Р) – оценка 1, воспаление маргинального края (М) – 2, воспаление альвеолярной десны (А) – 3.

Значение PMA вычисляется по следующей формуле:

$$\text{PMA}\,\frac{\text{Сумма x } 100\%}{\text{3 x число зубов}}$$

Индекс PI определялся следующим образом. Все имеющиеся зубы рассматривались за исключением зуба мудрости. Критерии оценки состояния пародонта у каждого зуба оценивались следующими баллами:

0 – признаки воспаления отсутствуют;

1 – легкое воспаление десны, на окружающее зубов циркулярно;

2 – наличие воспаления десны, гингивит, но нет нарушения эпителиального прикрепления;

6 – гингивит с образованием десневого кармана, эпителиальное крепление нарушено, нарушение жевательной функции, зуб неподвижен, имеется пародонтальный карман, на рентгенограмме определяется горизонтальная резорбция межзубной альвеолярной перегородки до ½ длины корня;

8 – выраженная деструкция тканей пародонта с потерей жевательной функции, зуб подвижен, может быть легко смещен.

PI рассчитывается по формуле:

$$\text{P}I\,\frac{\text{Сумма оценки каждого индекса}}{\text{Число обследованных зубов}}$$

Результаты и обсуждения

Распространенность гингивита среди обследованных лиц представлена в таблице 1, где видно, что в среднем она составляет 31,0± 1,74%. С возрастным фактором частота гингивита имеет определенную зависимость, которая выражается тем, что она возрастает до 30-39 летнего возраста, затем имеет тенденцию к снижению.

Таблица 1

Распространенность гингивита среди населения г.Махачкалы (в%)

Возрастные группы	Общая распространенность	В том числе	
		катаральный	гипертрофильный
15-19	26,4±3,48	24,2±2,28	2,2±1,65
20-29	32,0±2,76	29,7±3,13	2,3±1,23
30-39	26,3±3,08	25,3±4,02	1,0±1,20
40-49	9,2±2,84	9±3,0	0,2±0,6
50-59	-	-	-
60 лет и старше	-	-	-
Всего	15,6±1,16	13,2±1,44	0,95±1,15

Анализируя данные по пораженности населения различными формами гингивита, можно отметить, что наиболее чаще встречаются лица, пораженные катаральной формой гингивита, нежели другой формой. Следует указать, что среди обследованных жителей по нашим материалам ни в одном случае не были выявлены лица с язвенным поражением пародонта.

Результаты наших исследований по пораженности населения г.Махачкала пародонтитом и пародонтозом представлены в таблице, где видно, что распространенность этих заболеваний пародонта в среднем составляет 9,36±2,19%. С возрастом их частота резко уменьшается до 50-59 лет, а затем в группе 60 лет и старше отсутствует. Так, во второй возрастной группе их частота составляет 6,18±1,89% в 30-39 лет – 20,7±3,45%, в 50-59 лет – 0,1±1,15%, а в последней возрастной группе 60 лет и старше – данная патология отсутствует.

Таблица 2

Распространенность пародонтита и пародонтоза среди населения г.Махачкалы , в %

Возрастные группы	Всего	Пародонтит			Пародонтоз		
		легкая степень	средняя степень	тяжелая степень	легкая степень	средняя степень	тяжелая степень
15-19	1,90±1,35	1,80±1,35					
20-29	6,18±1,89	3,10±1,3	0,62±0,6		1,85±1,06	0,62±0,6	
30-39	20,7±3,45	0,80±2,49	2,10±1,20	1,40±0,98	5,60±1,92	2,10±1,20	0,70±0,70
40-49	29,2±3,79	9,70±2,47	4,10±1,65	2,10	8,30±2,30	3,50±1,53	1,40±0,98
50-59	0,1±1,15	0,1±1,15					
60 лет и старше							
В среднем	9,36±2,19	3,8±1,4	1,13±1,01	3,5±1,4	2,6±1,31	1,03±0,81	0,35±0,51

При сравнительной оценке частоты этих заболеваний пародонта выявляется, что пародонтитом поражение больше, чем пародонтозом. Так как видно из таблицы, в среднем частота пародонтита составляет 1,4 % против, 4,46% пародонтоза.

Заключение. Таким образом, анализ наших материалов по частоте степени тяжести указанных заболеваний пародонта установил, что встречаются все степени поражения, но имеется определенная особенность. Она заключается в том, что, во-первых, средняя и тяжелая степени поражения пародонта встречаются, начиная со второй, и третьей возрастной группы обследованных: во-вторых, в обоих случаях заболевания пародонта больше выявлялись лица с легкой степенью, нежели с другими степенями.

Литературы

1. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонтасреди лиц пожилого и преклонного возраста // Стоматология для всех, 2000, №2, С. 46-49.
2. Амиралиев Р.С. Клинические особенностии социально-эпидемиологические закономерности распространения заболеваний пародонта и комплексная эффективная тактика по их лечению среди детей: Автореф. дис..канд.мед.наук. Баку, 2004, 22 с.
3. Грудянов А.И. Методы профилактики заболеваний пародонта и их обоснование/Стоматология. - 1995. - Т.74. - №3. - С.21-24.
4. Грудянов А.И. Современные методы профилактики заболеваний пародонта //Медицинская помощь. - 1995. - №6. - С.38-40.
5. Дахкильгов М.У. Эпидемиологическое исследование распространенностии интенсивности заболеваний зубов и пародонта у населения Республики Ингушетия, определение потребности в стоматологической помощи: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. М., 2001, 26 с.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВТОРИЧНОГО КАРИЕСА ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ

Абубакарова З.А., Абдурахманов А.И.

Кафедра стоматологии детского возраста
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала

Актуальность. Исследование состояния твердых тканей зубов у больных гемофилией показали высокую распространенность и интенсивность, низкое гигиеническое состояние, что требует значительного улучшения качества стоматологической помощи этой категории больных (1,3,4). Частое развитие кариозного процесса, связанно с нарушением минерализации зубов вследствие частых кровотечений. Об этом свидетельствуют признаки остеопороза костей, увеличение уровня кальция в крови. Наблюдаемые изменения минерального обмена при гемофилии сопровождается нарушением фосфорно-кальциевого баланса в твердых тканях зубов, что также способствует усилению кариозного процесса [1,3,5].

Следует отметить, что частые кровотечения, приводящие к образованию сгустков крови в полости рта, способствует росту микроорганизмов и вследствие этого усугублению течения кариозного процесса. [1,3]. Кроме того, у больных гемофилией в полости рта установлено значительное снижение ph слюны в кислую сторону, что является предрасполагающим кариесогенным фактором и пусковым механизмом, переводящим условно-патогенную в патогенную (2,4). Все указанные выше изменения в органах и системах, а также изменения гормонального спектра крови оказывают влияние на состояние твердых тканей зубов у больных с гемофилией [2,4,5].

Цель исследования. Снижение прироста кариеса и его осложнений у больных с гемофилией.

Материалы и методы исследования. Из 120 санированных больных с наследственными коагулопатиями находящиеся на диспансерном учете гематологического отделения Республиканской клинической больницы, сформировали 2 группы по 60 человек с гемофилией А, Б с одинаковыми возрастными группами и степенью тяжести.

Лечение осложненного кариеса проводили под действием заместительной терапии по общепринятой методике с анестезией: за час

до стоматологического вмешательства вливали препарат, назначенный гематологом в зависимости от типа гемофилиии степени тяжести (октанат, иммунат, новосевен, октаког альфа и когенейт фс). Для предотвращения кровотечений местно применяли фибриновый клей «Тиссукол кит», давали рекомендации: по 5 раз в течении 3 дней по 2 ст. ложке принимать 5% амикапроновую кислоту.

Больным обоих групп для пломбирования корневых каналов использовали эндометазон, аш плюс, неотриоцинк, форфенан, для реставрации – стоматологические светоотверждаемые материалы: филтек суприм, филтек алтимейт, харизма, градиа, стеклоиномерные цементы витремер, витребонд, фуджи плюс.

Первой группе было проведено глубокое фторирование сразу после санации и через 6,12 месяцев.

Вторая группа – группа контроля, больные с наследственными коагулопатиями, после санации, но без проведения методики глубокого фторирования.

Зубы тщательно очищали зубной щеткой, межзубной пространства очищали зубными нитями. Поверхность зуба тщательно увлажняли сначала первым раствором, а через 0,5-1 мин вторым. После этого предлагали прополоскать рот водой. В результате взаимодействия этих препаратов внутри пор эмали и/или в канальцах дентина образуются кристаллы CaF2, MgF2, CuOF, величиной ~55 А (нм) в геле кремниевой кислоты, который препятствует вымыванию микрокристаллов (24). Эта субстанция обнаруживается в порах эмали на протяжении 0,5-1 года после обработки. Микрокристаллы фторидов создают в слюне, прилегающей к поверхности эмали, высокую концентрацию фтора ~100мг/л (~2х10-4 Моль/л). Благодаря ионам фтора предотвращается деминерализация при увеличении уровня кислот микробного происхождения, что препятствует возникновению кариеса.

Всего было вылечено 472 зуба. Результаты композитных реставраций оценивали визуально через 6 и 12 месяцев с помощью критерия Ryge по следующим позициям: краевая адаптация, анатомическая форма, цвет краев полости, наличие вторичного кариеса.

Результаты исследования и их обсуждение.

Таблица 1.

Наблюдение критерий композитных реставраций через 6 месяцев.

	Критерии Ryge (M±m)					
Группы	Краевая адаптация	Вторичный кариес	Анатомическая форма	Соответствие цвета	Изменения цвета краев полости	Шероховатость поверхности
1 группа (60 чел)	(А)-263±0,03 (В)-173±0,02 (С)-30±0,02 (Д)-5±0,01	(А)-257±0,03 (В)-171±0,01 (С)-39±0,04 (Д)-5±0,01	(А)-254±0,01 (В)-179±0,04 (С)-35±0,05 (Д)-4±0,02	(А)-258±0,03 (В)-172±0,01 (С)-47±0,04 (Д)-5±0,01	(А)-246±0,04 (В)-170±0,01 (С)-49±0,03 (Д)-7±0,01	(А)-251±0,05 (В)-167±0,02 (С)-46±0,03 (Д)-8±0,01
2 группа (60 чел)	(А)-245±0,03 (В)-160±0,03 (С)-48±0,01 (Д)-11±0,02	(А)-243±0,01 (В)-167±0,03 (С)-49±0,01 (Д)-16±0,02	(А)-230±0,03 (В)-165±0,03 (С)-58±0,04 (Д)-19±0,01	(А)-240±0,05 (В)-168±0,02 (С)-52±0,02 (Д)-12±0,01	(А)-241±0,03 (В)-165±0,04 (С)-54±0,01 (Д)-12±0,02	(А)-236±0,04 (В)-165±0,01 (С)-55±0,03 (Д)-16±0,02

При обследовании 1 группы больных с наследственными коагулопатиями при исследовании краевой адаптации, значение «А» - 263, по сравнению с группой контроля, который составил «А» - 245, разница составила 18ед. Значение показателя «В», разница составила 13ед. Оценку «С» получили 30 пломб, оценку «Д» 5 реставраций. В группе контроля они составили соответствующе «С»-48 и «Д»-11 пломб.

При исследовании вторичного кариеса, 257 пломб оценили по баллу «А», в группе контроля составил «А»-243 пломбы. Оценку «В» получили 171 пломбы в 1 группе, во 2 группе – 167 пломбы. Значение «С» и «Д» в 1 группе получили 39 зуба и 5 зубов, во 2 группе соответственно 49т и 16 зубов.

Анатомическую форму оценили в 1 группе, значение «А» составило 254, в группе контроля 230 единиц. Оценку «В» получили 179 пломб в 1 группе, во 2 группе значение составило 165 ед. Значение

«С» в 1 группе оценили 35 пломб, значение «Д» составило 4 ед. В группе контроля значение составило соответствующе 58 и 19 ед.

Соответствие цвета в 1 группе, значение «А» в 1 группе 258, во второй- 240. Оценку «В» в 1 и 2 группах получили 172 и 168 пломб. Значение «С» в 1 группе 49, во 2 группе – 54 зуба. Оценку «Д» в 1 и 2 группах, соответственно 5 и 12 пломб.

При обследовании изменений цвета краев полости в 1 группе значение «А» составило 246 ед., во 2 группе 241. Оценку «В» получили в 1 и 2 группах 170 и 165 зубов. Оценку «С» в 1 группе составило 49 ед., во 2 группе 54. «Д» значение в 1 и 2 группах получили соответственно 7 и 12 реставраций.

При обследовании 1 группы больных с наследственными коагулопатиями при исследовании шероховатости эмали, значение «А» составило 251, по сравнению с группой контроля, который составил «А» - 236. Значение показателя «В» 167 в 1 группе, во 2 группе 165. Оценку «С» получили 46 пломб, оценку «Д» 8 реставраций. В группе контроля они составили соответствующе «С»-55 и «Д»-16 пломб.

Таблица 2. Наблюдение критерий композитных реставраций через 12 месяцев.

	Критерии Ryge (M±m)					
Группы	Краевая адаптация	Вторичный кариес	Анатомическая форма	Соответствие цвета	Изменения цвета краев полости	Шероховатость поверхности
1 группа (60 чел)	(А)-239±0,01 (В)-178±0,02 (С)-44±0,05 (Д)-11±0,04	(А)-244±0,02 (В)-176±0,04 (С)-41±0,01 (Д)-11±0,03	(А)-241±0,03 (В)-177±0,02 (С)-43±0,01 (Д)-12±0,02	(А)-250±0,02 (В)-164±0,03 (С)-48±0,04 (Д)-10±0,01	(А)-242±0,05 (В)-173±0,03 (С)-45±0,02 (Д)-12±0,04	(А)-246±0,05 (В)-170±0,02 (С)-45±0,01 (Д)-11±0,04
2 группа (60 чел)	(А)-197±0,05 (В)-183±0,04 (С)-67±0,01 (Д)-25±0,02	(А)-208±0,04 (В)-162±0,02 (С)-66±0,02 (Д)-27±0,01	(А)-198±0,01 (В)-182±0,04 (С)-68±0,02 (Д)-24±0,05	(А)-200±0,02 (В)-177±0,03 (С)-69±0,04 (Д)-26±0,01	(А)-203±0,03 (В)-169±0,05 (С)-71±0,01 (Д)-29±0,04	(А)-209±0,01 (В)-166±0,04 (С)-70±0,02 (Д)-27±0,03

При исследовании краевой адаптации, в 1 группе значение «А» составило 239, по сравнению с 2 группой контроля, который составил «А» - 197. Значение показателя «В», в 1 и 2 группах составило 178 и 183. Оценку «С» получили 44 реставраций, оценку «Д» 11 реставраций. Во 2-ой контрольной группе они составили соответствующе «С»-67 и «Д»-25 пломб.

Вторичный кариес в 1 группе составил 257 пломб по баллу «А», в группе второй контрольной оценка «А» составила 243 пломбы. Оценку «В» получили 171 пломбы в 1 группе, во 2 группе – 167 пломбы. Значение «С» и «Д» в 1 группе получили 41 зуба и 11 зубов, во 2 группе соответственно и 27 зубов.

Анатомическую форму оценили в 1 группе, значение «А» составило 241, в группе контроля 198 единиц. Оценку «В» получили 177 пломб в 1 группе, во 2 группе значение составило 182 реставрации. Значение «С» в 1 группе получили 43 пломб, значение «Д» составило 12 ед. В группе контроля значение составило соответствующе 68 и 24 ед.

При исследовании соответствие цвета в 1 группе, значение «А» составило 250, во второй- 200. Оценку «В» в 1 и 2 группах получили 164 и 177 пломб. Значение «С» в 1 группе 48, во 2 группе – 69зуба. Оценку «Д» в 1 и 2 группах, соответственно 10 и 26 пломб.

При обследовании изменений цвета краев полости в 1 группе значение «А» составило 242 ед., во 2 группе 203. Оценку «В» получили в 1 и 2 группах 173 и 169 зубов. Оценку «С» в 1 группе составило 45 ед., во 2 группе 71. «Д» значение в 1 и 2 группах получили соответственно 12 и 29 реставраций.

Шероховатость эмали, значение «А» составило 246в 1 группе, по сравнению с группой контроля, который получила балл «А» - 209 реставраций. Значение показателя «В» 170 в 1 группе, во 2 группе 166 ед. Оценку «С» получили 45 пломб, оценку «Д» 11 реставраций. В группе контроля они составили соответствующе «С»-70 и «Д»-27 пломб.

Выводы.

1. В результате проведения глубокого фторирования, кариес и его осложнения значительно снижены у группы с данной методикой, по сравнению с группой контроля.
2. Метод глубокого фторирования позволяет снизить развитие рецидивного кариеса.

3. При проведении глубокого фторирования значительно улучшена краевая адаптация композитных пломб по сравнению с группой контроля.
4. Данный метод позволяет избежать осложненных форм кариеса и соответственно преждевременную потерю зубов.

Заключение. Таким образом, учитывая выше изложенные результаты, больным с наследственными коагулопатиями для предотвращения вторичного кариеса и его осложнений, рекомендовано сразу после санирования проведение метода профилактики, в частности глубокого фторирования препаратом «Тифенфлюорид».

Литература.

1. Волокитина Н.В., Андреева Т.А. Опыт оказания стоматологической помощи больным врожденными коагулопатиями в условиях городского центра по лечению гемофилии // Материалы II Российской межрегиональной конференции по гемофилии. - Москва. - 2000. - С. 23-25.
2. Князев СВ. Патогенетические основы тактики стоматологического ведения больных гемофилией А: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1994, - 22 с.
3. Пермякова Н.Е. Состояние полости рта у больных гемофилией // Нижегородский медицинский журнал. - 2015. Приложение. Стоматология. - С. 32-33.
4. Ушаков Р.В., Давиденко Н.Л., Павлов О.А. и др. Проблемы оказания стоматологической помощи больным коагулопатиями // Тезисы докл. научно-практ. конф.: РМАПО. - М.: 2016. - С. 82-84.
5. Халявина И.Н., Гилев О.С. Динамика гигиенического состояния полости рта у больных гемофилией // Нижегородский медицинский журнал. - Нижний Новгород. Приложение. Стоматология. - 2015. - С.33-35.

ПОРАЖЕННОСТЬ КАРИЕСОМ ЗУБОВ У ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ МАХАЧКАЛЫ

Курбанов О.Р., Алиева А.О., Хасаева М.И., Курбанов З.О., Акавов А.Н., Будайчиев Г.М-А.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский Университет»
МЗ РФ, Махачкала

Прогнозирование и перспективное планирование развития стоматологической помощи населению без эпидемиологических исследований не представляется возможным. Результаты этих исследований имеют большое значение в решении многих проблем стоматологии, так как они позволяютоценить распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний, определить объем и качество оказанной стоматологической помощи и установить реально достижимые цели для развития стоматологической службы.

Преимущества эпидемиологического метода в изучении стоматологических заболеваний заключаются в том, что наряду с получением статистических данных о стоматологическом здоровье населения он предусматривает выявление общих закономерностей в развитии этих заболеваний.

Исследованиями ряда отечественных и зарубежных авторов в установлено, что среди многочисленных факторов, определяющих пораженность кариесом, большое значение придается природно-климатическим условиям и содержанием макро и микроэлементов в питьевой воде, продуктах питания, почве и атмосферном воздухе. Известна высокая корреляционная связь между содержанием фтора в питьевой воде и распространенностью кариеса.

Распространенность кариеса зубов среди городского населения Дагестана недостаточно изучена. Большинство работ посвящено изучению поражаемости кариесом различных групп населения проживающих в различных климатогеографических зонах республики.

Отсутствие на сегодня исчерпывающих данных и научных исследований на уровне республики послужило обоснованием необходимости изучения эпидемиологических аспектов стоматологических

проблем, анализу результатов которого и посвящена предлагаемая работа.

Целью настоящей работы было изучения особенностей распространенности т интенсивности кариеса зубов г.Махачкалы.

г.Махачкала - столица Республики Дагестан, самый крупный республиканский центр Северокавказского Федерального округа, который расположен на западном побережье Каспийского моря на широте лучших курортов Адриатики, Кроман, черноморского побережья Кавказа.

Климат г.Махачкалы континентальный, засушливый. Зима умеренная, малоснежная. Самым холодным месяцем бывает январь, когда средняя температура, хотя и незначительно имеет минусовый режим (-0,1). Выпадающий снег, обычно, не создает прочного снегового покрова, он держится недолго. Лето в Махачкале – жаркое и сухое с сильными ветрами. Среднемесячная июльская температура воздуха +24,7^{0}С. Осень – наиболее благоприятное время года, в этот период сравнительно тепло и сухо. Среднегодовая температура воздуха около +14^{0}С.

Осадков в г.Махачкале выпадает сравнительно мало, в среднем за год нее более 450 мм. Наибольшее количество их выпадает осенью и зимой. Количество дней с осадками невелико. Среднегодовая относительная влажность воздуха – 77%.

Водоснабжение города осуществляется в основном за счет функционирования Сулакского водовода.

Известно, что биогеохимическая особенность г.Махачкалы в недостаточном содержании в окружающей среде ряда микроэлементов, в частности фтора, цинка, меди и марганца, влияние которых на уровень поражаемости населения можно считать установленным.

Материал и методика. Исследование проведено по материалам, полученным в процессе это эпидемиологического обследования полости рта 600 лиц в возрасте от 15 до 60 лет и старше, родившихся и постоянно проживающих в Махачкале. На каждого обследуемого заполняли «Карточку для систематического наблюдения за полостью рта», в которой отмечали зубы, пораженные кариесом, запломбированные, заведомо подлежащие удалению и удаленные по поводу осложнений кариеса.

При оценке состояния зубов использовали показатели распространенности (в процентах) и интенсивности кариеса в виде индекса

КПУ. В каждой возрастной группе определяли и структуру КПУ – составляющие элементы показателя интенсивности кариеса зубов, т.е. среднее число кариозных, пломбированных, удаленных и подлежащих удалению зубов на 1 обследованного. Кроме того, вычисляли средние арифметические этих показателей.

Содержание фтора в питьевой воде определяли в Республиканской СЭС потенциометрическим методом Государственного стандарта Российской Федерации «Вода питьевая»

Результаты и обсуждение. Результаты наших стоматологических обследований в г.Махачкале по распространенности и интенсивности поражения кариесом зубов представлены в таблице 1., где видно, что его частота в среднем составляет 97,2± 0,62%. В возрастном аспекте данный показатель имеет не однозначные величины. Низкий уровень его наблюдается в возрастной группе 15-19 лет – 87,0± 3,27%, в возрастной группе он увеличивается до 95,7± 1,59%. В возрастных группах 30-39-40-49-50-59-60 и старше составляет 100%.

Интенсивность показателя (КПУ) установлено, что в среднем она составляет 10,2± 0,12% зубов на одного обследованного. В отличие от распространенности интенсивный показатель с возрастом увеличивается до 50-59-летнего возраста, а затем снижается. Так как видно из данной таблицы 3.1., с 15-19 летнего возраста, где КПУ составляет 2,7± 0,04 зубов, к возрасту 30-39 лет он увеличивается до 6,64± 0,17%, а в возрасте 50-59 лет 21,0± 0,55% зубов и в последующей возрастной группе снижается до 9,6± 0,2% зубов, т.е. почти более двух раз. Снижение показателя КПУ в последней возрастной группе 60 лет и старше объясняется тем, что в этом возрасте возрастает число удаленных зубов и часто обнаруживаются лица с беззубыми челюстями (зубы потеряли в связи с заболеваниями пародонта), что сказывается на величине указанного интенсивного показателя кариеса зубов.

Более полную картину пораженности зубов населения низменного района можно получить при анализе составных элементов показателя КПУ. Как видно из таблицы 1, число зубов, подлежащих лечению с кариесом, среднем на одного обследованного составляет 0,57 зубов, а число зубов осложнениями кариеса – 0,05 зубов. В среднем в указанном районе число зубов с осложнениями кариеса,

подлежащими удалению, составляет 0,3 зуба, а запломбированными – 0,01 зуба.

Таблица 1.

Распространенность и интенсивность поражения кариесом зубов населения г.Махачкала.

Возрастные группы	Распространенность кариеса зубов в %	КПУ	В том числе				
			К	Р	У	Х	П
15-19	82,3± 3,27%.	2,5± 0,03	1,2	0,15	1,0	0,1	0,01
20-29	96,8± 1,59%.	4,8±0,1	0,71	0,03	3,1	0,21	0,03
30-39	100	6,01 ±0,12	0,39	0,03	5,1	0,49	-
40-49	100	16,5±0,4	0,41	0,01	15,8	0,28	-
50-59	100	20,1±0,5	0,3	-	19,4	0,38	-
60 лет и старше	100	9,38±0,2	0,2	-	9,0	0,19	-
В среднем	96,5±0,51%.	9,9±0,1	0,7	0,03	8,9	0,3	0,07

Как видно из таблицы 1, показатели «К» и «Р» в возрастных группах 15-19, 20-29 имеют большие величины, чем возрастных группах 30-39, 40-49, 50-59. Показатель «К» в первой и второй возрастной группе составляет 1,2 и 0,01 зубов, а в возрасте 40-49 лет – 0,4 зубов. Показатель «Р» в возрасте 15-19 лет составляет 0,15 зубов, а в возрасте 40-49 лет – 0,01 зуба. В отличие от этих показателей число зубов, подлежащие удалению («Х») с возрастом имеет тенденцию к увеличению. Так, в возрастной группе 15-19 лет она составляет 0,1 зуба, а в возрасте 30-39 лет 0,49 зуба.

Особенно заслуживает внимания показатель «У» - число удаленных зубов. Как видно из таблицы 1, в среднем он составляет 9,91 зубов, т.е. он больше суммарного числа всех вышеуказанных элементов показателя КПУ. Удельный вес числа удаленных зубов в показателе КПУ составляет – 9,91%. В возрастном аспекте число удаленных зубов увеличивается до 50-59 летнего возраста включительно, а в последующей возрастной группе снижается на значительный уровень. Так, в возрасте 15-19 лет данный показатель составляет 1,0 зубов, в возрасте 30-39 лет – 5,1 зубов, в возрасте 50-59 лет – 19,4 зуба, а в последней возрастной группе – 9,0 зубов.

Заключение. Таким образом, результаты обследования показывает, что в г.Махачкале частота и интенсивность поражения заболеванием кариеса высокая. В общем объеме число удаленных зубов,

пораженных кариесом, составляет весьма высокий уровень, а число запломбированных, к сожалению, незначительное.

Очевидно, это связано с биогеохимическими особенностями окружающей среды, в частности с низким уровнем фтора в питьевой воде. Водные ресурсы в Махачкале страдают от негативного воздействия промышленных предприятий. Помимо водного бассейна, так же страдает и атмосферный воздух Махачкалы является наиболее экологически загрязненным местом в Дагестане.

Следует также отметить, что анализ по возрастных данных КПУ указывает на необходимость улучшения организаций плановой санации полости рта.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРИЕСОМ У ПОВТОРНОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Алиева З.Б., Брагин Е.А., Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б.

Стоматологическая поликлиника, женская консультация ЦГБ г. Дербент, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь

Поскольку имеет место рост поражаемости кариесом с возрастом и числом перенесших беременностей для уточнения влияния фактора беременности на развитие кариеса интересно сравнить показатели пораженности кариесом у женщин, беременевших неодинаковое число раз в одной возрастной группе. Наиболее подходящими для этой цели являются возрастные беременные, среди которых можно сформировать группы с разным числом беременностей, родов и разным интергенетическим промежутком между родами.

Целью настоящего исследования явилось изучение заболеваемости кариесом зубов возрастных беременных с разным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Материал и методы. Для изучения поставленной задачи обследовали 275 повторнорожавших женщин в возрасте от 30 до 34 лет, которых в зависимости от акушерско-гинекологического анамнеза распределили в 5 опытных групп:

– в 1-ю группу включили 54 повторнородящих женщин со второй беременностью, у которых интервал между родами составлял более 3-х лет;

– 2-ю группу составили 58 повторнородящие женщины, у которых было больше двух беременностей (от 3 до 5), продолжительность периода между ними и предстоящими вторыми родами составляла менее 2–3-х лет;

– в 3-ю группу объединили 51 беременную, у которых количество беременностей совпадало с ожидаемыми третьими родами, и между всеми родами продолжительность интергенетического периода превышала 3 года;

– в 4-ю группу включили 62 беременных, которым предстояли третьи роды, количество беременностей в анамнезе составляло от 4 до 6, а продолжительность периода между ними – менее 2–3-х лет;

– в 5-ю группу включили 50 беременных, у которых количество беременностей и ожидаемые роды были четвёртыми, а продолжительность периода между ними всегда была меньше 2–3-х лет.

– в 6-ю контрольную группу объединяли 42 женщины в возрасте 30-34 лет, у которых в анамнезе беременности не было.

При первичном обследовании на каждую женщину заполняли специально разработанную «Карту осмотра полости рта беременной» [1], в которой отмечали зубы, пораженные кариесом, запломбированные и удалённые. Все беременные, взятые под наблюдение, родились и постоянно проживали в г. Дербенте.

У всех женщин при первичном обследовании стоматолога срок беременности был меньше 12 недель. Распространенность кариеса во всех группах женщин составила 100%.

Результаты исследования обработаны математически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Данные исходных показателей кариеса в обследуемых группах и результаты их сравнительного изменения за период беременности и за 1год наблюдения представлены ниже в таблице.

Показатели интенсивности кариеса у женщин в 1-й группе со второй беременностью, у которых интервал между родами превышал 3 года и во 2-й группе с предстоящими вторыми родами, но у которых число беременностей было больше (от 3 до 5) и продолжи-

тельность срока между ними был менее трёх лет существенно различались и соответственно составили 7,77±0,39 и 9,12±0,40 (P<0,05).

Динамика КПУ$_з$ и прироста интенсивности кариеса зубов у повторнобеременных с разным акушерско-гинекологическим анамнезом и женщин контрольной группы за срок гестации и за 1 год наблюдения

Группы	Число обследованных	Значение КПУ$_з$			Прирост интенсивности КПУ$_з$ (заболеваемость кариесом)					
					За 9 месяцев наблюдения		За следующие 3 месяца		В целом за 1 год	
		Исходные	Через 9 месяцев	Через 12 месяцев	Абс.	На одну обследованную	Абс.	На одну обследованную	Абс.	На одну обследованную
1-я	54	7,77 ±0,39	8,51 ±0,40	9,07 ±0,41	40	0,74 ±0,12	30	0,56 ±0,10	70	1,30 ±0,15
2-я	58	9,12 ±0,40	9,73 ±0,41	10,25 ±0,42	35	0,61 ±0,10	30	0,52 ±0,09	65	1,12 ±0,14
3-я	51	10,01 ±0,45	10,56±0,46	11,11 ±0,47	28	0,55±0,10	28	0,55±0,10	56	1,10±0,15
4-я	62	13,43 ±0,47	13,98±0,48	14,47 ±0,49	34	0,55±0,09	30	0,49±0,09	64	1,04±0,13
5-я	50	16,70 ±0,58	17,30±0,59	17,70 ±0,60	30	0,60±0,11	20	0,40 ±0,09	50	1,00±0,14
6-я	42	7,45± 0,42	7,62 ± 0,43	7,69 ± 0,43	7	0,17±0,06	3	0,07± 0,04	10	0,24±0,08

Примечательно, что исходное значение индекса КПУ$_з$ во 2-й группе у повторнородящих женщин, равное 9,12±0,40, и в 3-й группе, в которой женщинам предстояли третьи роды, совпадающие с числом беременностей, и продолжительность периода между ними превышала 3 года, соответствующий значению 10,01±0,45 достоверно не отличались (P>0,05).

Сопоставление исходных показателей интенсивности кариеса в 3-й и 4-й группах беременных подтвердило зависимость пораженности кариесом от акушерско-гинекологического анамнеза. Так, у

беременных 4-й группы, которым, как и в 3-й группе, предстояли третьи роды, но интервалы между родами были менее 3-х лет, и в анамнезе были зарегистрированы прерывания беременности, индекс $КПУ_з$ равнялся 13,43±0,47, что значительно больше $КПУ_з$ 3-й группы –10,01±0,45 (P<0,001).

В 5-й группе беременных, которым предстояли четвёртые роды, индекс $КПУ_з$ в начале обследования был значительно больше показателей всех предыдущих групп – 16,70±0,59 (P<0,001). Такой высокий показатель интенсивности кариеса в этой группе наблюдался, несмотря на то, что у женщин число беременностей соответствовало числу очередных родов. Однако продолжительность интергенетического периода между родами колебалась от 1,5 до 2,5 лет. При этом из 50 наблюдаемых беременных у 46 (92,00±3,48%) были диагностированы различные экстрагенитальные заболевания, в том числе у 22 (44,00±7,02%) – анемия беременных с I триместра и у 4 (8,00±3,84%) заболевания щитовидной железы

Выявленные значимые различия исходного значения индекса $КПУ_з$ в 1-й и 2-й, а также в 3-й и 4-й группах беременных, у которых совпадал и возраст и порядковый номер предстоящих родов, а число беременностей в анамнезе и продолжительность промежутка между родами были разными, как и самую большую поражаемость кариесом в 5-й группе можно объяснить следующим образом. По данным акушеров-гинекологов, прерывание беременности и малый промежуток между родами являются факторами риска развития у беременных токсикозов, железодефицитной анемии и других осложнений, а, согласно имеющимся исследованиям стоматологов, осложненное течение беременности приводит к более значительному росту заболеваемости кариесом [2-4].

Сопоставление значений общих показателей интенсивности кариеса в обследуемых группах через 9 месяцев наблюдения, за 3 послеродовых месяца и в целом за 1 год, выявило идентичные статистические закономерности, описанные нами при изучении исходных значений $КПУ_з$.

Для изучения влияния беременности на поражаемость зубов кариесом мы во всех наблюдаемых группах изучали и другой показатель кариеса – прирост его интенсивности за период беременности и за один год наблюдения (см. рис.).

Как видно из рисунка, за период беременности у повторнородящих женщин с разным акушерско-гинекологическим анамнезом прирост интенсивности кариеса колебался от 0,55±0,09 (4-я группа) до 0,74±0,12 (1-я группа), а в целом за 1 год наблюдения – от 1,00±0,14 (5-я группа) до 1,30±0,17 (1-я группа).

Сопоставление показателей заболеваемости кариесом для поиска различий между этими группами беременных статистически значимых расхождений в приросте интенсивности кариеса за период гестации и в целом за 1 год не выявило (P>0,05).

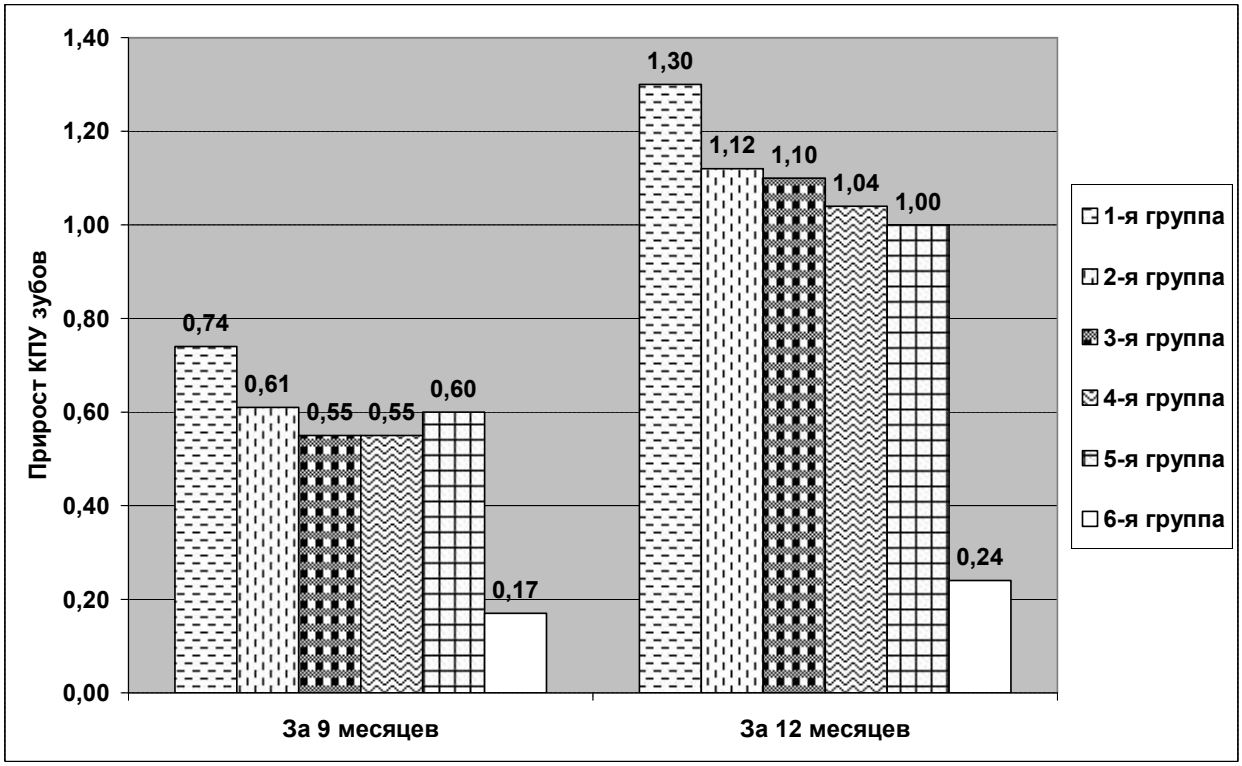


Рис. – Динамика прироста КПУ$_з$ у повторнобеременных и нерожавших женщин контрольной группы за срок беременности и один год наблюдения

При этом важно отметить, что наименьшие показатели прироста интенсивности кариеса, установленные за период беременности в 4-й группе 0,55±0,09 и за один год наблюдения в 5-й группе 1,00±0,14, достоверно больше аналогичных показателей, выявленных за такие же сроки наблюдения в контрольной 6-й группе и равные 0,17±0,06 (P<0,001) и 0,24±0,08 (P<0,001).

Подводя итоги, следует констатировать, что беременность является фактором риска развития кариеса, и при этом интенсивность поражения кариеса и его прирост зависит от клинического течения

беременности и особенностей акушерско-гинекологического анамнеза.

После родов поражаемость кариесом остается достоверно более высокой, чем у небеременных женщин соответствующего возраста, и увеличение продолжительности промежутка между родами является существенным резервом для сохранения у них стоматологического здоровья. При оценке влияния фактора беременности на заболеваемость кариесом более информативными являются значения показателя прироста КПУ, чем общие значения индекса КПУ.

Литература

1. Бахмудов, М.Б. Поражаемость кариесом беременных женщин и пути совершенствования организации лечебно-профилактических мероприятий (по материалам обследования беременных г. Дербента): автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.01.14./ Бахмудов Мурад Бахмудович. – Ставрополь, 2010. – 22с.
2. Денисенко, Л.Н. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.21 и 14.01.01/Денисенко Лариса Николаевна. – Волгоград, 2007. – 24с.
3. Толмачева, С.М. Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика./ С.М.Толмачева, Л.М.Лукиных. – М.: Медицинская книга, 2005. – 150с.
4. Шехтман, М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных // М.М.Шехтман. – М.,: «Триада-Х», 2007. – 816 с.

ПОРАЖЕННОСТЬ КАРИЕСОМ ВЗРОСЛОГО ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Курбанов О.Р., Хасаева М.И., Алиева А.О.,
Курбанов З.О., Будайчиев Г.М-А., Хубаев С-С.З.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.

Введение. Кариес зубов и его осложнения - один из самых распространенных видов стоматологической заболеваемости на всем земном шаре [1;2;3;].

Оптимальная организация и перспективное планирование стоматологического обслуживания населения складывается на первоначальном изучении исходного показателя заболеваемости кариесом в каждом определенном регионе [4].

Многочисленные исследования географии кариеса, обобщенные в литературе, дают четкое представление о его распространенности и интенсивности в различных районах страны. Эти материалы служат целям текущего и перспективного планирования сети и кадров стоматологических учреждений.

По данным анализа интенсивных показателей поражения зубов кариесом можно судить о зависимости заболеваемости от пола, возраста, места проживания и т.п. Следует тщательно анализировать структуру КПУ, которая подвержена колебаниям в зависимости от региона, пола, возраста, постановки лечебно-профилак-тической работы.

Доказано, что распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний в различных регионах имеют зависимость от концентрации фтора в питьевой воде, климатогеографических условий, социальных факторов и др.

Распространенность кариеса среди населения недостаточно изучена. Большинство работ посвящено изучению поражаемости кариесом различных групп населения и некоторых сельских районов республики.

Эпидемиологии кариеса у населения Чеченской республики, в том числе и у детского контингента, посвящено малое число исследований (Калинейко Н.И.,1935; Курумов З.О., 1973, 1975; Горлов А.А., Магомаев В.Ш., 1982; Мансуров В.Л., 1982; Абисалова Р.С. и др., 1982). При этом необходимо отметить, что исследования только четырех авторов посвящены состоянию зубов и полости рта у детского населения Чеченской Республики (до 1991 г.Чечено-Ингушская Автономная Республика). Со временем исследования вышеперечисленными авторами прошло больше 35 лет. За этот период под влиянием огромных социальных и политических преобразований, происшедших в Чеченской Республике, произошли существенные изменения в здравоохранений.

В доступной нам литературе мы обнаружили лишь единичные сведения об изучении стоматологической заболеваемости Чеченской Республики. Однако сведения, полученные указанными авторами,

не дают возможности получить полной картины стоматологического статуса населения Чечни.

Это обстоятельство побудило нас провести исследование, задачей которого являлось: определение пораженности кариесом зубов населения в возрасте от 15 до 60 лет и старше, проживающего в г. Грозном.

Материалы и методы исследования. Изменчивый климат, нарушение экологического баланса на территории Чеченской Республики сказываются на качество стоматологического здоровья его жителей.

Чеченская Республика, являясь одним из важных регионов юга России, отмечается обилием природно-климатических зон, что объясняет значительную разность условий жизни проживающего в них населения. Относительно небольшая территория Чечни наделена различными климатическими условиями. Здесь можно встретить практически все переходные типы климатов: от засушливого климата Тереко-Кумской полупустыни до холодного влажного климата снежных вершин Бокового кавказского хребта.

Данные о степени стоматологической заболеваемости в разных районах Чечни разобщены, между тем, нуждаемость в оказании квалифицированной стоматологической помощи остается на крайне высоком уровне.

В связи с этим представляет определенный интерес изучение пораженности кариесом зубов у городского населения родившегося и постоянно проживающего в г. Грозный, Аргун, Гудермес Чеченской Республики.

К климатическим особенностям равнинной зоны, влияющим на состояние здоровья, можно отнести неблагоприятные климатические условия. Примечательно, что самые суровые морозы в республике бывают не в горах, а на равнине (особенно в районе Треко-Кумской полупустыни), кроме того климат в г. Грозный, Аргун, Гудермес континентальный, засушливый. Зима в регионе умеренно-холодная, малоснежная. Место самого холодного месяца обычно занимает январь, когда средняя температура, хотя и совсем незначительно, имеет минусовые показатели (-0,4). Выпадающие снежные осадки, чаще всего, не создают прочного снегового покрова, в связи с чем держится он недолго. Лето – сухое и жаркое. Средняя температура воздуха в июле составляет $+24,7^0$С. Осень – наиболее благо-

приятный период, в это время года сравнительно тепло и сухо. Среднегодовые показатели температуры воздуха около $+12^0$С.

Осадков в исследованных городах выпадает сравнительно мало, в среднем за год не более 450 км. Наибольшее количество их выпадает осенью и зимой. Количество дней с осадками невелико. Среднегодовая относительная влажность воздуха – 77%.

Исследовательские труды последних лет указывают на повреждающее влияние радиации на твердые ткани зубов и непрерывного радиационного фона на интенсивность стоматологических заболеваний.

Особенно опасными явились пластовые воды, извлекаемые на поверхность земли из глубинных недр при нефте- и газодобыче. Несмотря на тот фактор, что эти воды характеризуются повышенной радиоактивностью, 50-60% закачивается в пласты, а остальное остается на поверхности. Радионуклиды переносятся в поверхностные и грунтовые воды, проникают в городские водозаборы, оседают на технологическом оборудовании, действуя на здоровье населения.

Экологи республики установили, что основным источником загрязнения водных объектов является: разрушенная войной система добычи, транспортировки и переработки нефти; кустарная добыча и переработка нефти; загрязненные водоохранных зоны.

Загрязненность воды в реке Сунжа в 30-40 раз превышает допустимые нормы концентрации загрязнения. В совокупности повреждающих факторов, оказывающих действие на стоматологическое здоровье населения в большинстве исследуемых районах Северо-Кавказского региона, имеется один из внутрипопуляционных факторов риска возникновения кариеса зубов - понижение содержания фтора в питьевой воде.

Влияние этих факторов набирает силу на фоне недостаточного уровня стоматологической помощи в Чеченской Республике, неудовлетворительной гигиены полости рта, низкой мотивации сохранения стоматологического здоровья среди населения, что также характерно для многих регионов России.

Серьезной экологической проблемой Чеченской Республики является загрязнения атмосферного воздуха, особенно от остаточных явлений промышленной зоны Заводского района города Грозного, где естественное обновление атмосферного воздуха незначительно, так как промышленная зона г. Грозного расположена в геоморфоло-

гическом закрытом пространстве, где долго застаивается атмосферный воздух. Положение усугубляется еще и тем, что почва и грунты пропитаны нефтепродуктами, что вызывает опасение загрязнения грунтовых вод, а от положительного решения вопросов рекультивации загрязненных территорий зависит состояние здоровья населения города Грозного.

В 2000 году город Грозный занял передовое место в России по количеству загрязняющих веществ.

По имеющимся данным в Комитете Правительства Чеченской Республики по экологии, годовой выброс вредных веществ в атмосферу составляет 11139,422 тонн в год.

Питание населения - смешанное с преобладанием мяса, овощей и фруктов. Водоснабжение города осуществляется, в основном, за счет артезианских вод. Известно, что биохимическая особенность исследованного региона в недостаточном содержании в окружающей среде ряда микроэлементов, в частности фтора, цинка, меди и марганца, влияние которых на уровень поражаемости населения кариесом можно считать установленным.

Материал и методика. Исследование проведено по материалам, полученным в процессе обследования полости рта 600 лиц в возрасте от 20 до 60 лет, родившихся и постоянно проживающих в различных городах Чеченской Республики. При сборе материала использовалась разработанная авторами карта для систематического наблюдения за полостью рта, в которой указывали зубы, пораженные кариесом, запломбированные, имеющие показания к удалению и удаленные по поводу осложнений кариеса.

Оценку состояния зубов проводили при помощи показателей распространенности (в процентах) и интенсивности кариеса в виде индекса КПУ. Во всех возрастных группах определяли и структуру КПУ – составляющие элементы показателя интенсивности кариеса зубов, т.е. среднее число кариозных, пломбированных, удаленных и подлежащих удалению зубов на 1 обследованного. Кроме того, вычисляли средние арифметические этих показателей.

Содержание фтора в питьевой воде определяли в Республиканской СЭС потенциометрическим методом по методике Государственного стандарта «Вода питьевая» (ГОСТ 4386 – 81).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты статистического анализа распространенности кариеса и его осложнений приведен в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели распространенности кариеса зубов среди взрослого городского коренного населения, родившегося и постоянно проживающего в различных городах Чеченской Республики (в % к числу обследованных)

Возраст	**Место обследования**		
в годах	**г. Грозный**	**г. Аргун**	**г.Гудермес**
20-29	97,9 ±1,18	93,09±1,80	92,32±1,69
30-39	99,91±1,21	98,1±1,01	95,08±1,29
40-49	96,69±3,32	99,2±0,79	96,01±1,59
50-59	93,8±4,37	98,1±1,68	98,15±1,18
60 и ст.	100,0	100,0	100,0
Всего	98,55±0,81	97,99±0,58	97,3±0,71

Как свидетельствуют данные, приведенные в таблице 1, распространенность кариеса среди городского населения Чеченской Республики довольно высокая. Уже в возрасте 20-29 лет она достигает 94,44%, увеличиваясь с возрастом, достигает в старших возрастных группах 100,0%. Следует отметить, что распространенность стоматологических заболеваний в обследованных городах неодинакова – несколько ниже в г. Гудермесе Чеченской Республики. Полученные результаты можно в значительной степени объяснять различным содержанием фтора в питьевой воде обследуемых городов. Так, в разных источниках концентрация фтора составляет 0,40 мл/дм^3 и в г.Гудермесе – 0,45 мл/дм^3.

Таким образом, содержание фтора в питьевой воде г. Грозного, хотя и недостаточное, но намного превышает содержание такового и других городах проведения обследования населения.

Обнаружено, что повсеместно средние стандартизованные показатели оказались практически идентичными (97,4 – 98,5%). Столь же и высокий уровень распространенности кариеса зубов имеет место и в каждой отдельно взятой возрастной группе, достигая в некоторых из них (50-59 и 60 лет и старше) – 100%.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что несмотря на более высокое содержание фтора в питьевой воде г. Грозного, распространенность кариеса зубов у коренных его жителей оказалась на таком невысоком уровне, как и в других городах с недостаточ-

ным содержанием фтора в питьевой воде. По-видимому, на этот показатель оказывают свое влияние не только кариес, но заболевания пародонта, что подтверждается данными М.С. Гадаева (2003).

Характерно также отсутствие достоверных различий в распространенности кариеса зубов у жителей изученных городов республики. Это указывает на возможность в последующем ориентироваться на общие для всего городского коренного населения показатели, включая определенные степени потребности его в ортопедической стоматологической помощи.

Высокая распространенность кариеса сопровождается и относительно высокой интенсивностью поражения им (табл.2).

Таблица 2.

Показатели интенсивности стоматологических заболеваний (индекс КПУ) среди взрослого городского населения Чеченской Республики.

Возраст в годах	**Место обследования**		
	г. Грозный	**г. Аргун**	**г.Гудермес**
20-29	2,99 ±0,03	2,52±0,05	1,67±0,5
30-39	6,1±0,07	5,91±0,06	4,83±0,05
40-49	7,92±0,01	7,92±0,05	7,91±0,05
50-59	10,98±0,08	10,91±0,08	10,38±0,06
60 и ст.	15,01±0,07	14,18±0,05	14,01±0,05

Данные таблицы 2 свидетельствует, что частота кариеса зубов по классификации ВОЗ – умеренная и колеблется от 1,68 пораженных зубов на одного обследованного в г. Гудермесе в возрасте 20-29 лет, до 15,0 в старших возрастных группах г. Грозного. Обращает на себя внимание более низкая интенсивность процесса в г. Гудермесе, что также можно объяснить более высоким содержанием фтора в питьевой воды указанного района. Индекс КПУ тесно связан с возрастом и наделен стойкой тенденцией к увеличению. В связи с этим различие в величине КПУ в более молодом возрасте P>0,05 нивелируется в старших возрастных группах /P> 0,05/.

Заключение. Таким образом, проведенные стоматологические обследования среди городского населения Чеченской Республики, проживающего в одинаковых природно-климатических условиях, позволяют нам отметить, что потребность в лечебно-профилактической помощи по основным стоматологическим заболеваниям таким, как кариес зубов, довольно высокая. Незначительное количе-

ство запломбированных зубов, большой удельный вес удаленных зубов в интенсивном показателе кариеса (КПУ) свидетельствует о неудовлетворительном состоянии стоматологической помощи населению по всех обследованных городах республики. Вместо того, чтобы лечить подвижные зубы, население предпочитает удалять их. Все это требует принятия безотлагательных мер по улучшению стоматологической помощи населению в обследованных городах республики.

Литература

1. Алимский А.В. Изучение показателей стоматологической заболеваемости среди взрослого коренного населения. Проблемы совершенствования стоматологической помощи населению. - Алма-Ата, - 1986. - С. 3-6.
2. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста //Стоматология для всех. - 2006. - № 2. - С.46-49.
3. Базиян Г.В., Новгородцев Г.А. Основы научного планирования стоматологической помощи. - М., 1968. - 24с.
4. Берсанов Р.У. Стоматологическая заболеваемость Чеченской Республики в современных условиях. Дис. канд. мед. наук. - М., 2009. -109с.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ПОТРЕБНОСТЬ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Курбанов О.Р. ., Алиева А.О. ,Курбанов З.О.,Хасаева М.И., Акавов А.Н.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.

Реформирование здравоохранения в нашей стране и переход к медицинскому страхованию не снизил, а наоборот, скорее обострил проблему совершенствования стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста.

За последние годы в Российской Федерации, как и во всех развитых странах, происходит процесс старения населения. Число пожилых в стране в 2000 году превысило 30 млн. человек. В связи с этим совершенствование стоматологической помощи лицам пожи-

лого и старческого возраста – важнейшая задача, которая стоит перед стоматологической службой [1,2].

В 1980 году по решению ООН возраст с 60 лет считается границей, когда население переходит в группу пожилых.

Термин «пожилой человек» используется, когда речь идет о периоде жизни с 60 лет, независимо от того, работает человек или нет, без учета состояния здоровья и других биологических аспектов.

Одной из проблем, стоящей перед мировым сообществом в последние десятилетия, является проблема старения населения, увеличивающееся в абсолютное число и процент пожилых людей [3,4,5].

Объективный процесс старения общества характерен для многих стран. По прогнозу ООН численность людей старше 60 лет к 2025 году может превысить 1 миллиард человек, что составит около 15% всего населения Земли.

В нашей стране в настоящее время удельный вес лиц возрастных групп 60 лет и старше превышает 25-30%. К особенностям стоматологической патологии у пожилых лиц, вызванных самой природой старения, относятся: множественные патологические состояния, неспецифическое проявление болезней, быстрое ухудшение состояния здоровья, если не обеспечено лечение, высокая частота осложнений, необходимость реабилитации.

При определении стратегии стоматологического обслуживания населения, следует исходить из приоритетов, определяемых демографической ситуацией и ее развитием, эпидемиологически обоснованной потребностью.

Проводимая в России реформа стоматологической службы, переход к медицинскому страхованию, внедрение рыночных отношений диктуют необходимость решения одной из наиболее важных задач здравоохранения – совершенствование организации стоматологической помощи социально незащищенным слоям населения – пожилым и престарелым.

В сложившихся экономических условиях в Республике Дагестан: недостаточное финансирование бюджетных стоматологических служб, слабая адаптация государственной системы здравоохранения к происходящим в ней процессам, отсутствие единого взгляда на суть изменений, негативно сказывается на социально незащищенные слои населения. В этой связи наблюдается отсутствие четкого представления о том, какой объем бесплатных услуг

может быть реально оказан населению в рамках Программы государственной гарантии по оказанию бесплатной медицинской помощи населению.

Сбалансированность Программы государственных гарантий – это финансовое обеспечение на основании обоснованных объемов медицинской помощи. Для обоснования объемов необходимы данные о распространенности стоматологических заболеваний. Существенное значение при этом имеет оценка динамики уровня стоматологического здоровья, оценка качества ранее оказанной стоматологической, в том числе ортопедической помощи и качества оказанной лечебно-профилактической помощи лицам пожилого и старческого возраста (Курбанов О.Р., 2009).

Ценную информацию могут дать социологические исследования с целью изучения мотивации изучаемых контингентов стоматологической лечебно-профилактической помощи.

Целью исследования явилось совершенствование оказания стоматологической помощи декретированному контингенту населения Республики Дагестан.

Материал и методы. В исследовании участвовали (случайная выборка) 357 респондентов – 169 мужчин, 188 женщин) пожилого, старческого возраста, а также долгожителей равнинных районов Дагестана. Методом анкетирования были изучены основные причины обращения за стоматологической помощью, дан социально-гигиенический анализ мотивации респондентов.

Использовали специально разработанные анкеты и опросные карты: ответы на вопросы дали информацию о респонденте, его отношении к лечению, удовлетворенности стоматологической помощью, причинах обращения к врачу-стоматологу.

Обследованная категория населения относится к пенсионному возрасту, поэтому существенный интерес представляет изучение мотивационных предпосылок к получению стоматологической помощи в государственных стоматологических структурах. Причем, естественно указанные услуги оказываются именно в государственных (муниципальных) стоматологических учреждениях. Поэтому, очевидно, что абсолютное большинство лиц пожилого и старческого возраста получают стоматологическую (особенно ортопедическую) помощь именно в указанных структурах.

Для того, чтобы получить данные на этот счет, нами проведено социологическое исследование пожилого населения в равнинных районах Республики Дагестан по специально разработанным анкетам.

Достоверность результатов и репрезентативность выборки подтверждались с помощью современных методов вариационной статистики.

Результаты и обсуждения. Программа исследования предусматривала подробное изучение особенностей организации лечебно-профилактической стоматологической помощи пожилому и старческому населению в равнинных районах Дагестана.

По данным опроса, имеются серьезные сдерживающие факторы, подчас не дающие возможности пожилому населению обращаться не только в коммерческие, но даже в государственные (муниципальные) стоматологические службы. Поэтому первостепенное значение имеет изучение основных из них. Оценку указанных показателей целесообразно проводить в сравнительном аспекте, изучая характер обращаемости населения.

Таблица 1

Динамика уровня стоматологического здоровья лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей равнинных районов Республики Дагестан (% ответов; ±)

Возраст в годах	Состояние полости рта за последние годы						Всего	
	Улучшилось		ухудшилось		осталось на том же уровне			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
55-74	11	15,07	53	72,60	9	12,33	73	100,0
75-89	8	9,30	71	82,56	7	8,14	86	100,0
более 90 лет	-	-	29	78,38	8	21,62	37	100,0
Всего стандартизованный показатель	19	8,12	153	77,85	24	14,03	196	100,0

В таблице 1 представлены материалы опроса лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей, проживающих в равнинных районах Республики Дагестан, по уровню стоматологического здоровья. Наиболее значительное ухудшение уровня стоматологического здоровья отмечено у опрошенных возрастной группы 75-89 лет (82,56%), а также значительную долю ухудшения здоровья имело место у опрошенных возрастных групп 55-74 лет (72,6%) и

более 90 лет (78,38%). В целом, по мнению опрошенных, за последние годы состояние их стоматологического здоровья улучшилось у 8,12%, ухудшилось у 73,85%, осталось на прежнем уровне у 14,03% опрошенных.

Большое значение в оценке уровня и показателей стоматологического здоровья у населения имеет такой показатель, как число удаленных зубов, поскольку это свидетельствует и об отношении населения к собственному здоровью и о квалификации и уровне оказания комплексной стоматологической помощи. Немалое значение имеет и возраст.

В таблице 2 представлено наличие у лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей равнинных районов удаленных зубов. Видно, что эта доля прогрессивно нарастала с увеличением возраста опрошенных, особенно значимое увеличение доли удаленных зубов отмечено в возрастной группе более 90 лет (100,0%). Доля удаленных зубов в возрастных группах 55-74 лет и 75-89 лет составляет 94,52% и 96,51% соответственно.

Таблица 2.

Наличие у лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей равнинных районов Республики Дагестан удаленных зубов (%ответов; ±)

Возраст в годах	Имеются ли удаленные зубы				Всего	
	да		нет			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
55-74	69	94.52	4	5,48	73	100,0
75-89	83	96,5 1	3	3,49	86	100,0
более 90 лет	37	100,0	-	-	37	100,0
Всего стандартизованный показатель	189	97,01	7	2,99	196	100,0

В целом, у подавляющего большинства респондентов имеются удаленные зубы.

При сравнении наших данных с результатами, полученными Гусейновым Г.В. (1978); Бахмудовым Б.Р. (1990); Козыревой И.И. (1999); Ашуевым Д.А. (2009) при обследовании населения пенсионного возраста Краснодарского края и Республики Дагестан, наблюдаются существенные различия в количестве удаленных зубов на одного обследованного. Наши данные совпадают с данными авторов (Гадаев М.С., 2003; Курбанов О.Р., 2009, Абакаров Т.А., 2012).

Таким образом, из представленного материала наглядно видно, что основной причиной потери зубов и образования дефектов зубных рядов у респондентов, проживающих как в равнинных, так и горных районах Республики Дагестан, является удаление зубов вследствие прогрессирующего кариеса зубов и его осложнений, что связано, очевидно, с низкой доступностью в квалифицированной стоматологической помощи и невысокой ее эффективностью. Доля удаленных зубов вследствие нарастания подвижности зубов из-за заболеваний пародонта была на 60,17% меньше; в сравнительном аспекте она была меньше у респондентов, проживающих в горных районах.

Мы проанализировали распространенность полного отсутствия зубов (т.е. полной вторичной адентии) у обследованных лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей равнинных районов Республики Дагестан.

Данный показатель весьма важен и информативно, поскольку указывает на высокую нуждаемость в зубном протезировании (в частности, на нуждаемость в съемном протезировании) и позволяет судить о доступности и востребованности в стоматологической помощи декретированному контингенту населения. В группе респондентов равнинных районов доля полной вторичной адентии нарастала с возрастом обследованных лиц и составила: в возрастной подгруппе 55-74 лет – 31,5%, 75-89 лет – 77,9% и в возрастной группе более 90 лет – 94,6% (в среднем показатель полной вторичной адентии у обследованных жителей равнинных районов Республики Дагестан составил 68,0%).

Далее мы проанализировали состояние уровня гигиены полости рта и пародонтологического статуса у лиц пожилого и старческого возраста Республики Дагестан. Уровень гигиены полости рта у обследованных жителей Республики Дагестан нельзя признать удовлетворительным – подобное суждение относится к респондентам, проживающим как в равнинных, так и в горных районах, причем отмечено значительное ухудшение гигиенического состояния полости рта с возрастом. Следует отметить, что уровень гигиены полости рта у респондентов горных районов был хуже по сравнению с аналогичным показателем респондентов равнинных районов, что указывает на их низкую мотивацию к сохранению собственного здоро-

вья, недостаточный уровень знаний о гигиене полости рта, информированность о стоматологическом здоровье.

Гигиенический индекс ИГ достигал в возрастной группе: 55-74 лет – 2,53±18%; 74-89 лет – 2,93±21%; более 90 лет – 3,3±14%.

Аналогичную тенденцию продемонстрировал и показатель тяжести клинического состояния тканей пародонта. Тяжесть состояния тканей пародонта у обследованных лиц нарастала с возрастом – у опрошенных как равнинных, так и горных районов, причем у последних даже несколько хуже (однако у них было меньше удаленных зубов вследствие подвижности, что говорит о неоднозначной картине – с одной стороны общие показатели тяжести клинического состояния пародонта были хуже (индекс ПИ составляет 9,68±29% в возрастной группе 55-74 лет), с другой стороны, у отдельных пациентов они не достигали достаточно тяжелых значений с сильной подвижностью и удалением зубов, что вероятно, объясняется изменениями в рационе преобладанием более грубой натуральной пищи и уменьшением количества рафинированных продуктов).

Результаты обращаемости респондентов равнинных районов за лечебно-профилактической помощью показали, что стоматологическая помощь оказывалась 92,25% опрошенным, 7,74% респондентов к этой помощи вообще не прибегали. При этом настораживают довольно высокие доли отказов от стоматологической помощи в возрастной группе более 90 лет (7,74%).

Таким образом, для респондентов, проживающих в равнинных районах Республики Дагестан, отмечена тенденция уменьшения числа отказов от стоматологической помощи с увеличением возраста респондентов. Отметим также, что такие значения показателя отказа от стоматологической помощи (17,83% у опрошенных равнинных районов свидетельствуют о крайне низкой эффективности организации стоматологической помощи в Республике Дагестан и о неудовлетворительной тенденции к сохранению своего стоматологического здоровья у населения Дагестана.

В целом, не менее 76,2% опрошенных, проживающих в горных районах Республики Дагестан, обращались за стоматологической помощью. Большая доля опрошенных, проживающих в горных районах и не обратившихся за стоматологической помощью (23,8%), вероятно, свидетельствует о слабо развитой инфраструктуре стоматологических ЛПУ в горной местности Республики Дагестан, невы-

соком уровне компетентности населения в части сохранности собственного стоматологического здоровья, недоверии врачу и страхе. Далее мы проанализировали желание (активную мотивацию) пожилого и старческого населения, а также долгожителей Республики Дагестан к лечению у стоматолога. Определенная доля респондентов, выразивших нежелание посещать стоматолога, считает себя стоматологически здоровыми (при этом не была отмечена тенденция изменения данной доли в зависимости от возраста – в среднем она составляла 1,38 лет). Характерно, что в возрасте 55-74 лет стоматологически здоровыми считали себя 1,38% респондентов, в возрасте 75-89 и более 90 лет – 0,0%.

Особую тревогу вызывает контингент лиц, не желающих посещать врача-стоматолога и вместе с тем, не обладающих хорошим стоматологическим здоровьем. Их доля составила: в возрастной группе 55-74 лет – 62,45%, 75-89 лет – 58,77%, более 90 лет – 74,97%.

Из-за неплатежеспособности лиц пожилого и старческого возраста Республики Дагестан стоимости современных стоматологических услуг, наличия низких, по сравнению с общероссийским уровнем, доходов, подавляющее большинство пожилых дагестанцев, имея мизерную пенсию, не может позволить получить ни лечебную, ни ортопедическую стоматологическую помощь. В Республике Дагестан с 2000 года отменено бесплатное протезирование.

Нежелание получать стоматологическую помощь в группе респондентов, проживающих в равнинных районах Республики Дагестан, к сожалению, нарастает с возрастом (в среднем 68,98%) и не всегда связано с хорошим, по мнению опрошенных, состоянием у них стоматологического здоровья (таковых было всего 1,37%). Наибольшее беспокойство должна вызывать доля опрошенных, не желающих посещать врача-стоматолога и при этом, не обладающая, по их мнению, хорошим уровнем стоматологического здоровья – таковых было 29,64%. Видимо, у таких опрошенных можно прогнозировать самый высокий уровень потери зубов и высокий риск развития одонтогенных осложнений.

Заключение. Таким образом, изучение вопросов совершенствования стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста показало наличие комплекса клинико-организационных, социальных проблем, связанных с изысканием новых путей повы-

шения эффективности оказываемой пожилому и старческому населению Республики Дагестан лечебно-профилак-тической помощи.

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МАХАЧКАЛЫ

Алиева А.О., Курбанов О.Р., Курбанов З.О., Будайчиев Г.М-А., Акавов А.Н.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Актуальность. Радикальные социально-экономические преобразования, происходящие в Российской Федерации, в том числе и в Республике Дагестан, приводят к реформированию здравоохранения. Процессы реформирования неизбежно сопровождаются развитием различных отношений во всех отраслях медицинской деятельности. Причем коммерциализация наиболее интенсивно заявила о себе в стоматологии. Наряду с государственными, стремительно развиваются негосударственные клиники, создаются акционерные совместные предприятия, оказывающие широкий комплекс стоматологических услуг. Появляется многообразие форм собственности и хозяйствования в стоматологии.

Мировой опыт показывает, что в системе здравоохранения и в частности в стоматологической службе, наиболее эффективно функционируют государственные и негосударственные формы собственности. Первая из них, по-прежнему представлена учреждениями с государственной собственностью, основной из которых является стоматологическая поликлиника. Второй сектор определяется множеством структур с различными организационно-правовыми формами предпринимательской деятельности.

С развитием рынка медицинских услуг совершенствуются законодательные основы защиты прав потребителей этих услуг.

В связи с этим возникла насущная необходимость в решении вопросов, связанных с правовыми основами защиты прав пациентов, существенно повысилось значение вопросов качества, доступности медицинской помощи.

В структуре медицинской помощи одной из самых массовых и дорогостоящих является стоматология, а проблема изучения эффективности оказываемой помощи, качества обслуживания, стоимости лечения, гарантии и впечатления пациентов от посещений стоматологических учреждений является важным компонентом в этой структуре.

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики состояния полости рта, причин поражения зубов и зубных рядов, мнения пациентов об эффективности результатов оказанной стоматологической помощи, качества медицинского обслуживания, гарантии и впечатления от посещения к врачам-стоматологам.

На актуальность и значимость таких исследований указывает и проведение социологических исследований по изучению мнения респондентов, так как оно позволяет оценить качество и эффективность оказываемой стоматологической помощи. При анализе рынка стоматологических услуг мнение пациентов играет большую роль в конкурентной борьбе в условиях существования стоматологических учреждений с различной формой собственности. Оно не только формирует поток пациентов, но заменяет в немалой степени дорогостоящую рекламу.

Материал и методы.

Для достижения поставленной цели по ходу эпидемиологического обследования, было проведено социологическое и социальное исследование по изучению мнения респондентов о динамике состояния полости рта, о причине обращаемости и необращаемости за стоматологической помощью. Всего было опрошено 600 респондентов в пяти возрастных группах от 20 до 60 лет и старше, из них 50% - женщин, 50% - мужчин.

На примере г.Махачкала проведено социологическое исследование.

Анкета содержит 17 вопросов. При статистической обработке анкеты разбились на 5 блоков и дали достаточно полное представление мнения респондентов относительно динамики стоматологического статуса, результатов эффективности и качества проведенного лечения, выяснения причины обращаемости и необходимости обращения за стоматологической помощью.

В целях достоверности информации анкетирование проводилось автором в строгом соответствии с разработанной методикой

ЦНИИС МЗ РФ. На каждого респондента заполнялась отдельная анкета с указанием фамилии, пола, возраста и профессии.

Нуждаемость в стоматологической помощи представлена в таблице № 1,

Таблица № 1

Нуждаемость в стоматологической помощи

Возрастные группы	Нуждаемость в стоматологической помощи
20-29 лет	66,6%
30-39 лет	83,3%
40-49 лет	89,1%
50-59 лет	83,3%
60 лет и старше	98,0%

результаты оказания стоматологической помощи и ее эффективность - в таблице № 2

Таблица № 2

Результаты оказания стоматологической помощи и ее эффективность

Возрастные группы	Оказание стоматологической помощи и ее эффективность		
	отлично	хорошо	неудов
20-29 лет	37%	63%	
30-39 лет	8%	59,2%	33,8%
40-49 лет	16,6%	69,8%	16,6%
50-59 лет	-	72%	28%
60 лет и старше	-	38%	62%

причины нежелания проведения стоматологического лечения – в таблице № 3.

Таблица № 3

Причины нежелания проведения стоматологического лечения

Возрастные группы	Причины нежелания проведения ортопедического лечения			
	страх	боязнь длительности лечения	отсутствие результатов лечения	денежные проблемы
20-29 лет	50%	25%		25%
30-39 лет	66,6%	14%		19,4%
40-49 лет	40%	55%		5%
50-59 лет	5%	43,7%	16%	25,3%
60 лет и старше	-	23%	33,3%	43,7%

Приведенные результаты дают представление обо всех аспектах деятельности стоматологической службы г.Махачкала.

Таким образом, при оценке стоматологической службы и эффективности ее функционирования следует шире использовать результаты социологических опросов населения.

КАДРОВОЕ ПЛАНИРОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (обзор)

Курбанов О.Р., Абдурахманов А.И., Алиева А.О., Курбанов З.О., Будайчиев Г.М-А., Акавов А.Н.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Минздрава России, 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 врачей является важнейшей задачей в деле совершенствования организации медицинской помощи населению и удовлетворение потребностей в ней.

Полная занятость в экономике нашей страны в период застоя, создание новых рабочих мест за счет дополнительных капиталовложений, сокращение продолжительности рабочего дня и увеличение отпусков привели к росту дефицита на рынке труда. 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.

Медицинские учреждения, производящие услуги (в том числе стоматологические) должны продемонстрировать свою конкурентоспособность, кредитоспособность и потенциал как объекты инвестирования. В этих условиях колоссальное значение приобретает правильный подбор кадров отвечающих психофизиологическим требованиям производства.

Концепцию долгосрочной, ориентированной на будущее кадровой политики в стоматологии, учитывающей все эти аспекты, можно реализовать с помощью кадрового планирования. Этот метод управления персоналом способен согласовать и уравновесить интересы работодателей и работополучателей.

Сущность кадрового планирования заключается в предоставлении медицинским работникам рабочих мест в нужный момент времени и необходимом количестве в соответствии с их способностями, склонностями и требованиями производства. Современные методы повышения качества основываются на людях, вносящих свой вклад в работу в любой сложной системе. Люди (медперсонал) – это самый ценный ресурс любого медицинского учреждения. Команда, составленная из сотрудников, каждый из которых имеет свою теоретическую и практическую подготовку, способна справиться с самыми сложными производственными заданиями. С полным правом можно отнести и к оказанию стоматологической помощи.

Кадровое планирование осуществляется, как в интересах медицинского учреждения, так и в интересах персонала. Кадровое планирование должно создавать условия для мотивации более высокой производительности труда и удовлетворенности работ. Людей привлекает в первую очередь те рабочие места, где создаются условия для развития их способностей и гарантирован высокий заработок.

Одной из задач кадрового планирования в стоматологическом учреждении является учет интересов всего медицинского персонала. Следует помнить, что кадровое планирование тогда эффективно, когда оно интегрировано в общий процесс планирования организации.

Планирование потребности в медицинском персонале является начальной ступенью процесса кадрового планирования и базируется на данных об имеющихся и запланированных рабочих местах, штатном расписании и плане замещения вакантных должностей. При определении потребности в медицинском персонале в каждом конкретном случае рекомендуется участие руководителей соответствующих подразделений.

Планирование привлечения персонала – планирование мероприятий по найму и приему персонала с целью удовлетворения в перспективе потребности организации в кадрах за счет внутренних и внешних источников.

Одной из проблем работы с персоналом в организации при привлечении кадров является – планирование трудовой адаптации.

Выделяют два вида адаптации:

- первичная, т.е. приспособление молодых кадров, не имеющих опыта профессиональной деятельности;

- вторичная, т.е. приспособление работников, имеющих опыт профессиональной деятельности.

В условиях функционирования рынка труда возрастает роль вторичной адаптации. При этом необходимо внимательно изучать опыт зарубежных фирм, которые уделяют повышенное внимание первичной адаптации молодых работников. Данная категория персонала нуждается в особой заботе со стороны администрации лечебного учреждения.

Наряду с учетом квалификационных признаков при определении места работы необходимо учитывать психические и физические нагрузки на человека и возможности претендента в этой области. Необходимо обеспечить условия труда, которые являются достойными человека. Особое внимание при планировании использования кадров следует уделять вопросам занятости молодежи и женщин.

В организациях существует потребность в обучении, включающем переподготовку и повышение квалификации работников. Планирование обучения персонала охватывает мероприятия по обучению внутри и вне лечебного учреждения и самоподготовке.

Таким образом, планирование обучения персонала позволяет использовать собственные производственные ресурсы работников без поиска новых высококвалифицированных кадров на внешнем рынке труда. Кроме того, такое планирование создает условия для мобильности, мотивации и саморегуляции работников.

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЕССЕНТУКИ

Курбанов О.Р., Алиева А.О., Хасаева М.И., Курбанов З.О., Акавов А.Н.

Кафедра стоматологии ФПК и ППС
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Махачкала.

В настоящее время в России наряду с государственными создаются новые многопрофильные стоматологические учреждения коммерческого, хозрасчётного, арендного и т.п. типа с негосударственными источниками финансирования, ставящие своей целью оказание стоматологической помощи на платной основе [4,5]. В течение последнего десятилетия появились исследования, посвященные вопросам организации лечебно-профилактической деятельности таких учреждений, организации и управления негосударственными стоматологическими организациями (далее – НСО), однако вопросы подбора и управления кадровым составом таких учреждений на региональном уровне до сих пор остаются нерассмотренными, что сказывается на полноте научных исследований.

С аналогичными трудностями сталкиваются и руководители этих учреждений. Не имея соответствующих знаний в данной области, они не могут целенаправленно организовывать лечебную работу НСО [1].

Стоматологическая помощь является одной из наиболее трудоёмких и дорогостоящих видов амбулаторно-поликлинической помощи. Это свидетельствует об актуальности данного вида помощи, повышения эффективности лечения стоматологических больных в специализированных лечебно-профилактических учреждениях. Настоящее положение дел дополняется сосуществованием, наряду с коммерческими, бюджетных форм лечебно- профилактических учреждений (далее – ЛПУ), где вопросы организации лечебно-профилактической помощи освещены в исследованиях целого ряда отечественных и зарубежных авторов [2,3].

Цель исследования – совершенствование эффективности оказания стоматологической помощи населению на основе изучения особенностей организации и управления кадровым составом стоматологических учреждений различных форм собственности.

Материал и методы. Исследование выполнялось на базе медицинских организаций различных форм собственности и правовой основы. Все включённые в исследование ЛПУ являются многопрофильными поликлиниками, в которых функционируют стоматологические отделения, оказывающие основные виды стоматологической помощи (терапевтическая, хирургическая, ортопедическая). Помощь оказывается в соответствии со спецификой государственных и муниципальных стоматологических учреждений – это, как правило, так называемый госбюджетный контингент, а также платные услуги, оказываемых в частных стоматологических учреждениях. Все включённые в исследование медицинские организации имели соответствующие лицензии на оказание основных видов стоматологической помощи.

Единицами наблюдения в зависимости от целей и задач исследования служили врачи-стоматологи изучаемых стоматологических учреждений. На протяжении исследования было анкетировано 96 респондентов. Сбор материала осуществлялся по специально разработанным анкетам.

Анализ врачебного состава проводился по таким важным параметрам профессионального роста, как квалификационные категории, специализация, особое внимание уделялось стажу практической работы врачей. С целью выявления проблем организации лечебного процесса, а также уточнения правовой осведомленности врачей было опрошено 96 специалистов (стоматологи и зубные врачи). Возраст респондентов различных врачебных категорий составлял от 22 до 65 лет, стаж работы – от 1 года до 40 лет.

Статистические исследования проводились при использовании специально разработанных для этих целей анкет, состоящих из 6 вопросов, которые предусматривали разработку предложений по совершенствованию управления персоналом стоматологической организации. В этой связи нами был проведен анализ врачебного состава по таким важным параметрам профессионального роста, как квалификационные категории и специализация. Особое внимание уделялось стажу практической работы врачей и позиции усовершенствования врачей. В частности, было подробно изучено отношение врачей к этому, частота и сроки повышения квалификации, потребности кадровой политики, возможные стимулы врача к этому и ряд других факторов.

Результаты и их обсуждение. Особое внимание в деле обеспечения качественной стоматологической помощью населения играет квалификация врачебного персонала. Вообще состояние подготовки врачебных кадров играет ключевую роль в деле оказания квалифицированной медицинской помощи населению. Учитывая, что в стоматологической службе имеется разделение врачебных кадров на врачей, работающих с платными пациентами (оказывающими платные медицинские услуги и услуги по ДМС), мы проанализировали особенности их удовлетворённости разными параметрами трудовой деятельности.

Данные анкетирования врачей представлены в таблицах 1, 2. Основные демографические показатели двух групп врачей в целом совпадали.

Объём последипломного обучения врачей-стоматологов, работающих в стоматологических учреждениях различной формы собственности

Таблица 1

врачи	возраст	стаж работы	Количество циклов за 5 лет
врачи, работающие в государственных стоматологических учреждениях	45,0±1,54	18,5±9,61	1,8±1,72
врачи, работающие в частных стоматологических учреждениях	43,0±0,93	18,9±4,28	2,81±1,77

Показатели удовлетворённости врачей-стоматологов, работающих в стоматологических учреждениях различной формы собственности (баллы по 5-балльной аналоговой шкале) Таблица 2

врачи	Показатели удовлетворённости						
	Своей работой	Своим ЛПУ	МТС	Коллективом	Пациентами	Своей квалификацией	Последипломным обучением
врачи, работающие в государственных стоматологических учреждениях	4,6±0,13	5,0±0,19	4,7±0,41	4,49±0,63	4,2±0,3	4,49±0,37	4,11±0, 48

врачи, работающие в частных стоматологических учреждениях	4,0± 0,11	4,8± 0,44	4,9± 0,14	4,5±0,71	4,19±0, 67	4,3±0,37	4,39±0, 71

Средний возраст врачей, работающих с госбюджетным контингентом пациентов, составил 45,0±1,54 лет; возраст врачей, работающих с частным контингентом пациентов – 43,0±0,93лет соответственно. Гендерный состав в обеих группах был представлен 31,7 % и 31,0% мужчин; 68,3% и 61,0% женщин соответственно. Таким образом, по основным демографическим показателям данные группы были вполне сравнимыми.

Анализ анкетирования врачей показал, что удовлетворённость, своей профессиональной деятельностью врачей государственных учреждений составила 4,6±0,13 баллов, такой же была их удовлетворённость своим ЛПУ (5,0±0,19 баллов). Несколько ниже была удовлетворённость врачей материально-техническим снабжением (далее – МТС) поликлиники для обеспечения лечебно-диагностического процесса (4,7±0,19 баллов).

Удовлетворённость взаимоотношениями с коллегами, морально-психологическим климатом в коллективе в среднем составила 4,49±0,63 баллов, а заметно ниже была удовлетворённость врачей тем контингентом населения, с которым им приходилось работать – всего 4,2±0,3 баллов.

Удовлетворённость собственной врачебной квалификацией в данной группе врачей составила 4,3±0,37 баллов.

Мы проанализировали мнение врачей об их последипломной подготовке. Удовлетворённость врачей своей последипломной подготовкой составила в среднем 4,11±0,48 баллов. В среднем на 1 врача за 5 лет приходилось 1,8± 1,72 циклов разных видов последипломного обучения.

Таким образом, наиболее высокая степень удовлетворённости врачей-стоматологов, работающих в государственных стоматологических учреждениях, отмечена в отношении собственной работы, своего ЛПУ, а наиболее низкая – в отношении прикреплённого

контингента пациентов, с которым им приходилось работать. В группе врачей-стоматологов, работающих в частных стоматологических учреждениях, наиболее высокая степень удовлетворённости отмечена при удовлетворённости своей работой (4,0±0,11 баллов), чуть ниже и примерно одинаковые значения – при удовлетворённости своим ЛПУ и материально-техническим обеспечением лечебно-диагностического процесса (4,8±0,44 баллов и 4,9±0,14 баллов соответственно). Следует отметить, что удовлетворённость в данной группе врачей своим коллективом, морально-психологи-ческим климатом среди коллег составила лишь 4,39±0,71 баллов, ещё ниже была удовлетворённость врачей своим контингентом пациентов, который они обслуживали – всего 4,19±0,67 баллов. Удовлетворённость собственной врачебной квалификацией в данной группе врачей составила 4,49±0,51 баллов, а удовлетворённость качеством последипломной подготовки – 4,39±0,71 баллов. Отметим, что среднее число разных видов последипломного обучения за 5 лет в данной группе врачей составило 2,81±1,77 баллов.

В целом, наиболее высокая степень удовлетворённости врачей-стоматологов в данной группе отмечена в части удовлетворённости своей работой, чуть меньше – удовлетворённость врачей материально-техническим обеспечением лечебно-диагностического процесса и своим ЛПУ. Достаточно низкими были степени удовлетворённости морально-психологическим климатом в коллективе и удовлетворённости контингентом пациентов.

Таким образом, сравнивая показатели удовлетворённости врачей двух групп, принимавших разные контингенты пациентов, отметим следующее. И в той, и в другой группах врачей (работавших с государственным контингентом и частным контингентом пациентов) наиболее высокая удовлетворённость отмечена в части удовлетворённости своей работой и своим ЛПУ (практически равная для врачей обеих групп), а вот удовлетворённость материально-техническим обеспечением у врачей госбюджетного сектора была ниже по сравнению с показателем у врачей частного сектора. Удовлетворённость своим ЛПУ у врачей госбюджетного

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОСТРОЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ВРАЧАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ НА КУРСАХ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ.

Абакаров С.И., Сорокин Д.В., Басов А.В, Никифорова К.И.

Кафедра ортопедической и общей стоматологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Москва.

Послевузовское образование всегда имело большое значение в медицине для обмена опытом, передачи знаний, внедрения и развития новых технологий диагностики, лечения и профилактики заболеваний. В условиях реформы образования и здравоохранения важность этого направления деятельности учреждений дополнительного профессионального образования многократно возрастает, так как постоянное совершенствование их деятельности, нацелено в первую очередь на улучшение качества образовательных услуг. В этой связи, все большее значение приобретает самостоятельная внеаудиторная работа слушателей.

Целью исследования явилась оценка эффективности построения диагностического алгоритма в процессе внеаудиторной самостоятельной работы при обучении врачей-стоматологов на курсах повышения квалификации.Всего было проанализировано 84 анкеты (по 10 вопросов в каждой) обучающихся на циклах ОУ. Эффективность обучения определяли с помощью «индекса удовлетворенности» обучением и методом рейтинговой оценки.

Применяемая нами методика домашних заданий включает следующие разделы:

1. Основные цели изучения предстоящей темы.
2. Источники литературы с указанием конкретного объема изучаемого материала, которые необходимо проработать в период подготовки.
3. Контрольная часть содержит задачи различной степени сложности, решить которые можно лишь на основе анализа прочитанного.
4. Задания могут быть представлены в различной форме (задачи, рефераты, задания в тестовой форме и др.).

Так, например, при подготовке к проведению клинического разбора стоматологического пациента, слушатели во внеаудиторное время должны:

работать с литературой, после прочтения которой, начинается работа над оформлением истории болезни – выделяются основные симптомы и синдромы, характерные для основного заболевания и сопутствующих нозологических форм;

оформлять предварительный диагноз;

составлять план обследования, с указанием цели проведения каждого действия;

анализировать результаты обследования;

формулировать окончательный диагноз;

составлять план ведения стоматологического больного;

давать оценку результатам лечения;

формулировать прогноз течения стоматологического заболевания, необходимость диспансерного наблюдения;

оформлять результаты лечения в виде презентации для демонстрации на клиническом разборе.

Одной из основных функций специалиста с высшим медицинским образованием является диагностическая функция. В частности, для специальности «стоматология» специалист с высшим медицинским образованием должен быть подготовлен для самостоятельной профессиональной деятельности и выполнения следующих основных функций: диагностической, лечебной, профилактической, консультативной, реабилитационной, организационной.

В связи с этим к одному из видовсамостоятельной внеаудиторной работы слушателей мы относим и работу по разработке (составлению) диагностического алгоритма.

При составлении диагностического алгоритма следует придерживаться следующего порядка действий:

выбрать ведущий синдром или симптом, на который предполагается разработка диагностического алгоритма. Этот синдром выносится в начало алгоритма. При выборе синдрома следует учитывать, во-первых, множественность нозологических единиц, проявляющихся данным синдромом. Если их количество превышает 10 диагнозов, то синдром надо разбить на несколько синдромов. Например, симптом «зубная боль» предполагает очень большое количество диагнозов. Поэтому целесообразнее сформулировать синдром,

например, следующим образом: «зубная боль + повышенная температура», и др. Второе условие, которое следует учитывать при выборе синдрома - это реальность, достижимость постановки диагнозов. Если диагнозы нельзя поставить с достаточно большой долей вероятности, то на такой синдром нецелесообразно строить диагностический алгоритм;

составить список всех важнейших дифференцируемых болезней, проявляющихся данным ведущим синдромом;

выписать все симптомы, характерные для данного синдрома и соответствующих заболеваний;

выделить все решающие симптомы для каждого из дифференцируемых заболеваний.

выделить один из решающих симптомов, сразу же разграничивающий дифференцируемые болезни на крупномасштабные группы;

последовательно выделить дальнейшие симптомы с условием, что на одном этапе рассматривается только один симптом. При этом для каждого симптома определить разграничивающий критерий (наличие, отсутствие или степень выраженности симптома), который дает возможность произвести разветвление диагностической мысли на две, три или более ветвей;

после каждого этапа составить резюме, причем на первых этапах давать крупные категории понятий типа «болезненность по ходу ветвей тройничного нерва», а на последующих этапах выводы постепенно конкретизируются до отдельных нозологических единиц;

построить диагностический алгоритм на бумаге в виде графа;

провести первоначальное испытание диагностического алгоритма, т. е. отдифференцировать его;

дополнить алгоритм диагностическими предписаниями тактического типа, если остались две-три нозологические единицы, дальнейшее диагностика которых требует специальных труднодоступных методов исследования.

Результаты исследования эффективности обучения построению диагностического алгоритма продемонстрировали «индекс удовлетворенности» ниже 60%, что указывает на низкий уровень знаний, только на исходном контроле знаний (54,9%). На этапе промежуточного контроля, показатели индекса составили 81,2%. При сравнении средних результатов исходного и итогового контроля

рост индекса показал увеличение числа «удовлетворенных» на 56,7% и составил 93,5% по окончании обучения темы.

Об успешности усвоения материала при увеличении роли самостоятельной внеаудиторной работы свидетельствовали также данные, полученные при расчетах рейтинговой оценки группы обучающихся. На этапах исследования, прослеживалось динамическое увеличение цифровых показателей от 33,6% на исходном контроле знаний, до 74,9% на итоговом контроле. При этом повышение средней рейтинговой оценки составило 49,2% ($p<0,01$), что свидетельствует об эффективном теоретическом использовании полученных знаний по построению диагностического алгоритма врачами-стоматологами в процессе их дополнительного профессионального образования.

ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ В КЛИНИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Ордашев Х.А.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала.

Профессия врача, как и вся медицинская работа, имеет дополнительные этические требования, ибо ни одному представителю другой профессии не приходится так глубоко и остро вникать в человеческую жизнь, в ее биологические и социальные стороны. В отличие от других специальностей, врач обязан обладать не только огромным запасом знаний, высоким профессионализмом, но и особым складом души, способной к сопереживанию, готовностью принести в жертву многие свои интересы, а не только время, которое вообще у врача никогда не было лимитировано часами графика работы.

Можно закупить прекрасную медицинскую аппаратуру и давать больным дефицитные лекарства, но ничто не заменит им наше внимание, тепло, культуру общения, нашу медицинскую этику.

Полноценное лечение стоматологических хирургических больных возможно лишь при сочетании строгого соблюдения медицин-

ской деонтологии и своевременно проведенного специализированного лечения. В этой связи на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии большое внимание уделяется обучению вопросам деонтологии студентов, субординаторов и ординаторов. Разработано специальное семинарское занятие. Вопросы деонтологии включены в экзаменационные билеты и тесты.

Важное место отводится на первых же практических занятиях вопросам взаимоотношения врача, среднего медицинского персонала и студентов с больными. Подчеркивается о необходимости уважительного, доброжелательного и корректного отношения со стороны медицинского персонала и студентов к больному во время приема, обследования и лечения его. Подчеркивается о необходимости уважительного, доброжелательного и корректного отношения со стороны медицинского персонала и студентов к больному во время приема, обследования и лечения его. На прием к хирургу-стоматологу идет больной обычно со страхом, измученный болями и неустойчивой психикой. Медицинская сестра вежливым и тактичным обращением должна пригласить больного в хирургический кабинет и усадить в стоматологическое кресло. Преподаватель (или врач) обязан успокоить больного и спокойно выслушать жалобы его и собирать анамнез в мягком и благожелательном тоне. Слушать больного нужно внимательно, не прерывая его неуместными замечаниями. Во время больного в хирургическом кабинете все, даже рабочие разговоры, должны быть сокращены да минимума. Недопустимы разговоры (между врачом, сестрами и студентами) на деловые и частные темы, раздражительные замечания и упреки.

Мануальное, инструментальное обследование и хирургическое вмешательство должно проводиться безболезненно с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Перед хирургическим вмешательством врач обязан производить анестезию, которая обеспечивает полную аналгезию во время операции. С большим сожалением вынуждены отметить, что нередко из хирургических стоматологических кабинетов во время операции удаления зуба слышатся крики и стоны пациентов от причиняемой врачом боли. Этот факт заслуживает особого внимания и свидетельствует не только о некомпетентности хирурга-стоматолога по разделу обезболивания челюстно-лицевой области, но и низкой медицинской этике, так как врач, обязанный уменьшить страдания больного от боли, еще больше их усу-

губляет. Испытанная боль больным во время операции оставляет у больного чувство страха и досады на стоматологию на всю жизнь. И поэтому мы, стоматологи-хирурги и челюстно-лицевые хирурги, нередко видим и слышим в периодической печати, по телевидению и радио нелестные, порой язвительные шутки и анекдоты в адрес стоматологов, что нередко и вполне заслуженно.

В то же время следует отметить, что технически правильно произведенная анестезия может обеспечить полное обезболивание во время операции удаления зуба. И эту мысль студентам должен внушить преподаватель постоянно на каждом практическом занятии в хирургическом стоматологическом кабинете. Вместе с тем, преподаватель должен довести до сведения студентов, что хирурги-стоматологи высокой квалификации и медицинской этики пользуются глубоким уважением и вниманием у больных.

Отрицательно сказывается также на психике больного и следует считать не этичным одновременный прием двух и более больных в одном хирургическом кабинете, страх и беспокойное поведение одного больного передается другому, усиливая у него отрицательные эмоции и гемодинамические нарушения.

Оперативное вмешательство врач должен выполнять быстро и с нанесением минимальной операционной травмы, чтобы предупредить развитие послеоперационных осложнений.

Во время операций целесообразно исключить из употребления травмирующие психику больного слова (скальпель, разрез, долото и т.д.) и раздражительные замечания в адрес помощников. Реплики в адрес последних должны иметь психотерапевтический характер («Как хорошо Вы мне помогаете!»), а в адрес больного ободряющими («Вы молодец!», «Вот и прекрасно, операция заканчивается» и т.д).

Если больной подвергается операции, после которой повторные посещения к хирургу-стоматологу не требуется, то ему следует дать наставления, как вести себя в послеоперационном периоде и при необходимости явиться немедленно к врачу при возникновении первых признаков осложнений. Если больной нуждается в повторном посещении, то ему подробно объясняют дату и время приема.

И, наконец, хотелось бы напомнить всем преподавателям, что все вышеизложенное останется бесполезной писаниной, если они не последуют мудрой латинской пословице: «Слова учат, а пример за-

ставляет подражать». Только и только личным примером, своими поступками и образом мышления преподаватель может воспитывать, развивать и упрочить эти стороны медицинской деонтологии и в будущих стоматологов. Все сказанное - азбука амбулаторного приема, которая начинается со слов древнегреческого философа Сократа: «Нельзя врачевать тело, не врачуя душу».

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ

Бахмудов Б.Р., Муртазалиев Г-М.Г., Бахмудов З.Б., Алиев Г.А.

Стоматологическая поликлиника ЦГБ, г. Дербент
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

За последние десятилетия из-за возникших социально-экономических преобразований в нашей стране произошли весьма существенные изменения в системе здравоохранения и, в частности, в оказании стоматологической помощи, которая по праву считается одной из наиболее востребованных населением и при этом относится к науко – и ресурсоёмким отраслям медицины.

Особенностью стоматологической помощи как медицинской дисциплины является то, что основной вид деятельности врача-стоматолога – это оказание амбулаторной помощи. Даже в рамках хирургической стоматологии в большинстве случаев она заключается в оказании экстренной немедленной и эффективной ургентной помощи в амбулаторных условиях в виде экстракции зуба или вскрытии и дренировании гнойника. Оказание такой амбулаторной стоматологической помощи населению в нашей стране предусмотрено в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи. Эта программа является важнейшим документом государственного регулирования доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающая соблюдение равных конституционных прав граждан на медицинскую помощь за счет государственных источников финансирования.

Реформирование системы здравоохранения в России, с учётом возникших новых социально-экономических реалий, не снизило, а наоборот, обострило проблему оказания стоматологической помощи, в связи с тем, что объёмы «бесплатной» стоматологической помощи и их финансовое обеспечение в рамках территориальных программ государственных гарантий далеки от истинных потребностей. Появление же в стоматологии большего объёма платных услуг привело не только к тому, что стоматологическую помощь низвели в ранг одной из видов рыночных услуг, наряду с куплей-продажей любого товара, но и к резкому росту количества судебных исков на стоматологические организации и их сотрудников [3, 4]. Согласно имеющимся сведениям, ежегодный прирост числа обращений граждан в суды с исками на стоматологические организации достигает 10-15%.

Другими словами, увеличение этических и юридических конфликтов в стоматологии напрямую можно связать с переходом этой отрасли медицины к рыночным условиям.

В этой связи следует заметить, что и в советский период развития нашей страны в системе здравоохранения именно в стоматологии существовало платное предоставление стоматологических услуг гражданам, как в хозрасчетных стоматологических учреждениях, так и в государственных поликлиниках, в частности по зубному протезированию [5]. Однако в то время крайне редко возбуждались уголовные дела на медперсонал стоматологических учреждений. Так в Советском Союзе по данным профессора Б.С.Свадковского из 2519 уголовных дел, возбужденных против медработников только 43 (1,7%) относились к медперсоналу стоматологических учреждений, причём до судебного заседания доходили только 10-22% дел, а обвинительный приговор вынесли в 3-11% случаев.

Немаловажно при этом отметить и то, что в СССР цены на лечение стоматологических заболеваний были минимальными. К примеру, в 60-х годах пломба стоила в хозрасчетных стоматологических учреждениях страны в пределах 40 копеек, а удаление зуба – 60 копеек [1,2]. Стоимость в государственных стоматологических поликлиниках металлической коронки составляла 1 рубль 80 копеек, а съемных протезов на обе челюсти – 14 рублей.

Другими словами, в тот период любой гражданин страны мог себе позволить обратиться за стоматологической помощью в любое из этих стоматологических лечебных учреждений.

В настоящее же время, когда пломба может стоить несколько тысяч рублей, удаление зуба ещё дороже, а стоимость съемных протезов выше 10 тысяч рублей и более, у определенной части населения размер заработной платы или минимальной пенсии не всегда позволяет рассчитывать на такие цены. В таких условиях пациент, получатель этих услуг, заплативший достаточно большие деньги и получивший, по его мнению, недостаточно качественную услугу всегда будет предъявлять претензии к качеству оказанной ему помощи.

Именно нынешняя высокая ценовая политика оказываемых стоматологических услуг, направленная почти всегда на удержание пациента с предложением дорогостоящего лечения «современными» материалами, с целью получить наибольшую финансовую выгоду, и низкая платежеспобность населения, по-видимому, и играют не последнюю роль в возникновении конфликтов между лицом, оказывающим эти услуги и их получателем – пациентом.

В этих сложившихся обстоятельствах пусковым моментом в развитии конфликта нередко может служить и отсутствие должного контакта врача с пациентом получателем услуг. Чем глубже недоверие (имеющее разные основания – нередко и ценовая политика услуг) к врачу, предоставляющему эти услуги, тем чаще проявляются действия в виде недовольствия и агрессии по отношению к сотрудникам стоматологических учреждений, и формирует социальную подоплеку этих конфликтов.

Вышеизложенное невольно наталкивает на мысль, что усилившаяся в течение последних десятилетий коммерциализация стоматологии, сформировала совершенно новые рыночные взаимоотношения между врачом стоматологом, предоставляющим платные стоматологические услуги, и пациентом получателем этих услуг, который автоматически подпадает под защиту Закона о защите прав потребителей, согласно которому пациент практически всегда прав. Он, как получатель услуг, всегда имеет возможность требовать даже через суд не только возмещение ущерба по поводу причинённого вреда своему здоровью, но и морального ущерба, стоимость, которого определяет он сам произвольно, и которая может многократно

превышать стоимость первого. Пациент как потребитель этих платных услуг вправе предъявить требования не только к качеству лечения, но и к личности врача, деонтологическим аспектам его поведения.

Другими словами, механизм Закона о защите прав потребителей и санкции за его неисполнение оказались настолько односторонними и эффективными в пользу получателя услуг, что слабой стороной в правоотношениях становится предприниматель, а зачастую «предпринимателем» становится потребитель. Этот Закон невольно создал широкое поле для злоупотребления своими правами недобросовестными гражданами, использующими «правовой экстремизмом» в целях получения дополнительного дохода.

Специалисты, разработавшие данный закон, не учитывают принципиальные отличия платных медицинских услуг от любых других услуг, предоставляемых потребителю современным рынком. Разумеется, права пациента необходимо рассматривать как специфические вторичные от общих гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав человека. Специфичность прав пациента объясняется его особым положением, связанным с определенными ограничениями, напрямую зависящими от состояния здоровья. Болезнь делает человека особенно уязвимым и ставит его в зависимое от врача положение. Но при этом не надо забывать, что медицинские услуги, являясь направленными на сохранение важнейших ценностей – жизни и здоровья человека, включают существующий и известный всем практикующим врачам фактор обоснованного риска со стороны врача при их оказании.

Наконец, оказание медицинской услуги не всегда гарантирует для пациентов – получателей этих услуг качественных конечных результатов медицинского вмешательства, так как очень часто результаты лечения зависят от индивидуальных особенностей организма пациента и особенностей клинического течения заболевания. Иными словами, и при стоматологических вмешательствах возможно причинение вреда, при отсутствии вины врача.

Врачебным сообществом, в том числе и Стоматологической Ассоциацией России с целью предотвращения конфликтных ситуаций и повышения качества оказываемой медицинской помощи рекомендуют внедрять стандарты и протоколы ведения больных, разработанные для каждой конкретной патологии. Не умаляя значение

разработанных стандартов и протоколов лечения в снижении конфликтных ситуаций во врачебной практике, следует отметить, что они имеют большее значение для страховых компаний и страхователей именно для полноты оценки оказанной пациенту стоматологической услуги. Помимо этого велика роль этих документов и при выполнении юридических функций, используя в судебной практике при проведении судебно-медицинской экспертизы.

Следует особо подчеркнуть, что в медицине, и в частности, стоматологии, любая медицинская услуга, выполненная медицинскими работниками по всем рекомендуемым стандартам оказания помощи, не всегда и не у всех пациентов, может дать ожидаемые результаты, и очень часто эти результаты во многом зависят от индивидуальных особенностей организма пациента. Это и является тем аргументом, который вызывает определенный скепсис у врачей-профессионалов в утверждениях, что соблюдение стандартов лечения больных повысит качество оказания помощи населению.

К примеру, согласно «Протоколу лечения при диагнозе болезни пульпы зуба», утвержденным Стоматологической Ассоциацией России 30 сентября 2014 года, и рекомендованным для применения в системе здравоохранения Российской Федерации, при всех клинических вариантах заболевания пульпы отрицательные исходы при лечении должны составлять всего 20%. При этом соответственно – на развитие ятрогенных осложнений 10% и на развитие нового заболевания связанного с основным – 10% .

Самое интересное это то, что такое число и характер осложнений касается и для начального пульпита (гиперемия пульпы код по МКБ-С К 04 00) и для других форм заболевания, в том числе гиперпластического пульпита (код по МКБ-С К 04 05).

Более того, в данном довольно объёмном документе, изложенном на 118 страницах машинописного текста, посвященному стандарту лечения заболеваний пульпы нет ни слова об особенностях лечения с указанным заболеванием молочных зубов и постоянных зубов с несформировавщимися корнями.

Таким образом, хотя за прошедшие три десятилетия делалось многое для преобразования структуры и деятельности стоматологической службы, для улучшения качества оказываемой стоматологической помощи и, в том числе, в законодательном и правовом обеспечении защиты прав пациента, многие вопросы оказания сто-

матологической помощи остаются открытыми, не решенными или требуют дальнейшего решения.

Изложенное показывает не только наличие проблемы врачебных ошибок в стоматологии, но и демонстрирует необходимость изменения отношения и выработки другого подхода к этой проблеме у врачей, юристов, социологов для полноценного анализа и поиска путей её решения.

Литература

1. Алимский А.В. Страхование в стоматологии – гарантия профилактики и снижения профессиональных рисков / А.В.Алимский //Новое в стоматологии. – 2000. – №7. – С.92.
2. Бочковская Е.О Законодательные и нормативные правовые акты, регулирующие вопросы контроля качества и безопасности медицинской деятельности/Е.О. Бочковская, З.М.Измайлова, Е.А.Лавренюк // Клиническая стоматология. – 2018. – № 2. – С.70-92.
3. Гветадзе Р.Ш. Анализ выплат, определяемых судами гражданской юрисдикции по делам, связанных с дефектами оказания стоматологической помощи / Р.Ш.Гветадзе, С.Н.Андреева, В.Г.Бутова // Клиническая стоматология. – 2018. – № 3. – С.98-101
4. Гветадзе Р.Ш. Методологические подходы к формированию системы оценки качества стоматологической помощи на основании анализа судебной прктики / Р.Ш.Гветадзе, С.Н.Андреева, В.Г.Бутова // Клиническая стоматология. – 2019. – № 2. – С.92-95
5. Гончар В.В. «Несоветская» стоматология в СССР: причины и практика прямых платежей населения за оказание стоматологической помощи / В.В.Гончар, П.Э.Ратманов //Российская стоматология. – 2018. – №3. – С. 56-60.

МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ СТОМАТОФОБИИ У СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ ВО ВРЕМЯ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

Байт Саид Ольга Мохамед Хассан

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»
Москва

Эмоциональное состояние студентов-стоматологов на протяжении всего образовательного процесса в Вузе является важным фак-

тором в усваивание учебного материала, которое отражается на их успеваемости. Специфика будущей профессии, немалые объемы учебного материала, регулярные эмоциональные нагрузки, а так же высокие требования, играют особую роль в формировании психоэмоционального статуса студентов [1, 2].

Высокий уровень успеваемости студентов-стоматологов служит залогом успешной профессиональной деятельности будущих дантистов [3, 4, 5]. Возвращаясь к эмоциональному состоянию, можно сказать что, высокий уровень тревоги и депрессивное состояние могут негативно сказаться на качестве успеваемости, что приводит к получению недостаточных навыков и знаний. Одной из причин негативного эмоционального состояния студентов является стоматофобия, которая нередко проявляется и порой становится причиной смены направления специальности. Понятие "стоматофобия" подразумевает состояние психоэмоционального напряжения, страха перед стоматологическими манипуляциями, вызывающими возникновение стойких негативных эмоций при упоминаниях о болезни зубов, о стоматологе и т. д. Следует отметить, что стоматофобия является приобретенным состоянием, а не врожденным. Оно может возникнуть у человека в раннем детстве и длиться на протяжении всей его жизни. Тревога и страх на стоматологическом приеме могут послужить даже причиной для отказа от дальнейшего лечения. В учебную программу по специальности стоматология входит большая часть стоматологической практики, связанной с лечением зубов пациентов. По этой причине страдающие от стоматофобии студенты сталкиваются со страхом, подобным страху, возникающему при личном визите к стоматологу. Можно предположить, что данной категории студентов приходится гораздо тяжелей осваивать навыки будущей профессии, чем здоровым сверстникам. В данной ситуации рекомендовано пройти психологическую подготовку для выявления причин страха и способов его устранения. Одним из методов определения уровня стоматофобии является тест-опросник CDAS (стоматологический тест Нормана Кора). Практическое применение опросника позволяет определить уровень стоматофобии студента; снизить у него уровень стоматофобии, что в динамике отражается на данных, полученных в последующем с помощью этого же опросника.

Литература:

1. Ignacio J., Dolmans D., Scherpbier A., Rethans J.J., Lopez V., Liaw S.Y. Development, implementation, and evaluation of a mental rehearsal strategy to improve clinical performance and reduce stress: A mixed methods study // Nurse Educ. Today. 2016. №37. P.27-32.
2. Khan A.N., Rasool S.A., Sultan A., Tahira I. Prevalence of examination related anxiety in a private medi- cal college // J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad. 2013. №25(1- 2). P.113-115
3. Magalhães-Alves C. Graduate Students in Medicine Course: Motivation, Socialization and Academic Recognition / Magalhães-Alves C., Barbosa J., Ribeiro L., Ferreira M.A. // Acta Med Port. – 2017. – #30(4). – P. 285-292. Doi: 10.20344/amp.8400.
4. Stegers-Jager K. M. The Four-Tier Continuum of Academic and Behavioral Support (4T-CABS) Model: An Integrated Model for Medical Student Success / StegersJager K. M., Cohen-Schotanus J., Themmen A. P. N. // Acad Med. – 2017. doi: 10.1097 / ACM.0000000000001685.
5. Moslehi M. A study of the academic performance of medical students in the comprehensive examination of the basic sciences according to the indices of emotional intel- ligence and educational status / Moslehi M., Samouei R., Tayebani T., Kolahduz S. // J. Educ. Health Promot. – 2015. – №4. – P. 66. Doi: 10.4103 / 2277-9531.162387.

ОГЛАВЛЕНИЕ

КАФЕДРЕ СТОМАТОЛОГИИ ФАКУЛЬТЕТА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ 35 ЛЕТ.
А.И. АБДУРАХМАНОВ **3**

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНОГО И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА ПАНАВИР-ГЕЛЬ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА
АБДУРАХМАНОВ А.И., ШИХНАБИЕВА Э.Д., САЛИХОВА М.М. **9**

ИММОБИЛИЗОВАННЫЕ КОМПЛЕКСЫ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА
ГАРАЖА С.Н., ХУБАЕВА Ф.С-С., ГРИШИЛОВА Е.Н., ХУБАЕВА Т.С-С., ИЛЬИНА Е.Е., КУДАЕВ Д.М. **12**

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА
АБДУРАХМАНОВ А.И., САЛИХОВА М.М., МИНКАИЛОВА С.Р., КАСИМОВ Д.З., МУГАДОВА Д.В., МУГАДОВА П.Ю. **18**

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПАРОДОНТА В ДИНАМИКЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА
АБДУРАХМАНОВ А.И., САЛИХОВА М.М., ШИХНАБИЕВА Э.Д., ДЖАНБУЛАТОВ М.А., КИШЕВ М.М., САЛИХОВА С.Р., АКАЕВ М.А. **23**

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ «ФАКТОРА БЕРЕМЕННОСТИ» НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ ЗУБОВ
З.Б. АЛИЕВА, Е.А.БРАГИН, Б.Р. БАХМУДОВ, М.Б.БАХМУДОВ. **26**

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИОДОНТИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОСАЖДЕННЫХ ФИТОНЦИДОВ.
МУРТАЗАЛИЕВ Г-М. Г., АБДУЛАТИПОВ Б.Г., МУРТАЗАЛИЕВА П.Г. **31**

ПОЛИОКСДОНИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦЕДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ
САЛИХОВА М.М., ДЖАМБУЛАТОВ М.А., ШИХНАБИЕВА Э.Д., ШТАНЧАЕВА М.Н., МАГДИЕВ Р.Т., ШАХБАНОВ К.Х., БЕРУГОВА Э.А., МАГОМЕДОВ А.З. **33**

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДРЕНИРУЮЩИХ СЕРЕБРЯНЫХ ШТИФТОВ С МАНДРЕНОЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТОВ.
МУРТАЗАЛИЕВ Г.-М. Г., АБДУЛАТИПОВ Б.Г., МУРТАЗАЛИЕВА П.Г. **37**

ОБ ИММУНИТЕТЕ ПОЛОСТИ РТА И КАРИЕС ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ПРИ НЕОДИНАКОВЫХ СРОКАХ ИХ ПРОРЕЗЫВАНИЯ У ДЕТЕЙ.
КАЖЛАЕВ Ю.Н. **39**

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МУКОЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ
АБДУРАХМАНОВ А.И, САЛИХОВА М.М., ШИХНАБИЕВА Э.Д., ШТАНЧАЕВА М.Н., ШАХБАНОВ К.Х., САЛИХОВА С.Р. **42**

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА
КАЖЛАЕВ Ю.Н., ФАТАЛИЕВА А.З. **46**

ЭЛЕКТРОСОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ СЛЮНЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА
КАЖЛАЕВ Ю.Н., ФАТАЛИЕВА А.З. **49**

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА НА ФОНЕ НАЗНАЧЕНИЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ **52**

Екимов Е.В., Скрипкина Г.И., Суручану М.Е., Дмитрук С.О.
Сравнительная оценка эффективности применения эндодонтических силеров
Курбанова Э.А., Магомедов А.А. **55**
Оценка краевой проницаемости пломб при пломбировании полостей по V классу
Курбанова Э.А. **59**
Влияние безалкогольного газированного напитка на состояние pH баланса полости рта
Будайчиев Г.М-А., Самедов Ф.В., Гасанова М.А., Мащилиева М.М., Меджидова Н.М., Ахмедова М.А. **62**
Оценка стоматологического здоровья у пациентов сахарным диабетом второго типа
Будайчиев Г.М-А., Ахмедова Э.А., Омаров О.Г., Самедов Ф.В., Аталаев М.М., Ахмедова М.А., **66**
Сравнительная оценка качества оказываемой стоматологической помощи беременным женщинам
Алиева З.Б., Брагин Е.А., Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б. **69**
Ошибки и осложнения эндодонтического лечения зубов, как причина возникновения одонтогенных гайморитов
Махмудов Ш.Р., Ахмедова Э.А., Мащилиева М.М., Меджидова Н.М., Кудаева П.Д, Хижалова З.Т., Будайчиев Г.М-А., **74**
Мотивационные предпосылки обращения населения за пародонтологической помощью
Акавов А.Н., Курбанов О.Р., Алиева А.О., Курбанов З.О., Хасаева М.И., Абакаров Т.А., Будайчиев Г.М-А. **76**
Мотивационные предпосылки обращаемости пожилого и старческого населения за пародонтологической помощью
Курбанов О.Р., Абдурахманов А.И., Абакаров Т.А., Алиева А.О., Курбанов З.О., Хасаева М.И., Акавов А.Н. **85**
Оценка эффективности остеопластического материала клипдент при лечении пародонтита средне-тяжелой степени
Абдурахманов А.И., Салихова М.М., Джанбулатов М.А., Минкаилова С.Р., Штанчаева М.Н., Магомалиева Л.М. **91**
Особенности лечения пятнистой формы системной гипоплазии эмали зубов у детей на стадии незавершенной минерализации эмали
Будайчиев Г.М-А., Омарова Х.О., Омаров О.Г., Гасанова М.А., Мащилиева М.М., Меджидова Н.М., Ахмедова М.А. **97**

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Изучение адекватности микроциркуляции в кожных лоскутах
Тешабоев М.Г. **103**
Литотрипсия при слюннокаменной болезни
Абдусаламов М.Р., Афанасьев В.В., Курбанов С.М. **107**
Профилактика и лечения гнойно-некротических осложнений последствий ожогов.
Мадазимов М.М., Тешабоев М.Г. **110**

Влияние травмы нижней челюсти на состояние слюнных желез
Ордашев Х.А., Шахбанов А.К., Минкаилова С.Р., Гамидова З.Ш., Аталаев М.М., Курбанов К.К., Акаева Д.А., Магомедова Х.М., Алиева С.Ф. **112**
Лечение неправильно сросшихся переломов верхней челюсти.
Аталаев М.М., Азизов К.А., Гусенов С.Г. **115**
Смешанные опухоли слюнных желез
Ордашев Х.А., Ахмадудинов М.Г., Ахмадудинов А.М.,
Патахов Г.М., Шахбанов А.К. **117**
Влияние пептидных препаратов на фагоцитарную активность нейтрофилов при кожной ране
Ляшев Ю. Д., Смахтина А. М., Чуланова А. А., Смахтин М. Ю. **119**
Некоторые показатели состояния щитовидной железы и органов полости рта при хроническом сиаладените и сиалозе
Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А., Асиятилов Г.А., Шахбанов А.К., Минкаилова С.Р., Аталаев М.М., Гамидова З.Ш., Магомедова Х.М., Маланина А.И., Магомедов Г.Н. **122**
Лечение переломов нижней челюсти, проходящих через полость кисты
Аталаев М.М., Бекмагомаев А.М., Гусенов Г.Р. **126**
Наш опыт диагностики и лечения поражений слюнных желез у больных сахарным диабетом
Ордашев Х.А., Асиятилов А.Х., Шахбанов А.К.,
Асиятилов Г.А., Алиева С.Ф., Курбанов А.К., Акаева Д.А. **129**
Распространенность бисфосфонатного остеонекроза среди других остеонекрозов челюстных костей
Эбзеев А.К., Спевак Е.М. **132**
Риск остеопароза у стоматологических больных
Сутаева Т.Р., Шихкеримова С.А. **135**
Врачебная тактика при лечении перфорации гайморовой пазухи после удалении зубов верхней челюсти
Ордашев Х.А., Шахбанов А.К., Джамалудинов Ю.А. **138**
Влияние плановой санации на динамику госпитализции больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями
Чудинов А.Н., Аталаев М.М., Гусенов Г.Р. **142**
Взаимоотношения врача и пациента в восстановительной хирургии челюстно-лицевой области
Ордашев Х.А. **145**
Особенности лечения больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями лица
Тешабоев М.Г., Ордашев Х.А., Шахбанов А.К. **148**
Влияние острого инфаркта миокарда насостояние слюнных желез и полости рта
Ордашев Х.А., Абдусаламов А.О. **150**
Случай невралгии тройничного нерва одонтогенного генеза
Т.И. Талыбова **152**
Особенности проявления бета талассемии в черепно-челюстно-лицевой области
Гусейнова Т.Г., Шадлинская Р.В., Беглярова Р.Ф. **154**

Онкологические аспекты в стоматологии
Гамидова З.Ш., Аталаев М.М. **156**
Эндоваскулярная хирургия медикаментозных остеонекрозов нижней челюсти
Слетов А.А., Ордашев Х.А., Шахбанов А.К **158**
Лечение переломов нижней челюсти, проходящих через полость кисты
Аталаев М.М., Бекмагомаев А.М., Гусенов Г.Р. **162**

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Внутриротовой параллелометр для контроля и корректировки угла наклона стенок зубов при их препарировании
Абакаров С.И., Сорокин Д.В., Басов А.В, Изабакарова Ф.И. **165**
Оценка толерантности стоматологических конструкционных сплавов к пародонтопатогенной микрофлоре
Гаража С.Н., Абдурахманов А.И., Рахаева Д.Ю., Гришилова Е.Н., Хачатуров С.С., Хубаев З.С-С., Некрасова Е.Ф., Кудаев Д.М. **167**
Электронная регистрация движений нижней челюсти и головок височно-нижнечелюстного сустава при помощи аппарата «ARCUS DIGMA II».
Абакаров С.И., Басов А.В., Сорокин Д.В., Басова Т.В., Шаферс А.Ш. **172**
Факторы способствующие возникновению резких форм атрофии костной ткани на беззубой нижней челюсти
Махмудов Ш.Р., Минкаилова С.Р., Аталаев М.М., Эфендиев М.Н., Будайчиев Г.М-А., Махмудова З.К. **174**
Разработка протоколов протезирования пациентов с сахарным диабетом с использованием различных ортопедических конструкций
Курбанов О.Р., Эфендиев М.Н., Махмудов Ш.Р., Будайчиев Г.М-А., Аталаев М.М., Ахмедова М.А. **176**
Усовершенствование метода парно-линейного шинирование подвижных зубов
Кажлаев Ю.Н. **180**
Состояние тканей пародонта у пациентов на фоне применения различных стоматологических конструкционных материалов
Магомедов А.А., Курбанова Э.А. **183**
Роль ортопедического лечения в комплексной терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта
Гусенов С.Г., Азизов К.А., Кишев М.М. **186**
Биомеханика клиновидных дефектов
Петрачев А.С., Валиахметова К.Р. **189**
Наш опыт протезирования пациентов с микростомией
Азизов К.А., Гусенов С.Г., Кишев М.М. **192**

ПРОФИЛАКТИКА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ОБРАЗОВАНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Профилактика кариеса и исследование пищевых привычек у школьников
Будайчиев Г.М-А., Омарова Х.О., Махмудова З.К., Аталаев М.М., Ахмедова М.А., Кудаева П.Д. **196**

Иммуномодулирующая кариеспрофилактика в условиях гипомикроэлементоза цинка
Кажлаев Ю.Н. **199**
Положительный опыт и оценка результатов применения минеральной воды «РЫЧАЛ_СУ» в профилактике кариеса у беременных женщин
Алиева З.Б., Брагин Е.А., Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б. **203**
Нуждаемость в санации полости рта беременных женщин
Алиева З.Б., Брагин Е.А., Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б. **209**
Противокариозная эффективность фтора в условиях гипомикроэлементоза цинка
Кажлаев Ю.Н. **213**
Критерии выбора средств индивидуального ухода за полостью рта по данным анкетирования
Омарова Х.О., Макаева Э.О, Омаева Н.Н., Омаров О.Г. **217**
Основные принципы работы школьного стоматологического кабинета в современных условиях
Омарова Х.О., Шамов И.М., Макаева Э.О, Омаров О.Г. **220**
Оценка стоматологического здоровья студентов стоматологического факультета дагестанского государственного медицинского университета
Омарова Х.О., Макаева Э.О. **222**
Актуальность профилактики деформаций зубочелюстной системы
Ахмадудинов М.Г., Ахмадудинов А.М., Патахов Г.М., Ордашев Х.А., Шахбанов А.К. **225**
Сравнительная характеристика применения дополнительных средств гигиены полости рта у пациентов с хроническим катаральным гингивитом
Рузина К. А. Спиридонова С.А., Успенская О.А. **227**
Результаты эпидемиологических исследований по заболеваниям пародонта среди населения республики Дагестан
Курбанов О.Р., Абакаров Т.А., Алиева А.О., Хасаева М.И., Курбанов З.О. **232**
Особенности распространения заболеваний пародонта у городского населения Дагестана
Курбанов О.Р., Алиева А.О., Курбанов З.О., Абакаров Т.А.,
Хасаева М.И., Акавов А. Н. **238**
Динамика поражаемости кариесом беременных г.Дербента
Алиева З.Б., Брагин Е.А., Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б. **249**
Заболеваемость и динамика развития основных стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста Дагестана
Курбанов О.Р., Алиева А.О., Хасаева М.И., Акавов А..Н.,
Курбанов З.О., Будайчиев Г.М-А. **253**
Распространенность и интенсивность кариеса зубов городского населения Махачкалы
Курбанов О.Р., Алиева А.О., Хасаева М.И., Курбанов З.О., Акавов А.Н.,
Будайчиев Г.М-А. **259**
Пораженность заболеваниями пародонта у городского населения
Курбанов О.Р., Абакаров Т.А., Алиева А.О., Курбанов З.О.,
Хасаева М.И., Акавов А.Н. **264**

Предупреждения вторичного кариеса зубов у больных гемофилией
Абубакарова З.А., Абдурахманов А.И. **270**

Пораженность кариесом зубов у городского населения Махачкалы
Курбанов О.Р., Алиева А.О., Хасаева М.И., Курбанов З.О., Акавов А.Н., Будайчиев Г.М-А. **276**

Анализ заболеваемости кариесом у повторнобеременных женщин с разным акушерско-гинекологическим анамнезом
Алиева З.Б., Брагин Е.А., Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б. **280**

Пораженность кариесом взрослого городского населения Чеченской республики
Курбанов О.Р., Хасаева М.И., Алиева А.О., Курбанов З.О., Будайчиев Г.М-А., Хубаев С-С.З. **285**

Заболеваемость и потребность в стоматологическом лечении пожилого населения
Курбанов О.Р., Алиева А.О., Курбанов З.О., Хасаева М.И., Акавов А.Н. **292**

Социологическое исследование стоматологической службы Махачкалы
Алиева А.О., Курбанов О.Р., Курбанов З.О., Будайчиев Г.М-А., Акавов А.Н. **300**

Кадровое планирования в стоматологических учреждениях (обзор)
Курбанов О.Р., Абдурахманов А.И., Алиева А.О., Курбанов З.О., Будайчиев Г.М-А., Акавов А.Н. **303**

Квалификационная характеристика врачей стоматологических учреждений Ессентуки
Курбанов О.Р., Алиева А.О., Хасаева М.И., Курбанов З.О., Акавов А.Н. **306**

Эффективность построения диагностического алгоритма врачами-стоматологами в процессе обучения на курсах повышения квалификации.
Абакаров С.И., Сорокин Д.В., Басов А.В, Никифорова К.И. **311**

Этико-деонтологические принципы обучения студентов в клинике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Ордашев Х.А. **314**

Некоторые вопросы причин возникновения конфликтов при оказании стоматологической помощи и пути их разрешения
Бахмудов Б.Р., Муртазалиев Г-М.Г., Бахмудов З.Б., Алиев Г.А. **317**

Методы устранения стоматофобии у студентов-стоматологов во время обучения в вузе
Байт Саид Ольга Мохамед Хассан **322**

Формат 30х42 $^{1}/_{4}$. Бумага офсетная.
Гарнитура “Times New Roman”.
Печать ризографная. Тираж 100 экз.
Тиражировано в типографии ИП Гаджиева С.С.
г. Махачкала, ул. Юсупова, 47
RIZO-PRESS